

Fondo de Salud y Bienestar Local 99

Junta de Fideicomisarios

Albert Arroyo, Presidente
 Martin Canturiano
 Mayra Difo
 Cleveland Jenkins
 Kevin McCann
 Marilyn Russell
 David Toruno

Dirección

Local 99 Health & Welfare Fund
 703 McCarter Highway
 Newark, NJ 07102

Asesoría Legal para el Fondo

Barnes, Iaccarino, & Shepherd LLP

Administrador del Contrato

Laundry Distribution and Food Service Joint Board
 703 McCarter Highway
 Newark, NJ 07102
 Teléfono: (973) 735-6464
 Número de Fax: (973) 735-6465

<p>Número de identificación 30-0217152</p> <p>Número de patrocinador del plan 501</p> <p>Tipo de plan Salud y bienestar</p>	<p>Tipo de Administración del Plan</p> <p>Todas las Coberturas: Auto Asegurado Multi-Empleador/Plan de Beneficios del Empleado</p> <p>Año del plan 1 de enero - 31 de diciembre</p>
--	---

Local 99 Secciones 000 & 002
 Código del Plan L9900-001 & L9902-003
 mayo del 2024

Información importante sobre el Fondo de Salud

Aviso de estatus de derechos adquiridos del fondo

El Fondo se considera como un "plan de salud con derechos adquiridos" bajo la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Asequible de Salud. Conforme a lo permitido en la Ley de Cuidado Asequible de Salud, un plan de salud con derechos adquiridos puede conservar cierta cobertura básica de salud que ya se encontraba en vigor cuando se promulgó dicha ley.

El estar considerado como un plan de salud con derechos adquiridos significa que es posible que el Fondo no incluya ciertas protecciones al consumidor contenidas en la Ley de Cuidado Asequible de Salud que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de la provisión de servicios de salud preventiva sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor contenidas en la Ley de Cuidado Asequible de Salud, por ejemplo, la eliminación de los límites a los beneficios de por vida.

Las preguntas sobre qué protecciones aplican y cuáles no aplican a un plan de salud con derechos adquiridos y qué podría causar que un plan cambie su clasificación de plan de salud con derechos adquiridos pueden dirigirse al Administrador del Contrato del Fondo, 703 McCarter Highway, Newark, NJ 07102; Teléfono: 973-735-6464, Fax: 973-735-6465. También puede comunicarse con la Administración de la Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos al 1-866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web tiene una tabla que resume qué protecciones se aplican y cuáles no se aplican a los planes de salud con derechos adquiridos.

Este documento constituye una Descripción Breve del Plan ("SPD", por sus siglas en inglés) conforme a lo dispuesto por la Sección 102 de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado de 1974 ("ERISA", por sus siglas en inglés) y las Secciones 2520.102-2 y 2520.102-3 de las Regulaciones del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos para el Plan. Los detalles importantes sobre el Fondo de Salud y Bienestar y los términos del Plan se establecen en este SPD. El SPD y otros documentos, incluidos los contratos de negociación colectiva y el Contrato de Fideicomiso, están previstos como constitutivos del Documento Oficial del Plan. Se ha hecho todo lo posible para garantizar la exactitud de la información proporcionada en este SPD. En caso de discrepancia entre este SPD y cualquier otro documento (incluidos el contrato o los contratos de negociación colectiva entre su empleador y el Sindicato y el Contrato de Fideicomiso), este SPD prevalecerá.

El SPD no es un contrato de empleo entre usted y su empleador; no garantiza el empleo o el empleo continuo con su empleador o con cualquier empleador contribuyente, ni disminuye de ninguna manera el derecho de los empleadores contribuyentes a terminar el empleo de cualquier empleado. Además, la recepción de este SPD no le otorga automáticamente beneficios del Plan. Para tener derecho a los beneficios, usted (y sus dependientes) deben cumplir con los requisitos de elegibilidad bajo el Plan. La Junta de Síndicos puede enmendar o terminar el Plan, en su totalidad o en parte, en cualquier momento y por cualquier motivo.

Cómo utilizar este folleto

El plan descrito en este folleto es aplicable a los participantes del Fondo que están cubiertos por Acuerdos de Negociación o de Participación Colectiva que contemplan las contribuciones correspondientes para esta cobertura.

Este folleto se denomina Descripción Breve del Plan (SPD, por sus siglas en inglés). Esta Descripción Breve del Plan está diseñada para describir los beneficios que son proporcionados por el Fondo de Salud y Bienestar y para informarle sobre sus derechos bajo el Fondo de Salud y Bienestar y la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado de 1974. Aunque se ha tenido extremo cuidado para proporcionar información precisa en esta Descripción Breve del Plan, es importante que comprenda que si alguno de los términos en esta Descripción Breve del Plan es inconsistente con alguno de los términos del Contrato y Declaración de Fideicomiso ("Contrato de Fideicomiso"), los términos del Contrato de Fideicomiso prevalecen.

Debe revisar esta Descripción Breve del Plan y compartirla con aquellos miembros de su familia que estén o vayan a ser cubiertos por el Plan. Les dará a todos ustedes una comprensión de las coberturas proporcionadas; los procedimientos a seguir para presentar reclamaciones; y sus obligaciones de proporcionar la información necesaria al Plan. Asegúrese de leer la sección de Exclusiones. Si bien se reconocen los muchos beneficios asociados con este Plan, también es importante tener en cuenta que no todos los gastos en que usted incurra para atención médica están cubiertos por este Plan. Ninguna persona que no sean los miembros de la Junta de Síndicos tiene autoridad para interpretar el Plan o hacerle promesas sobre él.

Para ayudarlo a comprender los beneficios bajo el Fondo, encontrará Reseñas y Resúmenes gráficos a lo largo de esta Descripción Breve del Plan. Sin embargo, es importante que usted lea en su totalidad la Descripción Breve del Plan para comprender completamente los beneficios que usted tiene derecho a recibir bajo el Plan.

Hemos intentado redactar esta Descripción Breve del Plan en un lenguaje que usted pueda fácilmente comprender. Si tiene preguntas, no dude en llamar al Administrador del Contrato, cuyo nombre, dirección y número de teléfono figuran en la página uno.

También debe saber que, aunque la Junta de Síndicos tiene la intención de dar continuidad a los beneficios descritos en este folleto indefinidamente, los Fideicomisarios se reservan el derecho a enmendar o terminar este Plan, o cualquier parte de él en cualquier momento sin previo aviso a los participantes. Esto incluye el derecho de interpretar, modificar, complementar o rescindir cualquier o todas las partes del Plan a su discreción. Para asegurarse de que usted cuenta con cobertura y obtener información actualizada sobre los beneficios, comuníquese con la Oficina del Fondo en 703 McCarter Highway, Newark, NJ 07102, Teléfono (973) 735-6464.

IMPORTANTE

EL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DEBE SER NOTIFICADO DE MANERA OPORTUNA SI USTED CAMBIA SU DOMICILIO O NECESITA AGREGAR O ELIMINAR UN DEPENDIENTE. NO NOTIFICAR AL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO DE TALES CAMBIOS PODRÍA PONER EN PELIGRO SU ELEGIBILIDAD PARA OBTENER LOS BENEFICIOS.

Por favor, guarde esta Descripción Breve del Plan en un lugar seguro para su referencia en el futuro. Los avisos de modificaciones (llamados Resúmenes de Modificaciones Materiales) le serán enviados conforme se modifique o revise la Descripción Breve del Plan. Por favor revise cualquier Resumen de Modificaciones Materiales junto con sus dependientes cubiertos y guárdelos junto con su Descripción Breve del Plan.

Información de contacto importante:

Las organizaciones responsables de administrar el Plan pueden ser contactadas en las direcciones y números de teléfono listados a continuación:

<p>Administrador del Contrato</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elegibilidad ▪ Reembolso Directo de Visión ▪ Cobertura Continua COBRA 	<p>Laundry Distribution and Food Service Joint Board</p> <p>703 McCarter Highway Newark, NJ 07102 (973) 735-6464</p>
<p>Administrador de Reclamaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reclamaciones Posteriores al Servicio Médico ▪ Reclamaciones Posteriores al Servicio Hospitalario ▪ Apelaciones de Reclamaciones Posteriores al Servicio 	<p>Amalgamated Employee Benefits Administrators</p> <p>333 Westchester Ave. White Plains, NY 10604</p> <p>Amalgamated Employee Benefit Administrators Appeals Department</p> <p>333 Westchester Avenue White Plains, NY 10604</p>
<p>Administración de Cuidado Médico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reclamaciones de Atención de Urgencia ▪ Reclamaciones de Atención Concurrente ▪ Reclamaciones Médicas, Hospitalarias y de Medicamentos Previas al Servicio, ▪ Apelaciones que involucran Reclamaciones Previas al Servicio, Atención de Urgencia o Atención Concurrente 	<p>Amalgamated Medical Care Management</p> <p>1 Northeastern Blvd., Suite 100 Salem, NH 03079</p> <p>Amalgamated Medical Care Management</p> <p>Attention: Appeals 1 Northeastern Blvd., Suite 100 Salem, NH 03079</p>
<p>Beneficios de Cuidado de Visión</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centros de Visión Participantes ▪ Reembolso Directo a Miembros, Exámenes de Visión 	<p>Vision Screening</p> <p>(631) 467-4515 www.vscreening.com</p> <p>Local 99 Health & Welfare Fund</p> <p>703 McCarter Highway Newark, NJ 07102 (973) 735-6464</p>

Tabla de Contenidos

Información importante sobre el Fondo de Salud	2
Cómo utilizar este folleto	3
Información de contacto importante:	4
Definiciones:	9
Su plan de un vistazo	18
Una referencia rápida a los puntos más relevantes del Plan	18
¿Qué es un plan de salud y bienestar?	25
¿Quién paga el costo del Plan?	25
¿Quién está cubierto?	25
Elegibilidad de cobertura bajo el plan	27
Quién podría llegar a ser elegible bajo el Plan:	27
Cómo puede usted obtener y permanecer cobertura bajo el Plan	27
Cuando los Dependientes Elegibles Obtienen Cobertura para Beneficios Bajo el Plan	30
Cambios en las Selecciones del Plan de Cafetería del Empleador	33
Cómo y Cuándo se Pierde la Cobertura para Usted o un Dependiente	34
Cobertura de Cuidado de la Salud	36
Introducción	36
Cómo funciona la Red	36
Servicio al Cliente	37
Gestión de Atención Médica por parte de Amalgamated	38
Programa de Certificación Médica	38
Línea de Ayuda de Enfermeros las 24 horas	40
Gestión de Casos Médicos	40
Programa de Mejora y Mantenimiento de la Salud	40
Pago máximo vitalicio	43
Pago Máximo por Año Calendario	43
Su deducible y coaseguro	43
Cobertura de internación hospitalaria	43
Confinamientos Hospitalarios por Cirugía/Tratamiento Médico	44
Confinamientos por Salud Mental	45
Confinamientos por Trastornos por Consumo de Sustancias (Desintoxicación y Rehabilitación)	45
Confinamientos de Rehabilitación/Cuidados de Enfermería Especializada	46
Cuidados de salud en el Hogar	46
Cuidado de Hospicio	47
Centro de Nacimiento	48
Cobertura de Cirugía Ambulatoria	49

Centro quirúrgico ambulatorio	49
Cobertura por Servicios Hospitalarios Ambulatorios	50
Tratamiento de Emergencia	50
Exámenes de Preadmisión	51
Quimioterapia (sólo infusión), Radioterapia y Terapia respiratoria	51
Terapia ambulatoria	51
Terapia del habla ambulatoria	51
Rehabilitación cardíaca ambulatoria	52
Resonancia Magnética (MRI) y Tomografía Computarizada (CT Scan) Ambulatorias	52
Servicios Ambulatorios de Rayos X y Pruebas de Laboratorio de Diagnóstico	52
Diálisis Renal Ambulatoria	53
Cobertura Médica	53
Pruebas de Alergia	53
Tratamiento de Alergia	53
Servicios de Ambulancia	54
Anestesiología	54
Almacenamiento y Procesamiento de Sangre	54
Rehabilitación Cardíaca	54
Atención Quiropráctica - Exámenes y Manipulaciones	55
Atención Quiropráctica: Radiografías	55
Tratamiento Dental	55
Pruebas de Laboratorio y Radiografías de Diagnóstico	55
Planificación Familiar	56
Inyecciones	57
Terapia Intravenosa (IV)	57
Diálisis Renal	57
Suministros Médicos, Equipos Médicos Duraderos y Prótesis	57
Resonancia Magnética (MRI) y Tomografía Computarizada (CT)	58
Ortopedia	58
Terapia Física y Terapia Ocupacional	59
Visitas de Médicos durante un confinamiento en Hospital	59
Consulta Médica Hospitalaria	59
Visitas de Médicos a Domicilio y en Consultorio	60
Consulta de Médico en Consultorio o en Hospital Ambulatorio	60
Podología (Cuidado de los Pies)	60
Psicoterapia	60
Honorarios Profesionales por Radioterapia y Quimioterapia	61
Tratamiento Respiratorio	61
Segunda Opinión Quirúrgica	61
Trastorno por Consumo de Sustancias	61
Cirugía	62
Maternidad	62
Cobertura de Trasplantes de Órganos	62
Servicios Preventivos	63
Examen Ocular Anual	63
Examen Físico Anual	63
Vacunaciones	64
Examen de Papanicolaou (Papanicolau) de Rutina para la Detección de Cáncer Cervical	65
Examen Ginecológico de Rutina	65
Mamografía de Rutina	65
Detección Rutinaria de Cáncer de Próstata	65

Exámenes Rutinarios de Audición _____	66
Cuidado de Menores Sanos _____	66
Servicios Preventivos Adicionales Cubiertos para Adultos: _____	66
Servicios Preventivos Adicionales Cubiertos para Mujeres, Incluyendo las Mujeres Embarazadas: _____	67
Servicios Preventivos Adicionales Cubiertos para Menores de Edad: _____	67
Reglas de Facturación de Servicios Preventivos Proporcionados durante una Visita al Consultorio _____	67
Avisos Legales _____	68
Aviso sobre la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer _____	68
Aviso sobre la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres _____	68
Aviso sobre la Ley de No Discriminación de Información Genética ("GINA") _____	69
Aviso sobre los Derechos de Protección al Paciente de la Ley de Cuidados Asequibles de Salud _____	69
Sus Derechos y Protecciones contra las Facturas Médicas de Sorpresa _____	70
Cómo funciona el Plan en conjunto con otra cobertura de salud _____	72
Coordinación de beneficios _____	72
Pago si usted está cubierto bajo más de un plan. _____	73
Coordinación de Beneficios con Cobertura de Medicare _____	74
Medicaid _____	76
TRICARE _____	76
Servicios en Instalaciones del Departamento de Asuntos de Veteranos _____	76
Seguro de Automóviles/Protección Personal contra Lesiones (PIP) _____	77
Cobertura Proporcionada por Ley Estatal o Federal o Programa de Gobierno _____	77
Cobertura de Compensación para Trabajadores _____	78
Derecho del Fondo a la Restitución _____	78
Reembolso de Beneficios Médicos _____	80
Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones por Atención Médica _____	82
Información General _____	83
Tipos de Reclamaciones _____	84
Elementos de la Reclamación _____	85
Plazos de decisión sobre Reclamaciones Iniciales _____	87
Fecha Límite para la Presentación de Reclamaciones _____	87
Reclamaciones de Atención Médica – Plazos de Decisión _____	87
Determinación Inicial de Reclamaciones de Beneficios _____	90
Plazo para Solicitar la Apelación Interna _____	91
Proceso de Apelación Interna _____	91
Consecuencias de No Apelar _____	95
Imprudencia de la Cesión de Derechos y Beneficios _____	96
Sus Derechos COBRA _____	97
Sucesos Calificantes y Períodos Máximos de Prolongación de Cobertura _____	97
Administrador de COBRA _____	98
Notificación de Eventos Calificantes _____	98
Exclusiones y Limitaciones Generales _____	107

Restricciones de Cobertura y Aclaraciones _____	116
Misceláneos _____	117
Falsedad en las Declaraciones y Fraude _____	117
Autoridad Discrecional del Administrador del Plan y sus Delegados _____	118
Exclusión de Responsabilidad por la Práctica de la Medicina _____	118
Información que usted o sus Dependientes deben Proporcionar al Plan _____	119
Beneficios de Medicamentos Recetados _____	120
Cómo se Protegen sus Derechos _____	121
Uso y Divulgación de la Información Protegida de Salud _____	123
Información Importante Sobre el Plan _____	128

Definiciones:

Monto Permitido	Monto máximo sobre el que se basa el pago para los servicios de atención médica cubiertos. Este puede llamarse "gasto elegible", "subsidio de pago" o "tarifa negociada". Si su proveedor cobra más que la Monto Permitido, es posible que usted tenga que pagar la diferencia. (Consulte Facturación de Saldo)
Apelación	Una solicitud para revisar una resolución que niega un beneficio o pago
Representante Autorizado	<p>Una persona que usted elige para que actúe en su nombre y representación, como un familiar u otra persona de su confianza. Algunos representantes autorizados pueden tener autoridad legal para actuar en su nombre.</p> <p>El Plan requiere que usted proporcione una declaración por escrito en la que manifieste su designación de un representante autorizado, junto con el nombre, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico del representante. Si usted no está en posibilidades de proporcionar una declaración por escrito, el Plan requerirá evidencia de que el representante autorizado propuesto cuenta con un poder legal para actuar en asuntos de atención médica (por ejemplo, un poder notarial para fines de atención médica, una orden judicial de tutela/curatela o que sea su cónyuge legal, padre, abuelo o hijo mayor de 18 años).</p>
Facturación de Saldo	Cuando un proveedor le envía a usted la factura de la diferencia entre el cargo del proveedor y el Monto Permitido. Por ejemplo, si el cargo del proveedor es de \$100 y el Monto Permitido es de \$70, el proveedor puede facturarle a usted los \$30 restantes. Un Proveedor Participante no puede realizar la Facturación de Saldo tratándose de servicios cubiertos.
Salud Conductual/ Salud Mental	El tratamiento para una Condición Mental o Nerviosa, incluyendo servicios para un trastorno mental identificado en la edición actual del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés), se considerará Medicamente Necesario si el tratamiento es: (1) consistente con el diagnóstico y tratamiento de la condición del

	<p>paciente; (2) conforme a la buena práctica médica; (3) necesario por razones adicionales a la conveniencia del paciente o del proveedor; y (4) el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda proporcionarse de manera segura para el paciente</p>
<p>Entidad Certificada de Resolución de Disputas Independiente (IDR por sus siglas en inglés)</p>	<p>Una entidad responsable de llevar a cabo y emitir resoluciones conforme al proceso de resolución de disputas independiente ("IDR") requerido por la Ley No a las Sorpresas, y que ha sido debidamente certificada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, el Departamento de Trabajo y el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos.</p>
<p>Coaseguro</p>	<p>Su parte del costo de un servicio de atención médica cubierto, calculado como un porcentaje (por ejemplo, 10%) del Monto Permitido para el servicio.</p>
<p>Copago</p>	<p>Una cantidad fija (por ejemplo, \$20) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto, generalmente al momento de recibir el servicio. La cantidad puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto.</p>
<p>Paciente de Atención Continua</p>	<p>Una persona que, con respecto a un proveedor o establecimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) está recibiendo un tratamiento en curso para atender una Condición Grave y Compleja por parte del proveedor o establecimiento; (b) está recibiendo un tratamiento institucional o atención bajo hospitalización por parte del proveedor o instalación; (c) está programado por el proveedor o el establecimiento para someterse a una cirugía no electiva, incluida la recepción de atención postoperatoria de dicho proveedor o establecimiento con respecto a dicha cirugía; (d) está embarazada y está recibiendo el tratamiento en curso para atender el embarazo por parte del proveedor o establecimiento; o (e) está o ha estado catalogado como paciente afecto a una enfermedad terminal y está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad por parte del proveedor o instalación.

Administrador del Contrato o Administrador	La administración cotidiana del Fondo se lleva a cabo por el "Administrador del Contrato" o "Administrador", a quien la Junta ha delegado algunas de sus responsabilidades. El Administrador del Contrato contratado por la Junta de Síndicos es Laundry Distribution and Food Service Joint Board.
Persona Cubierta	El Empleado y su Cónyuge Dependiente elegible o su Hijo Dependiente que ha cumplido con todas las formalidades requeridas para la inscripción y obtención de cobertura bajo el Plan y que está efectivamente cubierto por el Plan.
Deducible	El monto de los gastos médicos que usted debe cubrir antes de que el Plan comience a pagar beneficios en su nombre.
Dependiente/Cónyuge Dependiente/Hijo Dependiente	El hijo(a) o cónyuge del Empleado que cumple con la definición de "Dependiente" que se encuentra en la sección titulada Quién está Cubierto dentro de este documento.
Condición Médica de Emergencia	Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo un dolor intenso) de manera que una persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata resulte en: (a) poner en grave peligro la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo nonato); (b) el deterioro grave de las funciones corporales; o (c) una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
Servicios de Emergencia	Los Servicios de Emergencia con respecto a una Condición Médica de Emergencia, significan: (a) un examen médico que esté dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital o de un Departamento de Emergencias Independiente Autónomo, según corresponda, incluidos los servicios auxiliares rutinariamente disponibles para el departamento de emergencias para evaluar dicha Condición Médica de Emergencia; y (b) dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital o el Departamento de Emergencias Independiente Autónomo, según corresponda, cualquier examen y tratamiento médico adicional que se requiera para estabilizar al paciente (independientemente del

	departamento del hospital en el que se proporcione dicho examen o tratamiento adicional).
Empleado	Una persona empleada por un Empleador que sea signatario de un Contrato de Negociación Colectiva, o cualquier otro acuerdo escrito con el Sindicato o Fondo que requiera contribuciones al Fondo para la cobertura de salud.
Empleador	Un empleador signatario de un Contrato de Negociación Colectiva, o cualquier otro acuerdo con el Sindicato o el Fondo que requiera contribuciones al Fondo para la cobertura de salud.
Servicios Excluidos	Servicios de atención médica cuyos costos no están cubiertos por el Plan.
Fondo	El Fondo de Salud y Bienestar Local 99 (<i>The Local 99 Health & Welfare Fund</i>)
Activos del Fondo/Activos del Plan	El fideicomiso del Fondo de Salud y Bienestar Local 99, incluyendo las contribuciones del Empleador y del Empleado, junto con todos los contratos (incluyendo dividendos, intereses, reembolsos y otras sumas pagaderas a los Fideicomisarios en virtud de dichos contratos), todos los incrementos, ganancias y utilidades obtenidas de los mismos, y cualquier otra propiedad o fondos recibidos y detentados por los Fideicomisarios en virtud de su aceptación del Contrato de Fideicomiso
Centro de Atención Médica	Un Centro de Atención Médica incluye las siguientes localidades y proveedores, pero únicamente cuando 1) cuenten con una licencia para ejercer en el lugar donde se brinda la atención; 2) presten un servicio dentro del ámbito de dicha licencia; y 3) proporcionen un servicio respecto al cual el Plan dispongan específicamente beneficios: <ol style="list-style-type: none"> 1) Centro Quirúrgico Ambulatorio 2) Centro de Rehabilitación Integral 3) Centro de Enfermedad Renal en Etapa Terminal (Centro de Diálisis) 4) Centros de Diagnóstico Independientes Autónomos 5) Agencia de Cuidados de Salud en el Hogar 6) Hospicio 7) Laboratorio

	<p>8) Centro de Enfermería Especializada</p> <p>9) Proveedor de Equipo Médico Duradero</p>
Profesional de la Salud	<p>El término Profesional de la Salud incluye a los siguientes proveedores, pero únicamente cuando el proveedor cuente con licencia para ejercer en el lugar donde se brinda la atención, se encuentre brindando un servicio dentro del alcance de dicha licencia, proporcione un servicio respecto al cual el Plan disponga específicamente beneficios, y cuando los beneficios serían objeto de cobranza si los servicios fueran proporcionados por un Médico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Practicante de Salud Conductual 2) Enfermero Anestesiista Registrado Certificado (CRNA) 3) Trabajador Social Certificado (CSW) 4) Quiropráctico 5) Enfermero Psiquiátrico Clínico Especialista 6) Doctor en Fisioterapia (DPT), Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y Terapeuta del Habla 7) Consejero de salud mental o abuso de sustancias o trabajador social que cuente con el grado de Maestría 8) Enfermero Practicante* 9) Partera* 10) Asistente Médico* 11) Podólogo <p>Los proveedores marcados con un asterisco (*) estarán cubiertos únicamente cuando ejerzan bajo la supervisión de un M.D.</p>
Hospital	<p>Una clasificación de instituciones de atención médica que comprende cualquier establecimiento o institución pública o privada, que cuenta con licencia y opera como un hospital de conformidad con las disposiciones de la agencia regulatoria competente, que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. proporciona atención y tratamiento por Médicos y enfermeras las 24 horas del día para enfermedades o lesiones a través de equipamiento médico, quirúrgico y de diagnóstico en sus instalaciones; y 2. proporciona diagnóstico y tratamiento bajo el régimen de hospitalización a cambio de una compensación; y

	<p>3. está aprobado por Medicare como un Hospital.</p> <p>El establecimiento también puede estar acreditado como hospital por La Comisión Conjunta (<i>The Joint Commission - TJC</i>, por sus siglas en inglés). Un hospital puede incluir instalaciones para tratamiento de padecimientos de salud mental o trastornos por el uso de sustancias que estén licenciadas y operadas de acuerdo con la ley.</p>
Hospitalización	Atención en un hospital que requiere un ingreso como paciente hospitalizado y generalmente requiere una estadía nocturna. Una estadía nocturna para observación podría considerarse atención ambulatoria.
Cuidado Ambulatorio Hospitalario	Atención que generalmente no requiera una estadía nocturna en un hospital.
Departamento de Emergencias Independiente Autónomo	Centro de cuidados de salud que (i) se encuentre geográficamente separado y sea distinto, y cuente con una licencia independiente de cualquier hospital de conformidad con la ley estatal aplicable; y (ii) proporcione Servicios de Emergencia.
Lesión/Enfermedad	Una condición o trastorno anormal. Las lesiones incluyen, pero no se limitan a, fracturas, cortes, esguinces y quemaduras. La enfermedad puede ser repentina o crónica.
Necesidad Médica o Medicamento Necesario	Servicios o suministros de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, padecimiento o sus síntomas y que cumplan con los estándares aceptados de la medicina.
Red	Las instalaciones, prestadores de servicios y proveedores con quienes su Plan ha celebrado un contrato para proporcionar servicios de atención médica.
Unidad de Emergencias Médicas No Participante o Unidad de Emergencias Fuera de la Red:	Un departamento de emergencias de un hospital, o un Departamento de Emergencias Independiente Autónomo, que no tiene una relación contractual directa o indirecta con el Plan para proporcionar algún artículo o servicio bajo el Plan.
Proveedor No Participante o Proveedor Fuera de la Red	Un médico u otro proveedor de atención médica quien actúa ejerciendo su profesión dentro del ámbito de la licencia o certificación que acredita a dicho proveedor conforme a la ley estatal aplicable y que no tiene una relación contractual con el Plan para proporcionar algún artículo o servicio bajo el Plan.

Participante	Un Empleado o Dependiente que cumple con las reglas de elegibilidad descritas en este documento.
Unidad de Emergencias Médicas Participante o Unidad de Emergencias Dentro de la Red	Un Departamento de Emergencias Independiente Autónomo, que tiene una relación contractual directa o indirecta con el Plan con respecto a la prestación de algún artículo o servicio en dicho establecimiento.
Proveedor Participante o Proveedor Dentro de la Red	Un médico u otro proveedor de atención médica que actúa dentro del alcance de la práctica de la licencia o certificación de ese proveedor bajo la ley estatal aplicable y que tiene una relación contractual con el Plan para proporcionar algún artículo o servicio bajo el Plan.
Médico	Una persona que ostenta una licencia que lo acredite como Doctor en Medicina (MD), Doctor en Osteopatía (DO) o Doctor en Medicina Podiátrica (DPM) y que esté autorizada para ejercer la medicina, realizar cirugías y administrar medicamentos, de acuerdo con las leyes del estado o jurisdicción donde se prestan los servicios, quien: <ol style="list-style-type: none"> 1. actúa dentro del alcance de su licencia; y 2. no es el paciente ni el padre, Cónyuge, hermano/a (por nacimiento o matrimonio, como un cuñado), tía/tío o hijo(a) del paciente o del Empleado cubierto.
Servicios Médicos	Servicios de atención médica que un Médico con licencia proporciona o coordina.
Plan	Los beneficios y disposiciones del plan de la Secciones 000 & 002 del Fondo de Salud y Bienestar Local 99 conforme se describen en este documento.
Administrador del Plan	La Junta de Síndicos del Fondo de Salud y Bienestar Local 99
Año del Plan	El período de doce meses que comienza el 1 de enero y termina el 31 de diciembre.
Pre-Certificación o Autorización Previa	Una determinación emitida por el Plan que establece que un servicio de atención médica, plan de tratamiento, medicamento recetado o equipo médico duradero es Medicamento Necesario. Se requiere Pre-Certificación para varios servicios antes de recibirlos, excepto en una emergencia. La Pre-Certificación no constituye una promesa de que el Plan cubrirá el costo de dicho producto o servicio.

Proveedor	Un Médico, Hospital, Profesional de la Salud o Centro de Atención Médica debidamente licenciado, certificado o acreditado según lo requiera la ley estatal.
Monto Calificado de Pago	La mediana entre las tarifas contratadas reconocidas por el Plan para el mismo producto o servicio o un servicio similar proporcionado por un Proveedor en la misma especialidad o una especialidad similar, en la misma región geográfica. Si no hubiese suficientes tarifas contratadas disponibles (es decir, menos de tres) para determinar el Monto Calificado de Pago, dicho monto se determinará haciendo referencia a una Base de Datos de Reclamaciones de Todos los Pagadores del estado o, si no está disponible, cualquier base de datos de terceros que sea elegible de acuerdo con la ley aplicable.
Razonable y Habitual	El monto pagado por un servicio médico en una zona geográfica basada en el monto que los proveedores en la zona suelen cobrar por el mismo servicio médico o uno similar.
Cantidad Reconocida	<p>La cantidad reconocida significará</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) una cantidad determinada bajo el Contrato Modelo de Todos los Pagadores en vigor, o si éste no está disponible; (b) una cantidad determinada por la ley estatal aplicable (en caso de ser aplicable); y (c) si ninguno de dichos montos se encuentra disponible o es aplicable, el que resulte menor entre el cargo facturado por el Proveedor y el Monto Calificado de Pago.
Condición Grave y Compleja	<p>Una Condición Grave y Compleja significa</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) en el caso de una enfermedad aguda, una condición que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o daño permanente; o (b) en el caso de una enfermedad o condición crónica, una condición que— (i) pone en peligro la vida, es degenerativa, potencialmente discapacitante o congénita; y (ii) requiere atención médica especializada durante un período prolongado de tiempo.

Trastorno por Consumo de Sustancias	Síntomas y condiciones identificados en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) como resultado del uso de drogas y/o alcohol y/o el uso continuo a pesar de los efectos adversos (incapacidad para controlar el uso, interferencia con el funcionamiento diario y/o incumplimiento de las principales responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar). El tratamiento para un trastorno por consumo de sustancias identificado en la edición actual del DSM se considerará médicamente necesario si el tratamiento es (1) consistente con el diagnóstico y tratamiento de la condición del paciente; (2) de acuerdo con la buena práctica médica; (3) necesario por razones adicionales a la conveniencia del paciente o el proveedor; y (4) el nivel de servicio o suministro más apropiado que se pueda proporcionar de manera segura para el paciente
Sindicato	Laundry Distribution and Food Service Joint Board (Consejo Conjunto de Distribución de Lavandería y Servicio de Alimentos)
Atención de Urgencia	Atención para una enfermedad o afección lo suficientemente grave como para que una persona razonable busque atención de inmediato, pero no tan grave como para requerir atención en la sala de emergencias



Su plan de un vistazo

Una referencia rápida a los puntos más relevantes del Plan

[Para conocer los detalles de los beneficios, refiérase a la Sección titulada “Cobertura para el cuidado de la salud”.]

Al utilizar la Red de hospitales de Anthem Blue Cross Blue Shield (BCBS) PPO, doctores y otros proveedores del cuidado de la salud, usted tendrá derecho al máximo de la cobertura del cuidado de la salud para usted y su familia. La tabla que se encuentra más abajo resume la cobertura y se incluye aquí como una “referencia rápida”.

