

# Indiana Laborers Welfare Fund

Combinación de Documento del Plan  
y  
Descripción Resumida del Plan

Edición 12/1/2019



Este folleto contiene un resumen en inglés de los derechos y beneficios de su plan bajo Indiana Laborers Welfare Fund. Si se le dificulta entender alguna parte de este folleto, póngase en contacto con el administrador del plan en  
413 Swan Street  
Terre Haute, Indiana 47807.  
El horario de oficina es de 7:30 a.m. 4:30 p.m. de lunes a viernes.  
También puede llamar a la oficina del administrador del plan al (812) 238-2551 o al teléfono gratuito 1- 800-962-3158 para obtener ayuda.

## ¡Importante!

Hay varios acontecimientos importantes que pueden ocurrir mientras esté cubierto por el Plan. Le rogamos que se ponga en contacto con la oficina del fondo, por escrito, si se produce alguno de los siguientes hechos:

- **SU DIRECCIÓN O NÚMERO DE TELÉFONO CAMBIA.**
- **SE CASA, SE DIVORCIA U OBTIENE UNA SEPARACIÓN LEGAL DE SU CÓNYUGE.** También deberá presentar los documentos legales correspondientes (por ejemplo: acta de matrimonio, sentencia de divorcio, acuerdo de custodia).
- **CAMBIA DE BENEFICIARIO.**
- **CAMBIA LA SITUACIÓN DE UN DEPENDIENTE.**
- **SE CONVIERTE EN PADRE O MADRE.** También deberá presentar el certificado de nacimiento del hijo, la sentencia de adopción o una orden calificada de apoyo médico infantil (QMCSO, por sus siglas en inglés).
- **USTED INGRESA O REGRESA DEL SERVICIO MILITAR.**
- **SE LESIONA EN EL TRABAJO.**
- **SE HA LESIONADO EN UN ACCIDENTE.**
- **PASA A TENER DERECHO A MEDICARE.**
- **SE JUBILA.**
- **CAMBIA SU SITUACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE.**
- **USTED REALIZA UN TRABAJO PARA UN EMPLEADOR NO SIGNATARIO.**
- **USTED REALIZA UN TRABAJO EN UN OFICIO DIFERENTE DENTRO DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCIÓN PARA UN EMPLEADOR SIGNATARIO O NO SIGNATARIO.**

Puede ponerse en contacto con la oficina del fondo en:

**Indiana Laborers Welfare Fund  
P.O. Box 1587  
Terre Haute, IN 47808  
(812) 238-2551  
(800) 962-3158  
[www.indianalaborers.org](http://www.indianalaborers.org)**

# **Indiana Laborers Welfare Fund**

## **Documento del Plan / Descripción Resumida del Plan**

Para más información o formularios visite la página web o llame o escriba a:

**Indiana Laborers Welfare Fund**  
P.O. Box 1587  
Terre Haute, IN 47808  
Teléfono: (812) 238-2551 o (800) 962-3158  
[www.indianalaborers.org](http://www.indianalaborers.org)

### **Fideicomisarios del empleador**

Jeffrey Chapman  
Jeremy Ayres  
Douglas Banning, Jr.  
Thomas Fleenor  
Francis Gantner  
William Hasse III  
James McDonald

### **Fideicomisarios de los empleados**

David Frye  
Jack Baker  
James Daniels  
Brian Short  
Kevin Roach  
James Terry  
Murray Miller

### **Gerente Administrativo**

Somer Taylor

### **Consultor de prestaciones / Actuario**

United Actuarial Services, Inc.

### **Asesor jurídico**

Wright, Shagley & Lowery, P.C.

### **Auditor**

L.M. Henderson & Co., L.L.P.

# CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>MEDIDAS PARA CONTENER EL COSTE DE LA ATENCIÓN MÉDICA</b> .....	<b>2</b>
<b>AVISO IMPORTANTE</b> .....	<b>3</b>
<b>PROGRAMA DE REVISIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA</b> .....	<b>4</b>
<b>ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS</b> .....	<b>4</b>
<b>PRESENTACIÓN DE LA TARJETA DE REGISTRO</b> .....	<b>6</b>
<b>UNAS PALABRAS SOBRE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL</b> .....	<b>7</b>
<b>ARTÍCULO I – DESCRIPCIONES DE LAS CLASES ELEGIBLES</b> .....	<b>8</b>
SECCIÓN 1.01 – ACTIVO .....	8
SECCIÓN 1.02 – JUBILADOS SIN DERECHO A MEDICARE .....	8
SECCIÓN 1.03 – JUBILADOS CON DERECHO A MEDICARE .....	8
SECCIÓN 1.04 – CÓNYUGES SOBREVIVIENTES .....	9
<b>ARTÍCULO II – ESQUEMA DE PRESTACIONES</b> .....	<b>10</b>
<b>ARTÍCULO III – NORMAS DE ELEGIBILIDAD</b> .....	<b>21</b>
SECCIÓN 3.01 – DEFINICIONES RELACIONADAS CON LA ELEGIBILIDAD.....	21
SECCIÓN 3.02 – ELEGIBILIDAD INICIAL .....	22
SECCIÓN 3.03 – ELEGIBILIDAD CONTINUADA .....	22
SECCIÓN 3.04 – CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE LA CLASE A POR AUTO-PAGO.....	24
SECCIÓN 3.05 – TERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD.....	25
SECCIÓN 3.06 – CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA BAJO COBRA.....	27
SECCIÓN 3.07 – EXTENSIÓN DE LAS PRESTACIONES EN CASO DE FALLECIMIENTO (SÓLO CLASE A) ...	33
SECCIÓN 3.08 – CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA PARA HIJOS DISCAPACITADOS N.....	33
SECCIÓN 3.09 – LEY DE LICENCIA MÉDICA FAMILIAR .....	33
SECCIÓN 3.10 – LEY DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLIO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA) .....	34
SECCIÓN 3.11 – ORDEN CALIFICADA DE APOYO MÉDICO INFANTIL.....	35
<b>ARTÍCULO IV – DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES - CLASE A</b> .....	<b>36</b>
SECCIÓN 4.01 – PRESTACIÓN DE SEGURO DE VIDA (SÓLO PARA EMPLEADOS ELEGIBLES) .....	38
SECCIÓN 4.02 – PRESTACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO (SÓLO PARA EMPLEADOS DE LA CLASE A O AS) .....	38
SECCIÓN 4.03 – PRESTACIÓN POR PÉRDIDA DE TIEMPO (SÓLO PARA EMPLEADOS DE LA CLASE A)....	39
SECCIÓN 4.04 – PRESTACIONES MÉDICAS GENERALES .....	40
SECCIÓN 4.05 – PRESTACIÓN QUIROPRÁCTICA .....	44
SECCIÓN 4.06 – PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DENTAL .....	44
SECCIÓN 4.07 – EDUCACIÓN Y FORMACIÓN SOBRE LA DIABETES .....	46
SECCIÓN 4.08 – PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DE LA VISTA.....	46
SECCIÓN 4.09 – PRESTACIÓN PARA LA AUDICIÓN .....	46
SECCIÓN 4.10 – PRESTACIÓN PARA CUIDADOS PALIATIVOS .....	47
SECCIÓN 4.11 – PRESTACIÓN POR TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS.....	47
SECCIÓN 4.12 – PRESTACIÓN DE LA TARJETA DE MEDICAMENTOS RECETADOS .....	48