Cobertura para el cuidado de la salud (para usted y sus Dependientes cubiertos)

	Cobertura cuando se utiliza un proveedor participante	Cobertura cuando NO se utiliza un proveedor participante
Máximo vitalicio	Ninguno	Ninguno
Máximo anual	Ninguno	Ninguno
Deducible anual	Ninguno	\$150 por persona, \$300 por familia
Cobertura para pacientes hospitalizados		
Paciente hospitalizado Habitación, comida y adicionales	100% de la tarifa de red del hospital, hasta por 120 días de internación.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Internación por Enfermedad Mental / Salud Conductual	100% de la tarifa de red del hospital, hasta por 120 días de internación.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Internación por Trastorno de Abuso de Sustancias	100% de la tarifa de red del hospital, hasta por 120 días de internación.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Internación / rehabilitación en establecimientos de enfermería calificada	100% de la tarifa de red del establecimiento, hasta por 30 días al año.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Cuidado de la salud en el hogar, incluyendo terapia de infusión.	100% de la tarifa de red hasta por 90 visitas por año calendario	Beneficio únicamente dentro de la Red
Hospicio (La atención de relevo no está cubierta)	100% de la tarifa de red. Cubierto en lugar de hospitalización.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Centros de nacimiento	100% de la tarifa de red	Beneficio únicamente dentro de la Red

Cobertura cuando se utiliza un proveedor participante		Cobertura cuando NO se utiliza un proveedor participante
Cobertura de cirugía de paciente ambulatorio (Todos los servicios requieren la aprobación de Pre-Certificación por parte de AMCM.)		
Centro quirúrgico ambulatorio	100% de la tarifa de red del establecimiento.	40% o cargos razonables pagaderos al 80%, sujeto al deducible anual.
Cirugía hospitalaria para pacientes ambulatorios	100% de la tarifa de red del establecimiento.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida.	100% de la tarifa de red del establecimiento.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Cobertura de paciente ambulatorio de hospital		
Accidentes de emergencia, Enfermedades de emergencia (Si se ingresa, se requiere la Pre-Certificación dentro de las 24 horas desde la admisión)	100% de la tarifa de red del hospital, después de un copago de \$50. El copago no se aplica si se admite.	Lo mismo que dentro de la red
Quimioterapia (únicamente infusión), Radioterapia, Terapia respiratoria (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red del hospital.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Exámenes de Preadmisión (servicios realizados dentro de los 7 días anteriores a la admisión o cirugía)	100% de la tarifa de red del hospital.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Terapia ambulatoria (incluye terapia física, terapia ocupacional, salud conductual y Trastornos por Consumo de Sustancias).	Cubierto s únicamente cuando sea aprobado por AMCM. Si es aprobado, el 100% de la tarifa de red del hospital para hasta 30 visitas por año calendario (combinando los servicios profesionales y del establecimiento).	Beneficio únicamente dentro de la Red
Rehabilitación cardíaca de paciente ambulatorio	Cubierto únicamente cuando sea aprobado por AMCM. Si es aprobado, el 100% de la tarifa de red del hospital para hasta 30 visitas por año calendario (combinando los servicios profesionales y del establecimiento).	Beneficio únicamente dentro de la Red
Diálisis renal ambulatoria (Se requiere Pre-Certificación)	Cubierto únicamente cuando sea aprobado por AMCM. Si es aprobado, el 100% de la tarifa de red del hospital, sujeto a un pago máximo de \$1,500 por día.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Radiografías de diagnóstico y pruebas de laboratorio ambulatorias.	Cubierto únicamente cuando sea aprobado por AMCM. Si es aprobado, 100% de la tarifa de red del hospital	Beneficio únicamente dentro de la Red
Resonancia Magnética y Tomografía Axial Computarizada (CT Scan) Ambulatorias.	Cubierto únicamente cuando sea aprobado por AMCM. Si es aprobado, 100% de la tarifa de red del hospital	Beneficio únicamente dentro de la Red

Cobertura médica	Cobertura cuando se utiliza un proveedor participante	Cobertura cuando NO se utiliza un proveedor participante
Pruebas y tratamiento para las alergias.	Las pruebas de alergia están cubiertas al 100% de la tarifa de red después de un copago de \$10 por visita. El tratamiento de alergias está cubierto al 100% de la tarifa de red (sin copago).	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Ambulancia	100% de la tarifa de red hasta un máximo de \$750 por episodio.	Cubierto al 100% de los cargos hasta un máximo de \$750 por episodio.
Anestesiología	100% de la tarifa de red	80% de los cargos razonables y acostumbrados. Consulte la sección "Sus derechos contra las facturas médicas sorpresa" para conocer las reclamaciones relacionadas con una condición médica de emergencia.
Consejería por duelo.	100% de la tarifa de red. Limitado a 3 sesiones por pérdida.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Almacenamiento y procesamiento de sangre	100% de la tarifa de red	Beneficio únicamente dentro de la Red
Rehabilitación cardíaca, incluyendo cargos por servicios profesionales y de establecimientos independientes. (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red después de un copago de \$10 por visita, por hasta 30 visitas por año calendario. (Se combinan las visitas al establecimiento y de servicios profesionales).	Beneficio únicamente dentro de la Red
Cuidado quiropráctico – Exámenes y manipulaciones. (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red después de un copago de \$10 por visita. Limitado a 30 visitas por año calendario.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Cuidado quiropráctico - Radiografías.	100% de la tarifa de red	Beneficio únicamente dentro de la Red
Tratamiento dental (tratamiento para tumores orales, quistes, dientes impactados en el hueso y lesiones accidentales a dientes naturales saludables dentro de 12 meses de la lesión) (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Consejería para diabéticos/ Nutricional	Cubiertos al 100% de la tarifa de red. Limitado a 3 visitas por año.	Beneficio únicamente dentro de la Red

	Cobertura cuando se utiliza un proveedor participante	Cobertura cuando NO se utiliza un proveedor participante
Cobertura Médica (continuación)		
Exámenes de laboratorio y rayos X de diagnóstico, incluyendo cargos por servicios profesionales y de establecimientos independientes	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Inyecciones (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Inyecciones - Manejo del dolor (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red	Beneficio únicamente dentro de la Red
Terapia intravenosa (IV) (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Diálisis renal, incluyendo cargos por servicios profesionales y de establecimientos independientes. (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red, sujeto a un pago máximo de \$1,500 por día.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Suministros médicos, equipos y prótesis (Se requiere precertificación en cargos por rentas o compras que excedan \$1,000)	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Resonancia magnética y CT Scan, incluyendo cargos por servicios profesionales y de establecimientos independientes (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Aparatos de ortopedia (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red. El reemplazo está limitado a una vez cada dos años.	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Terapia física y ocupacional, incluyendo cargos por servicios profesionales y de establecimientos independientes (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red, después de un copago de \$10 por visita. Limitado a 30 visitas por año calendario. (Se combinan las visitas al establecimiento y de servicios profesionales).	Beneficio únicamente dentro de la Red
Consultas médicas (en el hospital)	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Visitas médicas a domicilio y en el consultorio	100% de la tarifa de red, después de un copago de \$10 por visita.	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Consultas médicas para pacientes hospitalizados	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Cobertura cuando se utiliza un proveedor participante		Cobertura cuando NO se utiliza un proveedor participante
Cobertura Médica (continuación)		
Consultas médicas Oficina/ambulatorios	100% de la tarifa de red, después de un copago de \$10 por visita.	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Visitas médicas en la sala de emergencia para una emergencia médica	100% de la tarifa de red	Lo mismo que en la red
Podiatría (Cuidado del pie)¹ Está cubierta la cirugía de hueso relacionada con juanetes, protuberancias de hueso y dedos de martillo. Remoción de uñas incrustadas únicamente para pacientes diabéticos. (No se cubren los cuidados de rutina) (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Psicoterapia: Servicios Profesionales Ambulatorios. (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red, después de un copago de \$10 por visita. Limitado a 30 visitas por año calendario.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Radiación y quimioterapia, Tarifas por servicios profesionales (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Terapia respiratoria	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Preventivo: Examen anual de la vista	100% de la tarifa de red. Limitado a un examen y una refracción por año calendario.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Preventivo: Examen físico anual.	100% de la tarifa de red. Limitado a un examen por año calendario.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Preventivo: Vacunas/Inmunizaciones.	100% de la tarifa de red	Beneficio únicamente dentro de la Red
Preventivo: Examen ginecológico de rutina	100% de la tarifa de red. Limitado a 1 por año calendario, a menos que sea Medicamento Necesario.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Preventivo: Mamografía de rutina.	100% de la tarifa de red. Limitado a 1 por año calendario para personas de 40 años en adelante, a menos que sea Medicamento Necesario.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Preventivo: Examen de rutina de papanicolaou	100% de la tarifa de red. Limitado a 1 por año calendario, a menos que sea Medicamento Necesario.	Beneficio únicamente dentro de la Red
¹ El cuidado de los pies para pacientes diabéticos proporcionado en un entorno de consultorio no requiere Pre-Certificación.		

Cobertura Médica (continuación)		
	Cobertura cuando se utiliza un proveedor participante	Cobertura cuando NO se utiliza un proveedor participante
Preventivo: Examen de rutina de cáncer de la próstata	100% de la tarifa de red. Limitado a 1 por año calendario, a menos que sea Medicamento Necesario.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Preventivo: Cuidado del bebé saludable (Well-Child Care):	100% de la tarifa de red	Beneficio únicamente dentro de la Red
Segunda opinión en caso de cirugía	100% de la tarifa de red después de un copago de \$10 por visita.	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Trastorno por consumo de sustancias. (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red después de un copago de \$10 por visita. Limitado a 30 visitas por año calendario.	Beneficio únicamente dentro de la Red
Cirugía (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red	80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.
Trasplante de órganos (Se requiere Pre-Certificación)	100% de la tarifa de red	Beneficio únicamente dentro de la Red

Programa de Certificación Médica — El Programa de Certificación Médica requiere que usted llame a la Gestión de Atención Médica de Amalgamated (*Amalgamated Medical Care Management - AMCM*) al 1-800-423-9525 para obtener aprobación antes de que usted o uno de sus dependientes cubiertos utilice alguno de los servicios a continuación. En general, la Pre-Certificación debe completarse 15 días antes del servicio o dentro de las 24 horas siguientes a una admisión de emergencia.

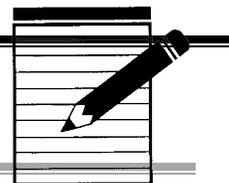
- Si usted va a ingresar a un hospital o dentro de las 24 horas siguientes a una admisión de emergencia.
- Si usted va a pasar la noche en un hospital.
- Si usted va a ser internado o transferido a un centro de rehabilitación o de enfermería calificada de cuidados especiales o a un hospicio.
- Si usted va a recibir atención médica domiciliaria o terapia de infusión en el hogar.
- Si usted va a someterte a una cirugía en un hospital ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio.
- Si le han indicado que necesita un trasplante de órgano o tejido.
- Si usted requiere inyecciones terapéuticas.
- Si usted va a recibir servicios de manejo del dolor.
- Si usted necesita tratamiento para un padecimiento crónico, incluyendo diálisis, quimioterapia y radioterapia.
- Si usted va a recibir terapia, incluyendo terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, rehabilitación cardíaca, atención quiropráctica, psicoterapia y/o tratamiento para trastornos por consumo de sustancias
- Si usted va a someterse a una resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT Scan), tomografía por emisión de positrones (PET Scan) u otro procedimiento similar
- Si usted va a someterse a un estudio del sueño
- Para cualquier servicio hospitalario ambulatorio que no pueda realizarse en un centro independiente.

Nota: Los servicios de radiología o laboratorio de diagnóstico, incluyendo las resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans) y tomografías por emisión de positrones (PET scans), no están cubiertos en el Departamento de Pacientes Ambulatorios de un Hospital a menos que AMCM lo autorice como Médicamente Necesarios.

- Para la admisión por maternidad, si su médico ha recomendado hospitalización con duración de:
 - más de 48 horas después de un parto vaginal normal, o
 - más de 96 horas después de una cesárea
- Si su recién nacido va a permanecer hospitalizado por más de 48 horas.
Por favor, tome nota: los recién nacidos deben ser agregados al Plan para que la cobertura se extienda más allá de las 48 horas para un parto vaginal y 96 horas para una cesárea. Por favor consulte la sección titulada "Cuando los Dependientes Elegibles se Convierten en Beneficiarios del Plan" en la página 29 para conocer las reglas importantes.
- Si necesita alquilar equipo médico duradero o adquirir equipo médico duradero con un costo estimado de \$1,000 o más.
- Si va a recibir un servicio que no se encuentra en esta lista y no está seguro si es un servicio cubierto o si requiere una Pre-Certificación, llame al Administrador del Contrato al 973-735-6464.

Si usted no notifica a Amalgamated Medical Care Management en las instancias en que se requiere, sus reclamos por esos servicios podrían no quedar cubiertos, o no ser cubiertos en su totalidad. El número de teléfono gratuito para llamar a Amalgamated Medical Care Management es 800-423-9525.

Información básica



¿Qué es un plan de salud y bienestar?

La seguridad de su familia es una cuestión importante para su empleador y su sindicato. Sin una protección adecuada, el costo de una enfermedad o una lesión puede volverse una seria carga financiera.

Naturalmente, tenemos la esperanza de que una lesión o una enfermedad grave nunca se cruce en su camino. Sin embargo, como participante del Plan, puede estar seguro de que usted y su familia tienen la protección que necesitan a través de una amplia gama de coberturas.

¿Quién paga el costo del Plan?

El Plan se proporciona de conformidad con los Contratos de Negociación Colectiva (*Collective Bargaining Agreement*, CBA por sus siglas en inglés) celebrado por el Sindicato o un Contrato de Participación por escrito celebrado entre el Fondo de Salud y Bienestar Local 99 y varios empleadores y asociaciones de empleadores, respectivamente. Las contribuciones de los empleadores y todas las ganancias de inversión se mantienen como un Fondo Fiduciario, el cual paga beneficios bajo el Plan. El Plan es autofinanciado, y los beneficios son administrados conjuntamente por el Plan de Salud y Bienestar Local 99, los Administradores de Beneficios de Empleados de *Amalgamated* y *Anthem Blue Cross Blue Shield*. El costo del Plan es pagado por su empleador a través de pagos regulares al Fondo, y en algunos casos, las primas de los miembros sindicalizados. La información sobre si un empleador en particular está contribuyendo al Fondo puede obtenerse mediante una solicitud por escrito dirigida a la Oficina del Fondo. Usted puede obtener una copia de su CBA o Contrato de Participación presentando una solicitud por escrito al Administrador del Plan y está disponible para su revisión. Cuando usted está activamente trabajando para un empleador y su empleador está realizando pagos al Fondo en su nombre, se considera que usted está trabajando en un empleo dentro de cobertura.

¿Quién está cubierto?

Usted:

Cuando usted satisface los requisitos del Plan para la cobertura (ver la próxima sección).

Sus Dependientes:

Sus dependientes elegibles incluyen:

- su cónyuge (si está especificado en el Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación; no todos los empleadores ofrecen cobertura para cónyuges).
- sus hijos biológicos desde el nacimiento hasta el final del mes en que cumplan 26 años.
- sus hijos adoptivos hasta el final del mes en que cumplen 26 años.
- los menores de edad bajo su tutela legal hasta el final del mes en que cumplen 26 años.

El Fondo tiene derecho a exigirle que presente información y documentación al Fondo, ya sea para establecer la prueba inicial o la prueba continua de la elegibilidad de un dependiente para recibir beneficios bajo el Plan.

Si sus dependientes están cubiertos por el Plan como empleados, no se consideran dependientes cubiertos.

Órdenes de Atención Pediátrica Calificada:

El Plan proporcionará cobertura de atención médica de acuerdo con una Orden de Atención Pediátrica Calificada, que es cualquier sentencia, decreto u orden emitida por un tribunal que reconoce el derecho de un niño o niños a recibir beneficios bajo un plan de salud grupal en el que el padre del niño es un participante elegible.

La Orden de Atención Pediátrica Calificada debe especificar el nombre y la última dirección postal conocida del participante, y el nombre y la dirección de cada uno de los menores elegibles, una descripción del tipo de cobertura que se deberá proporcionar, el período al que aplica la orden, y cada plan al que aplica la orden.

La Orden de Atención Pediátrica Calificada no puede requerir que el Plan proporcione ningún beneficio ni opción que no se encuentre ya contemplado bajo el Plan.

Cuando el Plan reciba una Orden de Atención Pediátrica Calificada, se enviará un acuse de recibo y se le informará sobre la determinación del Plan sobre si en efecto se trata de una Orden de Atención Pediátrica Calificada. Si desea recibir una copia de los procedimientos del Plan con respecto a las Órdenes de Atención Pediátrica Calificadas, por favor escriba al Administrador del Plan y se le enviará una copia sin costo alguno.

Elegibilidad de cobertura bajo el plan

Quién podría llegar a ser elegible bajo el Plan:

El Plan provee beneficios a los participantes activos y, en algunos casos, a sus dependientes. La determinación de si un empleado o un dependiente podría ser elegible para recibir algún tipo de cobertura dependerá de los términos del Plan conforme se describen en este documento, y de los términos del Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación aplicable.

Cómo puede usted obtener y permanecer cobertura bajo el Plan

Elegibilidad inicial

Si usted no se encuentra actualmente cubierto por el Plan en calidad de participante activo, usted podrá, en términos generales, llegar a ser elegible como participante activo para recibir los beneficios del Plan el primer día del mes calendario después de que usted cumpla con todos los siguientes requisitos:

- Completar el período de espera. Si su Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación establece un período de espera antes de que la elegibilidad sea efectiva, usted no será elegible para ninguna cobertura bajo el Plan hasta el primero del mes siguiente que se haya completado ese período de espera. El período de espera no puede exceder los 60 días, ya que la cobertura debe comenzar dentro de los 90 días posteriores a la fecha de contratación del empleado.
- Pago de contribuciones. Su elegibilidad para recibir beneficios no comenzará hasta que se hayan realizado las contribuciones al Fondo del empleador, y cualquier contribución al Fondo del empleado conforme se requiera bajo su Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación.
- Elección bajo el Plan de Cafetería del empleador, en caso de que aplique. Si, conforme a su Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación, su elegibilidad para participar en este Plan está condicionada a que usted haya realizado y se encuentre vigente una elección válida para dicha cobertura bajo un "Plan de Cafetería" patrocinado por su empleador, o bajo un procedimiento de elección similar llevado a cabo por su empleador, usted necesitará también haber realizado dicha elección para la cobertura y que ésta se encuentre vigente antes de que pueda ser elegible para la cobertura.

Continuación de la Cobertura

Después de cumplir con los requisitos de elegibilidad inicial establecidos anteriormente, su cobertura se continuará si usted cumple con los siguientes requisitos de continuación de la elegibilidad:

- Que se hayan realizado las contribuciones al Fondo por parte del empleador, y cualquier contribución del empleado, conforme se requiera bajo su Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación.
- Que usted no haya optado por un Plan Cafetería patrocinado por su empleador que termine su cobertura.

Cobertura Durante Períodos de Ausencia con Licencia

Licencia Familiar y Médica

Si su empleador tiene 50 o más empleados, es posible que usted sea elegible para ausentarse con licencia bajo la Ley de Ausencias con Licencia Familiar y Médica ("FMLA", por sus siglas en inglés). Según la FMLA, usted puede disponer de hasta 12 semanas en un año de ausencia con licencia no remunerada por razones familiares o médicas específicas, como una enfermedad médica grave que usted padezca, el nacimiento o la adopción de un hijo, o para brindar cuidado a su cónyuge, hijo(a), madre o padre enfermo(a). Si usted se toma una licencia FMLA, su empleador está obligado a continuar contribuyendo al Fondo en su nombre y su cobertura a través del Fondo continuará.

Su cobertura bajo la FMLA cesará una vez que el Administrador del Contrato sea notificado (o de otra forma determine) que ha terminado el empleo, ha agotado su derecho a licencia de 12 semanas bajo la FMLA, o si usted informa al Administrador del Contrato su intención de no regresar a su empleo al concluir el periodo de la licencia. Su cobertura también cesará si su empleador incumple en el pago de las contribuciones requeridas para mantener la cobertura en su nombre durante dicho período de 12 semanas.

Si usted no regresa al empleo cubierto después de finalizar su ausencia con licencia FMLA, es posible que usted sea elegible para continuar la cobertura bajo la Ley Omnibus de Reconciliación del Presupuesto Consolidado, (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*) comúnmente llamada COBRA, descrita a continuación. El evento calificador que le otorga derecho a la cobertura de continuación COBRA se considerará que ha ocurrido el último día de su licencia FMLA.

Llame a su empleador si tiene preguntas sobre su elegibilidad para ausentarse con licencia bajo la FMLA. También llame al Administrador del Contrato con respecto a la cobertura durante dicha licencia.

Ausencia con Licencia bajo la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo para los Miembros de las Fuerzas Armadas (*Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act "USERRA"*)

Si usted se encuentra en servicio militar activo durante 30 días o menos, usted y sus dependientes elegibles continuarán recibiendo cobertura de atención médica bajo el Plan de acuerdo con la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo en para los Miembros de las Fuerzas Armadas de 1994 (USERRA). Si usted está en servicio activo durante más de 30 días, su cobertura bajo el Plan termina, pero la USERRA le permite continuar la cobertura de atención médica para usted y sus dependientes elegibles a su propio costo durante hasta 24 meses. La cobertura, para usted o sus dependientes, no se ofrecerá para ninguna enfermedad o lesión determinada por el Secretario de Asuntos de Veteranos que haya sido contraída o agravada durante el servicio en las fuerzas armadas. Las fuerzas armadas y el Departamento de Asuntos de Veteranos le proporcionarán atención para enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

Este derecho de continuación funciona de la misma manera que la cobertura COBRA, que se describe más adelante en este SPD en la sección "Sus Derechos COBRA". Además, sus dependientes pueden ser elegibles para la cobertura de atención médica bajo el programa federal conocido como TRICARE (que incluye el programa anteriormente conocido como "CHAMPUS"). Este Plan coordina su cobertura con TRICARE.

Incluso si usted no elige continuar la cobertura durante su servicio militar, es posible que usted tenga derecho a que se restablezca su cobertura cuando regrese al empleo con un Empleador Contribuyente después de una alta honorable, siempre que regrese al empleo dentro de los períodos de tiempo prescritos por la ley (lo cual es generalmente cinco (5) años, excepto en circunstancias inusuales o extraordinarias). Si usted recibe una alta honorable y regresa al trabajo con un Empleador Contribuyente, su elegibilidad completa se restablecerá el día que regrese al trabajo siempre que regrese dentro de uno de los siguientes plazos:

- 90 días a partir de la fecha de alta, si el período de servicio es de 180 días o más;
- 14 días a partir de la fecha de alta, si el período de servicio fue de al menos 31 días pero menos de 180 días; o
- un día después del alta (permitiendo 8 horas para viajar) si el período de servicio fue menor a 31 días.

Si usted está hospitalizado o convaleciendo de una lesión causada por el servicio activo, estos límites de tiempo pueden extenderse hasta por dos años.

No se impondrá ningún período de espera o exclusión en relación con tal restablecimiento (a menos que se hubiera impuesto el período de espera o exclusión si hubiera permanecido cubierto durante su servicio militar), excepto en el caso de enfermedad o lesión relacionada con su servicio militar.

La separación de las fuerzas armadas en condiciones deshonrosas o en base a mala conducta, por motivos considerados menos que honorables, por ausentarse sin permiso, o debido a una condena en un tribunal militar lo descalificaría de cualquier derecho bajo la USERRA.

Según la USERRA, se requiere que un empleado activo notifique al empleador (por escrito o verbalmente) que estará ausentando para incorporarse al servicio militar a menos que las circunstancias o la necesidad militar impliquen que la notificación sea imposible o irrazonable. Su empleador debe notificar al Plan dentro de los 30 días después de que usted haya sido reemplazado con posterioridad al servicio militar; sin embargo, también es una buena idea que usted también lo notifique a la Oficina del Fondo.

Restablecimiento de la Cobertura

Si su elegibilidad para la cobertura como participante activo ha expirado debido a una ausencia con licencia, un despido, una suspensión disciplinaria, la falta de recepción por parte del Fondo de las contribuciones del empleador y/o del empleado, o cualquier otro motivo para la terminación de la cobertura bajo el Plan, usted en términos generales no podría volver a ser elegible para la cobertura bajo el Plan sino hasta después de que (1) usted haya regresado al empleo cubierto, (2) se hayan realizado todas las contribuciones requeridas (del Empleador y del Empleado, en caso de ser aplicables), y (3) en caso de que bajo su Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación se requiera completar un nuevo período de espera, usted complete dicho período. Sin embargo, si está regresando de una licencia bajo la " Ley de Ausencias con Licencia Familiar y Médica de 1993", no se le requerirá completar un nuevo período de espera.

Si su Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación establece la fecha en que dicha cobertura restablecida entrará en vigor, su cobertura será efectiva en esa fecha. Si su Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación no establece dicha fecha, su cobertura se restablecerá con efectos a partir del primer día del mes después que usted satisfaga todos los criterios para el restablecimiento de la cobertura.

Una vez se restablecida, cualquier cantidad que un participante cubierto haya acumulado previamente hacia cualquier deducible anual o limitaciones de visitas anuales, volverá a aplicarse. Los acumuladores del participante no se reinician debido a un restablecimiento.

Cuando los Dependientes Elegibles Obtienen Cobertura para Beneficios Bajo el Plan

Elegibilidad Inicial

Cualquier Dependiente elegible que usted tenga en la fecha inicial en que su cobertura entre en vigencia quedará cubierto en la misma fecha en que usted quede cubierto, siempre que los materiales de inscripción aplicables y la prueba de elegibilidad (por ejemplo, certificado de nacimiento, certificado de matrimonio, etc.) sean recibidos a tiempo por el Fondo.

Dependientes Recién Adquiridos

A. Notificación al Fondo dentro de los 30 días.

Si usted ya es un participante activo del Fondo y adquiere un nuevo dependiente después de establecer su elegibilidad inicial, o más tarde si así se establece en su Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación, como por ejemplo a través del matrimonio o el nacimiento o asignación para la adopción de un menor, usted debe notificar inmediatamente por escrito al Administrador del Contrato sobre el nuevo dependiente para que el nuevo dependiente quede cubierto. Si notifica al Administrador del Contrato dentro de los treinta (30) días posteriores al nacimiento, matrimonio, asignación para adopción u otro evento mediante el cual la persona se convierte en su dependiente, ese dependiente será elegible para la cobertura a partir de la fecha de dicho matrimonio, nacimiento, adopción u otro evento.

Nota: Los menores adoptados pueden ser agregados como dependientes en el momento en que el menor le es asignado a usted para su adopción, si el menor tiene menos de 18 años de edad en el momento de la asignación y usted asume la obligación legal de sustentar total o parcialmente al menor previendo la adopción, incluso si la adopción aún no se ha finalizado.

SI NO COMPLETA Y ENVÍA AL PLAN UN FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN U OTRO AVISO ESCRITO DE INSCRIPCIÓN PARA EL NUEVO DEPENDIENTE DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO, MATRIMONIO, ADOPCIÓN U OTRO EVENTO, SU DEPENDIENTE NO SERÁ ELEGIBLE PARA COBERTURA BAJO EL PLAN HASTA EL PRÓXIMO PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA ANUAL DEL PLAN.

Usted puede dar aviso sobre un nuevo dependiente enviando a su Empleador un Formulario de Inscripción completo que enumere al nuevo dependiente. Si usted no cuenta con un Formulario de Inscripción, puede notificar al Administrador del Contrato sobre el nuevo Dependiente en una carta y se le enviará un Formulario de Inscripción oficial.

Para poder solicitar la cobertura de dependientes, debe presentar la siguiente documentación junto con el Formulario de Inscripción:

- 1) Certificado de Matrimonio
- 2) Certificado de Nacimiento y/o Documentos de Adopción para hijos dependientes menores de 26 años
- 3) Número de Seguro Social para cada dependiente. Los recién nacidos pueden ser agregados sin el Número de Seguro Social, pero debe proporcionar el número al Administrador del Contrato dentro de los sesenta (60) días posteriores al nacimiento.

B. Regla especial adicional para Acuerdos de Negociación Colectiva y/o Acuerdos de Participación que requieren contribuciones para dependientes.

Además de la regla anterior sobre la necesidad de notificar por escrito y oportunamente la inscripción con el Fondo, si su Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación

requiere contribuciones adicionales del empleador o del empleado para dependientes adicionales, su nuevo dependiente no será elegible para la cobertura hasta que se hayan realizado todas las contribuciones adicionales aplicables.

C. Regla especial adicional si está cubierto por un Plan de Cafetería del Empleador bajo el cual se puede elegir la cobertura de dependientes.

Además de las reglas anteriores, si el derecho de sus dependientes a la cobertura bajo este Fondo se encuentra, conforme a su Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación, condicionado a una elección efectiva para dicha cobertura bajo el Plan de Cafetería de su Empleador, o bajo un procedimiento de elección similar llevado a cabo por su empleador, su dependiente no será elegible para obtener beneficios sino hasta después de que se haya realizado una elección válida. Consulte la sección "Período de Inscripción Especial" para obtener una explicación sobre las reglas especiales de "inscripción tardía" bajo la ley federal que pueden permitirle inscribir a un dependiente después del plazo normal bajo el procedimiento del Plan de Cafetería de su Empleador en situaciones en las que adquiere un nuevo dependiente (por ejemplo, matrimonio, nacimiento, adopción, etc.) o en las que usted o un dependiente pierden la cobertura bajo otro plan o seguro.

Período de Inscripción Especial

Bajo una ley federal conocida como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (*Health Insurance Portability and Accountability Act* -"HIPAA", por sus siglas en inglés), los planes deben permitir inscripciones tardías para la cobertura del plan de salud grupal en ciertas situaciones en las que se pierde la cobertura bajo otro plan o seguro, o en las que un individuo se convierte en dependiente después de que haya cerrado el período normal de inscripción.

Si rechaza la inscripción para usted mismo o para un dependiente (incluido su cónyuge) mientras tiene vigente otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, es posible que usted pueda inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este Plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir hacia su cobertura u otra cobertura de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que finalice dicha otra cobertura de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir hacia la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted mismo y a sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción.

- La cobertura de un recién nacido o un recién nacido recién adoptado que esté inscrito correctamente dentro de los 30 días posteriores al nacimiento estará vigente a partir de la fecha de nacimiento del niño.

- La cobertura de un niño recién adoptado o un niño asignado para adopción que esté inscrito correctamente dentro de los 30 días posteriores a la adopción del niño o la asignación para adopción estará vigente a partir de la fecha de adopción del niño o la asignación para adopción, lo que ocurra primero.
- La cobertura de un cónyuge que esté inscrito correctamente dentro de los 30 días posteriores a la fecha de su matrimonio estará vigente a partir de la fecha de su matrimonio.

HIPAA también proporciona un Período de Inscripción Especial para la cobertura del plan de salud grupal para empleados y Dependientes (que de alguna forma sean elegibles para la cobertura) quienes pierdan la elegibilidad para Medicaid, SCHIP (Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños) o CHIP (Programa de Seguro de Salud para Niños), o se vuelvan elegibles para participar en un programa de asistencia opcional en base a primas bajo Medicaid, SCHIP o CHIP. Un programa de asistencia opcional en base a primas es un programa opcional estatal bajo Medicaid o SCHIP que paga una parte de la prima para la cobertura del plan de salud grupal. Según HIPAA, para aprovechar el derecho de Medicaid, SCHIP o CHIP a la inscripción especial, debe proporcionar un aviso oportuno al Fondo sobre la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de Medicaid, SCHIP o CHIP o volverse elegible para participar en un programa de asistencia en base a primas bajo Medicaid, SCHIP o CHIP. El aviso de la pérdida de elegibilidad o de volverse elegible para participar en un programa de asistencia en base a primas debe ser proporcionado por usted por escrito al Administrador del Contrato del Fondo dentro de los sesenta (60) días posteriores a la pérdida de la elegibilidad para la cobertura de Medicaid, SCHIP o CHIP o al volverse elegible para participar en un programa de asistencia en base a primas bajo Medicaid, SCHIP o CHIP. La Inscripción Especial después de una pérdida de elegibilidad para la cobertura de Medicaid, SCHIP o CHIP o al volverse elegible para participar en un programa de asistencia de primas entrará en vigor el primer día del primer mes después de que se realice el aviso solicitando el cambio.

Para solicitar la inscripción especial, los formularios de inscripción o para obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial, comuníquese con su Empleador o el Administrador del Contrato del Fondo.

Cambios en las Selecciones del Plan de Cafetería del Empleador

Además de las reglas bajo HIPAA discutidas anteriormente, si, según su Contrato de Negociación Colectiva y/o Contrato de Participación, la participación en este Plan se debe a una selección bajo el Plan de Cafetería de su Empleador, es posible que usted también tenga el derecho de hacer cambios a sus selecciones de cobertura entre períodos regulares de selección si el Plan de Cafetería de su Empleador tiene reglas que lo permitan. Las leyes federales de impuestos y las regulaciones relacionadas con los Planes de Cafetería permiten que dichos planes tengan reglas especiales que facultan a los empleados hacer cambios en las coberturas electivas en ciertas circunstancias específicas, tales como cambios en:

- su estado civil legal;

- el número de sus dependientes;
- su estado laboral (o el de su cónyuge o dependiente elegible);
- el horario de su jornada de trabajo (o el de su cónyuge o dependiente elegible); o
- su residencia o lugar de trabajo (o el de su cónyuge o dependiente elegible).

También se le puede permitir hacer cambios en sus selecciones de cobertura en ciertas situaciones en las que una orden judicial derivada de un divorcio, separación, anulación, o proceso de custodia legal exige la cobertura de su hijo bajo beneficios del plan de salud grupal, o bajo el Plan de su ex-cónyuge. De manera similar, el Plan de Cafetería de su Empleador puede contener disposiciones especiales que le permitan cambiar su selección en ciertos casos en los que la cobertura para usted o un dependiente bajo Medicare o Medicaid se reduzca o elimine o en los que usted o un dependiente se vuelvan elegibles para dicha cobertura.

Para determinar qué reglas especiales, si es que las hubiere, tiene el Plan de Cafetería de su Empleador en relación con los cambios a las selecciones, o cómo realizar tales cambios en las selecciones, usted debe comunicarse con su empleador.

Cómo y Cuándo se Pierde la Cobertura para Usted o un Dependiente

Cómo y Cuándo Termina la Elegibilidad de un Participante Activo

Su elegibilidad para la cobertura (excepto la cobertura COBRA bajo el Fondo) termina en la fecha en que primero suceda cualquiera de los siguientes eventos:

- Usted y/o su empleador cesan o suspenden los pagos necesarios al Fondo de acuerdo con el Contrato de Negociación Colectiva relevante, el Contrato de Participación y/o los calendarios de pago establecidos por el Fondo. •
- Usted realiza una selección bajo el Plan de Cafetería de su Empleador eligiendo terminar la cobertura consistentemente con los términos del Contrato de Negociación Colectiva y/o el Contrato de Participación.
- Usted y/o su empleador incumplen en el pago puntual de las primas o contribuciones requeridas (incluidas las primas COBRA) hacia el costo de la cobertura.

Cómo y Cuándo Termina la Elegibilidad de un Dependiente

Su dependiente elegible perderá la elegibilidad para la cobertura (excepto la cobertura COBRA) en la fecha en que primero suceda cualquiera de los siguientes eventos:

- Usted deja de ser un participante cubierto bajo el Plan (la cobertura de sus dependientes elegibles terminará cuando su cobertura termine).
- Su dependiente deja de satisfacer los requisitos de la definición de "Dependiente" del Plan.

- Usted y/o su empleador cesan o suspenden los pagos necesarios al Fondo de acuerdo con el Contrato de Negociación Colectiva, el Contrato de Participación y/o los calendarios de pago establecidos por el Fondo, según apliquen.