SECCIÓN 4.13 – PRESTACIÓN DE ATENCIÓN PREVENTIVA DE RUTINA .....	51
SECCIÓN 4.14 – PRESTACIÓN POR ABUSO DE SUSTANCIAS.....	51
SECCIÓN 4.15 – PRESTACIÓN POR DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM). 52	
SECCIÓN 4.16 – PRESTACIÓN POR TRASPLANTE .....	52
SECCIÓN 4.17 – PROGRAMA DE ASISTENCIA A LOS AFILIADOS (MAP) .....	54
SECCIÓN 4.18 – PRESTACIÓN DE CONSULTA MÉDICA EN LÍNEA DE LIVEHEALTH .....	55
<b>ARTÍCULO V – EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LAS PRESTACIONES .....</b>	<b>56</b>
<b>ARTÍCULO VI – PROGRAMA PARA MIEMBROS ANTIGUOS.....</b>	<b>60</b>
SECCIÓN 6.01 – ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE MIEMBROS ANTIGUOS .....	60
SECCIÓN 6.02 – TERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD EN EL PROGRAMA DE MIEMBROS ANTIGUOS .....	60
SECCIÓN 6.03 – INSCRIPCIÓN DE JUBILADOS .....	61
SECCIÓN 6.04 – INSCRIPCIÓN DE DEPENDIENTES .....	61
SECCIÓN 6.05 – ESTRUCTURA DE COBERTURA DE TRES NIVELES .....	62
SECCIÓN 6.06 – TRANSFERENCIAS DE COBERTURA DE CLASE A AL PROGRAMA DE MIEMBROS ANTIGUOS .....	63
SECCIÓN 6.07 – AUTO-PAGOS PARA MANTENER LA COBERTURA DEL PROGRAMA DE MIEMBROS ANTIGUOS .....	63
SECCIÓN 6.08 – COSTO DEL AUTO-PAGO .....	63
SECCIÓN 6.09 – COBERTURA PROPORCIONADA POR LA PARTE DEL PROGRAMA DE MIEMBROS ANTIGUOS DEL PLAN .....	<b>64</b>
<b>ARTÍCULO VII – PROGRAMA PARA CÓNYUGES SOBREVIVIENTES.....</b>	<b>65</b>
SECCIÓN 7.01 – ELECCIÓN DEL SOBREVIVIENTE.....	65
SECCIÓN 7.02 – PRESTACIONES DE CLASE S .....	65
SECCIÓN 7.03 – AUTO-PAGOS PARA MANTENER LA COBERTURA DE CÓNYUGE SOBREVIVIENTE .....	66
SECCIÓN 7.04 – COSTO DEL AUTO-PAGO .....	66
<b>ARTÍCULO VIII – DISPOSICIONES DIVERSAS .....</b>	<b>67</b>
SECCIÓN 8.01 – NOTIFICACIÓN DE LA DIRECCIÓN.....	67
SECCIÓN 8.02 – DELEGACIÓN DE AUTORIDAD.....	67
SECCIÓN 8.03 – PROCEDIMIENTOS PARA PRESENTAR UNA SOLICITUD DE PRESTACIONES.....	67
SECCIÓN 8.04 – PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN .....	76
SECCIÓN 8.05 – CESIÓN DE PRESTACIONES O DERECHOS NO PERMITIDA .....	83
SECCIÓN 8.06 – SEDE .....	83
SECCIÓN 8.07 – INDEMNIZACIÓN POR RESPONSABILIDAD .....	84
SECCIÓN 8.08 – CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE .....	84
SECCIÓN 8.09 – INTERÉS NO TRANSFERIBLE .....	84
SECCIÓN 8.10 – DERECHOS LABORALES.....	84
SECCIÓN 8.11 – COORDINACIÓN DE PRESTACIONES.....	85
SECCIÓN 8.12 – COORDINACIÓN CON MEDICARE .....	87
SECCIÓN 8.13 – SUBROGACIÓN .....	88
SECCIÓN 8.14 – OTROS DERECHOS DE RECUPERACIÓN .....	92
SECCIÓN 8.15 – PROGRAMA DE REVISIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA .....	92
SECCIÓN 8.16 – ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS (PPO) .....	95
SECCIÓN 8.17 – PRESTACIONES ASEGURADAS .....	95
SECCIÓN 8.18 – MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN .....	95
SECCIÓN 8.19 – TERMINACIÓN DEL PLAN POR UN EMPLEADOR.....	95
SECCIÓN 8.20 – ILEGALIDAD DE UNA ESTIPULACIÓN PARTICULAR .....	95
SECCIÓN 8.21 – LEYES APLICABLES .....	95
SECCIÓN 8.22 – REGLA DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA.....	95

SECCIÓN 8.23 – REGLA DE SEGURIDAD DE LA HIPAA .....	98
---	----

**ARTÍCULO IX – INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN..... 100**

SECCIÓN 9.01 – NOMBRE DEL PLAN.....	100
SECCIÓN 9.02 – MESA DIRECTIVA .....	100
SECCIÓN 9.03 – ADMINISTRADOR DEL PLAN.....	101
SECCIÓN 9.04 – PATROCINADORES DEL PLAN .....	101
SECCIÓN 9.05 – NÚMEROS DE IDENTIFICACIÓN .....	101
SECCIÓN 9.06 – AGENTE PARA LA NOTIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS LEGALES.....	101
SECCIÓN 9.07 – ACUERDO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA .....	102
SECCIÓN 9.08 – FUENTE DE LAS CONTRIBUCIONES .....	102
SECCIÓN 9.09 – MEDIO DE FINANCIAMIENTO PARA LA ACUMULACIÓN DE ACTIVOS DEL PLAN .....	102
SECCIÓN 9.10 – PLAN Y AÑO FISCAL.....	102
SECCIÓN 9.11 – TIPO DE PLAN.....	102
SECCIÓN 9.12 – NORMAS DE ELEGIBILIDAD .....	102
SECCIÓN 9.13 – ACUERDOS DE RECIPROCIDAD .....	102
SECCIÓN 9.14 – SI EL PLAN SE TERMINA O SE MODIFICA.....	103
SECCIÓN 9.15 – PROVEEDORES DE SERVICIOS DE FONDOS .....	103

**ARTÍCULO X – DECLARACIÓN DE DERECHOS DE ERISA ..... 104**

**ARTICLE XI – DEFINICIONES ..... 107**

SECCIÓN 11.01 – LEY .....	107
SECCIÓN 11.02 – ACUERDO.....	107
SECCIÓN 11.03 – ASOCIACIONES .....	108
SECCIÓN 11.04 – BENEFICIARIO .....	108
SECCIÓN 11.05 – RECLAMACIÓN DE PRESTACIONES .....	108
SECCIÓN 11.06 – PRESTACIONES.....	108
SECCIÓN 11.07 – MESA DIRECTIVA .....	108
SECCIÓN 11.08 – CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE .....	108
SECCIÓN 11.09 – COSMÉTICA .....	108
SECCIÓN 11.10 – PERIODO DE COBERTURA .....	109
SECCIÓN 11.11 – GASTOS CUBIERTOS .....	109
SECCIÓN 11.12 – COBERTURA ACREDITABLE .....	109
SECCIÓN 11.13 – CUIDADOS DE CUSTODIA .....	109
SECCIÓN 11.14 – DEPENDIENTE.....	110
SECCIÓN 11.15 – CUIDADO DEL DESARROLLO .....	111
SECCIÓN 11.16 – INCAPACIDAD O DISCAPACIDAD.....	111
SECCIÓN 11.17 – EQUIPO MÉDICO DURADERO .....	111
SECCIÓN 11.18 – PERSONA ELEGIBLE .....	112
SECCIÓN 11.19 – EMERGENCIA .....	112
SECCIÓN 11.20 – EMPLEADO.....	112
SECCIÓN 11.21 – EMPLEADOR.....	112
SECCIÓN 11.22 – EXPERIMENTAL .....	113
SECCIÓN 11.23 – HOSPITAL.....	113
SECCIÓN 11.24 – LESIÓN .....	114
SECCIÓN 11.25 – SEGURO DE VIDA .....	114
SECCIÓN 11.26 – MATERNIDAD .....	114
SECCIÓN 11.27 – MEDICAMENTO NECESARIO.....	114

SECCIÓN 11.28 – MEDICARE.....	115
SECCIÓN 11.29 – ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO .....	115
SECCIÓN 11.30 – PARTICIPANTE .....	115
SECCIÓN 11.31 – MÉDICO .....	115
SECCIÓN 11.32 – PLAN .....	115
SECCIÓN 11.33 – AÑO DEL PLAN.....	115
SECCIÓN 11.34 – PERÍODO DE CALIFICACIÓN .....	115
SECCIÓN 11.35 – JUBILADO .....	116
SECCIÓN 11.36 – AUTO-PAGO.....	116
SECCIÓN 11.37 – ENFERMEDAD .....	116
SECCIÓN 11.38 – MEDICAMENTOS RECETADOS DE ESPECIALIDAD .....	116
SECCIÓN 11.39 – CÓNYUGE .....	116
SECCIÓN 11.40 – CENTRO DE TRATAMIENTO CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS.....	116
SECCIÓN 11.41 – INCAPACIDAD TOTAL O TOTALMENTE INCAPACITADO.....	116
SECCIÓN 11.42 – PARTICIPANTE TOTALMENTE INCAPACITADO.....	117
SECCIÓN 11.43 – ACUERDO FIDUCIARIO O FIDEICOMISO .....	117
SECCIÓN 11.44 – FONDO FIDUCIARIO O FONDO .....	117
SECCIÓN 11.45 – FIDEICOMISARIO.....	117
SECCIÓN 11.46 – SINDICATO .....	117
SECCIÓN 11.47 – CARGOS USUALES, HABITUALES Y RAZONABLES O UCR.....	117
SECCIÓN 11.48 – PERIODO DE ESPERA .....	118

## INTRODUCCIÓN

Indiana Laborers Welfare Fund (Plan) es una valiosa prestación proporcionada a través de los Sindicatos Locales y los empleadores. En general, los empleados pueden participar en el Plan cuando trabajan de forma continua en un empleo que está cubierto por un acuerdo de negociación colectiva entre su empleador y el Laborers International Union of North America, State of Indiana District Council.