Elección por Parte de los Participantes Activos y Dependientes de Convertir a Medicare en su única Cobertura

Generalmente, cualquier persona de 65 años o más tiene derecho a la cobertura de Medicare. Cualquier persona menor a 65 años que tenga derecho a Beneficios de Ingreso por Discapacidad del Seguro Social también tiene derecho a la cobertura de Medicare después de un período de espera. Si usted es un participante activo y es elegible para Medicare, o el cónyuge de un participante activo que es elegible para Medicare, usted puede optar por tener a Medicare como su única forma de cobertura hospitalaria, médica, quirúrgica y de gastos médicos mayores. Si realiza esta elección, perderá toda su cobertura para beneficios hospitalarios, médicos, quirúrgicos y de gastos médicos mayores bajo el Plan porque la ley prohíbe que el Plan le proporcione beneficios que complementen los de Medicare. Si usted no realiza esta elección, la ley requiere que el Plan siga siendo su cobertura primaria para beneficios hospitalarios, médicos, quirúrgicos y de gastos médicos mayores, con Medicare siendo la cobertura secundaria. Si usted desea tener a Medicare como su única forma de cobertura para los beneficios hospitalarios, médicos, quirúrgicos y de gastos médicos mayores, debe presentar su selección por escrito en la Oficina del Fondo.

La elección de un participante elegible para Medicare de retener o cancelar la cobertura bajo este Plan es responsabilidad del empleado. Ni este Plan ni el empleador del empleado proporcionarán ninguna consideración, incentivo o beneficios para fomentar la cancelación de la cobertura bajo este Plan.

Cobertura de Cuidado de la Salud



Introducción

El Fondo de Salud y Bienestar Local 99 se complace en brindarle un Plan de salud y bienestar en conjunto con Amalgamated Employee Benefits Administrators y Anthem Blue Cross Blue Shield.

Esta Organización de Proveedores Preferidos (PPO) ha sido elegida por los Fideicomisarios del Fondo de Salud y Bienestar Local 99 por su excelente reputación en la entrega de atención médica de alta calidad, al tiempo que limita los gastos médicos de su bolsillo. Estos proveedores cumplen con los altos estándares de calidad generalmente aceptados en la comunidad médica y estarán disponibles para atenderlo a usted y a su familia siempre que necesiten asistencia médica.

Cómo funciona la Red

Los Proveedores Participantes han acordado aceptar el pago del Fondo como pago total, después de que usted haya pagado cualquier copago que se requieran. Si usted o sus dependientes cubiertos utilizan un Proveedor Participante, su único costo por los servicios de atención médica cubiertos será el copago, según corresponda.

Si usted no utiliza un Proveedor Participante cuando uno está disponible, usted tendrá un beneficio reducido, o posiblemente no tendrá ninguna cobertura. Hay varios servicios que son solo un beneficio dentro de la red. Cuando se proporcione cobertura fuera de la red, el pago del Fondo se basará en una asignación reducida. Los cargos de algunos proveedores no participantes pueden ser mayores que el monto permitido fuera de la red del Fondo. En ese caso, usted puede ser responsable de la cantidad adicional sobre la Cantidad Permitida del Fondo. El tratamiento médico que usted o sus Dependientes cubiertos reciben fuera de la red puede estar sujeto a un deducible y/o coseguro. Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que esté protegido contra la facturación sorpresa o la facturación de saldos. Consulte la sección titulada "Sus derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa" para obtener información adicional.

Para encontrar un Proveedor Participante, llame al 800-810-BLUE o visite el sitio web de Anthem Blue Cross Blue Shield en www.anthem.com. Al programar una cita, siempre debe preguntar si su proveedor participa con Anthem Blue Cross Blue Shield National PPO (BlueCard PPO) ya que los proveedores pueden entrar y salir de las redes. Además, revise la cobertura descrita en este folleto para asegurarse de que su Plan proporciona beneficios para los servicios que seleccione.

Lo que usted obtiene cuando se mantiene dentro de la Red Nacional PPO de Anthem Blue Cross Blue Shield (BlueCard PPO):

- Acceso a una de las redes de médicos y hospitales más grandes en todo el país.
- Proveedores que son continuamente evaluados por los altos estándares de calidad de Anthem Blue Cross Blue Shield.
- Costos de bolsillo mínimos para la atención preventiva, así como una variedad de servicios hospitalarios y médicos.
- Reclamaciones sin la necesidad de llenar formularios.
- Cobertura para usted y su familia cuando viajan o viven temporalmente fuera de su área de servicio.

Servicio al Cliente

Para preguntas generales sobre reclamaciones o beneficios, comuníquese con los Administradores de Beneficios para Empleados de Amalgamated llamando al 800-423-9525.

El Administrador de Contratos cuenta con personal dedicado a apoyar a los Participantes del Plan. El personal está disponible de lunes a viernes de 9:00 am a 5:00 pm llamando al 973-735-6464. Comuníquese con el Administrador de Contratos siempre que usted tenga preguntas sobre el Plan o cómo acceder a la atención médica. Algunos ejemplos de los tipos de problemas con los que le pueden ayudar incluyen:

- Cambios de dirección y número de teléfono
- Problemas con reclamaciones o disputas de pagos, incluyendo avisos de cobro
- Verificación de cobertura para procedimientos o servicios específicos
- Información detallada sobre beneficios
- Actualizaciones sobre la elegibilidad
- Tarjetas de identificación de seguros

Gestión de Atención Médica por parte de Amalgamated

Su buena salud y la de su familia son de las cosas más importantes que usted puede poseer. El Fondo proporciona muchos beneficios que le ayudan a cubrir los costos cuando usted se encuentra enfermo, pero también quiere ayudarlo a recuperarse y mantenerse sano. Existen muchos programas que pueden ayudarle en ese reto. A través de la Gestión de Atención Médica por parte de Amalgamated (*Amalgamated Medical Care Management*), el Fondo cuenta con enfermeras, médicos, gestores de casos y entrenadores de salud que están ahí para brindarte asistencia y apoyo. Estos programas son completamente gratuitos para usted y su familia. Para obtener más información, el número de teléfono gratuito para contactar al personal de la Gestión de Atención Médica de Amalgamated es el 800-423-9525.5.

Programa de Certificación Médica

El Programa de Certificación Médica es un esfuerzo cooperativo en el que los profesionales médicos del Fondo trabajan con usted, su familia, su médico y hospital para asegurarle una atención de la más alta calidad y para ayudar a evitar días innecesarios en el hospital y otros tratamientos médicos innecesarios.

El Programa de Certificación Médica requiere que usted y sus dependientes cubiertos llamen a la Gestión de Atención Médica de Amalgamated al 800-423-9525 si experimenta alguna de las situaciones siguientes. En general, la autorización previa o Pre-Certificación debe completarse 15 días antes del servicio o dentro de las 24 horas posteriores a una admisión de emergencia. Si no notifica a la Gestión de Atención Médica Amalgamated cuando sea necesario, es posible que sus reclamaciones por esos servicios no estén cubiertas, o no estén cubiertas en su totalidad.

- Si usted va a ingresar a un hospital o dentro de las 24 horas siguientes a una admisión de emergencia.
- Si usted va a pasar la noche en un hospital.
- Si usted va a ser internado o transferido a un centro de rehabilitación o de enfermería calificada de cuidados especiales o a un hospicio.
- Si usted va a recibir atención médica domiciliaria o terapia de infusión en el hogar.
- Si usted va a someterte a una cirugía en un hospital ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio.
- Si le han indicado que necesita un trasplante de órgano o tejido.
- Si usted requiere inyecciones terapéuticas.
- Si usted va a recibir servicios de manejo del dolor.
- Si usted necesita tratamiento para un padecimiento crónico, incluyendo diálisis, quimioterapia y radioterapia.

- Si usted va a recibir terapia, incluyendo terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla, rehabilitación cardíaca, atención quiropráctica, psicoterapia y/o tratamiento para trastornos por consumo de sustancias
- Si usted va a someterse a una resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT Scan), tomografía por emisión de positrones (PET Scan) u otro procedimiento similar
- Si usted va a someterse a un estudio del sueño
- Para cualquier servicio hospitalario ambulatorio que no pueda realizarse en un centro independiente.

Nota: Los servicios de radiología o laboratorio de diagnóstico, incluyendo las resonancias magnéticas (MRI), tomografías computarizadas (CT scans) y tomografías por emisión de positrones (PET scans), no están cubiertos en el Departamento de Pacientes Ambulatorios de un Hospital a menos que AMCM lo autorice como Medicamento Necesarios.

- Para la admisión por maternidad, si su médico ha recomendado hospitalización con duración de:
 - más de 48 horas después de un parto vaginal normal, o
 - más de 96 horas después de una cesárea
 - Si su hijo recién nacido va a permanecer hospitalizado por más de 48 horas.

Por favor, tome nota: los recién nacidos deben ser agregados al Plan para que la cobertura se extienda más allá de las 48 horas para un parto vaginal y 96 horas para una cesárea. Por favor consulte la sección titulada "Cuando los Dependientes Elegibles se Convierten en Beneficiarios del Plan" para conocer las reglas importantes.

- Si necesita alquilar equipo médico duradero o adquirir equipo médico duradero con un costo estimado de \$1,000 o más.
- Si va a recibir un servicio que no se encuentra en esta lista y no está seguro si es un servicio cubierto o si requiere una Pre-Certificación, llame al Administrador del Contrato al 973-735-6464.

Los médicos y/o enfermeras de la Gestión Médica de Amalgamated se pondrán en contacto con su médico y su hospital para solicitar una opinión profesional de su tratamiento y determinar si la atención que recibe es Medicamento Necesaria y se brinda en el entorno apropiado para su tratamiento.

Si la Gestión de Atención Médica de Amalgamated determina que el tratamiento propuesto no es Medicamento Necesario para usted, se le informará a usted y a su médico. Si usted continúa con un tratamiento que la Gestión de Atención Médica de Amalgamated determina que es innecesario o está en un entorno inapropiado, el Plan no cubrirá los costos de esa parte de su tratamiento.

Ni el Plan, el administrador del Plan o cualquiera de sus representantes, se dedican a la práctica de la medicina, ni ninguno de ellos tiene control sobre ningún diagnóstico, tratamiento, atención, o falta de ellos, ni sobre cualquier servicio de atención médica prestado o entregado a usted por cualquier proveedor de atención médica. Ni el Plan, ni el administrador del Plan, ni ninguno de sus representantes, tendrán responsabilidad alguna por cualquier pérdida o lesión causada a usted por

cualquier proveedor de atención médica debido a negligencia, por no proporcionar atención o tratamiento, o de cualquier otra manera.

Línea de Ayuda de Enfermeros las 24 horas

La Línea de Ayuda de enfermeros las 24 horas es un servicio que permite que usted y su familia se comuniquen con enfermeros certificados las 24 horas del día sin costo alguno, quienes atenderán sus dudas sobre temas de salud. Éste es un programa completamente voluntario de educación, apoyo y asesoría sobre temas de salud. Los enfermeros de la Línea de Ayuda le proporcionarán información sobre la salud y/o evaluarán sus síntomas para asegurarse de que acceda al nivel de atención adecuado en el momento adecuado según su situación particular. Para obtener más información, comuníquese con los enfermeros de la Línea de Ayuda llamando al 1-800-423-9525.

Gestión de Casos Médicos

Si usted o un miembro de su familia padece una lesión traumática o una enfermedad de alto costo, es posible que sea contactado por un miembro del equipo de enfermeros registrados de la Gestión de Atención Médica de Amalgamated que actúan como gerentes de casos para ayudarlo a usted y a su familia. Ellos pueden trabajar directamente con usted, su familia, los hospitales y los médicos para ayudar a gestionar la atención médica del paciente. Ellos pueden ayudar a gestionar acuerdos con los proveedores y permitir que usted y su familia exploren todas las opciones y alternativas de atención médica posibles. Los servicios del programa son gratuitos para aquellos pacientes que son elegibles para obtener cobertura bajo el Plan

Programa de Mejora y Mantenimiento de la Salud

Las enfermedades crónicas como son las enfermedades cardíacas, diabetes, dolor de espalda, asma y cáncer suelen ser prevenibles. Si usted ya se encuentra afectado por una enfermedad crónica, es posible que pueda manejarla de una mejor manera para aumentar su calidad de vida.

El programa de Mejora y Mantenimiento de la Salud puede ayudarlo a vivir más saludable y sentirse mejor. Podemos ayudarlo a aprender más sobre el tratamiento de sus condiciones de salud existentes y prevenir el desarrollo de nuevas enfermedades. El programa le proporcionará una Enfermera Registrada que será su entrenador de salud personal. Ellos actuarán como su socio para desarrollar un programa personalizado solo para usted. Depende completamente de usted decidir si trabajar con un entrenador de salud personal puede marcar la diferencia en su vida. **El servicio es completamente confidencial y gratuito para usted. Este servicio no resultará en ningún aumento en su coaseguro (si corresponde) a menos que su Contrato de Negociación Colectiva/Participación se especifique que se requiere un aumento general.**

PARA COMENZAR

El primer paso es completar una evaluación de riesgo de salud. Es un listado simple de preguntas que ayudarán a determinar lo que usted está haciendo bien para su salud y lo que podría hacer mejor. Tomará unos 15 minutos de su tiempo

Una evaluación de riesgos para la salud se puede enviar por correo, a través de un enlace web seguro o por teléfono con un administrador de casos. Para obtener información adicional o para completar una evaluación de riesgos para la salud, llame a Gestión de Atención Médica de Amalgamated al 866-663-7486.

Una vez completada la evaluación de riesgo de salud por computadora, por correo o por teléfono, un enfermero entrenador de salud se comunicará con usted para revisar los resultados y discutir sus opciones.

EL CAMINO A LA SANACIÓN

Si usted tiene una condición médica crónica como la diabetes, asma, enfermedad cardíaca, dolor de espalda o cáncer, un entrenador de salud personal puede ayudarle a obtener sus medicamentos, monitorear su condición y trabajar con usted para encontrar formas de estabilizar y mejorar su salud. Ellos trabajarán con usted y su médico para desarrollar un programa que sea adecuado para usted y luego le ayudarán a cumplir con el programa.

MANTENERSE BIEN

Es posible que usted se sienta bien ahora, pero podría tener algunos factores de riesgo o comportamientos que podrían derivar en enfermedades más adelante en su vida. Un entrenador personal de salud puede ayudarlo a comprender esos riesgos y enseñarle cómo hacer cambios simples que pueden prevenir el desarrollo de enfermedades. El entrenador personal de salud desarrollará un plan que sea adecuado para usted y será un recurso para sus preguntas e inquietudes.

¿USTED QUIERE DEJAR DE FUMAR?

Sabemos que es difícil dejar de fumar, pero cuatro millones de personas mueren cada año por causas relacionadas con el tabaco. Usted no quiere ser uno de ellos. Un entrenador personal de salud puede ayudarlo con estrategias comprobadas para dejar de fumar. Su entrenador de salud personal estará allí para brindarle apoyo diario.

¿USTED QUIERE PERDER PESO?

Un entrenador personal de salud puede trabajar con usted para encontrar el método de pérdida de peso que mejor funcione para usted. El apoyo continuo hace que el difícil camino de perder peso sea un poco más fácil

SI USTED TIENE ACCESO A UNA COMPUTADORA

Realice la Evaluación de Riesgo de Salud en línea. Obtendrá comentarios inmediatos sobre sus riesgos de salud y la opción de programar una discusión con un enfermero entrenador de salud. En el sitio web **Getting Well, Staying Well**, se encuentra mucha información de salud sobre diferentes temas sanitarios para que usted explore.

SI USTED NO TIENE ACCESO A UNA COMPUTADORA

Envíe por correo el formulario de evaluación de riesgo de salud o llame al **1-866-663-7486**. Un entrenador de salud se pondrá en contacto con usted. Si usted no tiene acceso a una computadora, su entrenador de salud también puede enviarle información de salud por correo.

Recuerde, es gratuito, es confidencial, y puede ayudarle a vivir una vida más larga y saludable. Realice la Evaluación de Riesgo de Salud e inscribese para que se le asigne a un Enfermero Certificado como Entrenador Personal de Salud por parte de la Gestión de la Atención Médica de Amalgamated, una compañía afiliada a la Familia de Compañías Amalgamated.

Pago máximo vitalicio

No hay un pago máximo vitalicio bajo el Plan.

Pago Máximo por Año Calendario

No hay un pago máximo anual bajo el Plan.

Su deducible y coseguro

SI USTED UTILIZA UN PROVEEDOR PARTICIPANTE no hay deducible ni coseguro. Copagos aplican a algunos beneficios, como las visitas para terapia.

SI USTED NO UTILIZA UN PROVEEDOR PARTICIPANTE el deducible y el coseguro se aplican a algunas de sus coberturas.

Durante el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre), antes de que el Fondo le reembolse sus gastos de atención médica, primero debe incurrir en \$150 en gastos médicos elegibles. A esto se le llama deducible. Solo se aplica un deducible anual de \$150 por persona o \$300 por familia a su cobertura fuera de la red.

Cuando se haya alcanzado el Deducible, en general el Plan pagará el 80% del Monto Permitido Fuera de la Red. El 20% de la Cantidad Permitida que su Plan no paga se llama coseguro y es su responsabilidad. El coseguro es adicional a cualquier facturación de saldo que pueda cobrar el proveedor fuera de la red. El uso de un proveedor fuera de la red resultará en un beneficio sustancialmente reducido y mayores gastos de bolsillo para usted.

Cobertura de internación hospitalaria

Todos los participantes del Fondo y sus dependientes cubiertos que van a ingresar a un hospital deben notificar a la Gestión de Atención Médica de Amalgamated con cuando menos 15 días de anterioridad a la admisión, o tan pronto como se haya programado la fecha de admisión. Si la admisión es una emergencia, comuníquese con la Gestión de Atención Médica de Amalgamated dentro de las 24 horas siguientes a la admisión. Si no puede llamar dentro de las 24 horas, llame lo antes posible después de la admisión. El hecho de llamar oportunamente puede resultar en una reducción de la cobertura.

Confinamientos Hospitalarios por Cirugía/Tratamiento Médico

Las instalaciones hospitalarias para pacientes internados y los servicios y suministros facturados por el hospital están cubiertos hasta por 120 días cada internación. La cobertura se proporciona para:

- habitación y comida en habitación semiprivada
- la unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de cuidados coronarios (UCC), y una habitación privada certificada como Medicamento Necesaria
- habitación privada, cuando se certifica como Medicamento Necesaria o cuando no está disponible una habitación semiprivada.
- atención en la sala de cuidados prematuros para bebés que pesan menos de 5.5 libras
- servicios y suministros auxiliares facturados por el hospital, que incluyen:
 - exámenes de laboratorio;
 - radiografías;
 - uso de salas de operaciones y de recuperación;
 - uso de equipos para transfusiones de sangre; y
- la mayoría de los demás servicios y suministros que un hospital normalmente brinda a sus pacientes.

La cobertura se proporciona en base a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de Red.

Nota: Si usted está internado en un hospital Participante y recibe servicios prestados por un anesthesiólogo, patólogo o radiólogo fuera de la Red, consulte la sección " Sus derechos contra las facturas médicas sorpresa " de este folleto para obtener una descripción de cómo se cubren dichos servicios.

- Si no utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Algunos de los servicios mencionados anteriormente pueden ser prestados por profesionales que no son empleados del hospital y que pueden facturar al paciente por separado. Es decir, los cargos no formarán parte de la factura del hospital. Cuando esto sucede, estos cargos pueden estar cubiertos bajo su Cobertura Médica.

Para efectos del máximo de 120 días, los confinamientos sucesivos en los que no hay una separación de al menos 90 días o más entre confinamientos se consideran confinamientos continuos.

Confinamientos por Salud Mental

Se brinda cobertura para confinamientos hospitalarios por condiciones mentales y nerviosas. La cobertura se proporciona por hasta 120 días por internación.

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si no utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Algunos de los servicios mencionados anteriormente pueden ser realizados por profesionales que no son empleados del hospital y que pueden facturar al paciente por separado. Es decir, los cargos no formarán parte de la factura del hospital. Cuando esto sucede, estos cargos pueden estar cubiertos bajo su Cobertura Médica.

Para fines del máximo de 120 días, los confinamientos sucesivos en los que no hay una separación de al menos 90 días o más entre confinamientos se consideran confinamientos continuos.

Confinamientos por Trastornos por Consumo de Sustancias (Desintoxicación y Rehabilitación)

Se brinda cobertura para confinamientos hospitalarios para el tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias. La cobertura se brinda por hasta 120 días por internación.

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si no utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Se cuenta con cobertura para una estancia parcial que no se extiende durante todo un día. Para fines del límite de 120 días, dos días parciales equivaldrán a un día de internación.

Algunos de los servicios mencionados anteriormente pueden ser realizados por profesionales que no son empleados del hospital y que pueden facturar al paciente por separado. Es decir, los cargos no formarán parte de la factura del hospital. Cuando esto sucede, estos cargos pueden estar cubiertos bajo su Cobertura Médica.

Para fines del máximo de 120 días, los confinamientos sucesivos en los que no hay una separación de al menos 90 días o más entre confinamientos se consideran confinamientos continuos.

Confinamientos de Rehabilitación/Cuidados de Enfermería Especializada

Se brinda cobertura para confinamientos hospitalarios para rehabilitación o cuidados de enfermería especializada por hasta 30 días por año.

- Si utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si no utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Un centro de enfermería especializada o rehabilitación aguda es una institución (o parte de una institución como un hospital) con licencia especial que permite a los pacientes recuperarse en un entorno dedicado a la rehabilitación. Un centro de enfermería especializada o rehabilitación aguda es apropiado para pacientes que necesitan cuidados especializados a diario, pero que ya no necesitan estar internados en un hospital. Se deben realizar arreglos, incluida la Pre-Certificación, a través de la Gestión de Atención Médica de Amalgamated al 800-423-9525.

Se brinda cobertura para rehabilitación a corto plazo durante las etapas agudas de una enfermedad o lesión cuando un médico ha determinado que la terapia resultará en una mejora significativa en la condición aguda dentro de un período de tiempo especificado.

El Plan paga la tarifa acordada por los cargos incurridos en un centro de enfermería especializada o rehabilitación aguda siempre que se cumplan todas las siguientes condiciones:

- que el paciente haya estado hospitalizado durante al menos tres días consecutivos (sin incluir el día del alta) y trasladarse dentro de los siguientes 14 días a un centro de enfermería especializada o rehabilitación aguda, y
- que el paciente haya sido trasladado al centro de enfermería especializada o rehabilitación aguda para el tratamiento de la misma condición que fue tratada en el hospital, y
- que el médico del paciente certifique que el paciente requiere cuidados diarios de enfermería especializada o rehabilitación aguda, y que el médico del paciente respalde la Necesidad Médica de ese cuidado.
- que los días estén autorizados por la Gestión de Atención Médica de Amalgamated.

Cuidados de salud en el Hogar

Los cuidados de la salud en el hogar, cuando son proporcionados por una agencia pública o privada autorizada y especializada en proporcionar servicios terapéuticos en el hogar, permite al paciente recuperarse de una enfermedad en casa en lugar de pasar tiempo innecesario en el hospital. La contratación de servicios de cuidado de salud en el hogar debe ser previamente autorizada llamando a la Gestión de Atención Médica de Amalgamated al 1-800-423-9525.

El plan cubre los cargos por servicios prestados por una agencia que provea servicios del cuidado de la salud en el hogar, hasta por 90 visitas por persona, por año calendario, siempre y cuando se cumpla con todas las condiciones siguientes:

- que el médico del paciente certifique que sin cuidados de salud en el hogar sería necesario prolongar el confinamiento en el hospital o en un centro de rehabilitación aguda, y
- que el paciente esté confinado en casa.

El Plan cubre los costos de una agencia Participante de cuidados de salud en el hogar para los siguientes servicios y suministros:

- visitas profesionales de una enfermera registrada o una enfermera practicante licenciada (sin que sea cuidado a tiempo completo)
- servicio de asistente de salud en el hogar de medio tiempo (hasta cuatro horas de cuidado equivalen a una visita de cuidado en el hogar)
- terapia física, del habla o terapia ocupacional, servicios médicos sociales bajo la dirección de un médico
- laboratorio, servicios de radiografía y EKG para el tratamiento de la enfermedad en la medida en que habrían sido cubiertos si se hubieran proporcionado en el hospital
- suministros médicos que hubieran sido necesarios en el hospital
- utilización de dispositivos médicos

Este beneficio también incluye la Terapia de Infusión en el Hogar.

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la red por hasta 90 visitas por año calendario.
- Si no utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Cuidado de Hospicio

Un hospicio es un centro o un programa de cuidado diseñado para proveer comodidad y apoyo a pacientes que se encuentran en las últimas etapas de una enfermedad terminal y a sus familias. Los servicios de hospicio generalmente se proporcionan en el hogar, pero también está disponible el cuidado de pacientes internos cuando sea necesario. Los servicios de hospicio deben ser previamente autorizados y contratados por la Gestión de Atención Médica de Amalgamated.

Los beneficios de hospicio se proveen siempre y cuando médico tratante haya certificado que el paciente tiene una expectativa de vida de seis meses o menos y que el cuidado se provea por parte de un hospicio certificado por el estado.

El Plan cubre los cargos para los siguientes servicios y suministros proporcionados por el hospicio:

- cuidado de paciente internado en hospital
- visitas de enfermeros profesionales (que no sea cuidado de tiempo completo)

- visitas de asistentes de cuidado de la salud en el hogar
- terapia física y del habla
- terapia ocupacional
- terapia respiratoria y equipamiento
- visitas médicas
- exámenes de laboratorio y radiografías
- quimioterapia/radioterapia para control de los síntomas
- medicamentos con receta (excluyendo medicinas experimentales)
- alquiler de equipo médico
- suministros quirúrgicos/médicos
- servicios sociales

La cobertura se provee en lugar de la hospitalización, en base a lo siguiente:

- Si usted utiliza un establecimiento de la Red: Cubierto al 100% de cobertura de la tarifa de la red.
- Si usted *no* utiliza un establecimiento de la Red: No se cubre.

El cuidado para relevo no está cubierto.

El asesoramiento por duelo se cubre al 100% de la tarifa de la red. La cobertura está limitada a 3 visitas por pérdida. Los servicios proporcionados por un Proveedor no Participante no están cubiertos.

Centro de Nacimiento

Un Centro de Natalidad es un establecimiento independiente o un programa afiliado al hospital el cual provee cuidado de la maternidad para partos sin complicaciones. La cobertura se proporciona sobre la siguiente base:

- Si utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un establecimiento de la Red: No se cubre.

Cobertura de Cirugía Ambulatoria

Todos los participantes del Plan y sus dependientes cubiertos que vayan a someterse a una cirugía deben notificarlo a la Gestión de Atención Médica de Amalgamated con cuando menos 15 días de anterioridad al procedimiento, o tan pronto como quede programada la cirugía. Si la cirugía es de emergencia, comuníquese con la Gestión de Atención Médica de Amalgamated dentro de las 24 horas posteriores al procedimiento. Si no puede llamar dentro de las 24 horas, llame lo antes posible después del procedimiento.

La falta de comunicación oportuna puede resultar en una reducción en la cobertura

Centro quirúrgico ambulatorio

El Plan cubre los cargos de un centro quirúrgico ambulatorio, también conocido como un centro quirúrgico o unidad de procedimientos breves (*Short Procedure Unit - SPU* por sus siglas en inglés). Si una cirugía médicamente necesaria se realiza en un centro de cirugía ambulatorio, la cobertura se provee conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un establecimiento de la Red: Cubierto al 100% de cobertura de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un establecimiento de la Red: Cubierto al 40% o cargos razonables pagaderos al 80%, sujeto al deducible anual.

Cirugía Hospitalaria Ambulatoria

Si se realiza una cirugía médicamente necesaria de forma ambulatoria, la cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un establecimiento de la Red: 100% de cobertura de la tarifa de la red.
- Si usted *no* utiliza un establecimiento de la Red: No se cubre.

Cobertura por Servicios Hospitalarios Ambulatorios

Se brinda cobertura respecto a los cargos por el uso de las instalaciones de la sala de emergencias y otros servicios y suministros ambulatorios facturados por el hospital según se describe a continuación.

Los honorarios profesionales que no son facturados por el hospital (es decir, cargos que no aparecen en la factura del hospital) no están cubiertos bajo la Cobertura Hospitalaria Ambulatoria. Consulte la sección de Cobertura Médica para obtener detalles adicionales.

Tratamiento de Emergencia

Se proporciona cobertura para el tratamiento de una Condición Médica de Emergencia conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red, después de un copago de \$50. El copago no se aplica si se admite.
- Si usted no utiliza un Establecimiento de Emergencia No Participante: Igual que el Beneficio en la Red.

Nota: Si usted recibe servicios en una sala de emergencias prestados por un profesional que NO se encuentra dentro de la red, mientras usted se encuentra en un hospital Participante, usted estará cubierto al 100% del Monto Reconocido.

El tratamiento en la sala de emergencias del hospital o en una clínica hospitalaria para una enfermedad que no sea una emergencia no está cubierto.

Una Condición Médica de Emergencia es una condición médica que se manifiesta por sí misma con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo un dolor intenso) de manera que una persona prudente, que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata resultara en (a) poner la salud del individuo (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo no nacido) en grave peligro; (b) un daño grave a las funciones corporales, o (c) una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;

Al revisar los servicios de emergencia, el Plan considerará los detalles del reclamo, incluidos los síntomas del participante y aplicará el Estándar de una Persona Prudente Promedio, conforme se describe arriba. En otras palabras, los síntomas del participante hacen que sea una emergencia, no el diagnóstico final. Por ejemplo, un dolor severo en el pecho que crea una sospecha de ataque al corazón y para el cual se realizan pruebas cardíacas se considerará una emergencia incluso si el diagnóstico final indica que en realidad no fue un ataque al corazón.

Exámenes de Preadmisión

Se provee cobertura cuando los exámenes se realizan dentro de 7 días anteriores a la admisión al mismo hospital en el cual se llevan a cabo los exámenes, conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un establecimiento de la Red: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.

Si usted *no* utiliza un establecimiento de la Red: No se cubre.

Quimioterapia (sólo infusión), Radioterapia y Terapia respiratoria

Se requiere la Pre-Certificación a través de la Gestión de Atención Médica de Amalgamated (AMCM). Si AMCM aprueba, la cobertura se proporciona para quimioterapia, radioterapia y terapia respiratoria en un hospital ambulatorio conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un establecimiento de la Red: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un establecimiento de la Red: No se cubre.

Terapia ambulatoria

La terapia en el entorno hospitalario ambulatorio, incluyendo terapia física, terapia ocupacional, tratamiento de salud conductual y tratamiento de trastornos por consumo de sustancias, no está cubierta a menos que sea aprobada por la Gestión de Atención Médica de Amalgamated (AMCM). La cobertura se proporciona únicamente en un centro independiente bajo la cobertura médica.

Si AMCM aprueba el servicio en el entorno hospitalario ambulatorio, la cobertura se proporciona para un máximo de 30 visitas por año calendario (combinadas con la cobertura médica) conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un establecimiento de la Red: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un establecimiento de la Red: No se cubre.

Terapia del habla ambulatoria

La terapia en el entorno ambulatorio del hospital no está cubierta, a menos que sea aprobada por la Gestión de Atención Médica de Amalgamated (AMCM). La cobertura se proporciona únicamente en un centro independiente bajo la cobertura Médica.

Si AMCM aprueba el servicio en el entorno ambulatorio del hospital, la cobertura se proporciona para un máximo de 30 visitas por año calendario (combinadas con la cobertura Médica) conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un establecimiento de la Red: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red..
- Si usted *no* utiliza un establecimiento de la Red: No se cubre.

La terapia del habla debe ser ordenada por un médico y en consecuencia de ya sea:

- (1) una cirugía para la corrección de una condición congénita de la cavidad oral, garganta o complejo nasal (que no sea una frenectomía) de una persona;
- (2) una lesión;
- (3) una enfermedad

Rehabilitación cardíaca ambulatoria

Se requiere una Pre-Certificación a través de la Gestión de Atención Médica de Amalgamated (AMCM). Si AMCM lo aprueba, la cobertura se proporciona para la rehabilitación cardíaca en el departamento ambulatorio conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red..
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Se proporciona cobertura para un máximo de 30 visitas por año calendario (combinado con la cobertura Médica).

Resonancia Magnética (MRI) y Tomografía Computarizada (CT Scan) Ambulatorias

Se requiere Pre-Certificación a través de la Gestión de Atención Médica de Amalgamated (AMCM). Si AMCM lo aprueba, se proporciona cobertura para resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (CT Scan), tomografía por emisión de positrones (PET Scan), medicina nuclear y otros procedimientos de diagnóstico integral en el departamento ambulatorio conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Servicios Ambulatorios de Rayos X y Pruebas de Laboratorio de Diagnóstico

Los servicios de diagnóstico en el entorno hospitalario ambulatorio no están cubiertos, a menos que sean aprobados por la Gestión de Atención Médica de Amalgamated. Si AMCM aprueba el servicio en el entorno hospitalario ambulatorio, la cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cobertura al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Los estudios del sueño están cubiertos por el Plan, pero el servicio requiere aprobación previa de la Gestión de Atención Médica de Amalgamated.

Diálisis Renal Ambulatoria

La diálisis renal en el entorno hospitalario ambulatorio no está cubierta, a menos que sea aprobada por la Gestión de Atención Médica de Amalgamated (AMCM). Si AMCM aprueba el servicio en el entorno hospitalario ambulatorio, la cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red, sujeto a un pago máximo de \$1,500 por día.
- Si usted *no* utiliza un establecimiento de la Red: No se cubre.

Los servicios deben ser proporcionados por un proveedor de *Blue Distinction* o en un Centro de Excelencia.

Cobertura Médica

Pruebas de Alergia

Se proporciona cobertura para pruebas de alergia conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red después de un copago de \$10 por visita.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Tratamiento de Alergia

Se proporciona cobertura para el tratamiento de alergias e inyecciones de alergia (inmunoterapia con alérgenos) conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Servicios de Ambulancia

Se proporciona cobertura de hasta \$750 por episodio por persona para el transporte terrestre en ambulancia que sea Médicamente Necesario conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red hasta un máximo de \$750 por episodio.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de los cargos hasta un máximo de \$750 por episodio.

Anestesiología

Se proporciona cobertura para los servicios de un anesthesiólogo o enfermero anestesista certificado, cuando se proporcionan como parte de un procedimiento quirúrgico cubierto. La cobertura es la siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de los cargos Razonables y Habituales. Consulte la sección "Sus derechos contra las facturas médicas sorpresa" para conocer las reclamaciones relacionadas con una condición médica de emergencia.

Almacenamiento y Procesamiento de Sangre

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un establecimiento de la Red: No se cubre.

Rehabilitación Cardíaca

Se proporciona cobertura para rehabilitación cardíaca hasta por un máximo de 30 visitas por año calendario (combinado con la cobertura hospitalaria ambulatoria), incluyendo los servicios en un centro independiente. Se requiere Pre-Certificación. La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red, después de un copago de \$10 por visita.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Atención Quiropráctica - Exámenes y Manipulaciones

Se proporciona cobertura para exámenes y manipulaciones quiroprácticas hasta por un máximo de 30 visitas por año calendario. Se requiere Pre-Certificación. La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red, después de un copago de \$10 por visita.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Atención Quiropráctica: Radiografías

Se proporciona cobertura para radiografías quiroprácticas conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Tratamiento Dental

Se proporciona cobertura para el tratamiento de tumores bucales, quistes, dientes con impacto óseo y lesiones accidentales en dientes naturales sanos dentro de los 12 meses posteriores a la lesión. Se requiere Pre-Certificación.

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Consejería Diabética y Nutricional

Se proporciona cobertura para sesiones de asesoramiento nutricional o para diabéticos hasta un máximo de 3 visitas por año calendario. La cobertura se proporciona de la siguiente manera:

- Si utiliza un proveedor participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la red.
- Si no utiliza un proveedor participante: No se cubre.

Pruebas de Laboratorio y Radiografías de Diagnóstico

Se proporciona cobertura para los siguientes servicios de diagnóstico y laboratorio, incluidos los servicios prestados en un consultorio o centro independiente:

- pruebas médicas de diagnóstico

- radiografías de diagnóstico
- radiología
- patología

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Las pruebas genéticas requieren aprobación previa de AMCM y están limitadas a la patología molecular y las pruebas genéticas para el tratamiento específico del cáncer. Los servicios cubiertos deben ser prestados por un Proveedor Participante.

El asesoramiento genético no está cubierto.

Los estudios del sueño requieren aprobación previa de AMCM.

La resonancia magnética, la tomografía computarizada, la tomografía por emisión de positrones, la medicina nuclear y otros procedimientos de diagnóstico integral requieren autorización previa. Consulte los detalles adicionales de la cobertura en la sección "Resonancia magnética y tomografía computarizada" a continuación.

Planificación Familiar

Se proporciona cobertura para los siguientes servicios y dispositivos:

- Dispositivo Intra-uterino
- Ligadura de trompas
- Vasectomía

Se requiere Pre-Certificación. La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

El tratamiento de la infertilidad, la reproducción artificial y la reversión de la esterilización no están cubiertos.

Inyecciones

Se requiere Pre-Certificación. La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Nota: Las inyecciones para el manejo del dolor no están cubiertas cuando son proporcionadas por proveedores fuera de la red.

Terapia Intravenosa (IV)

Se requiere Pre-Certificación. La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Diálisis Renal

Se proporcionan beneficios para la diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) en un centro independiente. También se cubre el costo del alquiler o compra de equipos o suministros. Se requiere Pre-Certificación.

La diálisis renal no está cubierta en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, excepto si es aprobada por la Gestión de Atención Médica de Amalgamated.

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: cubierto al 100% de la tarifa de la Red, sujeto a un pago máximo de \$1,500 por día.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Suministros Médicos, Equipos Médicos Duraderos y Prótesis

Se proporciona cobertura para la compra o alquiler de suministros, equipos y prótesis Medicamente Necesarios conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Se requiere pre-certificación por parte de la Gestión de Atención Médica de Amalgamated para cualquier alquiler (independientemente del gasto mensual) y compras con un costo estimado de \$1,000 o más.

El reemplazo por daño irreparable y/o desgaste normal está cubierto una vez cada dos años.

Resonancia Magnética (MRI) y Tomografía Computarizada (CT)

Se proporciona cobertura para resonancia magnética, tomografía computarizada, PET Scan, medicina nuclear y otros procedimientos de diagnóstico integral, incluyendo servicios en un centro independiente. Se requiere Pre-Certificación.

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Ortopedia

El aparato correctivo debe ser un dispositivo añadido al cuerpo para estabilizar o inmovilizar una parte, prevenir una deformidad o ayudar con la función; y ser semirrígido y corregir un mal alineamiento musculoesquelético diagnosticado de una parte debilitada o enferma del cuerpo. Los zapatos para diabéticos y las ortesis para los pies se cubren una vez cada dos años cuando son recetados médicamente y no están relacionados con cirugías. Los zapatos ortopédicos y otros dispositivos de soporte solo se cubren cuando son parte integral del soporte para la pierna. Las ortesis requieren Pre-Certificación. Si no se mencionaron aquí, las ortesis para pies y otros dispositivos de soporte para los pies no están cubiertos.

La cobertura para ortesis recetadas médicamente se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

El reemplazo está limitado a una vez cada dos años debido a daños irreparables y/o desgaste normal o un cambio significativo en la condición médica.

Los costos de reemplazo/reparación debido a daños maliciosos, negligencia culposa o disposición indebida del equipo/dispositivo no están cubiertos.

Terapia Física y Terapia Ocupacional

Se proporciona cobertura para el tratamiento realizado por un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional con licencia hasta por un máximo de 30 visitas por año calendario (combinadas de fisioterapia y terapia ocupacional), incluyendo servicios en un centro independiente. Se requiere Pre-Certificación.

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red después de un copago de \$10 por visita.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Visitas de Médicos durante un confinamiento en Hospital

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Visitas Médicas en la Sala de Emergencia para una Emergencia Médica

Se proporciona cobertura para los servicios de un médico de emergencias para una condición médica de emergencia, conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: La misma cobertura que dentro de la Red

Consulta Médica Hospitalaria

Se proporciona cobertura para la consulta médica conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Visitas de Médicos a Domicilio y en Consultorio

La cobertura para visitas a domicilio y en consultorio, incluyendo especialistas, se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red después de un copago de \$10 por visita.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Consulta de Médico en Consultorio o en Hospital Ambulatorio

La cobertura para consultas médicas se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red después de un copago de \$10 por consulta.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Podología (Cuidado de los Pies)

La cirugía ósea relacionada con juanetes, espolones y dedos en martillo está cubierta. La extracción de uñas encarnadas solo se cubre para pacientes diabéticos. Se requiere Pre-Certificación. No se cubre el cuidado rutinario.

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Psicoterapia

Se requiere Pre-Certificación. La cobertura se proporciona para un máximo de 30 visitas por año calendario conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red después de un copago de \$10 por visita.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Honorarios Profesionales por Radioterapia y Quimioterapia

Se requiere Pre-Certificación. La cobertura para los servicios de honorarios profesionales de radioterapia y quimioterapia se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Tratamiento Respiratorio

Se proporciona cobertura para el tratamiento por un terapeuta con licencia para servicios profesionales conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Segunda Opinión Quirúrgica

Se proporciona cobertura para una Segunda Opinión Quirúrgica por cada condición por los cargos de honorarios de un médico y cualquier prueba diagnóstica relacionada para una segunda opinión quirúrgica antes de la cirugía.

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red después de un copago de \$10 por visita.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Trastorno por Consumo de Sustancias

Se requiere Pre-Certificación. La cobertura se proporciona para un máximo de 30 visitas por año calendario conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red después de un copago de \$10 por visita.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Cirugía

Se requiere Pre-Certificación. La cobertura para cirugía se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

* Las reglas estándar comunes de la industria se aplican al calcular la cantidad permitida. A continuación se resumen los ejemplos más comunes:

- Si se realiza un procedimiento quirúrgico secundario durante la misma operación a través de una sola vía de acceso, el Plan cubrirá solo el procedimiento primario. No habrá pago por ningún otro procedimiento realizado al mismo tiempo.
- Si se realiza más de un procedimiento quirúrgico durante la misma operación a través de más de una vía de acceso, el Plan cubrirá el procedimiento primario más el 50% de lo que el Plan habría pagado por cada uno de los otros procedimientos si se hubieran realizado por separado.

Maternidad

Los cargos relacionados con la maternidad se pagan a un médico o partera certificada de acuerdo con el calendario quirúrgico.

La cobertura de maternidad se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 80% de la tarifa fuera de la red de BCBS, sujeto al deducible anual.

Cobertura de Trasplantes de Órganos

Las solicitudes de cobertura para un trasplante de órgano deben ser enviadas a la Gestión de Atención Médica de Amalgamated por escrito para obtener autorización previa. Los trasplantes autorizados serán cubiertos, sujeto a los límites de cobertura del Plan. Llame al 800-423-9525 para obtener la dirección e iniciar el proceso de certificación.

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Los siguientes elementos y servicios también están específicamente excluidos:

- Servicios proporcionados que no estén contemplados en la autorización previa.
- Adquisición del órgano para el trasplante, incluyendo los cargos por la preparación y el transporte del órgano para el trasplante.
- Un órgano que sea sintético, artificial u obtenido de algo que no sea un cuerpo humano.
- Un trasplante de órgano o adquisición de un órgano que se realice fuera del territorio continental de los Estados Unidos.
- Medicamentos recetados, incluyendo los medicamentos inmunosupresores, no facturados por el hospital durante un confinamiento hospitalario.
- Trasplantes considerados experimentales, de investigación o no probados según lo determine la Gestión de Atención Médica de Amalgamated, los estándares médicos generalmente aceptados, o de acuerdo con las pautas gubernamentales.

Servicios Preventivos

La siguiente es una lista de servicios preventivos que están cubiertos en su totalidad si utiliza un Proveedor Participante. Si no utiliza un Proveedor Participante, los servicios no están cubiertos.

Examen Ocular Anual

Se proporciona cobertura para un examen ocular de rutina y una refracción por persona por año calendario.

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Examen Físico Anual

Se proporciona cobertura para los cargos de un médico y cualquier prueba diagnóstica relacionada para un examen físico por persona por año calendario.

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Vacunaciones

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas varían según la vacuna.

Las vacunas cubiertas para adultos incluyen:

- COVID-19
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Herpes Zóster o Herpes Zóster (Culebrilla)
- Virus del Papiloma Humano
- Influenza
- Sarampión, Paperas, Rubéola
- Meningococo
- Neumococo
- Virus de la Sincicial Respiratorio (VSR)
- Tétanos, Difteria, Tosferina
- Varicela

Las vacunas cubiertas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años incluyen las siguientes (las dosis, las edades y las poblaciones recomendadas varían según la vacuna):

- COVID-19
- Tétanos, Difteria, Tosferina
- Influenza tipo b
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Virus del Papiloma Humano
- Virus de Polio Inactivado
- Influenza
- Sarampión, Paperas, Rubéola
- Meningococo
- Neumococo
- Virus de la Sincicial Respiratoria (VSR)
- Rotavirus
- Varicela

Examen de Papanicolaou (Papanicolau) de Rutina para la Detección de Cáncer Cervical

Se proporciona cobertura para un examen de Papanicolaou de rutina por año calendario (o según sea médicamente necesario), conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Incluye la prueba del ADN del Virus del Papiloma Humano (VPH) una vez cada tres años para mujeres con resultados citológicos normales que tengan 30 años o más.

Examen Ginecológico de Rutina

Se proporciona cobertura para un examen ginecológico por año calendario (o según sea Médico Necesario), conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Mamografía de Rutina

Se proporciona cobertura para una mamografía de rutina por año calendario para mujeres de 40 años o más (o según sea Médico Necesario).

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Detección Rutinaria de Cáncer de Próstata

Se proporciona cobertura para una prueba de antígeno específico de próstata (PSA) una vez cada año calendario (o según sea Médico Necesario), conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted *no* utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Exámenes Rutinarios de Audición

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted no utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Los audífonos de ayuda para la escucha, implantes cocleares, y servicios relacionados no están cubiertos bajo el Plan.

Cuidado de Menores Sanos

El Programa de Cuidado Menores Sanos del Plam proporciona cobertura para niños desde el nacimiento hasta los dos años de edad. La cobertura incluye las visitas de rutina al médico y las vacunas.

La cobertura se proporciona conforme a lo siguiente:

- Si usted utiliza un Proveedor Participante: Cubierto al 100% de la tarifa de la Red.
- Si usted no utiliza un Proveedor Participante: No se cubre.

Servicios Preventivos Adicionales Cubiertos para Adultos:

Las edades recomendadas y los límites de visitas varían según el servicio.

- Detección única de Aneurisma Aórtico Abdominal para hombres de ciertas edades que hayan fumado alguna vez
- Monitoreo de colesterol para adultos de ciertas edades o con un riesgo más alto, limitada a una por año calendario
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal para adultos mayores de 50 años (se requiere Pre-Certificación)
- Pruebas de detección de diabetes tipo 2 para adultos con hipertensión arterial, limitada a una por año calendario.
- Pruebas de detección de VIH para todos los adultos de alto riesgo, limitada a una por año calendario.

Servicios Preventivos Adicionales Cubiertos para Mujeres, Incluyendo las Mujeres Embarazadas:

Las edades recomendadas y los límites de visitas varían según el servicio.

- Pruebas de detección de la variante BRCA y asesoramiento relacionado para mujeres con mayor riesgo de cáncer de mama (se requiere Pre-Certificación).
- Pruebas de detección de cáncer cervical para mujeres sexualmente activas, limitada a una por año calendario.
- Pruebas de detección de osteoporosis para mujeres mayores de 60 años dependiendo de los factores de riesgo, limitada a una por año calendario.
- Pruebas de detección de incompatibilidad de factor Rh para todas las mujeres embarazadas y pruebas de seguimiento para mujeres con mayor riesgo.

Servicios Preventivos Adicionales Cubiertos para Menores de Edad:

Las edades recomendadas y los límites de visitas varían según el servicio.

- Detección de hipotiroidismo congénito en recién nacidos.
- Detección de dislipidemia para niños con mayor riesgo de trastornos lipídicos.
- Medicamentos preventivos contra la gonorrea para los ojos de todos los recién nacidos.
- Pruebas de audición para todos los recién nacidos.
- Prueba de tuberculina para niños con mayor riesgo de tuberculosis.
- Pruebas de visión para todos los niños, limitada a una por año calendario.

Reglas de Facturación de Servicios Preventivos Proporcionados durante una Visita al Consultorio

Si un artículo o servicio preventivo se factura por separado de una visita al consultorio, el Plan puede imponer requisitos de costos compartidos con respecto a la visita al consultorio (pero no al artículo o servicio preventivo).

Si un artículo o servicio preventivo no se factura por separado de una visita al consultorio, la aplicación de requisitos de costos compartidos a esa visita al consultorio dependerá del propósito principal de la visita. Si el propósito principal es obtener el artículo o servicio preventivo, el Plan no

impondrá costos compartidos. Si el propósito principal no es la obtención del artículo o servicio preventivo, el Plan puede imponer costos compartidos por las visitas al consultorio.

Los requisitos de Gestión Médica seguirán siendo aplicables a los servicios preventivos.

Avisos Legales

Aviso sobre la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer

Si a usted le han practicado o le van a practicar una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios bajo la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de acuerdo con lo determinado en consulta por el paciente y el médico tratante, sobre:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Las prótesis; y
- El tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluida la linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este Plan. Para obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, el monto de la cobertura disponible para usted, y los montos de copagos, deducibles y máximos, consulte el Programa de Beneficios. También puede comunicarse con el Administrador del Contrato para obtener información adicional.

Aviso sobre la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

Este Plan cumple con las protecciones otorgadas bajo la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996, la cual prohíbe a los planes de salud grupales y a los emisores de seguros de salud limitar los beneficios para cualquier período de hospitalización en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre y al recién nacido, después de consultar con

la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, bajo la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del Plan o de la Gestión de Atención Médica de Amalgamated para prescribir un período de estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

Aviso sobre la Ley de No Discriminación de Información Genética ("GINA")

GINA prohíbe la discriminación por parte de los planes de salud grupales, tales como el Fondo, en contra un individuo en base a la información genética de tal individuo. Los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud no pueden generalmente solicitar, requerir o comprar información genética para fines de suscripción, y no pueden recopilar información genética sobre un individuo antes de que tal individuo se encuentre inscrito o cubierto. De conformidad con los requisitos aplicables de GINA, también se prohíbe al Fondo fijar las tasas de prima y las tarifas de contribución para el grupo en función a la información genética de un individuo inscrito en el Fondo.

Aviso sobre los Derechos de Protección al Paciente de la Ley de Cuidados Asequibles de Salud

El Fondo no requiere la designación de un proveedor de atención primaria. Sin embargo, usted puede optar por elegir un proveedor de atención primaria que participe en la red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese al número de teléfono en el reverso de su Tarjeta de Identificación o acceda al sitio web de Anthem en <https://www.bcbs.com/find-a-doctor>.

Para los menores de edad, usted puede elegir a un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Usted no necesita la autorización previa del Fondo ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para acceder a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud en la red del Fondo que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo la obtención de autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o seguir procedimientos para referirlo a un especialista. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese al número de teléfono en el reverso de su Tarjeta de Identificación o acceda al sitio web de Anthem en <https://www.bcbs.com/find-a-doctor>.

Como se mencionó anteriormente, el Fondo no requiere la selección o designación de un proveedor de atención primaria. Usted puede visitar a cualquier profesional de la salud en la red o fuera de la red; sin embargo, el pago por parte del Plan puede ser menor por el uso de un proveedor fuera de la red.

Sus Derechos y Protecciones contra las Facturas Médicas de Sorpresa

Cuando recibe atención de emergencia o es tratado por un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra facturación de sorpresa o facturación de saldo.

¿Qué es la "facturación de saldo" (a veces llamada "facturación de sorpresa")?

Cuando usted consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que usted deba pagar ciertos costos de su bolsillo, como el copago, el coaseguro y/o el deducible. Es posible que usted tenga otros costos o tenga que pagar la factura completa si consulta a un proveedor o visita un centro de atención médica que no está dentro de la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" describe a los proveedores y centros que no han firmado un contrato con su plan de salud. Los proveedores fuera de la red pueden estar autorizados para cobrarle a usted la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado por un servicio. Esto se llama "facturación de saldo". Este monto es probablemente mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no se contabilice para el cálculo de su límite anual de gastos de su bolsillo.

La "facturación de sorpresa" es una factura de saldo inesperada. Esto puede suceder cuando usted no puede controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red pero es tratado inesperadamente por un proveedor fuera de la red.

Está protegido contra la facturación de saldo para:

Servicios de Emergencia

Si usted tiene una condición médica de emergencia y recibe servicios de emergencia de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o centro puede facturarle es el monto de su costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coaseguros). No se le puede a usted facturar el saldo por estos servicios de emergencia. Esto incluye los servicios que usted pueda recibir después de que se encuentre en condición estable, a menos que usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para no ser facturado de manera desequilibrada por estos servicios posteriores a la estabilización.

Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando usted recibe servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, es posible que algunos proveedores allí se encuentren fuera de la red. En estos casos, lo máximo que tales proveedores pueden facturarle, es el monto de su porción del costo compartido de su plan conforme a la tarifa aplicable dentro de la red. Esto se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, cirujano asistente, internista o intensivista. Estos proveedores no pueden facturarle el saldo y no pueden requerir que usted renuncie a las protecciones que impiden que se le facture el saldo.

Si usted recibe otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red no pueden facturarle el saldo, a menos que usted otorgue su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Usted nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación de saldo. Usted tampoco está obligado a obtener atención fuera de la red. Usted puede elegir un proveedor o centro dentro de la red de su plan.

En los casos en los que no está permitida la facturación de saldo, usted cuenta también con las siguientes protecciones:

- Usted es responsable únicamente de pagar su porción del costo (como los copagos, coaseguros y deducibles que usted pagaría si el proveedor o centro se encontraran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros que se encuentran fuera de la red.
- En general, su plan de salud debe:
 - Cubrir servicios de emergencia sin requerir que usted obtenga aprobación para tales servicios con anticipación (autorización previa).
 - Cubrir servicios de emergencia prestados por proveedores fuera de la red.
 - Basar lo que usted debe pagar al proveedor o centro (compartición de costos) en lo que el Plan pagaría a un proveedor o centro dentro de la red y mostrar ese monto en su explicación de beneficios.
 - Contabilizar cualquier monto que usted pague por servicios de emergencia o servicios fuera de la red hacia su deducible y límite de gastos de su bolsillo.

Si usted cree que le han facturado incorrectamente o tiene una queja relacionada con la Ley de No Sorpresas, usted puede comunicarse con la Oficina del Fondo al 973-735-6464 o con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (“EBSA”) al número gratuito 1-866-444-3272.

Proceso de Revisión Externa de Ciertas Determinaciones de Cobertura

Si su reclamo de beneficios relacionados con artículos y servicios cubiertos por la Ley Sin Sorpresas ha sido denegado (es decir, una determinación adversa de beneficios), y no está satisfecho con el resultado después de agotar el proceso interno de reclamos y apelaciones del Plan, puede ser elegible para una Revisión Externa de la determinación si su apelación se relaciona con si el Fondo está cumpliendo con la Ley Sin Sorpresas.

Visite www.dol.gov/ebsa para obtener más información sobre sus derechos bajo la ley federal.

Cómo funciona el Plan en conjunto con otra cobertura de salud

Coordinación de beneficios

Este Fondo ha sido diseñado para ayudar a proporcionar beneficios específicos para cubrir gastos de enfermedad o lesiones en la medida en que el pago no esté disponible de otras fuentes. Los beneficios no se pagan por este Fondo en la medida en que el Participante Cubierto pueda obtener el pago de alguna otra fuente, como pudiera ser otro plan/fondo, un seguro, una demanda legal o un reclamo administrativo. Este Fondo no paga los beneficios en función de que los servicios o suministros puedan ser proporcionados, pagados o de cualquier otra manera provistos bajo alguna ley o programa gubernamental.

Su plan cuenta con una disposición de Coordinación de Beneficios (COB) que determina cómo se deben realizar los pagos si usted o sus dependientes están cubiertos por más de un plan de cobertura de salud. Como la mayoría de las coberturas de salud, su plan sigue las reglas de cobertura "primaria" y "secundaria". Esto significa que, en cada caso, la cobertura que se considera primaria paga primero hasta el total de su cobertura. Luego, la cobertura secundaria paga un monto adicional, hasta el total de su cobertura. La cobertura es de hasta, pero nunca más de, el 100% de los cargos facturados reales. Los beneficios pagaderos bajo otro seguro o cobertura incluyen los beneficios que se habrían pagaderos si se hubiera presentado un reclamo.

Si un Participante Cubierto cuenta con cobertura bajo uno o más planes además de este Fondo, este Fondo coordinará los beneficios bajo la suposición de que se siguieron las reglas de los otros planes, se utilizaron los proveedores requeridos y se pagaron los beneficios máximos de los otros planes. Este Fondo no pagará beneficios por gastos que hubiesen sido cubiertos por otro plan pero que no están cubiertos por el otro plan porque el Participante Cubierto omitió adoptar alguna acción requerida bajo las reglas del otro plan. Esto podría ocurrir en un caso el que el Participante Cubierto se haya visto obligado por el otro a utilizar determinados médicos u hospitales bajo un esquema de plan HMO o PPO. También podría ocurrir en casos en los que el Participante Cubierto no cumplió con la revisión de utilización o los procedimientos de contención de costos requeridos bajo el otro plan, tales como como la revisión previa a la admisión hospitalaria, la obtención de segundas opiniones quirúrgicas, la certificación de otros tipos de tratamiento o cualquier otro aviso o procedimiento requerido bajo el otro plan, incluyendo la falta de presentar un reclamo a tiempo.

Siempre que se debieron realizar pagos bajo el Fondo de conformidad con esta disposición, pero que los pagos se hayan realizado bajo cualquier otro contrato, el Fondo tiene el derecho de pagar a esas organizaciones que hayan realizado los otros pagos, cualquier cantidad que determine estar justificada para satisfacer la intención de esta disposición. Los montos pagados se considerarán beneficios pagados bajo el Fondo y el Fondo quedará completamente exento de responsabilidad.

Siempre que el Fondo haya realizado pagos por beneficios en exceso del monto máximo de pago

necesario en ese momento para satisfacer el propósito de esta disposición, independientemente de a quién se hayan pagado, el Fondo tendrá el derecho de recuperar el excedente de entre los siguientes, según lo determine el Fondo: cualquier persona a quien o para quien se hayan realizado dichos pagos, cualquier compañía de seguros u otras organizaciones. El Participante, en lo personal y en nombre de sus dependientes, deberá, a solicitud, ejecutar y entregar los documentos que se requieran para asegurar los derechos del Fondo para recuperar los pagos hechos en exceso.

Pago si usted está cubierto bajo más de un plan.

Usted debe informarnos si usted mismo o algún miembro de su familia cubierto cuenta con cobertura bajo cualquier otro plan de salud.

Orden de prelación para la determinación de beneficios

Un plan que no contenga una disposición que coordine sus beneficios con los de este Plan será responsable antes que este Plan.

Si ambos planes cuentan con disposiciones de coordinación, el orden de pago de beneficios se determina utilizando la primera que aplique de las reglas siguientes:

1. Los beneficios de un plan que cubre al paciente como empleado, miembro o suscriptor (no dependiente) se determinan antes que los de un plan que cubre al paciente como dependiente, excepto si la persona también es beneficiaria de Medicare, y como resultado de la regla establecida por el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social y sus regulaciones de implementación, Medicare será secundario al plan que cubra a la persona como un no dependiente. Medicare es primario al plan que cubra a la persona como dependiente, después el plan que cubre a la persona como dependiente se estima antes que el plan que cubre a la persona como no dependiente. Consulte la "Coordinación de beneficios con la cobertura de Medicare" para conocer reglas adicionales aplicables a Medicare.
2. Los beneficios del plan que cubre al paciente como dependiente se determinan después que los de un plan que cubre al paciente como empleado, miembro o suscriptor (no dependiente).
3. Reglas adicionales para menores Dependientes

Cuando un menor dependiente está cubierto por los planes de más de uno de sus progenitores y todos los planes que lo cubren tienen una disposición de coordinación, los beneficios del plan del padre o madre cuyo cumpleaños ocurre primero en el año calendario se determinan antes que los del plan del padre o madre cuyo cumpleaños ocurre más tarde en el año. Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, los beneficios del plan que ha cubierto al padre o madre por más tiempo se determinan antes que los del plan que cubrió al otro padre o madre por un período de tiempo más corto.

Sin embargo, cuando los padres están divorciados o separados y ambos planes tienen disposiciones de coordinación, pagos se realizarán conforme a lo siguiente:

- los beneficios del plan del padre con custodia se determinan primero.
- los beneficios del plan del cónyuge del padre con custodia se determinan en segundo lugar.
- los beneficios del plan del padre no custodio se determinan en tercer lugar.
- los beneficios del plan del cónyuge del padre no custodio se determinan en último lugar.

No obstante lo anterior, este Plan no cubre a los hijastros. Consecuentemente, no se pagarán beneficios bajo este Plan en beneficio de un hijastro del Participante.

Nota: Si hubiera un decreto judicial que establezca lo contrario, dicho decreto judicial regirá.

Si un hijo dependiente está inscrito en la cobertura patrocinada por un empleador en calidad de empleado activo y está casado y también inscrito en la cobertura patrocinada por el empleador a través del empleo de su cónyuge, los beneficios del plan del hijo dependiente se determinan primero y los beneficios del plan del cónyuge se determinan segundo. Los beneficios bajo el(los) plan(es) de los padres se determinarán tercero (y cuarto, si corresponde), de conformidad con las reglas mencionadas anteriormente, siempre que aún quede un gasto permitido pendiente.

Si un hijo dependiente está casado y está inscrito en la cobertura patrocinada por un empleador a través del empleo de su cónyuge, los beneficios del plan del cónyuge se determinan primero y los beneficios bajo el(los) plan(es) de los padres se determinarán segundo, utilizando las reglas descritas anteriormente, siempre que aún quede un gasto permitido pendiente.

4. Coordinación de Beneficios con Cobertura COBRA

Si una persona está cubierta como resultado de haber adquirido cobertura de continuación de conformidad con la Ley de Conciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA, por sus siglas en inglés), y también está cubierta bajo el plan grupal de su nuevo o actual empleador (en la medida de lo posible según los términos del Plan y de COBRA), el siguiente será el orden de determinación de beneficios:

- los beneficios del plan que cubre a la persona como empleado (o como dependiente de ese empleado) se determinarán primero.
- los beneficios del plan que cubre a la persona como expleado (o como dependiente de ese expleado) se determinarán segundo, de acuerdo con las disposiciones de COBRA

Coordinación de Beneficios con Cobertura de Medicare

Medicare es el programa de seguro médico del gobierno federal para personas mayores de 65 años. Las personas menores de 65 años que están discapacitadas también pueden tener derecho a la cobertura de Medicare después de un período de espera.

Si usted está trabajando en un empleo cubierto por un empleador con 20 o más empleados, y tiene derecho a Medicare, el Plan proporcionará su cobertura de atención médica completa primero y Medicare pagará segundo. Si está trabajando en un empleo cubierto por un empleador con menos de 20 empleados, Medicare proporcionará cobertura primero y el Plan pagará segundo.

Si usted, su cónyuge cubierto o hijo dependiente están cubiertos por Medicare, ya sea debido a la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD), discapacidad o edad, puede optar por retener o cancelar su cobertura bajo este Plan. Si cancela su cobertura bajo este Plan, la cobertura para su cónyuge y/o sus hijos dependientes terminará, pero podrían tener derecho a la Continuación de Cobertura COBRA si ha ocurrido un evento calificado de COBRA. Consulte la sección "Sus Derechos a COBRA" para obtener información adicional.

La decisión de retener o cancelar la cobertura bajo este Plan es responsabilidad del Empleado. Ni el Plan ni el empleador del empleado proporcionarán ningún tipo de consideración, incentivo o beneficio para fomentar la cancelación de la cobertura bajo este Plan.

1. Empleados Activos y Cónyuges Mayores de 65 Años

Si un Participante tiene sesenta y cinco (65) años o más, o el cónyuge de un Participante tiene sesenta y cinco (65) años o más y tiene derecho a beneficios bajo Medicare y ha cumplido con las reglas de elegibilidad del Fondo para la cobertura, se aplican las siguientes reglas:

El Fondo será primario para cualquier persona mayor de 65 años que sea un Empleado Activo (definido como una persona que califica como "trabajador de edad avanzada" según los estatutos aplicables de Medicare) o el cónyuge de un Empleado Activo de cualquier edad.

Un Participante puede rechazar la cobertura bajo el Fondo y elegir a Medicare como la forma de cobertura principal. Si el Participante elige Medicare como forma principal de cobertura, el Fondo, por ley, no puede pagar beneficios secundarios a Medicare para Participantes cubiertos por Medicare. El Participante no será elegible bajo este Plan a partir de la fecha en que elija Medicare como cobertura principal.

2. Discapacidad

El Fondo será primario para cualquier Empleado activo, cónyuge de un Empleado o hijo dependiente de un Empleado activo que esté cubierto por el Plan después de ser elegible para Medicare debido a una discapacidad. Si el Participante elige Medicare como la forma principal de cobertura, el Fondo, por ley, no puede pagar beneficios secundarios a Medicare para Participantes cubiertos por Medicare. El Participante no será elegible bajo este Plan a partir de la fecha en que elija Medicare como la cobertura principal.

3. Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)

Cualquier Empleado activo, cónyuge de un Empleado activo o hijo dependiente de un Empleado activo que esté cubierto por este Plan después de ser elegible para Medicare debido a la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y que esté sujeto al período de espera antes de que Medicare entre en vigor, la cobertura bajo este Plan será primaria durante el período de espera. También será primaria durante el período de coordinación con Medicare conforme a lo siguiente:

Este Plan paga primero y Medicare paga segundo durante 30 meses a partir del primero de los siguientes:

- i. el mes en que comienza la cobertura de Medicare para ESRD; o
- ii. el primer mes en que la persona recibe un trasplante de riñón.

Luego, a partir del mes 31 después del inicio de la cobertura de Medicare, Medicare paga primero y este Plan paga segundo.

Cualquier Participante cubierto que no esté sujeto a las subsecciones 1, 2 o 3 de esta Sección y que sea elegible para Medicare recibirá beneficios de este Plan reducidos por cualquier beneficio disponible bajo Medicare. Esto se aplica incluso si el Participante falta de inscribirse en Medicare o no reclama beneficios bajo Medicare.

Medicaid

Si una persona cubierta está cubierta por este Plan y por Medicaid o un Programa Estatal de Seguro de Salud para Menores (CHIP), este Plan paga primero y Medicaid o el plan estatal CHIP paga segundo.

TRICARE

Si un dependiente está cubierto por este Plan y el programa TRICARE que proporciona servicios de atención médica a miembros de las Fuerzas Armadas, jubilados y sus familias en todo el mundo, este Plan paga primero y TRICARE paga segundo. Para un Empleado llamado al servicio activo por más de 30 días que esté cubierto por ambos TRICARE y este Plan, TRICARE es primario y este Plan es secundario solo para los miembros activos del servicio armado. Si una persona elegible bajo este Plan recibe servicios en el Hospital o Instalación Médica Militar debido a una enfermedad o lesión relacionada con el servicio militar, no se pagarán beneficios por este Plan.

Servicios en Instalaciones del Departamento de Asuntos de Veteranos

Si una persona cubierta recibe servicios en un Hospital o Centro del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos debido a una enfermedad o lesión relacionada con el servicio militar, no se pagarán beneficios bajo este Plan.

Si una persona cubierta recibe servicios en un Hospital o Centro del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos debido a cualquier otra condición que no sea una enfermedad o

lesión relacionada con el servicio militar, los beneficios serán pagados por el Plan en la medida en que esos servicios sean Médicamente Necesarios y sean beneficios cubiertos bajo el Plan.

Seguro de Automóviles/Protección Personal contra Lesiones (PIP)

Todos los individuos cubiertos deberán mantener o se espera que mantengan vigente un seguro de automóvil y motocicleta para cualquier vehículo que operen o posean, total o parcialmente, que incluya protección personal contra lesiones de no menos de \$250,000. (Este seguro a menudo se conoce como seguro "sin culpa".) Este Plan médico se considerará secundario a su cobertura de automóvil/motocicleta sin culpa incluso si elige reducir su prima nombrando a este Plan como principal.