El Plan está diseñado para proteger a los participantes de las dificultades financieras en caso de enfermedad o lesión grave. Las prestaciones de asistencia sanitaria, incluida la cobertura médica general, se proporcionan tanto al participante como a los dependientes elegibles.

El Plan está autofinanciado. Cuando los empleados trabajan en un empleo cubierto, el empleador realiza contribuciones al Fondo Fiduciario en nombre del empleado, tal como lo exigen los acuerdos de negociación colectiva. Estas contribuciones se utilizan para pagar las prestaciones y administrar el Plan en nombre del participante.

Una Mesa Directiva, compuesta por un número igual de representantes de los trabajadores y de la administración, es responsable de la gestión financiera y del funcionamiento general del Plan. Para llevar a cabo estas tareas, la Mesa Directiva contrata los servicios y el asesoramiento de varios profesionales, entre ellos contables públicos certificados, abogados, actuarios y consultores. Los Fideicomisarios emplean a un personal a tiempo completo para administrar el Plan y mantienen una oficina moderna y bien equipada para atender el funcionamiento diario del Plan.

Los Fideicomisarios se esfuerzan por mantener y mejorar las prestaciones disponibles para los participantes y sus dependientes elegibles. Sin embargo, los Fideicomisarios se reservan el derecho de modificar el Plan de cualquier manera y en cualquier momento que consideren necesario o conveniente. Se notificará debidamente cualquier cambio en el baremo de prestaciones. Los Fideicomisarios se reservan además el derecho de interpretar y aplicar todas las estipulaciones del Plan, incluidas las que se refieren al derecho a las prestaciones y al pago adecuado de las mismas.

Esta Mesa Directiva considera que este Plan es un "plan médico protegido" según la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (la Ley de cuidado de la salud asequible). Según lo permitido por la Ley de Atención Asequible, un plan de salud con derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura médica básica que ya estaba en vigor cuando se promulgó dicha ley. Ser un plan de salud con derechos adquiridos significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones para el consumidor de la Ley de Atención Asequible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de la estipulación de servicios sanitarios preventivos sin ningún tipo de costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor de la Ley de Atención Asequible, por ejemplo, la eliminación de los límites de por vida en las prestaciones.

Las preguntas relativas a las protecciones que se aplican y a las que no se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos y a lo que podría hacer que un plan dejara de ser un plan de salud con derechos adquiridos pueden dirigirse a la Mesa Directiva. También puede ponerse en contacto con la Administración de seguridad de las prestaciones de los empleados, del Ministerio de Trabajo de EE.UU., en el número (866) 444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Este sitio web tiene una tabla que resume qué protecciones se aplican y cuáles no a los planes médicos protegidos.

## MEDIDAS PARA CONTENER EL COSTE DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Cuando los costos de la atención sanitaria aumentan, puede mantener un alto nivel de atención médica y ahorrar dinero si tiene cuidado con el uso de sus prestaciones. A continuación le indicamos las formas en que puede utilizar su Plan de forma eficaz –

- Cuando necesite una receta, pregunte a su médico o farmacéutico por los medicamentos genéricos. A menudo pueden sustituir a los medicamentos de marca, a veces por menos de la mitad del costo.
- No sustituya la consulta de su médico por la sala de emergencias del hospital. Una sala de emergencias es un lugar caro para tratar dolencias menores. Llame primero a su médico o utilice las visitas médicas en línea de LiveHealth. Las consultas médicas en línea de LiveHealth no suponen ningún costo para usted en comparación con el deducible aparte que debe pagar por las consultas en una sala de emergencias para afecciones que no sean lesiones accidentales, admisiones como paciente interno o enfermedades graves que pongan en peligro su vida, según lo verificado por los médicos. Consulte la Sección 4.18 para obtener más información sobre las consultas médicas en línea de LiveHealth.
- Cuando su médico le recomiende una estancia en el hospital, una intervención quirúrgica en régimen ambulatorio o cualquier otro tratamiento de los indicados en la Sección 8.15, es obligatorio llamar al programa de revisión de atención médica (consulte la Sección 8.15 para obtener información sobre el programa y la Sección 9.15 para obtener información de contacto). El personal de este programa puede ayudarle a identificar las opciones de atención médica y a obtener la atención más rentable. También pueden responder a cualquier pregunta o duda que tenga sobre el procedimiento y los cuidados posteriores.
- Evite ser ingresado en un hospital el viernes o el sábado si no es probable que su afección sea tratada hasta el lunes y si no parece haber ninguna razón práctica para que sea hospitalizado durante el fin de semana. Es posible que el Plan no cubra los ingresos del fin de semana si su afección no se trata en 24 horas. Deberá llamar al programa de revisión de la atención médica con cualquier ingreso hospitalario, cirugía ambulatoria u otro tratamiento que figure en la Sección 8.15 (consulte la Sección 8.15 para obtener información sobre el programa y la Sección 9.15 para obtener información de contacto).
- Muchos Hospitales realizan una batería de pruebas simplemente por precaución. Algunas de ellas pueden no ser necesarias. Consulte a su médico para saber si son necesarias o no.
- Revise detenidamente su Explicación de prestaciones (EOB, por sus siglas en inglés) para asegurarse de que realmente ha recibido los servicios y suministros indicados. No es raro encontrar errores en las facturas médicas. Asegúrese de que la fecha del servicio coincide con el día en que incurrió en el gasto y de que recibió cada uno de los servicios enumerados en la EOB. Si encuentra un error, póngase en contacto con la oficina del fondo para que le ayuden.
- Conviértase en un consumidor inteligente. Haga preguntas. A la larga, paga el preguntar sobre los tratamientos que no entiende.
- Si necesita atención médica durante un periodo prolongado, consulte a su médico sobre la atención médica a domicilio u otras alternativas a la hospitalización. Debe llamar al programa de revisión de la atención médica con cualquier necesidad médica de larga duración (consulte la Sección 8.15 para obtener información sobre el programa y la Sección 9.15 para obtener información de contacto).
- Si necesita una resonancia magnética, un TAC o cualquier otro tipo de imagen, compruebe si hay una clínica de radiología en su zona en lugar de utilizar un centro hospitalario para este servicio.

## AVISO IMPORTANTE

Esta combinación de Documento del Plan y Descripción Resumida del Plan (Documento) tiene por objeto describir las prestaciones de vida, odontológicas, oftalmológicas, auditivas, de prescripción y de asistencia médica adoptadas por la Mesa Directiva, tal y como se establece en el Artículo II del Listado de Prestaciones. Sólo la Mesa Directiva en pleno tiene autoridad para interpretar las prestaciones descritas en este Documento. Su interpretación será definitiva y vinculante para todas las personas que traten con el Plan o que presenten una solicitud de prestaciones del mismo. El Plan contiene procedimientos de apelación que pueden utilizarse si considera que las prestaciones han sido denegadas erróneamente. La decisión de los Fideicomisarios sólo podrá ser impugnada ante los tribunales una vez agotados dichos procedimientos. Ningún empleador o sindicato ni ningún representante de los mismos, en calidad de tal, está autorizado a interpretar este Plan ni puede actuar como agente de los Fideicomisarios. Cualquier interpretación formal relativa a este Plan deberá ser comunicada por escrito y firmada en nombre del pleno de la Mesa Directiva por los Fideicomisarios o, si los Fideicomisarios lo autorizan por escrito, por el gerente administrativo.

### Autoridad del Fideicomisario

La Mesa Directiva, como Administrador del Plan, tiene plena autoridad para aumentar, reducir o eliminar las prestaciones y para modificar las Normas de Elegibilidad u otras estipulaciones del Plan en cualquier momento. Sin embargo, los Fideicomisarios pretenden que las condiciones del Plan, incluidas las relativas a la cobertura y a las prestaciones, sean legalmente exigibles y que el Plan se mantenga en beneficio exclusivo de los participantes y de sus dependientes elegibles. Las prestaciones de este Plan se pagarán únicamente si el Administrador del Plan (la Mesa Directiva) decide, a su discreción, que el solicitante tiene derecho a ellas.

**Las notificaciones de cambios en el Plan se enviarán a la última dirección conocida de cada participante. ¡Es muy importante que notifique a la oficina del fondo, por escrito, cualquier cambio de dirección!**

### Notificación de cambios en el plan

Las notificaciones de cualquier cambio se enviarán a la última dirección conocida de cada participante dentro del plazo exigido por la normativa aplicable. Por lo tanto, es muy importante mantener informada a la oficina del fondo sobre cualquier cambio de dirección. Sin embargo, los cambios del plan pueden entrar en vigor antes de que se reciba la notificación. Por lo tanto, antes de recibir una atención que no sea de emergencia, póngase en contacto con la oficina del fondo para confirmar las prestaciones actuales si no está seguro de cuáles son.