Este Plan no pagará ningún beneficio relacionado con gastos o honorarios derivados de lesiones sufridas en un accidente o incidente automovilístico o de motocicleta a menos que el individuo cubierto mantenga vigente el mencionado seguro con protección contra lesiones personales de no menos de \$250,000 y en ese caso, pagará beneficios únicamente en la medida en que dichos gastos o honorarios excedan dichos límites mínimos de protección contra lesiones bajo el seguro de automóvil o motocicleta del individuo cubierto, y/o el seguro disponible bajo el seguro de automóvil o motocicleta de cualquier otra persona que estuvo involucrada en el accidente o incidente. No se pagarán beneficios por tales gastos o honorarios que estén incluidos en la cláusula de "deducible" de la póliza de automóvil o motocicleta del individuo cubierto o en el coaseguro.

En caso de que dicho seguro no esté disponible conforme a la legislación del estado donde reside el individuo cubierto, o si las leyes de dicho estado limitan la cobertura a algo menos de \$250,000, entonces el Plan proporcionará beneficios de acuerdo con este Plan para dichos gastos que excedan el monto máximo de protección disponible en dicho estado.

En la medida en que el Plan proporcione beneficios de acuerdo con esta sección, el Plan tendrá un gravamen y/o derecho de subrogación sobre cualquier compensación obtenida por el individuo cubierto debido a los actos de un tercero y, como condición para obtener beneficios de este Plan, el individuo cubierto deberá firmar un reconocimiento del gravamen del Plan sobre cualquier monto que el propio individuo cubierto llegue a obtener. Todos los demás términos y condiciones de este Plan permanecen en pleno vigor y efecto.

Como en todos los casos, el Fondo de Salud y Bienestar Local 99 se reserva el derecho de modificar los beneficios en cualquier momento, de conformidad con las leyes aplicables.

Cobertura Proporcionada por Ley Estatal o Federal o Programa de Gobierno

Si usted está cubierto por este Plan además de por cualquier otra cobertura (que no se haya mencionado anteriormente) proporcionada por cualquier otra ley estatal o federal, la cobertura proporcionada por cualquier otra ley estatal o federal paga primero y este Plan paga segundo. Si la cobertura de atención médica está disponible para cualquier condición o tratamiento cubierto por un programa gubernamental (como a través de un hospital estatal), no se proporcionará la cobertura bajo este Plan

Cobertura de Compensación para Trabajadores

El Plan no proporciona beneficios si los gastos están cubiertos por las leyes de compensación para trabajadores y enfermedades ocupacionales o por lesiones o enfermedades que surjan de su empleo. La compensación para trabajadores es un programa administrado por el estado que ofrece cobertura para costos de atención médica y pérdida de ingresos como resultado de una enfermedad o accidente relacionado con el trabajo. Si el gasto hubiese estado cubierto por la Compensación para Trabajadores excepto por la falta de presentación de una reclamación oportuna por parte del Participante con su empleador, este Plan no será responsable de pagar ningún beneficio. Si el empleador del individuo impugna la aplicación de la ley de compensación para trabajadores para la enfermedad o lesión por la cual se incurren los gastos, este Plan pagará beneficios, sujeto a su derecho de recuperar los montos de los pagos realizados en caso de que se determine que están cubiertos bajo una ley de compensación para trabajadores o enfermedad ocupacional. Antes de que se realice el pago mencionado, el individuo debe firmar un acuerdo de subrogación y reembolso aceptable para el Administrador del Plan o su la persona que éste designe. Sin embargo, la falta de firma de dicho acuerdo por parte del individuo no constituirá una renuncia por parte del Plan, el Administrador del Plan, la Junta de Fideicomisarios o el Administrador de Reclamaciones de sus derechos de recuperar cualquier pago que el Plan haya adelantado.

Se puede obtener información adicional sobre la Compensación para Trabajadores de la División de Compensación para Trabajadores.

Derecho del Fondo a la Restitución

Cuando el Fondo paga por gastos que son resultado de la presunta negligencia de otra persona, o que surgen de cualquier demanda o causa de acción que pueda instaurarse en contra de cualquier tercero responsable de lesiones o la muerte de un Participante Cubierto (que, para fines de esta Sección, también significa el tutor o el patrimonio del Participante Cubierto) debido a su elegibilidad para beneficios bajo el Fondo, el Fondo tiene el derecho en equidad (u otros medios) de obtener plena restitución de los beneficios pagados por el Plan de:

1. Cualquier monto total o parcial que su compañía de seguros le pague (o esté obligada a pagarle o sea responsable de pagarle) a usted o a sus Dependientes elegibles; y
2. Usted o sus Dependientes elegibles, si usted o a sus Dependientes elegibles reciben pagos totales o parciales provenientes de cualquier tercero, incluyendo una compañía de seguros, en relación con, pero no limitado a, su propia cobertura, o la de su Dependiente o la de un tercero:
 - a. Cobertura de responsabilidad civil de automóvil;
 - b. Cobertura de conductor no asegurado;
 - c. Cobertura de conductor subasegurado;
 - d. Cobertura de propietario de vivienda; o
 - e. Otra cobertura de seguro.

Esto significa que, con respecto a los beneficios que el Fondo paga en conexión con una lesión o accidente, el Fondo tiene el derecho a una restitución completa de cualquier pago recibido por usted o sus Dependientes elegibles de cualquier tercero, ya sea que el pago asigne separadamente un

monto para la restitución de gastos o tipos de gastos cubiertos por el Fondo o los beneficios proporcionados bajo el Fondo. Cualquier pago proveniente de cualquier tercero recibido por usted, su representante autorizado o sus Dependientes elegibles, está sujeto a un Fideicomiso constructivo. Cualquier pago de terceros recibido por usted o sus Dependientes elegibles debe ser utilizado primero para proporcionar restitución al Fondo en la medida de los beneficios que haya pagado o que sean pagaderos bajo el Fondo. El saldo de cualquier pago de terceros debe ser aplicado primero para reducir el monto de los beneficios que son pagados por el Fondo por beneficios después del pago y después ser retenido por usted o sus Dependientes elegibles. El Fondo no reconoce la Doctrina de la Plena Reparación. Sin embargo, en caso de que los Fideicomisarios determinen que los intereses de todas las partes justifican una reducción en el monto del gravamen, ninguna disposición aquí servirá para restringir el derecho del Fondo de hacerlo. Además, ninguna disposición aquí se interpretará como para conferir el derecho de reducción del gravamen a ningún Participante o beneficiario del Fondo.

Usted y sus Dependientes elegibles son responsables de todos los gastos incurridos para obtener pago de terceros, incluyendo honorarios de abogados, cuyos montos no reducirán el monto adeudado al Fondo como restitución. El Fondo rechaza expresamente la Doctrina del Fondo Común con respecto al pago de honorarios de abogados.

El Fondo tiene derecho a que se le restituya cualquier cantidad adeudada a él ya sea de los fondos provenientes de terceros que usted o sus Dependientes elegibles hayan recibido, independientemente de si usted o sus Dependientes elegibles han sido completamente indemnizados por las pérdidas sufridas a manos del tercero. Un representante del Fondo podría iniciar o intervenir en cualquier procedimiento u tomar otra acción necesaria para proteger o ejercer el derecho del Fondo a la restitución en equidad (o cualquier otro).

Al participar en el Fondo, usted y sus Dependientes elegibles reconocen y aceptan los términos de los derechos del Fondo a la plena restitución en equidad (o cualquier otro). Usted y sus Dependientes elegibles acuerdan que están obligados a cooperar en proporcionar y obtener todos los documentos aplicables solicitados por el Administrador del Fondo, incluyendo la firma de cualquier documento o acuerdo necesario para que el Fondo obtenga una restitución completa. Usted o sus Dependientes elegibles están obligados a:

1. Notificar al Administrador del Fondo lo antes posible y por escrito que el Fondo puede tener un derecho en equidad (u otro) para obtener la restitución de todos y cada uno de los beneficios que hayan sido pagados por el Fondo;
2. Informar al Administrador del Fondo con anticipación sobre cualquier propuesta o aceptación de algún acuerdo de conciliación por parte de un tercero o de la aseguradora del tercero;
3. Proporcionar al Administrador del Fondo toda la información solicitada por éste con respecto a cualquier acción en contra de terceros, incluyendo la compañía de seguros;
4. Cooperar plenamente con el Administrador del Fondo en todos los aspectos relativos a la aplicación de los derechos de restitución en equidad (u otros) del Plan;
5. No concluir mediante la celebración un acuerdo de transacción, ninguna reclamación que usted o sus Dependientes elegibles puedan tener en contra de un tercero, incluyendo una compañía de seguros, sin el consentimiento previo por escrito del Administrador del Fondo; y
6. Tomar todas las demás acciones que sean necesarias para proteger los intereses del Fondo.

En caso de que usted o sus Dependientes elegibles no cumplan con los requisitos de esta sección, el

Fondo podría negarle beneficios a usted o a sus Dependientes elegibles o tomar cualquier otra medida que el Administrador del Fondo considere apropiada. El Fondo tiene el derecho de reducir los pagos de adeudos futuros a usted o sus Dependientes elegibles por el monto de los beneficios pagados por el Fondo. Este derecho de compensación no limitará los derechos del Fondo en equidad (u otros) para recuperar dichos fondos de cualquier otra manera.

Reembolso de Beneficios Médicos

Los beneficios pagaderos por el Fondo para el tratamiento de una enfermedad o lesión se limitarán de las siguientes maneras cuando la enfermedad o lesión sea resultado de un acto u omisión de otro (incluyendo una entidad legal) y cuando el participante o dependiente intente o tenga derecho a intentar obtener la restitución por dicho acto u omisión.

El Fondo pagará beneficios por gastos cubiertos relacionados con dicha enfermedad o lesión solo en la medida en que no sean pagados por el tercero y solo después de que el participante o dependiente (y su(s) abogado(s), si corresponde) haya(n) firmado un acuerdo por escrito de subrogación y reembolso con el Fondo. La falta del participante o dependiente de firmar dicho acuerdo no renunciará, comprometerá, disminuirá, liberará o de otra manera perjudicará ninguno de los derechos de subrogación y/o reembolso del Fondo. El derecho del Fondo de prioridad en la prelación no se reducirá debido a la negligencia propia de un Participante Cubierto.

Al aceptar beneficios relacionados con dicha enfermedad o lesión, usted acepta:

- que el Fondo ha establecido un gravamen sobre cualquier monto por restitución recibido por usted (o su dependiente, representante autorizado o agente);
- notificar y consultar con el Fondo y el Administrador del Fondo (o su representante debidamente autorizado) antes de iniciar cualquier acción legal o procedimiento administrativo que pueda relacionarse o involucrar la restitución de cualquier pago de beneficios hecho por el Plan;
- notificar a cualquier tercero responsable de su enfermedad o lesión sobre el derecho del Plan a obtener el reembolso de cualquier reclamo relacionado con su enfermedad o lesión;
- mantener todos los montos recibidos a título de reembolso o cobro por usted (o su dependiente cubierto, representante autorizado o agente) a título de depositario a favor del Fondo para restituir todos los beneficios pagados por el Fondo con respecto a dicha enfermedad o lesión y reembolsar al Fondo rápidamente por los beneficios pagados, incluso si usted aún no está completamente compensado ("resarcido el daño") por su pérdida y sin importar si el monto recibido por usted se haya catalogado en el acuerdo conciliatorio o sentencia como pagado a cuenta de gastos por los que se hubiesen pagado beneficios del Plan;
- que el Fondo tiene el derecho de obtener el reembolso en primer grado de prelación contra cualquier pago de daños y perjuicios o cualquier otro monto de cualquier reclamo contra la otra persona (sin importar si los daños y perjuicios del participante o dependiente hayan sido o no totalmente resarcidos) y que el reclamo del Fondo tiene prioridad sobre todos los demás reclamos y derechos;
- reembolsar íntegramente al Fondo hasta por la suma total de todos los beneficios pagados por el Fondo en relación con la enfermedad o lesión con cualquier cantidad pagada por un tercero, independientemente de si dicho pago se identifica o no específicamente como reembolso de

gastos médicos. Todos los montos pagados por un tercero por resarcimiento de daños, ya sea en virtud de una demanda judicial, acuerdo, seguro u otro, deben entregarse al Fondo como reembolso hasta el monto total de los beneficios pagados;

- que el reclamo del Fondo no está sujeto a reducción por honorarios de abogados o costos bajo la doctrina del "fondo común" o de ninguna otra manera;
- que, en caso de que usted elija no presentar una demanda en contra un tercero, el Fondo quedará en equidad subrogado en sus derechos de recobro y podrá dar cauce a sus reclamos;
- ceder en favor del Fondo, en caso de que lo solicite, cualquier derecho o causa de acción;
- no tomar o dejar de tomar ninguna acción que perjudique la capacidad del Fondo para recuperar los beneficios pagados y cooperar en hacer lo que sea razonablemente necesario para ayudar al Fondo a obtener el reembolso;
- cooperar haciendo lo que sea necesario para ayudar al Fondo a recuperar los beneficios pagados o en cualquier intento de recuperación, incluyendo, sin limitar, manteniendo informado al Fondo y al Administrador del Fondo (o su representante debidamente autorizado) de todos los acontecimientos pertinentes con respecto a cualquier reclamo, acción o procedimiento relevante;
- remitir al Fondo cualquier monto obtenido dentro de los diez días de su distribución por el tercero o notificar al Fondo el motivo de por qué está usted impedido de hacerlo; y
- que se dicte sentencia en su contra y, si corresponde, en contra de su dependiente, en cualquier tribunal por el monto de los beneficios pagados en su nombre con respecto a la enfermedad o lesión en la medida de la restitución o productos que no fueron entregados según lo requerido y por el costo de la cobranza, incluyendo, entre otros, los honorarios y costos de abogados del Fondo.

No se pagarán beneficios por cargos y gastos que estén excluidos de la cobertura bajo cualquier otra disposición del Plan. El Fondo puede hacer valer su derecho al reembolso presentando una demanda judicial, recuperando el monto adeudado de los pagos futuros de beneficios de un participante o de un dependiente cubierto (independientemente de si los beneficios han sido cedidos por un participante o dependiente cubierto al médico, hospital u otro proveedor), o valiéndose de cualquier otro recurso disponible para el Fondo.

El Fondo puede permitirle que usted entregue un monto menor al total de los beneficios pagados y recuperados según lo determine a su exclusivo criterio. Cualquier reducción del reclamo del Fondo está sujeta a la aprobación previa por escrito del Fondo. El Fondo tendrá derecho a recuperar de usted, sus dependientes (y/o cualquier otra persona, entidad o fideicomiso en posesión de dichos fondos solicitados por el Fondo) el monto total de los beneficios pagados en favor de usted o de su dependiente por el Fondo debido lesiones o discapacidades que usted o sus dependientes hayan sufrido, por las cuales usted o ellos obtengan cualquier suma de dinero en un reclamo o demanda judicial en contra de una "tercera parte" o en el acuerdo conciliatorio que al efecto se celebre. El Fondo puede intentar dicha recuperación a través de la subrogación y/o de cualquier otro recurso legal o en equidad que tenga disponible bajo la ley estatal o federal.

Si usted no firma o se rehúsa a firmar un reconocimiento de gravamen o se niega a cumplir con los términos aquí establecidos, entonces el Administrador del Plan puede suspender los pagos futuros debidos a usted, o recuperar del proveedor el dinero que se les haya pagado a ellos, o tomar todas las acciones anteriores hasta que el Fondo esté completamente indemnizado. Además, los Fideicomisarios del Fondo pueden entablar una acción judicial contra usted para hacer cumplir los términos del Plan.

Recomendamos que, si usted resulta herido como resultado de la negligencia o de un acto ilícito de un tercero, consulte a su abogado para obtener asesoramiento legal. Sin embargo, este Plan no pagará por los honorarios que su abogado pueda cobrar.

Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones por Atención Médica

Esta sección describe los procedimientos seguidos por el Fondo de Beneficios de Salud y Bienestar Local 99 en la toma de decisiones internas respecto a la reclamación de beneficios y la revisión de apelaciones de reclamaciones denegadas. Los procedimientos internos de reclamaciones y apelaciones están diseñados para brindarle una determinación completa, justa y rápida de las reclamaciones para que las disposiciones del Plan se apliquen de manera consistente con respecto a usted y otros Participantes y Dependientes en situaciones similares. Además, el Plan debe consultar a un profesional de la salud con la capacitación y experiencia adecuadas al revisar una determinación de beneficios adversa que se base total o parcialmente en un juicio médico (como una determinación de que un servicio no es Medicamento Necesario o apropiado, o es Experimental o de Investigación). El proceso de reclamaciones internas se refiere a las determinaciones hechas por el Administrador de Reclamaciones apropiado sobre si una solicitud de beneficios (conocida como una "reclamación" inicial) es pagadera. Si el Administrador de Reclamaciones apropiado niega su reclamación inicial de beneficios (conocida como una "determinación de beneficios adversa"), usted.

Información General

Gestores de Reclamaciones

El Administrador del Plan ha delegado la responsabilidad de las decisiones de reclamaciones iniciales a las siguientes organizaciones:

Gestor de Reclamaciones	Tipos de reclamaciones que procesa
Oficina del Fondo	Reembolso Directo de Visión
Administradores de Beneficios para Empleados de Amalgamated	Reclamaciones por servicios prestados de Atención Médica y Atención Hospitalaria
Gestión de Atención Médica de Amalgamated	Reclamaciones respecto a la Atención Médica de Urgencia, Concurrente y previas a la prestación de servicios de Atención Médica, Hospitalaria y Medicamentos programados
Vision Screening	Proveedor de Beneficios de Visión

Definición de Días

Para los fines de los procesos iniciales de reclamaciones y sus apelaciones, "días" se refiere a días calendario, no a días hábiles.

Autoridad Discrecional del Administrador del Plan y los Delegados

Al llevar a cabo sus respectivas responsabilidades bajo el Plan, el Administrador del Plan, otros fiduciarios del Plan, los Administradores de Reclamaciones y otras personas a quienes se les ha conferido la responsabilidad de la administración del Plan, tienen autoridad discrecional para interpretar los términos del Plan y para interpretar cualquier hecho relevante para la determinación, y determinar la elegibilidad y el derecho a percibir los beneficios del Plan de conformidad con los términos del Plan. Cualquier interpretación o determinación hecha bajo esa autoridad discrecional tendrá efectos plenos, a menos que se pueda demostrar que la interpretación o determinación fue arbitraria y caprichosa.

Determinación Adversa de Beneficios

Una Determinación Adversa de Beneficios, para los fines del proceso interno de reclamaciones y apelaciones, significa:

- La denegación, la reducción o la terminación de un beneficio, o la falta de provisión o de pago total o parcial del mismo, incluyendo la determinación sobre la elegibilidad de un individuo para participar en el Plan o la determinación de que un beneficio no es un beneficio cubierto;
- La reducción de un beneficio como resultado de la aplicación de cualquier decisión sobre la revisión de la utilización, la exclusión con motivo del origen de las lesiones, exclusión de la red u otra limitación de un beneficio que en otra circunstancia estaría cubierto o la falta de cobertura de un producto o servicio para el cual se proporcionarían beneficios en diferentes circunstancias, debido a que se determina que no es Medicamento Necesario o apropiado, o que es experimental o sujeto a investigación;

- La rescisión de cobertura, independientemente de que tenga o no un efecto adverso sobre un beneficio en particular.

Profesional de la Salud

Un profesional de la salud, a los efectos de las disposiciones de reclamaciones y apelaciones, significa que un proveedor con licencia, acreditado o certificado para ejercer donde se presta la atención, está prestando un servicio dentro del alcance de esa licencia, está prestando un servicio para el cual el Plan proporciona específicamente beneficios.

Definición de Reclamación

Una reclamación es una solicitud para obtener beneficios bajo Plan presentada por usted o su Dependiente cubierto (también denominado "demandante") o su representante autorizado, sujetándose a las reglas del Fondo.

Tipos de Reclamaciones

La forma requerida para presentar una reclamación de beneficios varía dependiendo del tipo de reclamación. Existen varias categorías de reclamaciones:

Reclamación Previa al Servicio: Una Reclamación Previa al Servicio es la reclamación de un beneficio que requiere la aprobación del propio beneficio (en todo o en parte) previa a la obtención del cuidado de salud. Los servicios que requieren aprobación previa se describen en la sección "Programa de Certificación Médica".

Reclamación de Atención Urgente: Una reclamación de Atención Urgente es cualquier reclamación para la obtención de atención médica o tratamiento previo al servicio con respecto al cual, la falta de procesamiento inmediato de la reclamación (i) podría poner seriamente en peligro la vida o la salud suya o de su dependiente asegurado o su capacidad o la de su dependiente para recuperar la función máxima, o (ii) en la opinión del médico tratante con conocimiento de la condición médica, lo sometería a usted mismo o a su dependiente, a un dolor severo que no podría ser adecuadamente gestionado sin el cuidado o tratamiento materia de la reclamación. Este tipo de reclamación generalmente incluye aquellas situaciones comúnmente tratadas como emergencias.

Reclamación Concurrente: Una reclamación concurrente es una reclamación que se sujeta a una reconsideración después de que se haya emitido la aprobación inicial y que resulta en la reducción o terminación del beneficio. Además, una Reclamación Concurrente puede referirse a una solicitud de extensión de un tratamiento o servicio previamente aprobado. Cuando sea posible, este tipo de reclamación debe presentarse al menos veinticuatro (24) horas antes de la expiración de cualquier tratamiento en curso para el cual se está solicitando una extensión.

Reclamación Posterior al Servicio: Una Reclamación Posterior al Servicio es una solicitud de beneficios bajo el Plan que no es una Reclamación Previa al Servicio. Las reclamaciones Posteriores al Servicio únicamente implican el pago o el reembolso del costo de la atención o de los servicios ya recibidos. Un reclamo sobre la rescisión de la cobertura se considerará una Reclamación Posterior al Servicio.

Determinación de Elegibilidad: La Determinación de Elegibilidad es una decisión del Administrador del Contrato relacionada únicamente con si usted es un Empleado elegible o un

Participante Cubierto. En caso de que el Administrador del Contrato determine que usted no es un Participante Cubierto, o que usted ya no es considerado como Participante Cubierto conforme al Fondo, el Administrador del Contrato le enviará un aviso por escrito notificándole la determinación sobre su elegibilidad y las razones que la motivan.

Elementos de la Reclamación

Una reclamación puede ser presentada por usted, su dependiente cubierto, un representante autorizado o un Profesional de la Salud. Para nombrar a un representante autorizado, el paciente debe completar y devolver un formulario de "Autorización para la Liberación de Información", que puede obtenerse del Administrador del Contrato. Si se nombra a un representante autorizado, cualquier comunicación posterior se realizará de acuerdo con esa autorización. Si se nombra a un representante autorizado, todos los avisos posteriores se proporcionarán a través de su representante autorizado. El Plan reconocerá al representante autorizado designado durante un (1) año antes de requerir una nueva autorización, hasta que su nombramiento sea revocado, o conforme lo ordene un tribunal. Usted puede revocar su designación de representante autorizado presentando un formulario de cambio de representante autorizado debidamente llenado, el cual usted puede obtener y posteriormente entregar al Administrador de Reclamaciones correspondiente.

El Plan se reserva el derecho de ocultar información a una persona que se ostente como su representante autorizado si existen sospechas sobre las facultades de esa persona.

Una reclamación inicial debe incluir los siguientes elementos para activar el proceso interno de reclamación interna del Plan:

- Presentarse por escrito o electrónicamente (la comunicación oral únicamente es aceptable para Reclamaciones de Atención de Urgencia;
- Ser recibida por el Administrador del Plan o el Administrador de Reclamaciones (según corresponda);
- Nombrar a un reclamante en específico incluyendo su fecha de nacimiento;
- Mencionar una condición médica o síntoma en específico;
- Proporcionar una descripción y fecha del tratamiento, servicio o producto específico para el cual se solicita la aprobación o el pago (esto debe incluir un desglose de cargos);
- Identificar el nombre del proveedor, dirección, número de teléfono, título profesional o licencia, y número de identificación fiscal federal (TIN); y
- Cuando otro plan es el pagador primario, incluir una copia de la declaración de Explicación de Beneficios (EOB) del otro plan junto con la reclamación presentada.

Una solicitud no se considera una reclamación si:

- No se realiza de acuerdo con los procedimientos de presentación de reclamaciones de beneficios del Plan descritos en esta sección;
- Es realizada por alguien que no sea usted, su dependiente cubierto o su representante autorizado (o el de su dependiente cubierto);

- Es realizada por una persona que se niega a identificarse a sí misma (anónima);
- Es una consulta casual sobre beneficios, como una verificación de si un servicio/producto es un beneficio cubierto o el monto estimado permitido para un servicio;
- Es una solicitud de aprobación previa en un caso en que la aprobación previa no es requerida por el Plan;
- Es una consulta sobre elegibilidad que no solicita beneficios. Sin embargo, si una reclamación de beneficios es denegada por falta de elegibilidad, ésta se tratará como una determinación adversa de beneficios y se notificará al individuo sobre la decisión y se le permitirá presentar una apelación;
- La presentación de una receta en una farmacia minorista o farmacia por correo que la farmacia se niega a surtir en el punto de venta. Después de la negativa de la farmacia, usted puede presentar una reclamación al Plan;
- Una solicitud para obtener un examen ocular, lentes, monturas o lentes de contacto que sea denegada en el punto de venta por el proveedor de servicios de visión de la red que fue contratado por el Plan. Después de la negativa del proveedor de servicios de visión, usted puede presentar una reclamación ante el Plan.

Si usted presenta una reclamación que no está completa o carece de los documentos de respaldo requeridos, el Administrador del Plan o el Administrador de Reclamaciones, según corresponda, le notificará sobre qué información es necesaria para completar la reclamación. Esto no se aplica a consultas simples sobre las disposiciones del Plan que no están relacionadas con ninguna reclamación de beneficios en específico. Además, una solicitud de aprobación previa o precertificación de un beneficio que no requiere aprobación previa o precertificación por parte del Plan o una consulta sobre la elegibilidad del Plan no constituye una reclamación de beneficios. Sus interacciones con proveedores participantes, proveedores del panel, farmacéuticos o cualquier otro proveedor de atención médica bajo el Plan no se tratarán como una reclamación de beneficios. Usted debe presentar una reclamación de beneficios de acuerdo con los procedimientos de reclamaciones enumerados anteriormente para apelar una reclamación bajo el Plan.

Requisitos Adicionales para Presentar Reclamaciones de Atención Médica Posteriores al Servicio, incluyendo Trastornos de Salud Mental y Trastornos por Consumo de Sustancias

Si usted utiliza Proveedores Participantes y proporciona su tarjeta de identificación de Blue Cross Blue Shield al proveedor en el momento del servicio, no es necesario que usted presente reclamaciones. Los proveedores lo harán por usted. Si usted no le proporciona su tarjeta de identificación de Blue Cross Blue Shield al proveedor, usted podría ser responsable del cargo total. Todas las reclamaciones deben presentarse electrónicamente al Plan local de Blue Cross Blue Shield con el número de identificación de su tarjeta de Blue Cross Blue Shield. Solo si su proveedor se encuentra Fuera de la Red Y dicho proveedor se niega a presentar la reclamación en su nombre, se le enviaría una reclamación en papel (formulario HCFA 1500 completado) al plan local de Blue Cross Blue Shield correspondiente a la localidad donde se prestaron los servicios. La presentación de la reclamación debe incluir el nombre del participante, el número de identificación de Blue Cross Blue Shield que comienza con el prefijo LNU el número de grupo y el nombre del paciente. Las reclamaciones deben recibirse dentro de un año desde la fecha en que se incurrió en el gasto. Asegúrese de resguardar una copia de la reclamación presentada y de todos los recibos en sus

registros. Si usted recibió servicios cubiertos de un Proveedor Fuera de la Red que se niega a presentar la(s) reclamación(es) en su nombre, también puede comunicarse con el Administrador del Contrato para obtener ayuda.

Plazos de decisión sobre Reclamaciones Iniciales

Fecha Límite para la Presentación de Reclamaciones

El período de tiempo para tomar una decisión sobre una solicitud de reclamación inicial comienza tan pronto como la reclamación es recibida por el Administrador de Reclamaciones correspondiente, siempre y cuando se haya presentado de acuerdo con los procedimientos razonables para la presentación de reclamaciones establecidos en el Plan, independientemente de si el Plan posee toda la información necesaria para emitir una decisión sobre la reclamación. La reclamación puede ser presentada por usted, su dependiente cubierto, un representante autorizado o un Profesional de la Salud.

Reclamaciones de Atención Médica – Plazos de Decisión

Reclamación Previa al Servicio

Usted o su representante autorizado serán notificados, lo antes posible, de la decisión inicial sobre la reclamación, ya sea adversa o no, pero no más tarde de quince (15) días desde la recepción de la reclamación por el Administrador de Reclamaciones correspondiente. El plazo para emitir la decisión de la reclamación puede extenderse por quince (15) días adicionales debido a asuntos fuera del control del Administrador de Reclamaciones; siempre que se le haya notificado a usted por escrito (o electrónica, según corresponda) antes del vencimiento del período inicial de quince (15) días para la determinación.

Si usted presenta una Reclamación Previa al Servicio de manera incorrecta, el Administrador de Reclamaciones le notificará por escrito (o electrónicamente, si es aplicable) lo antes posible, pero en ningún caso más tarde de cinco (5) días después de la presentación de su reclamación. La notificación describirá los procedimientos adecuados para presentar una Reclamación Previa al Servicio. Posteriormente, usted debe volver a presentar una Reclamación para iniciar el proceso de determinación del Reclamación Previa al Servicio.

Si una Reclamación no puede procesarse debido a información insuficiente antes del vencimiento del período inicial de determinación de quince (15) días, el Administrador de Reclamaciones le notificará por escrito (o electrónicamente, si es aplicable) sobre qué información específica se necesita. Posteriormente, usted contará con cuarenta y cinco (45) días desde la recepción de la notificación para proporcionar la información adicional solicitada. Si usted no proporciona la información durante dicho período de cuarenta y cinco (45) días, la reclamación será denegada (es decir, se emitirá una Determinación Adversa a los Beneficios). Durante el período de tiempo que se

le permite suministrar información adicional, estará suspendido el plazo ordinario para emitir la determinación del beneficio. El plazo de decisión de la Reclamación quedará suspendido hasta lo que suceda primero entre el cumplimiento del plazo de cuarenta y cinco (45) días o la fecha en que el Administrador de Reclamaciones reciba su respuesta a la solicitud de información adicional. El Administrador de Reclamaciones deberá entonces tomar una decisión y notificarle por escrito (o electrónica, según corresponda) dentro de los quince (15) días siguientes.

Reclamación de Atención Urgente

En caso de una Reclamación de Atención Urgente, si un profesional de la salud con conocimiento de su condición médica determina que la reclamación constituye una Reclamación de Atención Urgente, dicho profesional de la salud será considerado por el Plan como su representante autorizado, evitando la necesidad de completar el formulario de designación de representante autorizado escrito del Plan.

El Administrador de Reclamaciones correspondiente decidirá sobre la procedencia de las Reclamaciones de Atención Urgente tan pronto sea posible, pero en ningún caso en exceso de setenta y dos (72) horas después de la recepción de la Reclamación. El Administrador de Reclamaciones le comunicará su decisión a usted o a su profesional de la salud verbalmente por teléfono. La determinación también se confirmará por escrito (o electrónica, según corresponda) a más tardar tres (3) días después de la notificación verbal.

Si usted presenta una Reclamación de Atención Urgente de manera incorrecta, el Administrador de Reclamaciones se lo notificará a usted y a su profesional de la salud lo antes posible, pero en ningún caso más tarde de veinticuatro (24) horas después de recibir la Reclamación. La notificación escrita (o electrónica, según corresponda) describirá los procedimientos adecuados para presentar la Reclamación de Atención Urgente. Posteriormente, usted debe volver a presentar la reclamación para iniciar el proceso de determinación de la Reclamación de Atención Urgente.

Si una Reclamación no puede ser procesada debido a que la información proporcionada es insuficiente, el Administrador de Reclamaciones le proporcionará a usted y a su profesional de la salud una notificación escrita (o electrónica, según corresponda) sobre qué información en específico se requiere lo antes posible y no más tarde de veinticuatro (24) horas después de la recepción de la Reclamación. Posteriormente, usted contará con al menos cuarenta y ocho (48) horas desde que recibió la notificación para suministrar la información adicional requerida. Si usted no proporciona la información durante el período, la Reclamación será denegada (es decir, se emitirá una Determinación Adversa a los Beneficios). Se le proporcionará una notificación escrita (o electrónica, según corresponda) de la decisión a usted y a su profesional de la salud a más tardar cuarenta y ocho (48) horas después de que suceda el primero de los siguientes eventos: (i) que el Administrador de Reclamaciones haya recibido la información adicional, o (ii) la expiración del plazo que usted tenía para proporcionar la información requerida.

Reclamación Concurrente

Si se toma la decisión de reducir o terminar un tratamiento en curso previamente aprobado, se le proporcionará una notificación escrita (o electrónica, según corresponda) de tal terminación o

reducción con suficiente antelación para permitirle a usted solicitar una apelación y obtener una resolución de dicha determinación adversa respecto al beneficio, antes de que el beneficio se reduzca o termine. Una Reclamación Concurrente que constituya una Reclamación de Atención Urgente se procesará de acuerdo con los procedimientos de apelación internos del Plan y los plazos descritos en la sección de Reclamación de Atención Urgente que antecede. Una Reclamación Concurrente que no sea una Reclamación de Atención Urgente se procesará de acuerdo con los procedimientos de apelación internos del Plan y los plazos aplicables a las disposiciones de Reclamación Previa al Servicio y Posterior al Servicio, según corresponda, descritas anteriormente en esta sección.

Si la Reclamación Concurrente es aprobada, se le notificará verbalmente seguido de una notificación escrita (o electrónica, según corresponda) a más tardar tres (3) días calendario después de la notificación verbal.

Si la Reclamación Concurrente es denegada, en todo o en parte, se le notificará verbalmente seguido de una notificación escrita (o electrónica, según corresponda).

Reclamación Posterior al Servicio

Las reclamaciones posteriores al servicio deben presentarse dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que se incurrió en el gasto. Es posible que los proveedores participantes deban presentar reclamaciones por contrato a la oficina local de Blue Cross en un plazo más corto. Si el proveedor no cumple con los términos de su acuerdo, la reclamación puede ser denegada; sin embargo, en esta situación, el proveedor sería responsable.