### Términos definidos

Ciertas palabras tienen un significado específico y se escriben en mayúsculas cuando se utilizan en el Plan. Estas palabras se enumeran en el Artículo XI - Definiciones. Es importante entender los significados de los términos definidos mientras se utiliza este Documento.

## PROGRAMA DE REVISIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

**La empresa de revisión de la atención médica elegida por el Plan es Hines & Associates, Inc.**

**Puede ponerse en contacto con Hines & Associates, Inc. al 1-800-559-5257 o visite el sitio web:  
[www.precertcare.com](http://www.precertcare.com)**

El Plan ha celebrado un acuerdo con una empresa profesional de revisión de la atención médica para pre-certificar todas las estancias en el hospital, las cirugías y otros procedimientos y equipos que su médico pueda recomendar. Puede ponerse en contacto con la oficina del fondo para obtener una lista completa de los procedimientos, tratamientos y equipos que requieren la pre-certificación de la empresa de revisión de la atención médica. La empresa de revisión de la atención médica certifica previamente los planes de hospitalización y otros tratamientos para determinar si son médicamente necesarios, lo que ayuda a la persona beneficiaria y al Plan a evitar gastos médicos innecesarios. Esta revisión no es una garantía de pago. Es

responsabilidad de la persona elegible ponerse en contacto con la oficina del fondo para determinar si las prestaciones están cubiertas. Los ingresos hospitalarios que no sean de emergencia para tratamiento o cirugía deben ser pre-certificados tan pronto como se tome la decisión pero no menos de cinco días antes del ingreso programado. Los ingresos hospitalarios para tratamientos de emergencia deben certificarse a más tardar el siguiente día laborable después del ingreso de emergencia. La persona elegible, el médico o el hospital pueden ponerse en contacto con la empresa de revisión de la atención médica; sin embargo, **es en última instancia responsabilidad del participante asegurarse de que se ha puesto en contacto con ellos.** Consulte la sección 8.15 para obtener información sobre el programa y la sección 9.15 para obtener información de contacto.

## ORGANIZACIÓN DE PROVEEDORES PREFERIDOS

**La Organización de Proveedores Preferidos del Plan es Anthem Blue Access. Para obtener información actualizada sobre los proveedores, consulte el sitio web de Anthem en [www.bcbs.com](http://www.bcbs.com), haga clic en "Buscar un médico", elija su estado y el "plan Blue Access (PPO)" o descargue la aplicación MyBlue en su Smartphone.**

El Plan ha negociado contratos especiales con una organización de médicos y hospitales del área ("Proveedores Preferidos") conocidos como Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, estos Proveedores Preferidos prestarán servicios por tarifas inferiores a los precios vigentes.

Si la persona elegible utiliza un Proveedor Preferido para sus necesidades de asistencia médica, el Plan pagará el 75% de todos los cargos cubiertos, una vez satisfecho el monto deducible anual dentro de la red.

A pesar de cualquier otra estipulación del Plan, si por alguna razón la tarifa contratada por la PPO para un servicio cubierto es mayor que el cargo real del proveedor, entonces el Plan pagará las reclamaciones de prestaciones de manera que el monto del copago del participante no sea mayor al 25% del cargo real del proveedor.

La persona elegible no está obligada a utilizar un Proveedor Preferido. La persona elegible tiene total libertad de elección para utilizar cualquier médico u hospital. Si una persona no utiliza un Proveedor Preferido, el Plan pagará el 50% de todos los cargos cubiertos, una vez satisfecho el monto deducible anual fuera de la red.

En algunos casos, ciertos servicios o proveedores fuera de la red pueden estar cubiertos a nivel de la red. Póngase en contacto con la oficina del fondo si tiene alguna pregunta.

Para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de Anthem, llame a Anthem al (800) 810-2583, que está disponible los siete días de la semana, las 24 horas del día, visite el sitio web de Anthem Blue Cross Blue Shield en [www.bcbs.com](http://www.bcbs.com) o llame a la oficina del fondo al (812) 238-2551 o al (800) 962-3158.

## PRESENTACIÓN DE LA TARJETA DE REGISTRO

**SI NO HA COMPLETADO LA TARJETA DE INSCRIPCIÓN, ¡HÁGALO AHORA! NO PODRÁ RECIBIR PRESTACIONES HASTA QUE NO PRESENTE UNA TARJETA DE INSCRIPCIÓN COMPLETA EN LA OFICINA DEL FONDO.**

En el momento de cumplir los requisitos según los términos del acuerdo de negociación colectiva o de participación, los participantes deberían haber recibido una "**TARJETA DE INSCRIPCIÓN**" de la oficina del fondo.

La tarjeta solicita cierta información básica que es necesaria para los registros de la oficina del fondo. Esta información incluye los nombres legales completos del participante y de los dependientes elegibles, la dirección, los números del Seguro Social, las fechas de nacimiento y el/los beneficiario/s del participante en caso de fallecimiento.

**¡Toda esta información es vital!** Sin ella, la oficina del fondo tendrá dificultades para saber a qué tienen derecho usted y su familia en virtud del Plan y para mantenerle informado sobre los cambios del Plan.

Si no está seguro de tener una Tarjeta de Registro en sus archivos, póngase en contacto con la oficina del fondo. El personal le dirá si tiene una tarjeta archivada y verificará que contiene información actualizada. Si no tiene información actualizada en el archivo, se le enviará una tarjeta para que la complete.

**NOTIFIQUE CON PRONTITUD A LA OFICINA DEL FONDO CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN, NÚMERO TELEFÓNICO, BENEFICIARIO, DEPENDIENTE, ESTADO CIVIL, DERECHO A MEDICARE O A JUBILACIÓN.**

Cuando hay cambios en el Plan, se envía una notificación a cada participante. Esto significa que, para recibir la notificación, la oficina del fondo debe tener la información de la dirección actual. **SI SE MUDAN**, asegúrense de notificar a la oficina del fondo la nueva dirección. **SI SU ESTADO CIVIL CAMBIA**, no olvide notificarlo a la oficina del fondo. La oficina del fondo debe recibir una copia completa, firmada y fechada de su licencia o certificado de matrimonio, sentencia de divorcio u orden de separación legal. Estos documentos formarán parte permanente de su expediente y se conservarán en la oficina del fondo. El no envío de copias de estos documentos retrasará la tramitación de las solicitudes de prestaciones.

Si desea **CAMBIAR SU BENEFICIARIO, NO OLVIDE ENVIAR EL CAMBIO A LA OFICINA DEL FONDO, POR ESCRITO**. Si no notifica sus deseos por escrito a la oficina del fondo, ésta sólo podrá pagar las prestaciones del seguro de vida a la(s) persona(s) que figure(n) en su última notificación **por escrito** a la oficina del fondo antes del momento de su fallecimiento.

Si necesita **AGREGAR O QUITAR DEPENDIENTES**, deberá notificarlo a la oficina del fondo, **por escrito**. Debe estar preparado para proporcionar documentación en forma de certificado de nacimiento, decreto de adopción, licencia de matrimonio, sentencia de divorcio, etc. Dado que el Plan proporciona prestaciones a los dependientes que reúnen los requisitos, la oficina del fondo debe saber en todo momento quiénes son sus dependientes.

Si el Plan realiza algún pago inadvertido, erróneo o excesivo de las reclamaciones de prestaciones, los Fideicomisarios o sus representantes tendrán derecho a recuperar los pagos.

DEBE notificar a la oficina del fondo ANTES de comenzar a trabajar en la industria de la construcción en la jurisdicción geográfica del Plan para un empleador que no tenga la obligación contractual de contribuir al Fondo Fiduciario ("empleador no signatario"). También debe notificar a la oficina del fondo ANTES de comenzar a trabajar en un oficio diferente en la industria de la construcción, ya sea para un empleador signatario o no signatario. Esta información es un hecho material del que se debe informar a la oficina del fondo. La falta de notificación a la oficina del fondo constituye un fraude. La cobertura para usted y cualquier miembro de su familia cubierto cesará el primer día del mes siguiente al mes en que la oficina del fondo tenga conocimiento de su trabajo para un empleador no signatario. Si el Plan realizó algún pago de reclamación de prestaciones en su nombre o en el de sus dependientes durante dicho período, el Plan podrá tratar de recuperar dichos pagos de usted. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de crear excepciones equitativas a esta regla en los casos en que la excepción no sea contraria a los propósitos y la intención de proporcionar reclamaciones de prestaciones bajo este Plan.

## **UNAS PALABRAS SOBRE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) establece requisitos estrictos para el Plan, sus Fideicomisarios y sus proveedores de servicios en relación con el uso y la divulgación de la "Información Médica Protegida" (PHI, por sus siglas en inglés) personalmente identificable de los participantes. En términos generales, la PHI incluye información personal sobre los participantes y/o sus dependientes elegibles, como su nombre, dirección, número de teléfono y número del Seguro Social, junto con información relativa al participante y/o sus dependientes elegibles, como: (1) la elegibilidad para los beneficios, (2) el tratamiento médico proporcionado o (3) el pago de dicho tratamiento médico. Específicamente, el Plan utilizará y divulgará la PHI sólo para fines relacionados con el tratamiento de asistencia médica, el pago de la asistencia médica y las operaciones de asistencia médica o según lo permita o exija la ley.

El uso y la divulgación de la información de salud protegida por parte del Plan se establecen en detalle en la Notificación de Privacidad enviada previamente por correo a todos los participantes y que también se encuentra en la Sección 8.22. Póngase en contacto con la oficina del fondo para recibir otra copia de la Notificación de Privacidad.

El Plan y los Fideicomisarios se comprometen a respetar estas normas de privacidad y a garantizar la confidencialidad de toda la información PHI. Los Fideicomisarios agradecen su cooperación y comprensión al trabajar con ellos para lograr el cumplimiento de estos requisitos federales.

# ARTÍCULO I – DESCRIPCIONES DE LAS CLASES ELEGIBLES

## *Sección 1.01 – Activo*

### **Clase A**

Esta clase representa a los participantes activos que son elegibles ya sea por contribuciones del empleador, horas de banco o auto-pagos. Esta clase cuenta con el Esquema de prestaciones para la Clase A - empleados activos.

## *Sección 1.02 – Jubilados sin derecho a Medicare*

### **Clase AS**

Esta clase representa a los empleados jubilados que no son elegibles para Medicare, pero que desean mantener el Esquema de prestaciones para la Clase A - empleados activos con algunas exclusiones. Sus **dependientes no elegibles a Medicare** también están cubiertos bajo el Esquema de prestaciones para la Clase A - empleados Activos con algunas exclusiones. Sus **dependientes que son elegibles a Medicare** están cubiertos bajo la estructura de prestaciones de la Clase CP que es un Suplemento a Medicare con cobertura de recetas.

Esta clase también representa a los participantes que no pueden trabajar debido a una lesión o enfermedad continuada que proporcionan evidencia médica satisfactoria a la Mesa Directiva de la Incapacidad Total continuada.

### **Clase B**

Esta clase representa a los empleados jubilados que no son elegibles a Medicare que han elegido una cobertura de "bajo nivel". Las recetas no están cubiertas en esta clase. Sus **dependientes no elegibles a Medicare** también tienen la estructura de prestaciones más baja y no tienen cobertura de recetas. Sus dependientes elegibles a Medicare están cubiertas por la estructura de prestaciones de la Clase C, que es un complemento de Medicare sin cobertura de medicamentos.

La cobertura de Clase B ya no está disponible para los empleados que se jubilaron a partir del 1 de marzo de 2011.

## *Sección 1.03 – Jubilados con derecho a Medicare*

### **Clase C**

Esta clase representa a los empleados jubilados con derecho a Medicare que quieren complementar Medicare pero que no desean una cobertura de medicamentos. Los empleados jubilados con derecho a Medicare que quieren complementar Medicare pero no quieren la cobertura de medicamentos y tienen dependientes que no son elegibles a Medicare, deben inscribirse a través de la Clase D.

### **Clase CP**

Esta clase representa a los empleados jubilados con derecho a Medicare que desean una cobertura de medicamentos además del Suplemento a Medicare. Sus **dependientes no elegibles a Medicare** están cubiertos bajo el Esquema de prestaciones de la Clase A - empleados activos con algunas exclusiones. Sus **dependientes elegibles a Medicare** están cubiertos bajo esta Clase CP Suplemento a Medicare con cobertura de medicamentos.

### **Clase D**

Esta clase representa a los empleados jubilados con derecho a Medicare que desean el Suplemento de Clase C a Medicare (sin cobertura de medicamentos) para ellos mismos. Sus **dependientes que no son elegibles a Medicare** están cubiertos bajo el Esquema de prestaciones para la Clase A - empleados activos, incluyendo la cobertura de recetas, con algunas exclusiones. Sus **dependientes elegibles a Medicare**.

### ***Sección 1.04 – Cónyuges sobrevivientes***

#### **Clase S**

Esta clase representa a los cónyuges sobrevivientes que no son elegibles a Medicare. La cobertura proporcionada bajo esta clase es la misma que el Esquema de prestaciones para la Clase A - empleados activos con algunas exclusiones. Las prestaciones del seguro de vida no se proporcionan bajo esta clase. Sus **dependientes no elegibles a Medicare** están cubiertos bajo el Esquema de prestaciones para la Clase A – empleados activos con algunas exclusiones. Sus **dependientes elegibles a Medicare** están cubiertos bajo la Clase CP Suplemento a Medicare con cobertura de medicamentos.

## ARTÍCULO II – ESQUEMA DE PRESTACIONES

Una vez que un participante cumple los requisitos del Plan, tiene derecho a una serie de prestaciones. El siguiente cuadro destaca el Plan de prestaciones. Pueden aplicarse otros máximos y limitaciones del Plan a prestaciones específicas. Consulte las secciones correspondientes a continuación o póngase en contacto con la oficina del fondo para obtener más información.

### Clase A – empleados activos

#### Sólo para empleados elegibles

Prestación por muerte accidental y desmembramiento (*sólo para trabajadores no profesionales*)

Pérdida de:

Vida.....	\$ 10,000
Ambas manos, ambos pies, ambos ojos o una combinación de cualquiera.....	\$ 10,000
Una mano, un pie o un ojo.....	\$ 5,000

Seguro de vida..... \$ 10,000

Pérdida de tiempo (sujeta a los impuestos del Seguro Social)

Todo participante que reciba una pérdida de tiempo recibirá un formulario W-2 al final del año.

Prestación máxima ..... 13 semanas por lesión o enfermedad

Lesión no laboral

Cantidad de prestación semanal.....	\$ 456
Periodo de espera.....	Prestación inicia el 1 <sup>er</sup> día de la Incapacidad Total

Enfermedad no laboral

Cantidad de prestación semanal.....	\$ 456
Periodo de espera.....	Prestación inicia el 8 <sup>o</sup> día de la Incapacidad Total

Lesión laboral

Cantidad de prestación semanal.....	\$ 108
Periodo de espera.....	Prestación inicia el 8 <sup>o</sup> día de la Incapacidad Total

Enfermedad laboral

Cantidad de prestación semanal.....	\$ 108
Periodo de espera.....	Prestación inicia el 8 <sup>o</sup> día de la Incapacidad Total

#### Empleado elegible y dependientes elegibles

Prestación médica general (año del plan - del 1 de diciembre al 30 de noviembre)

Prestación máxima de por vida .....	ninguna
Prestación máxima anual.....	ninguna

Cantidad deducible	
En la Red	
Cantidad deducible individual (cada año del plan).....	\$ 300
Cantidad máxima deducible familiar (cada año del plan).....	\$ 600
Fuera de la Red	
Cantidad deducible individual (cada año del plan).....	\$ 600
Límite de desembolso	
Individual (sólo dentro de la red, cada año del plan) Sin incluir el deducible .....	\$ 3,000
Familia (sólo dentro de la red, cada año del plan) Sin incluir el deducible .....	\$ 6,000
Copago (el Fondo paga)	
Dentro de la red (después del deducible) .....	75%
Fuera de la red (después del deducible) .....	50%
Copago de prestaciones quiroprácticas (paga el Fondo)	
Servicios no quirúrgicos dentro de la red (después del deducible).....	75%
Servicios no quirúrgicos fuera de la red (después del deducible).....	50%
Prestaciones máximas cada año del plan.....	\$1,000
Servicios posteriores a la cirugía, si son médicamente necesarios.....	Bajo prestación médica general
Prestación de atención dental	
Cantidad del deducible dental individual (cada año civil) .....	\$ 25
Cantidad máxima del deducible dental familiar (cada año civil).....	\$ 75
Prestaciones máximas por individuo cada año civil.....	\$750*
Copago (el Fondo paga)	
Servicios preventivos.....	90% de la cantidad permitida (No está sujeto a la Cantidad Deducible Dental)
Servicios de restauración (después del deducible).....	70% de la cantidad permitida
* Este máximo por año civil no se aplica a las prestaciones dentales pediátricas para las personas elegibles menores de 19 años.	
Prestación de educación y formación en diabetes	
Copago (el Fondo paga)	
Dentro de la red (después del deducible).....	75%
Fuera de la red (después del deducible).....	50%
Prestación para el cuidado de los ojos	
Copago (el Fondo paga)	
Contactos electivos: en lugar de monturas y lentes (una vez cada 24 meses)	
Dentro de la red.....	100% hasta \$105
Fuera de la red .....	Reembolso hasta \$105
Necesario medicamento	
Dentro de la red .....	100% hasta \$210
Fuera de la red .....	Reembolso hasta \$210
Examen ocular de rutina (una vez cada 12 meses)	
Dentro de la red.....	100%
Fuera de la red .....	Reembolso hasta \$35
Marcos (una vez cada 24 meses)	
Dentro de la red (proveedores de la práctica privada).....	100% hasta \$50 a precio de mayoreo
Dentro de la red (proveedores minoristas) .....	100% hasta \$130 a precio de menudeo
Fuera de la red .....	Reembolso hasta \$80 del precio de menudeo

Lentes (una vez cada 24 meses)

Dentro de la red (monofocal, bifocal forrado o trifocal forrado) .....	100%
Fuera de la red – monofocales .....	Reembolso hasta \$55
Fuera de la red – bifocales .....	Reembolso hasta \$80
Fuera de la red – trifocales .....	Reembolso hasta \$105

Los máximos de atención oftalmológica indicados representan los gastos habituales, acostumbrados y razonables.