Las Reclamaciones Posteriores al Servicio respecto a tratamientos o servicios se decidirán a más tardar treinta (30) días después de su recepción por el Administrador de Reclamaciones correspondiente. Si la reclamación es denegada en todo o en parte, se le enviará una notificación escrita (o electrónica, según corresponda) dentro del período inicial de treinta (30) días para la determinación.

El tiempo para decidir la reclamación puede extenderse hasta quince (15) días si la extensión es requerida debido a asuntos fuera del control del Administrador de Reclamaciones; siempre que se le otorgue una notificación escrita (o electrónica, según corresponda) antes de la expiración del período inicial de 30 días.

Si una reclamación no puede ser procesada debido a que la información proporcionada es insuficiente, el Administrador de Reclamaciones le notificará por escrito (o por medios electrónicos, según corresponda) sobre qué información es necesaria antes de la expiración del período de determinación inicial de treinta (30) días. Posteriormente, usted contará con al menos cuarenta y cinco (45) días después de recibir la notificación para proporcionar la información adicional solicitada. Si no proporciona la información durante el período de cuarenta y cinco (45) días, la reclamación será denegada (es decir, se emitirá una Determinación Adversa a los Beneficios). Durante el período en el que se le permite proporcionar información adicional, el período normal para tomar una decisión sobre la reclamación será suspendido. El plazo para la resolución de la

reclamación se suspende hasta que suceda lo primero entre que haya transcurrido el plazo de cuarenta y cinco (45) días o hasta la fecha en que el Administrador de Reclamaciones reciba su respuesta escrita a la solicitud de información. Entonces, el Administrador de Reclamaciones tendrá quince (15) días para tomar una decisión y notificársela por escrito (o por medios electrónicos, según corresponda).

Determinación de Elegibilidad

Para preguntas relacionadas únicamente con su calidad de Empleado elegible o Participante Cubierto, el Administrador del Contrato tomará una decisión tan pronto como sea administrativamente factible, pero a más tardar dentro de 45 días después de la recepción de toda la información necesaria para resolver la cuestión de elegibilidad.

Determinación Inicial de Reclamaciones de Beneficios

Notificación de Determinación Adversa a los Beneficios

Si el Administrador de Reclamaciones deniega su reclamación inicial, en todo o en parte, se le proporcionará una notificación sobre la denegación (conocida como “notificación de determinación adversa” respecto a los beneficios”). La notificación de Determinación Adversa a los Beneficios se le otorgará por escrito (o por medios electrónicos, según corresponda) dentro del plazo establecido para emitir una decisión sobre el tipo particular de reclamación. La notificación de determinación adversa deberá:

- Identificar la reclamación involucrada (por ejemplo, la fecha de servicio, el proveedor de atención médica, el monto de la reclamación si aplica, el código de denegación y su significado correspondiente);
- Indicar la(s) razón(es) específica(s) para la denegación (incluyendo una declaración de que el reclamante tiene el derecho a solicitar el código de diagnóstico y tratamiento aplicable y sus significados correspondientes; sin embargo, tal solicitud no será considerada como una solicitud de apelación interna);
- Si la denegación se basa en una norma del Plan conforme a la cual se denegó la reclamación, una descripción de norma;
- Referenciar las disposiciones específicas del plan en las que se basa la denegación;
- Describir cualquier material o información adicional necesaria para que usted perfeccione la reclamación y una explicación sobre por qué dicha información es necesaria;
- Proporcionar una explicación del proceso de apelación interna del Plan junto con los límites de tiempo e información sobre cómo iniciar una apelación;
- Contener una declaración de su derecho a presentar una acción civil bajo la sección 502(a) de ERISA después de una apelación;
- Si la denegación se basó en una regla interna, directriz, protocolo, o criterio similar, se proporcionará una declaración de que tal regla, directriz, protocolo, o criterio fue utilizado en la adopción de la determinación adversa y que se le puede proporcionar una copia de dicha regla, directriz, protocolo, o criterio gratuitamente en caso de que lo solicite;
- Si la denegación se basó en criterios de Necesidad Médica, Tratamiento Experimental, o una

exclusión o límite similar, se incluirá la mención de que se le proporcionará gratuitamente la explicación sobre el razonamiento científico o clínico en que se basó la denegación, en caso de que lo solicite;

- Para Reclamaciones de Atención Urgente, la notificación describirá el proceso de apelación interna acelerada aplicable a Reclamaciones de Atención Urgente. Además, la determinación requerida puede ser proporcionada verbalmente y seguida de una notificación escrita (o electrónica, según corresponda); y
- Proporcionar información respecto a la disponibilidad y la forma para ponerse en contacto con cualquier defensor de derechos públicos u *ombudsman* establecido bajo la Ley de Servicios de Salud Pública que puede asistirle con los procesos internos de reclamaciones y apelaciones del Plan.

Notificación de Aprobación de Reclamaciones Previas al Servicio y de Reclamaciones de Atención Urgente

Si una Reclamación Previa al Servicio es aprobada, recibirá una notificación escrita (o electrónica, según corresponda) dentro de quince (15) días contados desde la recepción de la reclamación por el Administrador de Reclamaciones correspondiente. La Notificación de Aprobación de una Reclamación de Atención Urgente le será proporcionada por escrito (o por medios electrónicos, según corresponda) a usted y a su profesional de la salud dentro del plazo aplicable después de la recepción de la reclamación por el Administrador de Reclamaciones.

Plazo para Solicitar la Apelación Interna

Si una reclamación inicial es denegada (en todo o en parte) y usted no está de acuerdo con la decisión del Administrador de Reclamaciones, usted o su representante autorizado pueden apelar esa denegación. Usted tiene 180 días calendario después de recibir la notificación de Determinación Adversa a los Beneficios para presentar una solicitud escrita para una apelación interna. El Plan no aceptará apelaciones presentadas después de este período de 180 días.

Proceso de Apelación Interna

Procedimientos de Apelación

Para presentar una apelación interna, debe enviar una declaración escrita al Plan conforme a lo siguiente:

Las apelaciones involucrando Reclamaciones Previas al Servicio, Reclamaciones de Atención Urgente, o Reclamaciones Concurrentes pueden hacerse verbalmente llamando a la Gestión de Atención Médica de Amalgamated (AMCM) al 800-332-5426 o por escrito dirigiéndose a:

Amalgamated Medical Care Management
 Attention: Appeals Department
 1 Northeastern Blvd., Suite 100
 Salem, NH 03079

Las apelaciones para Reclamaciones Posteriores al Servicio deben ser enviadas directamente a:

Amalgamated Employee Benefit Administrators
 Appeals Department
 333 Westchester Avenue
 White Plains, NY 10604

Las apelaciones relacionadas con una Determinación de Elegibilidad deben ser enviadas directamente al Administrador del Contrato:

Local 99 Health and Welfare Fund
 703 McCarter Highway
 Newark, NJ 07102

Su solicitud de apelación interna debe incluir la(s) razón(es) específica(s) por la(s) que usted piensa que la denegación inicial de la reclamación fue errónea. Usted puede presentar todos los comentarios escritos, documentos, registros y cualquier otra información que considere relevante para la determinación de la apelación interna. En el caso de Reclamaciones Urgentes, usted puede presentar toda la información necesaria por teléfono, fax o cualquier otro método similarmente expedito que esté disponible .

- Se le proporcionará gratuitamente en caso de que lo solicite, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante relacionada con su reclamación inicial de beneficio.
- Usted tendrá la oportunidad de enviar al Plan los comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con su reclamación inicial de beneficios.
- Su apelación recibirá una revisión completa y justa por parte del Plan que tomará en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información enviada por usted, sin tomar en cuenta si tal información fue enviada o considerada en la determinación inicial de la reclamación.
- El Plan le proporcionará de forma gratuita, cualquier evidencia nueva o adicional que haya sido considerada, utilizada o generada por el Plan (o bajo la dirección del Plan) con respecto a la reclamación denegada. Tal evidencia se proporcionará tan pronto como sea posible (y con suficiente antelación a la fecha en la que se requiere proporcionar la notificación de Determinación Adversa a los Beneficios en revisión) para brindarle una oportunidad razonable de responder con anterioridad a esa fecha. Además, antes de que el Plan emita una Determinación Adversa a los Beneficios en revisión basada en un razonamiento nuevo o adicional, se le proporcionará de forma gratuita una explicación sobre dicho razonamiento. Se le proporcionará a usted el razonamiento lo más pronto posible (y con suficiente antelación a la fecha en la que se requiere proporcionar la notificación de Determinación Adversa a los Beneficios en revisión) para brindarle una oportunidad razonable de responder con anterioridad a esa fecha.
- La revisión no supondrá una predisposición a rectificar la determinación adversa inicial respecto a los Beneficios y se llevará a cabo por un fiduciario o fiduciarios apropiados del plan que no podrán ser ni la persona que emitió la determinación adversa inicial respecto a los beneficios que es objeto de la apelación, ni el subordinado de tal persona.
- Al decidir sobre la apelación de una Determinación Adversa respecto a Beneficios que está basada en todo o en parte en un juicio médico, incluyendo si un tratamiento, un medicamento u otro elemento en particular es considerado o no como Experimental, de Investigación y/o Medicamento Necesario, el fiduciario o fiduciarios deberá(n):

- consultar con un profesional de la salud que tenga la formación y experiencia apropiadas en el campo de la medicina involucrado en el juicio médico; y
- que éste no sea la misma persona que fue consultada para la Determinación Adversa inicial que es objeto de la apelación, ni un subordinado de dicha persona; y
- El Plan le proporcionará, en caso de que usted lo solicite, la identidad de los expertos médicos o vocacionales cuyas opiniones fueron solicitadas por el Plan con respecto a la determinación adversa respecto a beneficios, sin importar si dicha opinión fue tomada en cuenta o no al decidir sobre de la determinación del beneficio.

Plazos para la Determinación de Apelaciones

Reclamaciones Previas al Servicio: Se tomará una determinación y se le enviará a usted una notificación escrita (o electrónica, según corresponda) respecto a la apelación dentro de treinta (30) días desde la fecha en que su escrito de apelación haya sido recibido por el Plan. No se permite ninguna extensión del plazo para la revisión de apelación interna del Plan.

Reclamaciones de Atención Urgente: Este es un proceso de apelaciones internas acelerado bajo el cual se le enviará a usted (y a su profesional de la salud) una notificación escrita respecto a la decisión sobre la aprobación o denegación de la apelación interna acelerada a más tardar dentro de 72 horas de la recepción de su solicitud de apelación (verbal o escrita) por el Plan. Si su situación involucra una condición médica urgente, de forma que el plazo para completar la apelación interna acelerada pondría seriamente en peligro su capacidad para recuperar la función máxima, y la reclamación involucra un juicio médico o una rescisión de cobertura, usted puede buscar una revisión externa acelerada al mismo tiempo que solicita una apelación interna acelerada (debe solicitar ambas).

Reclamaciones Concurrentes: Usted puede solicitar una apelación interna de una Reclamación Concurrente enviando la solicitud verbalmente (para una Reclamación de Atención Urgente) o por escrito al Administrador de Reclamaciones correspondiente. Se tomará una determinación sobre la apelación interna y se le notificará tan pronto sea posible antes de que el beneficio sea reducido o el tratamiento sea terminado.

Reclamaciones Posteriores al Servicio: El Plan tomará una determinación sobre la apelación a más tardar en la fecha de la reunión ordinaria programada de la Junta de Fideicomisarios que se celebre inmediatamente después de la recepción de su escrito de apelación por el Plan, a menos que la solicitud de revisión de apelación interna se haya presentado dentro de los treinta (30) días previos a la fecha programada para dicha reunión. En este caso, la determinación de beneficio deberá ser tomada a más tardar en la fecha en que se celebre la segunda reunión ordinaria a partir de la recepción de la solicitud de apelación por parte del Plan. Si circunstancias especiales requieren una extensión de tiempo para procesar la apelación, se tomará la determinación a más tardar en la tercera reunión que se celebre a partir de que el Plan haya recibido su escrito solicitando la revisión. Si tal extensión es necesaria, el Plan le proporcionará una notificación de extensión escrita (o electrónica, según corresponda) describiendo las circunstancias especiales y la fecha en que será tomada la determinación de apelación. El Administrador del Plan/La Junta de Fideicomisarios le notificará por escrito (o por medios electrónicos, si corresponde) la determinación del beneficio dentro de los cinco (5) días después de que se tome la determinación de la apelación.

Notificación de una Determinación Adversa a los Beneficios tras la Apelación

El Administrador de Reclamaciones correspondiente o el Administrador del Contrato le proporcionará a usted una notificación escrita (o electrónica, si corresponde) de la determinación de la apelación. En el caso de una Determinación adversa a los beneficios, dicha notificación incluirá:

- Las razones específicas para la determinación adversa a los beneficios tras la apelación, incluyendo (i) el código de denegación (si lo hay) y su significado correspondiente, (ii) una descripción de la norma del Plan (si la hay) que se utilizó para denegar la reclamación, y (iii) una explicación sobre la decisión;
- Una referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la denegación;
- Una declaración de que usted tiene derecho a recibir, cuando así lo solicite, acceso gratuito y copias de los documentos relevantes para la reclamación;
- Una declaración de que usted tiene el derecho a presentar una acción civil bajo la Sección 502(a) de ERISA tras la apelación;
- Si la denegación se basó en una regla interna, guía, protocolo o criterio similar, se debe proporcionar una declaración de que se le proporcionará gratuitamente dicha regla, guía, protocolo o criterio, cuando así lo solicite;
- Si la denegación se basó en un criterio médico (Necesidad Médica, Experimental o de Investigación), se debe proporcionar una declaración de que se le proporcionará gratuitamente una explicación sobre el criterio científico o clínico utilizado como base para la denegación, cuando así lo solicite; y
- Usted y su Plan pueden someterse voluntariamente a otros medios alternativos de resolución de controversias, como la mediación. Una forma de averiguar qué medios podrían estar disponibles es contactando a su oficina local del Departamento de Trabajo de los EE. UU. y la agencia reguladora de seguros de su estado.

Consecuencias de No Apelar

1. Si usted omite solicitar la revisión, a través del procedimiento de apelación del Plan, de cualquier determinación adversa a beneficios emitida por el Administrador de Reclamaciones, el Administrador del Contrato o la Junta de Fideicomisarios, dicha determinación será final y vinculante.
2. Ni usted ni ningún otro reclamante podrán iniciar un juicio ni ninguna otra acción legal para obtener beneficios del Plan, incluidos los procedimientos ante agencias administrativas, hasta después de haber agotado todos los procedimientos administrativos (incluidos los procedimientos internos de reclamaciones y apelaciones de este Plan descritos en esta sección) para cada asunto considerado relevante por el reclamante, o hasta que hayan transcurrido 90 días desde que presentó una solicitud de revisión de apelación si no ha recibido una decisión final o aviso de que serán necesarios 60 días adicionales para llegar a una decisión final. La ley también le permite tramitar sus remedios bajo la sección 502(a) de la Ley de Seguridad de Ingreso de Jubilación de Empleados sin agotar estos procedimientos de apelación si el Plan no los ha seguido correctamente.
3. Después de que un participante que ha presentado una apelación reciba una decisión por escrito emitida por el Administrador del Contrato aplicable o por la Junta de Fideicomisarios, el participante contará con seis (6) meses para iniciar cualquier acción legal adicional, después de lo cual, no se podrá iniciar ninguna acción legal en contra del Plan y/o de la Junta de Fideicomisarios.
4. Cualquier acción legal relacionada con el Plan solo puede presentarse en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito de Nueva Jersey.
5. La omisión por parte del participante de solicitar la apelación de una denegación dentro del período de tiempo prescrito constituirá una renuncia al derecho de revisión de la denegación y cualquier reclamación se considerará prescrita y no se podrá presentar ninguna acción contra el Plan y/o la Junta de Fideicomisarios.
6. La falta de presentar una demanda, aparecer y participar en una audiencia programada o la falta de tomar cualquier otra acción con respecto a la denegación dentro de los seis (6) meses siguientes a la recepción de la denegación prescribirá la reclamación e impedirá la presentación de cualquier acción.

Esto concluye el proceso de apelación bajo este Plan. El Plan no ofrece un proceso de apelación voluntario.

Improcedencia de la Cesión de Derechos y Beneficios

El Plan establece que sus derechos bajo el Plan, incluyendo, pero sin limitar a su derecho a recibir beneficios, apelar determinaciones del Plan u obtener información, no pueden ser válidamente cedidos a ninguna otra parte, incluyendo a los proveedores médicos.

Ningún Participante o Beneficiario podrá ceder en ningún momento y de ninguna manera, ya sea durante el tiempo en que se encuentre cubierto por el Plan o después de su terminación como participante, su derecho a demandar para recuperar los beneficios bajo el Plan, la facultad de ejercer sus derechos bajo el Plan o a ejercer cualquier otra causa de acción que pueda tener contra el Plan o sus fiduciarios. Bajo la regla de improcedencia de cesión del Plan, un proveedor u otra parte no obtiene derechos legalmente exigibles contra el Plan por el hecho de haber firmado un formulario estándar de "Cesión de Beneficios" o documento similar. Esos derechos legales permanecen exclusivamente a su favor.

No obstante, el Plan a su discreción puede, como cortesía hacia usted, honrar una solicitud escrita de su parte para enviar directamente a un proveedor el pago de beneficios que le corresponden a usted. En este sentido, el Plan puede tratar cualquier formulario de cesión de beneficios firmando por usted como una solicitud hecha por usted dirigida al Plan para que envíe el pago en su nombre directamente a un proveedor. Al honrar cualquier solicitud suya de enviar el pago en su nombre a un proveedor como una cortesía, el Plan no pretende crear ningún derecho legal a favor del proveedor. El Plan realiza dichos pagos directos a proveedores únicamente sobre la base de las obligaciones legales que el Plan le debe a usted como participante. Un proveedor que acepta una cesión de beneficios, de acuerdo con este Plan como compensación total por los servicios prestados, quedará obligado conforme a las reglas y disposiciones establecidas dentro de los términos de este documento.

Cualquier declaración de hechos realizada de manera oral o escrita referente a la cobertura, hecha a cualquier persona o entidad se realiza únicamente reconociendo la capacidad de dicha persona o entidad como representante de una Persona Cubierta bajo el Plan preguntando en nombre de la Persona Cubierta sobre los niveles proyectados de cobertura del Plan. Tal declaración de hechos no otorga ningún derecho a favor de ninguna persona o entidad distinto de los derechos de la Persona Cubierta bajo los términos del Plan. No otorga a la persona o entidad un derecho independiente para obtener beneficios económicos del Plan o de sus representantes bajo ninguna ley estatal o federal, incluyendo las leyes estatales sobre contratos y agravios. Cualquier derecho que una persona o entidad pueda tener en contra del Plan o de sus representantes son únicamente aquellos que se derivan de los derechos de un participante bajo los términos del Plan. Ninguna referencia a la cobertura y los niveles de beneficios son vinculantes para el Plan o sus representantes a menos que hayan sido proporcionados por el pleno de la Junta de Fideicomisarios de conformidad con los documentos que rigen el Plan. Cualquier declaración sobre la cobertura y los montos de los beneficios no puede ser considerada fiable por ninguna persona o entidad si de alguna manera es contraria a los términos de los documentos escritos que rigen al Plan. Los derechos de pago bajo el Plan únicamente pueden obtenerse a través de la acción de los Fideicomisarios que administran el Plan, y estas acciones de los Fideicomisarios únicamente pueden ser apeladas por una Persona Cubierta bajo el Plan de acuerdo con los procedimientos de apelación del Plan y por una causa de acción de reclamación de beneficios presentada en un tribunal con jurisdicción competente bajo ERISA.

Sus Derechos COBRA

El 7 de abril de 1986, se promulgó una Ley Federal, la Ley de Reconciliación Omnibus de Presupuesto Consolidado (Ley Pública 99-272, Título X, comúnmente conocida como COBRA), que requiere que la mayoría de los empleadores que patrocinan planes de salud grupal ofrezcan a los Empleados y a sus Dependientes la oportunidad de prolongar temporalmente su cobertura de atención médica (incluyendo beneficios médicos, hospitalarios, de medicamentos recetados, dentales y ópticos) con las tarifas del grupo cuando la cobertura bajo el Plan termina por algún motivo.

Si usted, su Cónyuge y/o sus Hijos Dependientes están cubiertos bajo el Plan, usted y/o su Cónyuge o hijos pueden continuar la cobertura por un tiempo si su cobertura termina por alguna de las razones, conforme se describe a continuación.

Sucesos Calificantes y Períodos Máximos de Prolongación de Cobertura

Sucesos Calificantes que producen la terminación de la Cobertura de Atención Médica	Duración de COBRA para los Beneficiarios Calificados		
	Empleado	Cónyuge	Hijos Dependientes
Despedido (por razones distintas a conducta grave)	18 meses	18 meses	18 meses
Reducción de las horas de trabajo del empleado (ocasionando que el empleado pierda la elegibilidad para la cobertura de atención médica)	18 meses	18 meses	18 meses
Muerte del empleado	No Aplica	36 meses	36 meses
El empleado adquiere elegibilidad (queda inscrito) para beneficios de Medicare	No Aplica	36 meses	36 meses
Divorcio o separación legal del empleado	No Aplica	36 meses	36 meses
El Hijo Dependiente deja de tener estatus de Dependiente	No Aplica	No Aplica	36 meses

Sus derechos bajo COBRA se describen en esta sección, pero pueden estar sujetos a cambios. La cobertura se proporciona según lo requiere la ley y si la ley cambia, sus derechos cambiarán en consecuencia. El Fondo no proporciona mayores derechos bajo COBRA de lo que COBRA exige, y nada en esta Descripción Breve del Plan tiene la intención de expandir sus derechos más allá de los requisitos de COBRA. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones bajo el Fondo y bajo la ley federal, usted debe contactar al Administrador del Contrato.

Administrador de COBRA

El Administrador del Contrato es responsable de la Administración de COBRA. A continuación, se proporcionan los datos de contacto administrativo y la dirección postal.

Local 99 Health & Welfare Fund COBRA Department
703 McCarter Highway, Suite 101
Newark, NJ 07102
Teléfono: 973-735-6464
Fax: 973-735-6465

Para proteger los derechos de su familia, usted debe mantener al Administrador del Contrato informado sobre cualquier cambio en la dirección de los miembros de la familia. También debe guardar una copia, para sus registros, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Contrato.

Notificación de Eventos Calificantes

Su empleador generalmente notificará al Administrador del Contrato sobre su fallecimiento, terminación del empleo o despido, reducción de horas o jubilación, y el Administrador del Contrato calculará cuándo terminará la cobertura. Sin embargo, usted o su familia también deben notificar al Administrador del Contrato de manera pronta y por escrito si ocurre alguno de estos sucesos para evitar confusión sobre el estado de su atención médica o la de ellos en caso de que haya un retraso o descuido en proporcionar esa notificación.

Usted y/o un miembro de la familia son responsables de proporcionar al Administrador del Contrato un aviso oportuno sobre los siguientes eventos calificantes:

1. El divorcio o la separación legal del Empleado de su Cónyuge.
2. Un hijo que deja de estar cubierto bajo el Plan como Hijo Dependiente del Empleado.
3. La ocurrencia de un segundo evento calificante después de que un beneficiario calificado se haya convertido en elegible para COBRA con un máximo de 18 (o 29) meses. Este segundo evento calificante podría incluir la muerte del Empleado, divorcio o separación legal, o un hijo que pierde el estatus de Dependiente.

Además de estos eventos calificantes, hay otras dos situaciones en las que usted y/o un miembro de la familia deben proporcionar al Administrador del Contrato una notificación dentro del plazo indicado en esta sección:

4. Cuando un beneficiario calificado elegible para recibir Continuación de Cobertura COBRA con un máximo de 18 meses es declarado por la Administración del Seguro Social como discapacitado. Si se determina que un individuo está discapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de Continuación de Cobertura COBRA, el beneficiario calificado (y cada otro beneficiario calificado elegible para el período de 18 meses de COBRA debido al mismo evento inicial) puede ser elegible para una extensión de 11 meses del período máximo de

cobertura de 18 meses, para un total de 29 meses de Continuación de Cobertura COBRA.

5. Cuando la Administración del Seguro Social determina que un beneficiario calificado ya no está discapacitado.

Si un Empleado Activo toma una licencia FMLA y no regresa al trabajo al final de la licencia, el Empleado (y el cónyuge y los hijos Dependientes del Empleado, si los hubiera) tendrán derecho a elegir COBRA si: (1) estaban cubiertos por el Fondo el día antes de que comenzara la licencia FMLA (o se cubrieron durante la licencia FMLA); o (2) perderán la cobertura del Fondo dentro de los 18 meses debido a que el Empleado no regresó al trabajo al final de la licencia. (Esto significa que algunas personas pueden tener derecho a elegir COBRA al final de una licencia FMLA, incluso si no estaban cubiertas por el Fondo durante la licencia). La cobertura de COBRA elegida en estas circunstancias comenzará el último día de la licencia FMLA, con el mismo período de cobertura máximo de 18 meses (sujeto a extensión o terminación anticipada) generalmente aplicable a los Eventos Calificados de COBRA de terminación de empleo y reducción de horas.

Usted debe asegurarse de que el Administrador del Contrato sea notificado de cualquiera de los cinco sucesos mencionados anteriormente. No proporcionar esta notificación dentro de los plazos descritos a continuación puede impedir que usted y/o sus Dependientes obtengan o extiendan la Continuación de Cobertura COBRA.

Manera en que Usted debe Proporcionar la Notificación

La notificación de cualquiera de las cinco situaciones mencionadas anteriormente debe proporcionarse por escrito al Administrador del Contrato. Su carta debe contener la siguiente información: su nombre, cuál de los cinco eventos mencionados arriba está notificando, la fecha del evento y la fecha en la que usted y/o su beneficiario perderán la cobertura. En caso de divorcio o separación legal, debe incluir una copia del decreto de divorcio o prueba de separación legal.

Cuando debe enviarse la Notificación

Usted debe notificar inmediatamente al Administrador del Contrato sobre:

- Cualquier cambio de domicilio de usted y/o de sus Dependientes cubiertos.

Usted debe notificar al Administrador del Contrato dentro de los 30 días siguientes a estos sucesos:

- Usted o sus Dependientes cubiertos obtienen cobertura bajo otro plan de salud grupal; y
- La Administración del Seguro Social determina que usted o su Dependiente cubierto, después de haber elegido COBRA, deja de estar discapacitado.

Usted debe notificar al Administrador del Contrato dentro de los 60 días siguientes a estos sucesos:

- Divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge;
- Un hijo pierde el estatus de dependiente bajo el Plan (por ejemplo, inelegibilidad por edad);
- La incidencia de un segundo evento calificante después de que un beneficiario calificado tenga derecho a la Continuación de Cobertura COBRA; y
- Un beneficiario calificado queda discapacitado.

Si la notificación no ha sido recibida por el Administrador del Contrato al final del período que corresponda descrito arriba, usted y/o su Cónyuge y/o Dependiente no tendrán derecho a elegir o extender la Continuación de Cobertura COBRA.

Quién puede proporcionar la Notificación

La notificación puede ser proporcionada por el Empleado, el beneficiario calificado con respecto al evento calificante, o cualquier representante que actúe en nombre del Empleado o del beneficiario calificado. La notificación hecha por una persona satisfará el requisito de notificación para todos los beneficiarios calificados relacionados afectados por el mismo evento calificante. Por ejemplo, si usted, el Empleado, su Cónyuge y su hijo están todos cubiertos por el Plan, y usted y su Cónyuge deciden separarse legalmente, una sola notificación enviada por su Cónyuge satisfaría este requisito.

Una vez que haya proporcionado la notificación, el Administrador del Contrato le enviará información sobre la Continuación de Cobertura COBRA

Cómo elegir la Continuación de Cobertura COBRA

Cuando su empleo termina, o cuando usted deja de trabajar el número de horas requerido para continuar participando en el programa de beneficios de salud del Fondo, o cuando el Administrador del Contrato es notificado de manera oportuna sobre su muerte, divorcio o separación legal, o sobre un Hijo Dependiente que pierde el estatus de dependiente bajo el Plan, el Administrador del Contrato le enviará a usted y/o a sus Dependientes una notificación sobre la fecha en que su cobertura termina y la información y formularios que necesita para elegir la Continuación de Cobertura COBRA.

Conforme a la ley, usted, su Cónyuge y/o sus Hijos Dependientes contarán entonces con 60 días desde la fecha posterior de entre (1) la fecha en que normalmente habría perdido la cobertura debido a uno de los eventos descritos anteriormente; o (2) la fecha de su notificación sobre su derecho a elegir la Continuación de Cobertura COBRA.

Si usted y/o cualquiera de sus Dependientes no eligen la Continuación de Cobertura COBRA dentro de este período de 60 días, usted y/o ellos no tendrán ninguna cobertura de salud grupal de este Plan después de que la cobertura inicial haya terminado.

Si usted notificó al Administrador del Contrato sobre el suceso de un evento calificante y no tiene derecho a la Continuación de Cobertura COBRA, el Administrador del Contrato le enviará una notificación escrita indicando la razón por la cual usted no es elegible para COBRA. El Administrador del Contrato proporcionará esta notificación dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su notificación de evento calificante.

Cada Beneficiario Calificado tiene un derecho independiente a elegir la Continuación de Cobertura COBRA. Uno o más Dependientes pueden elegir COBRA incluso si el Empleado no la elige. Un miembro de la familia puede elegir COBRA para otros miembros de la familia. La Continuación de Cobertura COBRA puede ser elegida para algunos de los miembros de la familia y no para otros. Para elegir la Continuación de Cobertura COBRA, las personas para quienes se está eligiendo COBRA deben haber estado cubiertas por el Plan en la fecha del Evento Calificante. Un padre o tutor

legal puede elegir o rechazar la Continuación de Cobertura COBRA en nombre de los Hijos Dependientes.

Cobertura Proporcionada Cuando se Elige la Continuación de Cobertura COBRA

Si usted, su Cónyuge y/o sus Hijos Dependientes eligen la Continuación de Cobertura COBRA, el Plan está obligado a proporcionar una cobertura que sea idéntica a su cobertura actual bajo el Plan que se proporciona para Empleados o miembros de la familia en situación similar, pero usted debe pagar por ella. Consulte las secciones tituladas "Costo de la Continuación de Cobertura COBRA" para obtener información sobre cuánto costará COBRA.

Cobertura bajo COBRA en Caso de Beneficios de Ingresos por Discapacidad del Seguro Social

Si usted, su Cónyuge y/o sus Hijos Dependientes tienen derecho a la Continuación de Cobertura COBRA por un período de 18 meses, dicho período puede extenderse para la Persona Cubierta si se determina que tiene derecho a beneficios por discapacidad del Seguro Social, y para cualquier otro miembro cubierto de la familia, durante hasta 11 meses adicionales si se cumple con todas las condiciones siguientes:

1. la discapacidad ocurrió simultáneamente o con anterioridad al inicio de la Continuación de Cobertura COBRA, o dentro de los primeros 60 días de la Continuación de Cobertura COBRA; y
2. la Persona Cubierta discapacitada recibe una determinación de derecho a beneficios por discapacidad del Seguro Social de la Administración del Seguro Social; y
3. el Plan es notificado por usted o por la Persona Cubierta discapacitada sobre la determinación del Seguro Social:
 - a. antes de que transcurran 60 días desde de que se recibió; y
 - b. antes de que termine el período de 18 meses de continuación de COBRA.

Este período extendido de Continuación de Cobertura COBRA terminará cuando concluya lo primero de entre (1) el final de los 29 meses desde la fecha del evento calificante; (2) la fecha en que el individuo discapacitado tenga derecho a Medicare; o (3) el último día del mes después de que el Seguro Social determine que el individuo discapacitado ya no está discapacitado

Adquisición de Nuevos Dependientes durante la cobertura COBRA

Si usted adquiere un nuevo dependiente a través del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción mientras usted se encuentra inscrito en la Continuación de Cobertura COBRA, puede agregar al dependiente a COBRA por el saldo del período de cobertura de COBRA. Por ejemplo, si le quedan cinco meses de COBRA y se casa, puede inscribir a su nuevo Cónyuge por cinco meses de cobertura de COBRA.

Para inscribir a su nuevo dependiente en la cobertura de COBRA, notifique al Administrador del Contrato lo antes posible después de adquirir el nuevo dependiente, pero en ningún caso después del 60º día del evento calificador. Puede haber un cambio en la cantidad de su prima de COBRA para cubrir al nuevo dependiente.

Si la Continuación de Cobertura COBRA cesa para usted, su Cónyuge o su Hijo Dependiente antes del final del máximo de 18, 29 o 36 meses de cobertura de COBRA, la Continuación de Cobertura COBRA también terminará para el Dependiente recién agregado. Consulte con el Administrador del Contrato para obtener más detalles sobre cuánto tiempo puede durar la Continuación de Cobertura COBRA.

Pérdida de Cobertura

Si, mientras usted está inscrito en la Continuación de Cobertura COBRA, su Cónyuge o Hijo Dependiente pierde la cobertura bajo otro plan de salud grupal, usted puede inscribir al Cónyuge o Hijo Dependiente para obtener cobertura durante el saldo del período de Continuación de Cobertura COBRA. El Cónyuge o Hijo Dependiente debe haber sido elegible pero no inscrito para la cobertura bajo los términos del Plan y, cuando se ofreció previamente la inscripción bajo el Plan y se rechazó, el Cónyuge o Hijo Dependiente debe haber estado cubierto bajo otro plan de salud grupal o haber tenido otra cobertura de salud.

Debe inscribir al Cónyuge o Hijo Dependiente lo antes posible después de la terminación de la otra cobertura, pero en ningún caso después del 60º día después de la pérdida de la otra cobertura. Agregar un Cónyuge o Hijo Dependiente puede causar un aumento en la cantidad que usted debe pagar por la Continuación de Cobertura COBRA.

La pérdida de cobertura tiene que ser debido al agotamiento de la Continuación de Cobertura COBRA bajo otro plan, a la terminación de cobertura como resultado de la pérdida de elegibilidad, o a la terminación como resultado de que las contribuciones del Empleador hacia la otra cobertura se terminen. La pérdida de elegibilidad no incluye una pérdida debido al incumplimiento del individuo o participante en pagar las primas de manera oportuna o la terminación de la cobertura por causa.