Prestación de audición

El deducible no aplica.

Copago (el Fondo paga)

Examen (una vez cada año del plan por individuo) .....	100% UCR
Prestación máxima por examen.....	\$60
Aparato auditivo (una vez cada 36 meses por oído y por individuo) .....	85% UCR
Prestaciones máximas para aparatos auditivos (por oído).....	\$1,000

Prestación para cuidados paliativos

Copago (el Fondo paga)

Dentro de la red (después del deducible).....	75%
Fuera de la red (después del deducible) .....	50%

Prestaciones de consulta médica de LiveHealth Online

Prestaciones dentro de la red a través de LiveHealth Online

Coaseguro (no hay deducible ni copago).....	100%
---	------

Programa de Asistencia a los Miembros (MAP, por sus siglas en inglés).....No hay cobro (Consultas profesionales por problemas laborales o domésticos - véase la sección 4.17).

Prestación para trastornos mentales y nerviosos

Las prestaciones están sujetas a las estipulaciones de las prestaciones médicas generales para deducibles, copagos y máximos dentro y fuera de la red, según corresponda. El tratamiento en régimen de hospitalización debe recibirse en un centro de la Red. El tratamiento en régimen de hospitalización no está cubierto en un centro fuera de la red, a menos que lo apruebe Medicare.

Prestaciones de la tarjeta para medicamentos recetados - Sólo en la red

Copagos (El participante paga)

Farmacias participantes en la venta por correo (suministro para 90 días)

(Consulte la sección 4.12C para ver las farmacias aprobadas que permiten suministros de 90)

Genéricos .....	15% del costo de los medicamentos con una cantidad de \$25 mínimo y \$50 máximo
Formulario de marcas .....	25% del costo de los medicamentos con una cantidad de \$50 mínimo y \$100 máximo
Marca no formulario .....	35% del costo de los medicamentos con una cantidad de \$100 mínimo y \$200 máximo

Farmacias minoristas participantes (suministro de hasta 30 días)

Genéricos .....	20% del costo de los medicamentos con una cantidad de \$10 mínimo y \$20 máximo
Formulario de marcas.....	30% del costo de los medicamentos con una cantidad de \$20 mínimo y \$40 máximo
Marca no formulario .....	40% del costo de los medicamentos con una cantidad de \$40 mínimo y \$40 máximo

Medicamentos especializados de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)

Genéricos .....	15% del costo de los medicamentos con una cantidad de \$8 mínimo y \$16 máximo
-----------------	--

Formulario de marcas .....25% del costo de los medicamentos con una cantidad de \$16 mínimo y \$33 máximo  
 Marca no formulario .....35% del costo de los medicamentos con una cantidad de \$40 mínimo y \$80 máximo

Recetas para dejar de fumar .....50% del costo del medicamento (hasta dos tratamientos de 90 días por Año del Plan)

**Prestación de atención preventiva de rutina**

Examen físico de rutina (a partir de los 3 años) - Sólo prestaciones dentro de la red

Examen máximo cada año del plan ..... 1 examen

Prestaciones máximas cada año del plan..... 100% hasta \$300; saldo bajo Prestación Médica General

Examen de rutina de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou) - Sólo prestaciones dentro de la red

Máxima revisión cada año del plan..... 1 examen

Prestación máxima..... 100%; en caso contrario bajo Prestación Médica General

Detección rutinaria del cáncer de próstata (prueba PSA) - Sólo prestaciones dentro de la red

Máxima revisión cada año del plan..... 1 examen

Prestación máxima..... 100%; en caso contrario bajo Prestación Médica General

Examen rutinario de cáncer de mama (mamografía) - Sólo prestaciones dentro de la red

Edad 40-49: 1 cada 2 años del plan..... 100%; en caso contrario bajo Prestación Médica General

Edad 50 y mayor: 1 cada año del plan..... 100%; en caso contrario bajo Prestación Médica General

Examen de cáncer colorrectal - Sólo prestaciones dentro de la red

Edad 50 y mayor: 1 sigmoidoscopia cada 5 años del plan..... 100%; en caso contrario bajo Prestación Médica General

Edad 50 y mayor: 1 colonoscopia cada 5 años del plan..... 100%; en caso contrario bajo Prestación Médica General

Exámenes pulmonares mediante TAC de baja dosis - Sólo prestaciones dentro de la red

Edad 55 – 80 con historial de tabaquismo .....100%; en caso contrario bajo Prestación Médica General

Examen rutinario del niño sano y vacunas - Sólo prestaciones dentro de la red

Desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad para todos los exámenes y vacunas recomendado por el Centro de Control de Enfermedades..... 100%

Vacunas de rutina para niños y adultos - Sólo prestaciones dentro de la red

A partir de los 3 años de edad si lo recomienda un médico, excluyendo la necesidad de viajar por motivos de trabajo o de vacaciones, tal y como recomienda el Centro de Control de Enfermedades..... 100%

**Prestación por abuso de sustancias**

Las prestaciones están sujetas a las estipulaciones de las prestaciones médicas generales para deducibles, copagos y máximos dentro y fuera de la red, según corresponda. El tratamiento en régimen de hospitalización debe recibirse en un centro de la Red. El tratamiento en régimen de hospitalización no está cubierto en un centro fuera de la red a menos que lo apruebe Medicare.

Prestación para la disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)

Copago (el Fondo paga)

Dentro de la Red (después del deducible).....	75%
Fuera de la Red (después del deducible).....	50%
Máximo de por vida por individuo .....	\$1,500
Servicios de naturaleza dental (coronas, puentes, etc.) .....	En virtud de las prestaciones dentales

Prestaciones para trasplantes

Las prestaciones están sujetas a las estipulaciones de las prestaciones médicas generales para deducibles, copagos y máximos dentro y fuera de la red, según corresponda.

**Clase AS – Jubilados no elegibles a Medicare, participantes totalmente incapacitados y cónyuges e hijos dependientes no elegibles a Medicare (los cónyuges y dependientes con Medicare estarán cubiertos bajo las prestaciones de la clase CP)**

**Participantes elegibles solamente**

Prestación por muerte accidental y desmembramiento (sólo en el ámbito no profesional)

Pérdida de:

Vida ..... Igual que la Clase A  
Ambas manos, ambos pies, ambos ojos o una combinación de dos ..... Igual que la Clase A  
Una mano, un pie o un ojo..... Igual que la Clase A

Seguro de vida ..... Igual que la Clase A

**Empleado elegible y dependientes elegibles**

Medicina general ..... Igual que la Clase A excluyendo las prestaciones por maternidad, por nacimiento y por pérdida de tiempo

Prestaciones quiroprácticas..... Igual que la Clase A

Prestaciones dentales..... Igual que la Clase A

Prestación de educación y formación en diabetes..... Igual que la Clase A

Prestación para el cuidado de los ojos..... Igual que la Clase A

Prestación de audición..... Igual que la Clase A

Prestación para cuidados paliativos ..... Igual que la Clase A

Programa de Asistencia a los Miembros (MAP) ..... Igual que la Clase A  
(Consultas profesionales por problemas laborales o domésticos - véase la sección 4.17).