Múltiples Eventos Calificantes durante la cobertura COBRA

Si, durante el período de 18 meses de Continuación de Cobertura COBRA a consecuencia de la pérdida de cobertura debido a la terminación de su empleo o a la reducción de horas, usted fallece, se divorcia o se separa legalmente, o si un hijo cubierto deja de ser un Hijo Dependiente bajo el Plan, el período máximo de Continuación de Cobertura COBRA para el Cónyuge y/o hijo afectado se extiende hasta por 36 meses desde la fecha de pérdida de cobertura debido a la terminación de su empleo o a la reducción de horas.

Por ejemplo, suponga que usted perdió su empleo (el primer evento calificador para COBRA), y usted se inscribe a usted mismo y a sus Dependientes elegibles para obtener la Continuación de Cobertura COBRA. Tres meses después de que comience su Continuación de Cobertura COBRA, usted se divorcia y su excónyuge ya no es elegible para la cobertura del Plan. Su excónyuge puede

prolongar la Continuación de Cobertura COBRA hasta por 33 meses, para un total de 36 meses de cobertura de COBRA.

Este período extendido de Continuación de Cobertura COBRA no está disponible para nadie que se convierta en su Cónyuge después de la pérdida de su cobertura debido a la terminación de su empleo o reducción de horas. Sin embargo, este período extendido de Continuación de Cobertura COBRA está disponible para cualquier hijo suyo nacido, adoptado, o colocado para adopción con usted (el Miembro activo) durante el período de 18 meses de Continuación de Cobertura COBRA.

En ningún caso usted tendrá derecho a la Continuación de Cobertura COBRA por más de un total de 18 meses si su empleo se termina o si tiene una reducción en horas (a menos que tenga derecho a un período adicional de Continuación de Cobertura COBRA con motivo de la discapacidad del Seguro Social). Como resultado, si usted experimenta una reducción de horas y posteriormente la terminación de su empleo, la terminación de empleo no se trata como un segundo evento calificante y COBRA no puede extenderse más allá de la fecha de pérdida de cobertura debido al suceso del evento calificante.

Terminación del Empleo/Reducción de Horas después de la habilitación para Medicare

Si usted queda habilitado para (inscrito en) Medicare y posteriormente experimenta la terminación de su empleo o la reducción de horas, entonces su Cónyuge y/o su Hijo Dependiente tendrían derecho a la Continuación de Cobertura COBRA por un período de 18 meses desde la fecha de su pérdida de cobertura debido a su terminación de empleo o reducción de horas o 36 meses desde la fecha en que quedó habilitado para Medicare, lo que sea más largo.

Costo para Usted por la Continuación de Cobertura COBRA

Usted, su Cónyuge cubierto y/o su(s) Hijo(s) Dependiente(s) tendrán que pagar el 102% del costo total de la cobertura durante el período de continuación de COBRA. Sin embargo, cualquier individuo o grupo familiar que incluya a una persona discapacitada cuya cobertura se extienda más allá de 18 meses debido a la elegibilidad para beneficios por discapacidad del Seguro Social debe pagar el 150% del costo total de la cobertura durante la extensión de 11 meses de la Continuación de Cobertura COBRA. Cualquier unidad familiar que no incluya a una persona discapacitada tendrá un cobro del 102% del costo de la cobertura.

El monto que usted, su Cónyuge cubierto y/o su(s) Hijo(s) Dependiente(s) deben pagar por su Continuación de Cobertura COBRA será pagadero mensualmente. Habrá un período de gracia inicial de 45 días para pagar los primeros montos adeudados a partir de la fecha en que se eligió la cobertura de continuación. Si este pago no se realiza oportunamente, la Continuación de Cobertura COBRA no entrará en vigor. Posteriormente, se otorgará un período de gracia de 30 días para pagar cualquier adeudo subsecuente. Si el pago de los montos adeudados no se recibe al final del período de gracia aplicable, la Continuación de Cobertura COBRA terminará. El Administrador del Contrato le notificará el costo de la cobertura en el momento en que usted reciba su notificación de derecho a la Continuación de Cobertura COBRA.

El monto de sus primas de COBRA puede variar de vez en cuando durante su período de

Continuación de Cobertura COBRA. Usted será notificado sobre los cambios en las primas de COBRA.

Terminación de la Continuación de Cobertura COBRA

La Continuación de Cobertura COBRA terminará:

1. Al finalizar el plazo de COBRA (18, 29 o 36 meses).
2. En la fecha en que el Plan deje de proporcionar cobertura médica o dental a sus Empleados en situación similar.
3. El primer día del período de tiempo para el cual usted no haya pagado la prima aplicable para su Continuación de Cobertura COBRA dentro del período de tiempo requerido.
4. En la fecha, posterior a la fecha de su elección de COBRA, en la que usted o cualquiera sus Dependientes elegibles queda habilitado para (inscrito en) Medicare (generalmente a los 65 años); o
5. En la fecha, posterior a la fecha de la elección de COBRA, en la que usted o cualquiera de sus Dependientes elegibles adquieran cobertura por primera vez bajo un plan distinto de salud grupal.

El Plan tendrá permitido rescindir la cobertura de un individuo con efectos retroactivos únicamente en caso de fraude o por falsedad intencional en sus declaraciones sobre hechos materiales.

Si cualquier Persona Cubierta queda habilitado para Medicare, la Continuación de Cobertura COBRA de esa persona termina, pero la Continuación de Cobertura COBRA de cualquier Cónyuge o Hijo Dependiente cubierto de esa Persona Cubierta no se verá afectada.

Si la Continuación de Cobertura COBRA se termina anticipadamente como se describió anteriormente, el Administrador del Contrato le enviará una notificación escrita tan pronto como sea práctico después de la determinación informándole que la Continuación de Cobertura COBRA terminará. Esta notificación explicará los motivos por los cuales la Continuación de Cobertura COBRA terminará o ha terminado y la fecha de terminación

Información adicional sobre la Continuación de Cobertura COBRA

Si la cobertura proporcionada por el Plan cambia de cualquier manera para los Miembros activos del Plan, esos cambios se aplicarán al mismo tiempo y de la misma manera para todos aquellos cuya cobertura se continúe según lo requerido por COBRA. Si alguno de esos cambios resulta en un aumento o disminución en el costo de la cobertura, ese aumento o disminución se aplicará a todas las personas cuya cobertura se continúe según lo requerido por COBRA a partir de la fecha efectiva de tales cambios.

Una vez que su Continuación de Cobertura COBRA termine por cualquier razón, no se podrá restablecer.

Usted no tiene que demostrar que es asegurable para elegir la Continuación de Cobertura COBRA.

Sin embargo, la cobertura de continuación según la ley se proporciona sujeta a su elegibilidad para la cobertura bajo el Plan. La Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de terminar la Continuación de Cobertura COBRA retroactivamente si se determina que usted es inelegible.

Cobertura de Continuación Alternativa

En lugar de inscribirse en la Continuación de Cobertura COBRA, podría haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicaid u otras opciones de cobertura de salud grupal (tales como el plan de un cónyuge) mediante lo que se conoce como el "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la Continuación de Cobertura COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

Usted debería comparar todas sus opciones de cobertura con la Continuación de Cobertura COBRA y elegir la cobertura que sea mejor para usted.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado ofrece una forma eficiente de encontrar y comparar opciones de seguro de salud privado. En el Mercado, usted podría ser elegible para obtener un crédito fiscal que reduce sus primas mensuales y la reducción de los costos compartidos (montos que reducen sus costos de bolsillo para deducibles, coaseguro y copagos) de inmediato. Usted puede ver cuál será su prima, deducibles y costos de bolsillo antes de tomar la decisión de inscribirse. A través del Mercado usted también sabrá si califica para cobertura gratuita o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Puede acceder al Mercado para su estado en www.HealthCare.gov.

La cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud puede costar menos que la Continuación de Cobertura COBRA. El hecho de que se le ofrezca la Continuación de Cobertura COBRA no limitará su elegibilidad para obtener cobertura o un crédito fiscal a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura del Mercado?

Usted tiene 60 días desde el momento en que pierde su cobertura basada en el empleo para inscribirse en el Mercado. Esto se debe a que perder su cobertura basada en el empleo es un evento de "inscripción especial". Después de 60 días, su período de inscripción especial terminará y es posible que ya no pueda inscribirse, por lo que usted debe actuar de inmediato. Además, durante lo que se conoce como período de "inscripción abierta", cualquiera puede inscribirse en la cobertura del Mercado.

Para obtener más información sobre la inscripción en el Mercado, como cuándo será el próximo período de inscripción abierta y lo que usted necesita saber sobre eventos calificantes y períodos de inscripción especial, visite www.HealthCare.gov.

Si me inscribo en la Continuación de Cobertura COBRA, ¿puedo cambiar a la cobertura en el Mercado? ¿Qué pasa si elijo la cobertura del Mercado y quiero cambiar de nuevo a la Continuación de Cobertura COBRA?

Si usted se inscribe en la Continuación de Cobertura COBRA, usted puede cambiar a un plan del Mercado durante el período de inscripción abierta del Mercado. También puede terminar su Continuación de Cobertura COBRA anticipadamente y cambiar a un plan del Mercado si experimenta otro evento calificador, como el matrimonio o el nacimiento de un hijo, a través del llamado "período de inscripción especial". Pero debe tener cuidado: si usted termina anticipadamente su Continuación de Cobertura COBRA sin que haya sucedido otro evento calificador, tendrá que esperar para inscribirse en la cobertura del Mercado hasta el próximo período de inscripción abierta y podría quedarse sin cobertura de salud en el ínterin.

Una vez que haya agotado su Continuación de Cobertura COBRA y la cobertura expire, usted será elegible para inscribirse en la cobertura del Mercado a través de un período de inscripción especial, incluso si la inscripción abierta del Mercado ha terminado.

Si se inscribe en la cobertura del Mercado en lugar de la Continuación de Cobertura COBRA, no podrá cambiar a la Continuación de Cobertura COBRA bajo ninguna circunstancia.

¿Puedo inscribirme en otro plan de salud grupal?

Usted puede ser elegible para inscribirse en la cobertura bajo otro plan de salud grupal (como el plan de un cónyuge) si usted solicita la inscripción dentro de los 30 días siguientes a la pérdida de la cobertura.

Si usted o su dependiente deciden elegir la Continuación de Cobertura COBRA en lugar de inscribirse en otro plan de salud grupal para el cual pudieran ser elegibles, tendrán otra oportunidad de inscribirse en el otro plan de salud grupal dentro de los 30 días posteriores a la terminación de su Continuación de Cobertura COBRA.

¿Qué factores debo considerar al elegir entre las opciones de cobertura?

Al considerar sus opciones para la cobertura de salud, es aconsejable que usted piense en:

- **Primas:** Su plan anterior puede cobrar hasta el 102% de las primas totales del plan por la Continuación de Cobertura COBRA. Otras opciones, como la cobertura en el plan de un cónyuge o a través del Mercado, pueden ser menos costosas.
- **Redes de proveedores:** Si actualmente está recibiendo atención o tratamiento para una condición, un cambio en su cobertura de salud puede afectar su acceso a un proveedor de atención médica en particular. Es aconsejable que usted verifique si sus proveedores de atención médica actuales participan en una red mientras considera sus opciones para la cobertura de salud.
- **Formularios de medicamentos:** Si usted actualmente está tomando medicamentos, un cambio en su cobertura de salud puede afectar los costos de sus medicamentos, y en algunos casos, su medicamento puede no estar cubierto por otro plan. Es aconsejable que usted verifique si sus medicamentos actuales están incluidos en los formularios de medicamentos para otras coberturas de salud.
- **Pagos de indemnización:** Si usted perdió su empleo y recibió un paquete de indemnización de su antiguo empleador, su antiguo empleador puede haber ofrecido pagar parte o la totalidad de sus pagos de COBRA por un período de tiempo.

- Área de servicio: Algunos planes limitan sus beneficios a áreas de servicio o de cobertura específicas, por lo que si se muda a otra área del país, es posible que no pueda usar sus beneficios. Es aconsejable que usted revise si su plan tiene restricciones de área de servicio o cobertura, u otras limitaciones similares.
- Otros costos compartidos: Además del pago de las primas o contribuciones para la cobertura de salud, es probable que usted pague copagos, deducibles, coaseguro u otras cantidades en la medida en que utiliza sus beneficios. Es aconsejable que usted verifique cuáles son los requisitos de estos costos compartidos para las otras opciones de cobertura de salud. Por ejemplo, una opción puede tener primas mensuales mucho más bajas, pero un deducible mucho más alto y copagos más altos.

Exclusiones y Limitaciones Generales

Los siguientes gastos no están cubiertos bajo la cobertura hospitalaria, médica, de salud conductual y de trastornos por consumo de sustancias. Sin embargo, algunos de estos gastos pueden estar cubiertos bajo su cobertura de medicamentos recetados, cobertura de visión o cobertura dental. Los detalles de cobertura para servicios de medicamentos recetados, visión y dental (en caso de que aplique) están descritos por separado en folletos de beneficios.

- Acupresión
- Acupuntura
- Los siguientes servicios específicos de anestesia:
 - Anestesia y servicios de consulta cuando se brindan en conexión con servicios no cubiertos.
 - Anestesia administrada por el médico anestesista, el asistente del médico anestesista o el médico tratante.
 - Cargos por anestesia local facturados por separado por un practicante para una cirugía realizada de manera ambulatoria.
- Autismo
- Autopsia
- Modificación de comportamiento
- Problemas de comportamiento, trastornos del desarrollo y discapacidades de aprendizaje:
 - Condiciones relacionadas con problemas de comportamiento o discapacidades de aprendizaje excepto conforme esté cubierto bajo la cobertura de psicoterapia.
 - Condiciones que el Fondo determina que son ocasionadas debido a trastornos del desarrollo incluyendo, pero no limitado a, el retraso mental, los trastornos de habilidades académicas o trastornos de habilidades motoras excepto conforme sea necesario para proveer a los dependientes recién nacidos con cobertura por lesiones accidentales o

enfermedades incluyendo el cuidado necesario y tratamiento de defectos congénitos y anomalías médicamente diagnosticadas.

- Sangre:
 - Cargos por donantes de sangre y donación de sangre, excepto conforme se especifica en el Programa de Beneficios.
 - Almacenamiento profiláctico de sangre o médula ósea en caso de un accidente o de una cirugía o trasplante imprevisto.
- Cargos y saldos debidos por lo siguiente:
 - Tarifas por citas incumplidas
 - Cargos, en la medida en que excedan el Monto Permitido.
 - Copagos, Deducibles y la parte que corresponde al individuo de cualquier coaseguro
 - Gastos por envío, envío postal o manejo.
 - Gastos por preparar informes médicos, facturas, formularios de reclamación, llamadas telefónicas y/o tarifas de fotocopias.
 - Gastos incurridos después de que se haya alcanzado el máximo de pago.
 - Gastos incurridos antes de que hubiese comenzado la cobertura del paciente o después de que haya terminado la cobertura del paciente.
 - Gastos incurridos durante la ausencia temporal de una Persona Cubierta de los terrenos del proveedor elegible antes del alta.
- Ensayos Clínicos
- Clínicas afiliadas a un hospital, excepto conforme se especifique lo contrario bajo el Plan.
- Ropa o zapatos de cualquier tipo, excepto para zapatos para Participantes con diabetes o enfermedad vascular periférica y zapatos utilizados en conjunto con aparatos ortopédicos para piernas con aparatos ortopédicos.
- Complicaciones de tratamientos o procedimientos no cubiertos. Costo de beneficios, servicios, suministros o cargos donde un Participante tiene una complicación física o médica en conjunto con, o como resultado de, un procedimiento o servicio que no está cubierto por el Plan.
- Procedimientos o servicios cosméticos relacionados con procedimientos cosméticos realizados principalmente para mejorar la apariencia de cualquier parte del cuerpo y de los cuales no se puede esperar una mejora significativa en el funcionamiento de la parte del cuerpo, a menos que sea requerido bajo WHCRA o como resultado de una lesión accidental o para corregir un defecto funcional resultante de una anomalía congénita o anomalía del desarrollo. Los servicios excluidos incluyen, pero no se limitan a, la cirugía cosmética, procedimientos, tratamientos, medicamentos o productos biológicos. Para los propósitos de esta exclusión, las cirugías previas no se consideran una lesión accidental.
- Cuidados de Convalecencia o Custodia. Gasto por servicios de Cuidados de Convalecencia o de Custodia, sin importar el lugar donde se proporcionen, incluyendo, sin limitación, cuidado domiciliario, cuidado residencial, cuidado diurno para adultos, cuidado diurno para niños, cuidado personal o servicios de un ama de casa o cuidador/a, cuidado protector y de apoyo incluyendo, pero no limitado a, servicios educativos, curas de reposo o cuidado de relevo.
- Cuidado o tratamiento dental, incluyendo aparatos, excepto conforme se especifique lo contrario en este folleto.
- Terapia o actividad divertida/recreativa.

- Equipo Médico Duradero:
 - Equipo médico duradero solicitado específicamente con el propósito de utilizarse durante un viaje, o para actividades recreativas o atléticas.
 - Reparación y mantenimiento de equipo médico duradero y aparatos correctivos. La reparación y mantenimiento para el servicio rutinario como pruebas, limpieza, regulación y revisión del equipo no está cubierto excepto conforme se especifica en el programa de beneficios. Excepto como se especifica en el programa de beneficios, la cobertura de reparación está limitada al ajuste requerido por el desgaste por el uso o por la evolución de la condición, cuando está prescrita por un proveedor participante y las reparaciones necesarias para hacer el equipo/aparato utilizable a menos que el costo de la reparación exceda el costo del equipo/aparato.
 - Reemplazo de productos de equipo médico duradero perdidos o robados dentro de la vida útil esperada del equipo médico duradero originalmente comprado, o por la reparación continua de equipo médico duradero después de que su vida útil se haya agotado.
 - Materiales y equipos ambientales de apoyo como barandales, rampas, teléfonos y aparatos y dispositivos de servicio similares.
- Servicios de pruebas vocacionales o educativas. Servicios para pruebas o capacitación vocacional o educativa y para educación especial, asesoramiento o cuidado por deficiencias de aprendizaje o problemas de comportamiento, ya sea o no asociado con un trastorno mental manifiesto u otra perturbación.
- Servicios Educativos. Gastos por servicios educativos, suministros o equipo, incluyendo, pero no limitado a computadoras, software, impresoras, libros, tutorías, ayudas visuales, ayudas auditivas, ayudas para el habla, etc., incluso si se proporcionan debido a una lesión, enfermedad o discapacidad de una Persona Cubierta.
- Servicios Provistos por el Empleador. Gastos por servicios prestados a través de un departamento médico, clínica o instalación similar proporcionada o mantenida por un Empleador. Pruebas de detección e inmunizaciones realizadas en su lugar de trabajo sin costo alguno para usted.
- Consejería sobre su desarrollo profesional /empleo.
- Equipo o servicios principalmente utilizados para alterar la calidad o temperatura del aire.
- Equipo utilizado principalmente para fines no médicos.
- Gastos respecto a los cuales es Responsable un Tercero. Gastos por servicios o suministros por los cuales un tercero está obligado a pagar debido a la negligencia u otro acto ilícito o indebido de ese tercero.
- Programas y equipo de ejercicio
 - Programas de ejercicio para el tratamiento de cualquier condición, excepto para la rehabilitación cardíaca supervisada por un médico, terapia ocupacional o terapia física cubierta por este Plan.
 - Gastos por membresía o visitas a clubes de salud, programas de ejercicio, gimnasios u otras instalaciones de acondicionamiento físico.
- Experimental o Investigativo. Tecnología, tratamientos, procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos médicos que, a juicio del Fondo, son experimentales, investigativos, obsoletos, no probados o ineficaces. También se excluye cualquier hospitalización en conexión con tratamientos o investigaciones experimentales.

- Incumplimiento en el suministro de información. La falta de proporcionar cualquier documentación o información adicional conforme lo haya requerido el Administrador del Contrato y/o un Tercero Administrador puede resultar en la no cobertura.
- Tratamiento de aumento de fertilidad, incluyendo cualquier tratamiento o procedimientos que conducen a o que se relacionan con la fertilización asistida, tales como pero sin limitarse a la, inseminación artificial, la fertilización in vitro (FIV), la transferencia intra-tubárica de gametos (GIFT) y la transferencia intra-tubárica de cigotos (ZIFT).
- Alimentos y Fórmulas:
 - Alimentos para bebés, alimentos regulares a fórmula infantil.
 - Fórmulas enterales administradas oralmente y proporcionadas debido a la incapacidad de ingerir las calorías adecuadas mediante la dieta ordinaria, a menos que la fórmula enteral sea la única fuente de nutrición y excepto conforme lo exija la ley.
- Cuidado de los Pies/Servicios de Podología: Cuidado rutinario de los pies, excepto el cuidado requerido para tratar manifestaciones de una enfermedad sistémica que causa problemas circulatorios, como la diabetes o enfermedad vascular periférica. El cuidado de los pies excluido de la cobertura bajo este Plan incluye, pero no se limita a, higiene y mantenimiento preventivo (por ejemplo, limpieza y remojo de los pies, uso de cremas para la piel para mantener el tono de la piel); remoción o reducción de verrugas; remoción de uñas de los pies (excepto cirugía médicamente necesaria para uñas encarnadas); tratamiento de callos, callosidades, queratosis, pies planos, pies débiles, tensión crónica del pie, quejas sintomáticas de los pies; tratamiento y desbridamiento de uñas micóticas que no resultan en deterioro funcional. Servicios de podología, excepto para cirugía capsular o ósea relacionada con juanetes, dedos de martillo o espolones
- Viajes al Extranjero. Cuidado, tratamiento o suministros fuera de los EE. UU.
- Asesoramiento genético
- Estudios genéticos, excepto conforme se especifique lo contrario en este folleto
- Comidas y alojamiento para invitados
- Análisis de cabello y trasplantes de cabello.
- Persecución Peligrosa, Hobby o Actividad. Servicios, suministros, cuidado y/o tratamiento de una lesión o enfermedad ocasionada durante la participación en una persecución peligrosa, hobby o actividad con calidad de recreativa, amateur o profesional. Una persecución, hobby o actividad es peligrosa si implica o expone a un individuo a un riesgo de un grado o naturaleza no asumido normalmente en el curso de la ocupación habitual de la persona cubierta o si implica actividades de tiempo libre que comúnmente se considera que involucran niveles inusuales o excepcionales de riesgo, caracterizados por una amenaza constante de peligro o riesgo de daño corporal, incluyendo pero no limitado a: vuelo en ala delta; paracaidismo, saltos en bungee; veleo con paracaídas; paracaidismo; montar a caballo; rafting en aguas blancas/negras; buceo o espeleobuceo a cualquier profundidad; buceo en aguas poco profundas; uso de un vehículo todo terreno; escalada en roca; uso de explosivos; carreras de automóviles, motocicletas, aviones o lanchas rápidas; operación de un monopedal motorizado; carreras de motos de tierra; esquí/snowboarding; operación imprudente de un vehículo u otra maquinaria; y viajes a países con advertencias de viaje.
- Cuidado de la Audición. Gastos por la compra, servicio, ajuste y/o reparación de dispositivos de ayuda auditiva, incluyendo pero no limitado a audífonos e implantes cocleares.
- Medicina holística Servicios o suministros naturistas o homeopáticos
- Entrega a Domicilio. Entrega domiciliaria electiva/pre-planificada para el parto

- Servicios domésticos
- Hipnoterapia
- Inmunizaciones, excepto conforme se especifique lo contrario en este folleto.
- Implantes:
 - Implantes cocleares, implantes dentales e implantes nanométricos, y servicios similares están excluidos.
 - No se proporciona cobertura para la reparación, reemplazo o duplicados, ni se proporciona cobertura para Servicios de Salud relacionados con la reparación o reemplazo de implantes cubiertos, excepto debido a un cambio en la condición médica del Participante del Plan.
 - No se proporciona cobertura para los servicios, suministros o cargos asociados con la inserción, ajuste o remoción de un dispositivo implantado cuando dichos dispositivos no están cubiertos por el Plan.
- Admisiones hospitalarias:
 - Admisiones hospitalarias principalmente para estudios de diagnóstico, a menos que estén relacionados con síntomas específicos que si no se tratan de manera hospitalaria podrían resultar en daño corporal grave o riesgo para la vida. Una admisión hospitalaria o cualquier parte de una admisión hospitalaria principalmente para:
 - Terapia Física, excepto conforme se especifique lo contrario en este folleto.
 - Terapia de Rehabilitación, excepto conforme se especifique lo contrario en este folleto.
 - Estancias hospitalarias para lograr una reducción de peso no quirúrgica.
 - Cargos por habitación y pensión por cualquier período de tiempo durante el cual el participante cubierto no estuvo físicamente presente en la habitación.
 - Cualquier parte de una estancia hospitalaria que sea principalmente de custodia.
- Terapia de mantenimiento para:
 - Terapia Física
 - Terapia Manipulativa
- Terapia de masaje
- Masoterapia
- Servicios o suministros de emergencia médica, cuando no son prestados por un practicante.
- Servicios médicamente innecesarios
- Cuotas de membresía, tarifas de suscripción, cargos por pólizas de servicio, primas de seguro y otros pagos análogos a primas que otorgan a los inscritos servicios, reparaciones o reemplazo de dispositivos, equipo o partes sin cargo o a un costo reducido.
- Terapia ambiental
- Modificación del Hogar o de Vehículos. Gastos por construcción o modificación a un hogar, residencia o vehículo requeridos como resultado de una lesión, enfermedad o discapacidad.
- Incumplimiento. Todos los cargos relacionados con tratamientos o medicamentos cuando el paciente no cumple con las indicaciones médicas o es dado de alta de un hospital o establecimiento en contra de lo aconsejado por el médico.
- Asesoramiento nutricional y servicios relacionados, excepto conforme se especifique lo contrario en este folleto o lo exija la ley.
- Cirugía Oral requerida como parte de un programa de tratamiento ortodóncico o requerida para la corrección de un defecto oclusal, abarcando procedimientos quirúrgicos ortognáticos o para el prognatismo.
- Donación de Órganos: Servicios relacionados con la donación de órganos donde el participante elegible actúa como donante de órganos para un individuo que no es una Persona Cubierta.
- Ortodoncia y servicios relacionados

- Hospital Ambulatorio o Clínicas para enfermedades que no se consideran emergencias, excepto conforme se especifique lo contrario en este folleto.
- Servicios Hospitalarios Fuera de la Red, excepto conforme se indique lo contrario en este folleto.
- Oxígeno y su administración a menos que se indique lo contrario en este folleto.
- Asesoramiento pastoral, oración y curación religiosa, incluyendo sus servicios.
- Productos de confort y conveniencia personal.
- Medicina física para el acondicionamiento laboral, le evaluación y tratamiento vocacional y prevocacional, las evaluaciones de capacidad funcional, así como su utilización para la mejora en las habilidades o actividades atléticas.
- Medicamentos que requieren de receta para su venta y medicamentos de venta libre, excepto conforme se establece en este folleto. Situaciones comunes en las que están excluidos los medicamentos recetados y de venta libre incluyen, incluyen pero no se limitan a, lo siguiente:
 - Medicamentos dispensados a un participante cubierto mientras está internado como paciente en un centro de salud, incluyendo medicamentos para llevar a casa.
 - Medicamentos dispensados por una farmacia o proveedor para el uso ambulatorio de una Persona Cubierta, excepto para sueros para alergias y agentes farmacológicos recetados para el control del azúcar en la sangre.
 - Medicamentos dispensados por un proveedor de atención médica a domicilio, con la excepción de medicamentos intravenosos administrados bajo un plan de tratamiento aprobado por el Fondo.
 - Medicamentos, obtenidos de una agencia de salud pública estatal o local.
 - Vitaminas, suplementos dietéticos y planes de dieta.
 - Medicamentos no recetados o suministros, excepto cuando sea Medicamento Necesario y apropiado para el tratamiento de ciertas enfermedades o lesiones.
- Enfermería privada, excepto conforme se especifique lo contrario en este folleto.
- Habitación privada de hospitalización, a menos que sea Medicamento Necesario o si una habitación semi-privada no se encuentra disponible.
- Proloterapia, el uso de inyecciones para fortalecer tendones y ligamentos.
- Pruebas psicológicas, capacitación o servicios educativos para discapacidades de aprendizaje, problemas relacionados con la escuela o con el propósito de obtener o mantener un empleo.
- Servicios de rehabilitación, incluyendo, pero no limitado a, la terapia cognitiva, terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla para retraso del desarrollo, problemas relacionados con la escuela, trastornos de apraxia (a menos que sea causado por accidente o enfermedad episódica), tartamudeo, autismo, trastorno de articulación, disfonía funcional o problemas del habla resultantes de trastornos psiconeuróticos o de personalidad.
- Terapia rehabilitadora, incluyendo, pero no limitado a, la terapia de juego, música y recreativa.
- Remoción de crecimientos anormales de la piel por razones cosméticas y otros crecimientos incluyendo, pero no limitado a, los tratamientos químicos para remover callos, callosidades, verrugas, uñas horrorizadas y todos los demás crecimientos, a menos que involúcrela incisión o corte atravesando todas las capas de la piel.
- Curas de descanso o convalecencia
- Exámenes de Rutina, Pruebas, Servicios de Bienestar y Educativos, incluyendo pruebas de diagnóstico e inmunizaciones, excepto que se indique lo contrario en este folleto. Los siguientes son ejemplos de exclusiones que caen bajo esta categoría:
 - Examen físico/rutinario, pruebas de diagnóstico, inmunización, tratamiento y preparación de informes especializados solicitados únicamente con fines de empleo, escuela/colegio, campamento, deportes, licencia, seguro, adopción, matrimonio, licencia de conducir, viajes al extranjero, pasaportes o aquellos ordenados por un tercero.

- Exámenes o pruebas prematrimoniales no requeridos para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión accidental.
- Pruebas de diagnóstico, a menos que se proporcionen específicamente bajo el Plan.
- Estudios de investigación
- Educación o experimentación
- Consultas médicas obligatorias requeridas bajo regulaciones hospitalarias.
- Consultas preoperatorias de rutina
- Informes médicos especiales no relacionados directamente con el tratamiento de la Persona Cubierta (por ejemplo, exámenes físicos de empleo, informes preparados en relación con litigios).
- Cuidado del bebé sano, a menos que se indique específicamente en este folleto.
- Servicios autoadministrados como: *biofeedback*, analgesia controlada por el paciente, pruebas diagnósticas relacionadas, entrenamientos de autocuidado y autoayuda.
- Servicios realizados o proporcionados por cualquiera de los siguientes:
 - un residente de hospital, interno u otro practicante que es pagado por el centro o por alguna otra fuente, que no tiene autorización para cobrar por servicios cubiertos bajo el Plan, independientemente de si el practicante está, o no, inscrito en un programa de educación o capacitación. Sin embargo, los especialistas médicos empleados por el hospital pueden facturar por separado por sus servicios.
 - un Médico u otro proveedor que no sea quien proporcionó o supervisó directamente los servicios médicos al paciente, incluso si el Médico u otro proveedor estaba disponible para hacerlo en caso de ser necesario.
 - cualquier persona que no califique como Médico.
 - un proveedor que facture por cargos de instalaciones (por ejemplo, sala de operaciones, sala de recuperación, uso de equipo) cuando no son una instalación elegible.
 - un miembro de la familia de la Persona Cubierta, a menos que se indique lo contrario en este folleto:
 - un consejero pastoral con licencia en el desempeño de sus deberes normales como pastor o ministro;
 - un trabajador social, a menos que se indique lo contrario en este folleto
- Servicios o suministros:
 - recibidos por veteranos y personal militar en servicio activo en centros operados por la Administración de Veterano o por el Departamento de Defensa, a menos que el pago sea obligatorio por ley.
 - prestados en relación con servicios/procedimientos no cubiertos, incluyendo sin limitar anestesia, consultas y diagnósticos;
 - elegibles para pago bajo programas federales o estatales (excepto Medicaid). Esta disposición se aplica independientemente de si la Persona Cubierta ejerce o no sus derechos para obtener dicha cobertura o pago por esos servicios;
 - para los cuales una Persona Cubierta no está obligada a pagar o que se obtienen sin costo, o para los cuales no habría cargo si la persona que recibe el tratamiento no estuviera cubierta bajo el Plan, como un practicante tratando a un asociado profesional o comercial, o servicios en una feria de salud pública;
 - para los cuales el proveedor no ha recibido un certificado de necesidad o cualquier otra autorización requerida por ley;
 - en relación con cualquier procedimiento o examen no necesario para el diagnóstico o tratamiento de lesiones o enfermedades para las cuales se ha hecho un diagnóstico de buena fe conforme a los síntomas existentes;
 - que no estén específicamente cubiertos bajo el Plan;
 - proporcionados por un practicante si dicho practicante le envía la factura directamente a la

Persona Cubierta por los servicios o suministros, independientemente de la existencia de cualquier arreglo financiero o contractual entre el practicante y el proveedor;

- gastos no médicos como la preparación de informes médicos, facturas detalladas o cargos por envíos postales; por capacitación, cursos o materiales educativos, incluso si son impartidos o prescritos por un médico; por honorarios legales y gastos incurridos en la obtención de un tratamiento médico.
- recibidos por veteranos y personal militar activo en instalaciones operadas por la Administración de Veteranos o por el Departamento de Defensa, a menos que el pago sea requerido por ley.
- proporcionados durante cualquier parte de una estancia en un centro, o durante la Atención Médica Domiciliaria principalmente para reposo en cama, cura de descanso, convalecencia, cuidado custodial o cuidado en sanatorio, terapia de dieta u ocupacional;
- relacionados con una lesión o enfermedad que surge de cualquier acto de guerra (declarada o no declarada) o mientras se presta un servicio en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de cualquier país;
- relacionados con lesiones o enfermedades que surgen de acciones policiales, disturbios o insurrección;
- que están específicamente limitados o excluidos en otro lugar en este folleto;
- que son presentados por una Enfermera Registrada Certificada y otro Proveedor Profesional por los mismos servicios realizados en la misma fecha para el mismo paciente;
- que no son Medicamento Necesarios y apropiados;
- por los cuales un participante cubierto no está legalmente obligado a pagar;
- que no están cubiertos por Medicare y no están específicamente referenciados en esta Descripción Breve del Plan; o
- que son prestados por el Centro de Tratamiento del Cáncer de América
- Disfunción Sexual: Tratamiento, medicamentos, dispositivos o drogas en relación con la disfunción sexual, tanto masculina como femenina, no relacionada con enfermedad orgánica o lesión.
- Planes de tratamiento de medicina deportiva, cirugía, aparatos correctivos o ayudas artificiales principalmente destinadas a mejorar funciones atléticas.
- Servicios emergentes requeridos por un practicante; servicios realizados por asistentes quirúrgicos no empleados por el centro.
- Reversión de esterilización.
- Gafas de sol incluso si son por prescripción.
- Suministros, soportes/órtesis, equipo no médico
 - Suministros médicos desechables, incluyendo vendajes y férulas a menos que se usen para el tratamiento de fracturas o dislocaciones;
 - Equipo médico de naturaleza fungible, incluyendo sin limitar almohadillas para incontinencia, catéteres, kits de irrigación, medias anti embólicas con un gradiente de presión de menos de 20 MM HG, y vendajes elásticos.
 - Reemplazo de órtesis de pierna, brazo, espalda, cuello, o brazos y piernas artificiales, a menos que haya un cambio suficiente en la condición física de la Persona Cubierta para hacer que el dispositivo original ya no sea funcional.
 - Soportes y órtesis necesarios para la participación atlética o empleo.
 - Aparatos Correctivos que no requieren especificaciones de prescripción y/o se usan principalmente para deportes recreativos. Aparatos Correctivos utilizados principalmente para fines cosméticos, incluyendo sin limitar prótesis craneales y cascos moldeadores.