Prestación para trastornos mentales y nerviosos..... Igual que la Clase A

Prestaciones de la tarjeta para medicamentos recetados..... Igual que la Clase A

Prestación de atención preventiva de rutina..... Igual que la Clase A

Prestación por abuso de sustancias..... Igual que la Clase A

Prestación para la disfunción de la articulación temporomandibular (ATM).... Igual que la Clase A

Prestaciones para trasplantes..... Igual que la Clase A

**Clase B - Jubilados no elegibles a Medicare de 55 a 64 años, y cónyuges menores de 65 años e hijos dependientes (los cónyuges y dependientes con Medicare estarán cubiertos por las prestaciones de la Clase C)**

**Participantes elegibles solamente**

Seguro de vida..... Igual que la Clase A

**Participante y dependientes elegibles**

Gastos de hospitalización hasta 31 días de internamiento

Alojamiento y comida en el hospital todos los días .....	\$70
Servicios y suministros hospitalarios.....	\$500
Cargos quirúrgicos .....	\$600
Cargos de anestesiastas.....	\$100
Pruebas de diagnóstico de rayos X y de laboratorio (para pacientes externos - por año del plan).....	\$100 visitas del médico al hospital \$15 la primera consulta, \$10 las siguientes

Cualquier cargo cubierto que supere los límites de prestaciones anteriores se pagará conforme a las estipulaciones de la prestación médica general para deducibles, copagos y máximos dentro y fuera de la red, según corresponda, excepto en el caso de tratamiento en régimen de hospitalización en un centro de enfermería especializada o en un centro de tratamiento residencial fuera de la red. El tratamiento como paciente interno en un centro de enfermería especializada o en un centro de tratamiento residencial fuera de la red no está cubierto a menos que lo apruebe Medicare. El límite de gastos de bolsillo de la prestación médica general no se aplica a la cobertura de Clase B.

Prestación dental..... Igual que la Clase A

Prestación de educación y formación en diabetes..... Igual que la Clase A

Prestación para el cuidado de los ojos..... Igual que la Clase A

Prestación para la audición..... Igual que la Clase A

LiveHealth Online..... Igual que la Clase A

Programa de Asistencia al Miembro (MAP)..... Igual que la Clase A  
(Consultas profesionales por problemas laborales o domésticos - véase la sección 4.17).

Prestación de atención preventiva de rutina..... Igual que la Clase A

A partir del 1 de marzo de 2011, la cobertura de Clase B dejará de estar disponible. Cualquier persona previamente inscrita en la Clase B podrá continuar con la cobertura en esa Clase hasta el momento en que sea elegible a Medicare y elija el Plan C, D o CP.

## Clase C - Jubilados, cónyuges y dependientes elegibles a Medicare sin cobertura de medicamentos

### Participantes elegibles solamente

Seguro de vida ..... Igual que la Clase A

### Participante y dependientes elegibles con derecho a Medicare

Prestaciones hospitalarias.....	El deducible de Medicare y su coaseguro de los gastos aprobados por Medicare hasta 150 días por período de prestaciones
Prestaciones del centro de enfermería especializada..... El tratamiento para pacientes internos debe recibirse en un centro de la red. El tratamiento para pacientes internos no está cubierto en un centro fuera de la red, a menos que lo apruebe Medicare.	Su coaseguro de los gastos aprobados por Medicare hasta 100 días por período de prestaciones de Medicare
Cargos médicos y honorarios de los médicos.....	El deducible de Medicare y su parte de los gastos aprobados por Medicare
Prestación dental.....	Igual que la Clase A
Prestación de educación y formación en diabetes.....	Igual que la Clase A
Prestación para el cuidado de los ojos.....	Igual que la Clase A
Prestación para la audición.....	Igual que la Clase A
LiveHealth Online ..... <i>El costo total de la consulta debe pagarse en el momento del servicio mediante una tarjeta de crédito a través de la página web o de la aplicación para teléfonos inteligentes. La solicitud de prestaciones debe presentarse en la oficina del fondo para el reembolso de los gastos.</i>	Igual que la Clase A
Programa de Asistencia al Miembro (MAP)..... (Consultas profesionales por problemas laborales o domésticos - véase la sección 4.17).	Igual que la Clase A
Prestación de atención preventiva de rutina.....	Igual que la Clase A

**Clase CP - Jubilados, cónyuges y dependientes elegibles a Medicare con cobertura de medicamentos (los cónyuges y dependientes sin Medicare estarán cubiertos bajo las prestaciones de la clase AS)**

**Participantes elegibles solamente**

Seguro de vida ..... Igual que la Clase A

**Participante y dependientes elegibles con derecho a Medicare**

Prestaciones hospitalarias..... Igual que la Clase C

Prestaciones del centro de enfermería especializada..... Igual que la Clase C

Cargos médicos y honorarios de los médicos..... Igual que la Clase C

Prestación dental..... Igual que la Clase A

Prestación de educación y formación en diabetes..... Igual que la Clase A

Prestación para el cuidado de los ojos..... Igual que la Clase A

Prestación para la audición..... Igual que la Clase A

LiveHealth Online..... Igual que la Clase A

*El costo total de la consulta debe pagarse en el momento del servicio mediante una tarjeta de crédito a través de la página web o de la aplicación para teléfonos inteligentes. La solicitud de prestaciones debe presentarse en la oficina del fondo para el reembolso de los gastos.*

Programa de Asistencia al Miembro (MAP)..... Igual que la Clase A  
(Consultas profesionales por problemas laborales o domésticos - véase la sección 4.17).

Tarjeta para medicamentos con receta..... Igual que la Clase A

Prestación de atención preventiva de rutina..... Igual que la Clase A

**Clase D - Jubilados con derecho a Medicare, cónyuges y dependientes sin cobertura de medicamentos con al menos un dependiente no elegible a Medicare (los cónyuges y dependientes sin Medicare estarán cubiertos bajo las prestaciones de la clase AS)**

**Participante y dependientes (con derecho a Medicare)**

Seguro de vida .....	Igual que la Clase A
Prestaciones hospitalarias.....	Igual que la Clase C
Prestaciones del centro de enfermería especializada.....	Igual que la Clase C
Cargos médicos y honorarios de los médicos.....	Igual que la Clase C
Prestación dental.....	Igual que la Clase A
Prestación de educación y formación en diabetes.....	Igual que la Clase A
Prestación para el cuidado de los ojos.....	Igual que la Clase A
Prestación para la audición.....	Igual que la Clase A
LiveHealth Online .....	Igual que la Clase A
<i>El costo total de la consulta debe pagarse en el momento del servicio mediante una tarjeta de crédito a través de la página web o de la aplicación para teléfonos inteligentes. La solicitud de prestaciones debe presentarse en la oficina del fondo para el reembolso de los gastos.</i>	
Programa de Asistencia al Miembro (MAP).....	Igual que la Clase A
(Consultas profesionales por problemas laborales o domésticos - véase la sección 4.17).	
Prestación de atención preventiva de rutina.....	Igual que la Clase A

**Clase S - Cónyuges sobrevivientes no elegibles a Medicare e hijos dependientes no elegibles a Medicare (los hijos dependientes elegibles a Medicare estarán cubiertos bajo la clase CP)**

**Participante elegible y dependientes elegibles**

Medicina general .....	Igual que la Clase AS
Prestaciones quiroprácticas.....	Igual que la Clase A
Prestación dental.....	Igual que la Clase A
Prestación de educación y formación en diabetes.....	Igual que la Clase A
Prestación para el cuidado de los ojos.....	Igual que la Clase A
Prestación para la audición.....	Igual que la Clase A
Prestación para cuidados paliativos.....	Igual que la Clase A
LiveHealth Online .....	Igual que la Clase A
Programa de Asistencia al Miembro (MAP).....	Igual que la Clase A
(Consultas profesionales por problemas laborales o domésticos - véase la sección 4.17).	

Prestación para trastornos mentales y nerviosos.....	Igual que la Clase A
Tarjeta para medicamentos con receta.....	Igual que la Clase A
Prestación de atención preventiva de rutina.....	Igual que la Clase A
Prestación por abuso de sustancias.....	Igual que la Clase A
Prestación para la disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)....	Igual que la Clase A
Prestación para trasplantes.....	Igual que la Clase A

## ARTÍCULO III - NORMAS DE ELEGIBILIDAD

**LA MESA DIRECTIVA, EN CALIDAD DE ADMINISTRADOR DEL PLAN, TIENE LA AUTORIDAD Y TODA LA DISCRECIÓN PARA INTERPRETAR Y APLICAR LAS ESTIPULACIONES DEL PLAN PARA DETERMINAR SU DERECHO A LAS PRESTACIONES. LAS PRESTACIONES DE ESTE PLAN SE PAGARÁN SÓLO SI EL ADMINISTRADOR DEL PLAN DETERMINA QUE EL PARTICIPANTE O DEPENDIENTE TIENE DERECHO A ELLAS.**

En este artículo sobre las normas de elegibilidad se tratan los siguientes temas:

- |  |   |
|--|---|
| 3.1. Definiciones relacionadas con la elegibilidad                         | 3.8. Continuación de la cobertura para hijos incapacitados                        |
| 3.2. Elegibilidad inicial  | 3.9. Ley de Licencia Médica Familiar  |
| 3.3. Elegibilidad continuada   | 3.10. Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (USERRA) |
| 3.4. Continuación de la cobertura de la clase A por auto-pago              | 3.11. Orden calificada de apoyo médico infantil (QMCSO)                           |
| 3.5. Terminación de la elegibilidad  |   |
| 3.6. Continuación de la cobertura en virtud de COBRA                       |   |
| 3.7. Extensión de las prestaciones en caso de fallecimiento (sólo clase A) |   |