- Suministros de primeros auxilios y de venta libre como cinta adhesiva, gasa, antisépticos, vendajes ACE, envolturas, soportes elásticos, férulas para dedos y ortesis.
- Equipo no médico que puede usarse principalmente para higiene personal o para la comodidad/conveniencia de una Persona Cubierta en lugar de para un propósito médico, incluyendo sin limitar: equipo o servicios utilizados principalmente para alterar la calidad o temperatura del aire, (por ejemplo, acondicionadores de aire, humidificadores, deshumidificadores, purificadores), equipo utilizado principalmente para fines no médicos, saunas, jacuzzis, radios, televisores, teléfonos, elevadores de silla, elevadores, modificación de bienes muebles o inmuebles (ya sea o no recomendado por un proveedor), pañales, botiquines de primeros auxilios, equipo de ejercicio, almohadillas térmicas y suministros similares que son útiles para una persona en ausencia de una enfermedad o lesión
- Cirugía, hormonas sexuales y servicios médicos y psiquiátricos relacionados para cambiar el sexo; servicios y suministros derivados de complicaciones de la transformación de sexo y tratamiento para trastornos de identidad de género.
- Servicios y suministros de maternidad subrogada, incluyendo, pero no limitado a, todos los servicios y suministros relacionados con la concepción y embarazo de una persona cubierta actuando como madre sustituta.
- Consultas telefónicas.
- Síndrome de la Articulación Temporomandibular (TMJ) tratamiento por cualquier medio incluyendo, pero no limitado a, cirugía, dispositivos intraorales, férulas, medicina física y otros dispositivos e intervenciones terapéuticas, excepto por la evaluación para diagnosticar el TMJ.
- Terapia no incluida en la definición de Servicios de Terapia.
- Trasplantes, excepto conforme se indique lo contrario en este folleto.
- Servicios de trasplante donde los órganos humanos fueron vendidos en lugar de donados y trasplantes de órganos artificiales.
- Transporte; viaje
- Viaje en contra del Consejo Médico. Los gastos incurridos por cualquier Persona Cubierta durante un viaje cuando un Médico u otro Proveedor de Atención Médica específicamente le indicó que no es aconsejable la realización de dicho viaje debido a la condición de salud de la Persona Cubierta.
- Tratamiento del retraso mental, a menos que esté cubierto como una enfermedad mental de origen biológico.
- Tratamiento de abuso de drogas o alcoholismo cuando no se brinda de acuerdo con un plan de tratamiento por escrito no aprobado y monitoreado por un psicólogo licenciado.
- Tratamiento de abuso de drogas o alcoholismo proporcionado por alguna casa-hogar de transición, campamentos de entrenamiento y programas educativos medioambientales.
- Tratamiento para trastornos relacionados con el aprendizaje, habilidades motoras, comunicación y condiciones de desarrollo generalizado como el autismo.
- Los siguientes servicios específicos de cuidado de la visión:
 - Cirugía corneal y otros procedimientos para corregir errores refractivos.
 - Ejercicios y terapia ocular
 - Gafas, lentes de contacto y todos los ajustes, excepto después de la cirugía de cataratas.
 - Corrección quirúrgica de un error refractivo o procedimientos de queratotomía refractiva incluyendo, pero no limitado a, queratotomía radial, queratotomía fotorefractiva y queratomilesis asistida por láser in situ (LASIK) y sus variantes.
- Asesoramiento o capacitación vocacional o de empleo
- Pérdida de Peso. Gastos incurridos en clínicas de pérdida de peso o programas comerciales de pérdida de peso.

- Pelucas, tupés, trasplantes de cabello, tejido de cabello o cualquier medicamento utilizado para eliminar la calvicie a menos que se considere Medicamento Necesario y apropiado.
- Lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo cuando están cubiertas por la Compensación de Trabajadores.
- Por cualquier otro servicio o tratamiento excepto como se proporciona en esta Descripción Breve del Plan

Restricciones de Cobertura y Aclaraciones

- Alcohol: Servicios, suministros, cuidado o tratamiento a una Persona Cubierta por la Lesión o Enfermedad que ocurrió como resultado del uso ilegal de alcohol por parte de esa Persona Cubierta. La determinación de embriaguez por parte del oficial que conduzca el arresto será suficiente para esta exclusión. Los gastos serán cubiertos para las Personas Cubiertas lesionadas distintas de la persona que usó alcohol ilegalmente y los gastos serán cubiertos para el tratamiento de Trastornos por Consumo de Sustancias según se especifica en este Plan. Esta exclusión no aplica si la lesión resultó de un acto de violencia doméstica o una condición médica (ya sea física o mental).
- Actos ilegales: Gastos incurridos por cualquier Persona Cubierta por lesiones o enfermedades resultantes o sostenidas como resultado de la comisión o intento de comisión por parte de la Persona Cubierta de un Acto Ilegal, o de un motín o disturbio público. Para los propósitos de esta exclusión, el término Acto Ilegal significará cualquier acto o serie de actos que, si se procesaran como un delito penal, se podría imponer una sentencia con un término de prisión superior a un año. No es necesario que se presenten cargos penales, o si se presentan, que éstos resulten en una condena, ni que se imponga una sentencia de prisión por un término superior a un año para que esta exclusión aplique. No se requiere prueba más allá de una duda razonable. La exclusión no aplica si la lesión o enfermedad resulta de un acto de violencia doméstica o una condición médica; lesiones o enfermedades sufridas por la víctima de violencia doméstica está cubierta (ya sea física o mental).
- Enfermedad o lesión accidental que ocurrió en el trabajo o que está cubierta o podría haber estado cubierta por beneficios proporcionados bajo la ley de Compensación de Trabajadores, la ley de responsabilidad del empleador, la ley enfermedades ocupacionales u otra ley similar.
- Enfermedad o lesión, incluyendo condiciones que son el resultado de una enfermedad o debilidad corporal, que están cubiertas o podrían haber estado cubiertas por los beneficios proporcionados bajo la ley de Compensación de Trabajadores, la ley de responsabilidad del empleador, la ley sobre la cobertura de enfermedades ocupacionales, u otra ley similar; o las enfermedades o lesiones que ocurren mientras el individuo está involucrado en cualquier actividad relacionada con cualquier comercio, negocio, empleo u ocupación por la cual recibe o debería recibir un salario o ingreso.
- Lesiones o condiciones para las cuales los costos del tratamiento o las pérdidas relacionadas con tales lesiones o condiciones son recuperables a través de una acción legal o un acuerdo de transacción contra un tercero o una compañía de seguros, excepto en caso de que la lesión o condición sea causada por un acto de violencia doméstica. Esta exclusión independientemente de que el participante elegible haya o no recuperado las pérdidas de la otra parte o de la otra compañía de seguros.
- Servicios, suministros o cargos derivados de lesiones o condiciones producidas por accidentes de vehículos motorizados, en la medida en que tales beneficios, servicios, suministros o cargos sean pagaderos bajo cualquier otra disposición de pago de gastos médicos (sin importar terminología utilizada, incluyendo aquellos beneficios, servicios, suministros o cargos obligatorios conforme a la ley) de cualquier póliza de seguro de vehículo motorizado. Los gastos incurridos por lesiones causadas en un accidente de vehículo motorizado donde la Persona Cubierta operaba el vehículo y los Fideicomisarios determinan a su sola discreción que la Persona Cubierta tenía un nivel de alcohol en sangre que excedía el límite legal de la

jurisdicción en la que ocurrió el accidente o estaba bajo la influencia de drogas que son ilegales en la jurisdicción en la que ocurrió el accidente, quedarán excluidos de la cobertura.

- Tratamiento ordenado por un tribunal que no sea Medicamento Necesario.
- Servicios prestados mientras se encuentra bajo la custodia de, o encarcelado por, cualquier agencia o cuerpo federal, estatal, territorial o municipal, incluso si los servicios, suministros o cargos se proporcionan fuera de dicha instalación o edificio de custodia o encarcelamiento a menos que el pago sea obligatorio por ley.
- Evaluación psiquiátrica o terapia y/o tratamiento de dependencia química cuando se relaciona con procedimientos u órdenes judiciales o administrativas en la medida permitida por la ley; cuando se relaciona con retraso mental, trastorno del desarrollo generalizado o autismo; cuando es solicitada por el empleador; cuando se requiere para la escuela; para discapacidades de aprendizaje; cuando el Participante del Plan es elegible para beneficios de discapacidad del Seguro Social para una discapacidad mental o emocional; o con el propósito de presentar una solicitud de discapacidad por una condición mental o emocional.

Misceláneos

Falsedad en las Declaraciones y Fraude

La presentación de una solicitud de elegibilidad o reclamación de beneficios que contenga información falsa o engañosa es una violación a las reglas del Plan y resultará en la denegación de la reclamación, en la presentación de una acción legal para recuperar todos y cada uno de los pagos de beneficios realizados erróneamente y en la suspensión de la cobertura bajo el Plan, por un período no menor a un (1) año desde la fecha en que se descubre el fraude. Si se determina que usted ha cometido fraude en contra el Plan, la Junta de Fideicomisarios puede, a su entera discreción, iniciar una demanda ante un tribunal para recuperar cualquier beneficio pagado como resultado del fraude.

El fraude incluye omitir mencionar cualquier información relacionada con otra cobertura de salud grupal bajo las disposiciones de coordinación de beneficios del Plan o la falta de proporcionar información con respecto a la cobertura de automóviles sin culpa, Compensación de Trabajadores o responsabilidad de terceros bajo las regulaciones de subrogación del Fondo.

En caso de que el Administrador del Contrato determine que se ha presentado una solicitud de elegibilidad o reclamación de beneficios fraudulenta por una Persona Cubierta, el Administrador del Contrato notificará a la Persona Cubierta de esta determinación y de su derecho a apelar ante la Junta de Fideicomisarios.

Los participantes que participan en fraude están sujetos a la suspensión de la cobertura bajo el Plan para ellos y sus dependientes por un período determinado por los Fideicomisarios (hasta e incluyendo la suspensión permanente). La determinación inicial sobre si la conducta del participante justifica la suspensión de beneficios será llevada a cabo por el Administrador del Contrato. Si el Administrador del Contrato determina que la conducta justifica una suspensión de beneficios, el Administrador del Contrato determinará la extensión y duración de dicha suspensión.

El Plan también estará facultado para terminar retroactivamente la elegibilidad sin previo aviso (excepto si lo requiere la ley) y compensar los pagos de reclamaciones futuras (con respecto a un

participante o dependiente para recuperar la cantidad adeudada como resultado de la terminación retroactiva), si esto no se considera una rescisión o sería considerado como una rescisión permisible bajo la Ley de Cuidado Asequible de Salud.

Si usted no está de acuerdo con la suspensión de beneficios, tiene derecho a apelar la suspensión de beneficios ante la Junta de Fideicomisarios de acuerdo con los Procedimientos Internos de Reclamaciones y Apelaciones establecidos en la sección "Su Derecho a Apelar". Para más información, por favor refiérase a la sección "Su Derecho a Apelar".

Autoridad Discrecional del Administrador del Plan y sus Delegados

En el desempeño de sus respectivas responsabilidades bajo el Plan, el Administrador del Plan o sus delegados, otros fiduciarios del Plan y los aseguradores o administradores de cada Programa del Plan tienen plena autoridad discrecional para interpretar los términos del Plan y determinar la elegibilidad y el derecho a los beneficios del Plan de acuerdo con los términos del Plan. El Administrador del Plan tiene también la facultad discrecional de hacer todas las determinaciones fácticas que surjan bajo el Plan y cualquier reclamación de beneficios bajo el mismo. Cualquier interpretación o determinación bajo tal autoridad discrecional gozará de plena fuerza y efecto, a menos que se pueda demostrar que la interpretación o determinación se hizo de manera arbitraria y caprichosa. Cualquier interpretación o determinación por el Administrador del Plan o sus delegados, adoptada de buena fe y que no sea contraria a la ley, es definitiva y aplicable a todas las personas afectadas.

La naturaleza y el monto de los beneficios del Fondo están siempre sujetos a los términos actuales del Plan vigentes al momento en que surge una reclamación.

Exclusión de Responsabilidad por la Práctica de la Medicina

Ni el Plan, el administrador del Plan ni cualquiera de sus delegados se dedican a la práctica de la medicina, ni ninguno de ellos tiene control alguno sobre cualquier diagnóstico, tratamiento, cuidado o falta del mismo, o cualquier servicio de atención médica proporcionado o entregado a usted por cualquier proveedor de atención médica. Ni el Plan, el administrador del Plan, ni ninguno de sus designados, tendrán responsabilidad alguna por cualquier pérdida o lesión causada a usted por cualquier proveedor de atención médica por razón de negligencia, el incumplimiento en la provisión de cuidado o tratamiento, o de por cualquier otro motivo.

Información que usted o sus Dependientes deben Proporcionar al Plan

Además de la información que usted debe proporcionar para sustentar cualquier reclamación de beneficios del Plan bajo este Plan, usted o sus Dependientes deben proporcionar, dentro de los 60 días posteriores al suceso, cualquier información que usted o ellos puedan tener que pueda afectar la elegibilidad para la cobertura bajo el Plan.

Beneficios de Medicamentos Recetados



Los Beneficios de Medicamentos Recetados, que se proporcionan sobre una base autofinanciada por el Fondo, son administrados por BeneCard. Dichos beneficios están sujetos al Paquete BeneCard que se le ha proporcionado con anterioridad. Si usted no recibió su Paquete BeneCard en el momento en que recibió esta Descripción Breve del Plan, usted debe contactar al Administrador del Contrato y solicitar una copia del Paquete. Estos beneficios están sujetos a todas las reglas contenidas en esta Descripción Breve del Plan.

Cómo se Protegen sus Derechos



El Fondo está regido por la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 ("ERISA"). Como participante en el Fondo de Salud y Bienestar Local 99, usted tiene derecho a ciertas protecciones bajo ERISA. ERISA establece que todos los participantes del Fondo tendrán derecho a:

A. Recibir Información Sobre Su Fondo y sus Beneficios

Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Contrato, todos los documentos que rigen el Fondo, incluidos los convenios colectivos de trabajo, y una copia del último informe anual (Formularios de la Serie 5500) presentado por el Fondo ante el Departamento de Trabajo de EE.UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

Obtener, mediante una solicitud por escrito dirigida al Administrador del Contrato, copias de los documentos que rigen la operación del Fondo, incluidos contratos de seguro, convenios colectivos de trabajo y copias del último informe anual (Formularios de la Serie 5500) y la descripción resumida del plan actualizada. El Administrador del Contrato puede cobrar un precio razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Fondo. La ley requiere que el Administrador del Contrato proporcione a cada participante una copia de dicho resumen del informe anual.

B. Continuar la Cobertura del Fondo de Salud Grupal

Continuar la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o Dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el Fondo como resultado de un Evento Calificante. Usted o sus Dependientes podrían tener que pagar por dicha cobertura. Revise esta Descripción Breve del Plan y los documentos que gobiernan el Fondo sobre las reglas que rigen sus derechos de continuación de cobertura COBRA.

C. Acciones Prudentes por Parte de los Fiduciarios del Fondo

Además de crear derechos para los participantes del Fondo, ERISA impone deberes a las personas responsables de la operación del fondo de beneficios para empleados. Las personas que operan su fondo, llamadas "fiduciarios" del fondo, tienen el deber de hacerlo de manera prudente y en interés de usted y de los demás participantes y beneficiarios del fondo. Nadie, incluido su empleador, su sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que obtenga un beneficio de bienestar o impedir que ejerza sus derechos bajo ERISA.

D. Haga Valer sus Derechos

Si su reclamación para un beneficio de bienestar es denegado o ignorado, en todo o en parte, usted tiene derecho a saber por qué se hizo esto, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargo alguno y a apelar cualquier negación, todo dentro de ciertos plazos.

Bajo ERISA, hay pasos que usted puede seguir para hacer valer los derechos mencionados anteriormente. Por ejemplo, si usted solicita una copia de los documentos del fondo o el último informe anual del fondo y no los recibe dentro de 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el Administrador del Contrato le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones fuera del control del Administrador. Si usted tiene una reclamación de beneficios que haya sido denegada o ignorada, en todo o en parte, usted puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si usted no está de acuerdo con la decisión del fondo o la falta de ella con respecto al estado calificado de una orden de manutención médica para niños, usted puede presentar una demanda en un tribunal federal. Si sucede que los fiduciarios del fondo usan indebidamente el dinero del fondo, o si es discriminado por hacer valer sus derechos, usted puede buscar asistencia del Departamento de Trabajo de EE.UU., o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona a la que usted ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si encuentra que su reclamación es frívola.

E. Asistencia con sus Preguntas

Si usted tiene alguna pregunta sobre su Fondo, debe contactar al Administrador del Contrato. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del Administrador del Contrato, usted debe: 1) contactar a la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA), del Departamento de Trabajo de EE.UU., listada en su directorio telefónico; 2) llamar a la línea directa gratuita para Empleados y Empleadores de EBSA al 866-444-EBSA (3272); 3) visitar el sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa; o 4) escribir a la Oficina de Asistencia al Participante de EBSA en la siguiente dirección:

Office of Participant Assistance
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue NW
Washington, DC 20210

Uso y Divulgación de la Información Protegida de Salud

A partir del 14 de abril de 2003, una ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés), enmendada por la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica ("HITECH", por sus siglas en inglés), requiere que los planes de salud como el Fondo de Salud y Bienestar Local 99 (en adelante, el "Plan"), mantengan la privacidad de su información de salud personalmente identificable (denominada Información de Salud Protegida o PHI).

- El término "Información de Salud Protegida" ("PHI", por sus siglas en inglés) incluye toda la información relacionada con sus condiciones de salud pasadas, presentes o futuras que lo identifica individualmente o que razonablemente podría usarse para identificarlo y que es transferida a otra entidad o mantenida por el Plan en forma oral, escrita, electrónica o en cualquier otra forma.
- La PHI no incluye información de salud contenida en registros de empleo mantenidos por su empleador en su carácter de empleador.

Una descripción completa de sus derechos bajo la HIPAA se puede encontrar en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, que se distribuye al inscribirse en el Plan y también está disponible en el sitio web del Fondo en local99healthandwelfarefund.org. La información sobre HIPAA en este documento no tiene la intención de ser y no puede interpretarse como si fuera el Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan.

El Plan, y el Patrocinador del Plan (la Junta de Fideicomisarios), no usarán ni divulgarán información protegida por HIPAA ("información de salud protegida o PHI") excepto cuando sea necesario para un tratamiento, pago, las operaciones de atención médica y administración del Plan, o según lo permitido o requerido por la ley. En particular, el Plan no usará ni divulgará información de salud protegida sin su autorización escrita, para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del Patrocinador del Plan.

Excepto conforme lo permita la HIPAA, el Plan únicamente usará o divulgará su PHI para fines de marketing o venderá (intercambiará) su PHI a cambio de una remuneración (pago), con su autorización escrita. El Plan puede divulgar PHI al Patrocinador del Plan con el propósito de revisar una reclamación de un beneficio, una apelación o por otras razones relacionadas con la administración del Plan.

1. Uso y divulgación de Información de Salud Protegida (PHI)

El Plan utilizará la información de salud protegida, sin su autorización o consentimiento, en la medida y de acuerdo con los usos y divulgaciones permitidos por las regulaciones de privacidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996

(HIPAA). Específicamente, el Plan usará y divulgará información de salud protegida para fines relacionados con el tratamiento médico, el pago de la atención médica y las operaciones relacionadas con el cuidado de salud.

- **“Tratamiento”** es el suministro, coordinación o gestión de servicios relacionados con la atención médica. También incluye, entre otros, consultas y referencias entre uno o más de sus proveedores de atención médica.
 - **“Pago”** incluye actividades realizadas por el Plan para obtener primas o determinar o cumplir con su responsabilidad de cobertura y suministro de los beneficios del Plan que se relacionan con un individuo al que se proporciona atención médica. Estas actividades incluyen, entre otras, lo siguiente:
 - (a) Determinación de elegibilidad, cobertura y montos de participación en el costo (por ejemplo, costo de un beneficio, máximos del Plan y copagos determinados para la reclamación de un individuo), y establecimiento de contribuciones de los empleados para la cobertura;
 - (b) Gestión de reclamaciones y procesamiento de datos relacionados con la atención médica, adjudicación de reclamaciones de beneficios de salud (incluyendo apelaciones y otras disputas de pago), coordinación de beneficios, subrogación de reclamaciones de beneficios de salud, actividades de facturación y cobro y procesamiento de datos relacionados con la atención médica, y auditoría de reclamaciones;
 - (c) Revisiones de necesidad médica, revisiones de la adecuación del cuidado o justificación de cargos, gestión de utilización, incluyendo precertificación, revisión concurrente y/o revisión retrospectiva.
2. Las Operaciones de Atención Médica incluyen, entre otras, las siguientes actividades:
- (a) La planificación empresarial y desarrollo, como la realización de análisis relacionados con la gestión de costos y planificación para la administración del Plan, el desarrollo o mejoramiento de los métodos de pago o las políticas de cobertura, la evaluación de calidad, y las actividades de seguridad del paciente;
 - (b) Las actividades basadas en la población relacionadas con la mejora de la salud o la reducción de los costos de atención médica, el desarrollo de protocolos, el manejo de casos y la coordinación del cuidado, la gestión de enfermedades, el contacto con proveedores de atención médica y los pacientes con información sobre alternativas de tratamiento y funciones relacionadas;
 - (c) La suscripción (el Plan no divulga PHI que es información genética según se define en 45 CFR 160.103 para fines de suscripción como se establece en 45 CFR 164.502(a)(5)(1)), inscripción, calificación de primas y otras actividades relacionadas con la renovación o reemplazo de un contrato de seguro de salud o de los beneficios de salud, la calificación del

rendimiento del proveedor y del Plan, incluyendo actividades de acreditación, certificación, licenciamiento o credencialización;

- (d) Gestionar la revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, incluyendo la detección de fraude y abuso y los programas de cumplimiento,
- (e) Gestión empresarial y actividades administrativas generales de la entidad, incluyendo, entre otras:
- (f) Cumplimiento y preparación de todos los documentos requeridos por la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (ERISA), incluidos los Formularios 5500, Informes Anuales Resumidos y otros documentos
 - Actividades de gestión relacionadas con la implementación y cumplimiento de los requisitos de Simplificación Administrativa de HIPAA,
 - Servicio al cliente, incluyendo la provisión de análisis de datos para los asegurados, los patrocinadores del Plan u otros clientes,
 - Resolución de quejas internas, o la provisión de análisis de datos para los asegurados, patrocinadores del Plan u otros clientes.

3. Cuando se requiere un Formulario de Autorización:

Generalmente, el Plan requerirá que usted firme un formulario de autorización válido para que el Plan utilice o divulgue su PHI para instancias distintas a cuando usted solicita su propia PHI, la requiera una agencia gubernamental, o el Plan la utilice para el tratamiento, el pago, o para las operaciones de atención médica u otra instancia en la que HIPAA permite explícitamente el uso o divulgación sin autorización.

- 4. El Plan usará y divulgará PHI según lo requerido por la ley y según lo permitido por la autorización del participante o beneficiario.
- 5. Para los propósitos de esta sección, la Junta de Fideicomisarios del Fondo de Salud y Bienestar Local 99 es el "Patrocinador del Plan".

El Plan divulgará PHI al Patrocinador del Plan únicamente en caso de recibir una certificación del Patrocinador del Plan de que los documentos del Plan han sido modificados para incorporar las siguientes disposiciones.

Con respecto a PHI, el Patrocinador del Plan acuerda:

- a. No usar ni divulgar la información de forma distinta a la permitida o requerida por el Documento del Plan o según lo requerido por la ley.
- b. Asegurar que cualquier agente, incluidos sus subcontratistas, a quienes el Patrocinador del Plan proporcione PHI recibida por el Plan, acuerden las mismas restricciones y condiciones que aplican al Patrocinador del Plan con respecto a dicha información. Este

Plan contrata profesionales y otras compañías, referidas como Asociados de Negocios, para asistir en la administración de beneficios. El Plan requiere que estos Asociados de Negocios observen las reglas de privacidad de la HIPAA.

- c. No usar ni divulgar la información para acciones y decisiones relacionadas con el empleo a menos que sea autorizado por el individuo,
 - d. No usar ni divulgar la información en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del Patrocinador del Plan a menos que sea autorizado por el individuo o divulgado en el Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan.
 - e. Informar al Plan sobre cualquier uso o divulgación de la información que sea inconsistente con los usos o divulgaciones previstos, del cual tenga conocimiento.
 - f. Mantener la PHI a disposición del individuo de conformidad con los requisitos de acceso de HIPAA.
 - g. Mantener la PHI disponible para ser modificada e incorporar cualquier modificación a la PHI de acuerdo con HIPAA.
 - h. Mantener disponible la información requerida para poder contabilizar las divulgaciones.
 - i. Poner a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) todas las prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y divulgación de PHI recibida del plan de salud con el fin de determinar el cumplimiento del Plan con HIPAA, y
 - j. Si es factible, devolver o destruir toda la PHI recibida del Plan que el Patrocinador del Plan mantenga en cualquier forma y no retener copias de dicha información cuando ya no sea necesaria para el propósito para el cual se hizo la divulgación. Si la devolución o destrucción no es factible, limitar usos y divulgaciones futuros a aquellos propósitos que hacen que la devolución o destrucción no sea factible.
 - k. Si ocurre una violación de su información de salud protegida (PHI) no asegurada, el Plan se lo notificará.
6. Para efectos de asegurar que se mantenga una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan de acuerdo con HIPAA, solo los siguientes Empleados o clases de Empleados pueden tener acceso a la PHI:
- (a) El Administrador del Plan,
 - (b) El personal designado por el Administrador del Fondo en base a su puesto de trabajo y función. El personal del Fondo tiene acceso a información de salud identificable individualmente, incluyendo información de reclamaciones, en el sistema informático del Fondo. El acceso está restringido por el uso de controles de acceso que se programan de

acuerdo con las instrucciones del sistema. El acceso se determina por el rol que juega el individuo en el Fondo.

- (c) Asociados de Negocios bajo contrato con el Plan incluyendo sin limitar al administrador de reclamaciones médicas, la red de organización de proveedores preferidos, el Programa de Salud Conductual, el programa de medicamentos recetados, el administrador de reclamaciones dentales, el administrador de reclamaciones de visión el administrador de COBRA
7. Las personas aquí descritas únicamente pueden tener acceso, y usar y divulgar la PHI para llevar a cabo las funciones de administración del Plan que el Patrocinador del Plan realiza para el Plan.
 8. Si las personas descritas aquí no cumplen con el Plan, el Patrocinador del Plan proporcionará un mecanismo para resolver problemas de incumplimiento, incluyendo sanciones disciplinarias y será investigado y gestionado por el Oficial de Privacidad del Plan.
 9. En cumplimiento con las regulaciones de Seguridad de la HIPAA, el Patrocinador del Plan:
 - (a) Implementará salvaguardias administrativas, físicas y técnicas que protejan de manera razonable y apropiada la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la PHI electrónica que el Plan produce, mantiene o transmite en nombre del plan de salud grupal,
 - (b) Asegurará que la separación adecuada discutida arriba, específica para la PHI electrónica, esté respaldada por medidas de seguridad razonables y apropiadas,
 - (c) Asegurará que cualquier agente, incluido un subcontratista, a quien le proporcione PHI electrónica, acuerde implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la PHI electrónica, y
 - (d) Informará al Plan sobre cualquier incidente de seguridad del cual tenga conocimiento concerniente a la PHI electrónica.
 10. **Entidad Híbrida:** Para fines de cumplir con las reglas de privacidad de HIPAA, este Plan es una "Entidad Híbrida" porque tiene funciones tanto de plan de salud como funciones que no son de plan de salud. El Plan señala que sus componentes de atención médica cubiertos por las reglas de privacidad incluyen solo beneficios de salud y no otras funciones o beneficios del plan.

Información Importante Sobre el Plan

Nombre Oficial del Plan

Local 99, Health & Welfare Fund

Número de Identificación de Empleador (EIN)

30-0217152

Número de Plan

501

Tipo de Plan

Plan de Beneficios de Bienestar para Empleados, incluyendo cobertura médica, hospitalaria y de medicamentos recetados.

Tipo de Administración del Fondo y Autoridad y Poder de la Junta de Fideicomisarios.

La administración del Fondo está a cargo de una Junta de Fideicomisarios.

La Junta de Fideicomisarios tiene plena y exclusiva autoridad discrecional y poder para interpretar todos los documentos del Fondo; tomar todas las decisiones relacionadas con la interpretación, aplicación, estructura y administración del Fondo y de todos los documentos del Fondo; determinar todas las cuestiones de elegibilidad para obtener beneficios, incluyendo el monto de los beneficios; tomar decisiones finales y vinculantes sobre todas las apelaciones; modificar, enmendar, discontinuar o terminar los beneficios y/o la cobertura provista bajo este Fondo; y enmendar los términos del Fondo y todos los documentos del Fondo.

Solo el pleno de la Junta de Fideicomisarios reunida en su totalidad está autorizado para interpretar los documentos que rigen el Fondo y ejercer la autoridad discrecional y los poderes arriba descritos. Ningún oficial, agente o empleado del empleador o del sindicato, ni ninguna otra persona, está autorizado para hablar en nombre o en representación del Fondo, comprometer a la Junta de Fideicomisarios en cualquier asunto relacionado con el Fondo, o interpretar los documentos que rigen el Fondo.

Modificaciones a las Reglas y a los Beneficios del Plan

La Junta de Fideicomisarios tiene autoridad para aumentar, disminuir, modificar o eliminar los

beneficios proporcionados por el Fondo, así como las reglas bajo las cuales usted y sus dependientes pueden ser cubiertos o mantener su cobertura continuada. Se le enviará a usted una descripción de los cambios que le afecten. Por favor, recuerde que pueden transcurrir meses entre el momento en que la Junta realiza un cambio y el momento en que se le envía un Resumen de Modificaciones Materiales o una nueva página para su Descripción Breve del Plan. Si usted quiere estar seguro sobre la existencia de un beneficio o requisito de elegibilidad o cuestiones similares, comuníquese telefónicamente con el Administrador del Contrato

Si no ejerce sus derechos bajo ERISA para solicitar la revisión de una decisión de la Junta que niega una reclamación de beneficios, en todo o en parte, dentro de los seis (6) meses después de que la Junta de Fideicomisarios emita la decisión, la decisión de la Junta será final y vinculante. No se podrá iniciar ni ejercer ninguna acción legal en contra el Fondo.

Contratos de Negociación Colectiva Relacionados con el Fondo

Este Fondo se mantiene en virtud de los Contratos de Negociación Colectiva de Trabajo/Acuerdos de Participación. Todos los Contratos Colectivos de Trabajo o Acuerdos de Participación que se relacionan con el Fondo están archivados en la oficina del Administrador del Contrato y pueden ser examinados por usted allí mismo durante el horario laboral ordinario. Mediante una solicitud presentada de acuerdo con el procedimiento establecido por el Administrador del Contrato, usted puede examinar los contratos que cubren su empleo en las oficinas del Sindicato. A cambio de un pequeño cobro, usted también puede obtener una copia de su Contrato Colectivo de Trabajo o Acuerdo de Participación presentado una solicitud por escrito dirigida al Administrador del Contrato.

Agente para la notificación de Procesos Legales

Los documentos legales y la notificación de proceso emitidos por un tribunal pueden ser entregados a la siguiente persona en la siguiente dirección:

Debra Rich, Directora Ejecutiva, Local 99 Health and Welfare Fund
703 McCarter Highway, Suite 101, Newark, NJ 07102

Terminación del Fondo

A efecto de que el Fondo pueda cumplir con sus obligaciones de mantener --dentro de los límites de sus posibilidades-- un programa dedicado a proporcionar beneficios para todas las Personas Cubiertas, la Junta de Fideicomisarios tiene exclusivamente el poder, la discreción y la autoridad para enmendar o terminar el Fondo o fusionarlo con otro fondo. Según los términos del Fondo, el Fondo se terminará si ocurre cualquiera de los siguientes supuestos:

1. Los activos del Fondo son, en opinión de la Junta de Fideicomisarios, insuficientes para llevar a cabo la intención y propósito del Fondo o son insuficientes para cumplir con los pagos debidos o que puedan llegar a ser debidos a las Personas Cubiertas
2. La Junta de Fideicomisarios acuerda terminar el Fondo; o
3. Cualquier otro evento que, por ley, requiera la terminación del Fondo.

Si el Fondo termina, la Junta de Fideicomisarios tomará los siguientes pasos bajo los términos del Fondo:

1. Utilizar los activos del Fondo para llevar a cabo el pago de los gastos (incluyendo beneficios) incurridos por el Fondo y las Personas Cubiertas hasta la fecha de terminación, y para el pago de cualquier gasto incidental a la terminación;
2. Gestionar que se realice una auditoría final e informe de las transacciones y cuentas del Fondo;
y
3. Distribuir y aplicar cualquier excedente de activos del Fondo de manera que redunde en el beneficio exclusivo de las Personas Cubiertas de acuerdo con los propósitos del Fondo y con cualquier requisito de la ley.