### ***Sección 3.01 – Definiciones relacionadas con la elegibilidad***

El término "Período de calificación" incluye el período durante el cual se acreditan las horas para determinar la elegibilidad continua de un participante para futuros períodos de cobertura. El Año del Plan se divide en tres partes iguales o períodos de calificación de cuatro meses cada uno –

- Noviembre, diciembre, enero, febrero
- Marzo, abril, mayo, junio
- Julio, agosto, septiembre, octubre

El término "Período de cobertura" incluye el período de cobertura del Plan que comienza un mes después de completar el número de horas requerido. El número de horas requerido puede completarse durante uno o más períodos de calificación, según se establece en la tabla de la Sección 3.03 más adelante. El Año del Plan se divide en tres partes iguales o períodos de cobertura de cuatro meses cada uno–

- Abril, mayo, junio, julio
- Agosto, septiembre, octubre, noviembre
- Diciembre, enero, febrero, marzo

A los efectos de determinar las horas trabajadas durante un período de calificación, un participante recibirá 40 horas de crédito por cada semana que el participante reciba prestaciones por pérdida de tiempo de acuerdo con la Sección 4.03.

### **Sección 3.02 – Elegibilidad inicial**

Cada nuevo empleado o empleado que transfiera su empleo a un empleador bajo el acuerdo de negociación colectiva con el Sindicato o Sindicato Local bajo la jurisdicción del Sindicato, debe tener una Tarjeta de Registro completada en los archivos de la oficina del fondo y puede convertirse en participante del Plan el primer día del mes siguiente al mes en que se hayan realizado 600 horas de contribuciones del empleador en un plazo de seis meses o menos. Una vez establecida la elegibilidad, el participante seguirá siendo elegible hasta el final de ese período de Cobertura.

En el ejemplo siguiente, el empleado tiene una tarjeta de registro completada en los archivos de la oficina del fondo.

#### Requisito de 600 horas:

Juan comenzó a trabajar el 1 de julio de 2020 y acumuló 600 horas de trabajo antes del 15 de noviembre de 2020. John no ha completado 6 meses de trabajo pero ha tenido 600 horas de contribuciones del empleador hechas en su nombre. La fecha inicial de elegibilidad de John para recibir prestaciones es el 1 de diciembre de 2020 y seguirá siendo elegible hasta el 31 de marzo de 2021.

### **Sección 3.03 – Elegibilidad continuada**

Un participante puede mantener su elegibilidad en el Plan siempre que trabaje al menos 260 horas en el período de calificación actual. Si un participante no cumple con el requisito de horas, el Plan "mirará hacia atrás" a los períodos de calificación consecutivos anteriores para mantener la elegibilidad. En los períodos de calificación retrospectivos, un participante debe haber trabajado 520 horas en los dos últimos períodos de calificación o 780 horas en los tres últimos períodos de calificación anteriores a cada período de cobertura. El Plan no "reserva" ninguna hora que supere los requisitos de horas indicados en la tabla siguiente. Un participante seguirá siendo elegible bajo este Plan mientras se cumplan los requisitos de horas. En el caso de que un participante deje de cumplir estos requisitos de horas, el participante puede ser elegible para presentar auto-pagos de acuerdo con la sección 3.04.

Sin embargo, si un participante ha trabajado al menos tres períodos de calificación y no cumple con los requisitos anteriores, podrá mantener su elegibilidad en el Plan durante el siguiente período de cobertura realizando un auto-pago máximo de 260 horas requeridas o el saldo restante después de las contribuciones del empleador. Véanse las limitaciones de los auto-pagos en la sección 3.04.

En el caso de que el empleador no presente las contribuciones al Fondo Fiduciario de acuerdo con el convenio, usted podrá presentar hasta dos meses de talones de cheques aprobados para mantener la elegibilidad. No se aprobará el crédito por las horas trabajadas no declaradas que superen los dos meses.

#### ***Continuación de los requisitos de elegibilidad***

Para ser elegible en este periodo de cobertura	260 horas en el actual periodo de calificación:	Un empleado debe trabajar		780 horas en los tres periodos de calificación anteriores:
		○ 520 horas en los dos periodos de calificación anteriores	○	
Abril - julio	Nov. – febr.	Julio – febr.		Marzo – febr.
Agosto – nov.	Marzo – junio	Nov. – junio		Julio – junio
Dic. - marzo	Julio – oct.	Marzo – oct.		Nov. – oct.

Ejemplo A - Requisito de 260 horas:

John ha cumplido los requisitos iniciales de elegibilidad y actualmente es elegible hasta el 31 de marzo de 2020. Ha seguido trabajando 100 horas cada mes durante el período de calificación de noviembre de 2019 a febrero de 2020. Como John ha tenido al menos 260 horas en el actual período de calificación (Nov.-Feb.) seguirá siendo elegible para el período de cobertura del 1 de abril de 2020 al 31 de julio de 2020.

Ejemplo B - Requisito de 520 horas en los dos períodos de calificación anteriores:

John ha cumplido los requisitos iniciales de elegibilidad y actualmente es elegible hasta el 31 de marzo de 2020. Ha seguido trabajando con el siguiente horario:

<b>Meses laborales</b>	<b>Horas trabajadas</b>
Noviembre 2019 - febrero 2020	200
Julio 2019 - octubre 2019	400
<b>Total</b>	<b>600</b>

Dado que John no ha trabajado al menos 260 horas en el actual periodo de calificación (Nov-Feb), la siguiente prueba consiste en determinar si ha trabajado 520 horas en los dos periodos de calificación anteriores (Jul-Feb). Tras revisar el historial laboral de John, se determinó que trabajó 600 horas en los dos períodos de calificación anteriores. John seguirá siendo elegible para el período de cobertura del 1 de abril de 2020 al 31 de julio de 2020.

Ejemplo C - Requisito de 780 horas en los tres períodos de calificación anteriores:

John ha cumplido los requisitos iniciales de elegibilidad y actualmente es elegible hasta el 31 de marzo de 2020. Ha seguido trabajando con el siguiente horario:

<b>Meses laborales</b>	<b>Horas trabajadas</b>
Noviembre 2019 - febrero 2020	200
Julio 2019 - octubre 2019	300
Marzo 2019- junio 2019	340
<b>Total</b>	<b>840</b>

Dado que John no ha trabajado al menos 260 horas en el actual periodo de calificación (nov-feb), la siguiente prueba es determinar si trabajó 520 horas en los dos periodos de calificación anteriores (jul-feb). Revisando el historial laboral de John, se determinó que no trabajó 520 horas en los dos períodos de calificación anteriores, por lo tanto, el siguiente paso es determinar si John trabajó al menos 780 horas en los últimos tres períodos de calificación. Dado que John sí trabajó 840 horas en los tres últimos períodos de calificación, seguirá siendo elegible para el período de cobertura del 1 de abril de 2020 al 31 de julio de 2020.

#### Ejemplo D - Requisito de auto-pago:

John ha cumplido los requisitos iniciales de elegibilidad y actualmente es elegible hasta el 31 de marzo de 2020. Ha seguido trabajando con el siguiente horario:

Meses laborales	Horas trabajadas
Noviembre 2019 - febrero 2020	0
Julio 2019 - octubre 2019	260
Marzo 2019 - junio 2019	90
Total	350

John siguió trabajando pero no acumuló suficientes horas como se requiere en uno, dos o tres períodos de calificación. John tendría derecho a realizar un auto-pago de 260 horas al índice de contribución actual para tener derecho a prestaciones a partir del 1 de abril de 2020 y seguir siendo elegible hasta el 31 de julio de 2020.

#### **Sección 3.04 – Continuación de la cobertura de la Clase A por auto-pago**

A menos que la cobertura se termine de acuerdo con la Sección 3.05 A.2., un participante puede hacer auto-pagos para mantener su elegibilidad si el participante no trabaja suficientes horas. Sin embargo, los auto-pagos no generarán horas de empleo acreditadas (que determinan la elegibilidad para participar en cualquier período de cobertura posterior). Las cantidades de auto-pagos pueden ser modificadas en cualquier momento y por cualquier motivo por la Mesa Directiva a su sola discreción.

Los auto-pagos de la Clase A deben realizarse en la oficina del fondo y deben presentarse antes del último día del último mes del período de cobertura actual para tener derecho a las prestaciones completas durante el siguiente período de cobertura.

Los auto-pagos de Clase A se aceptarán hasta el décimo día del período de cobertura actual y la cobertura se proporcionará a partir del primer día del período de cobertura; sin embargo, las prestaciones del seguro de vida se pagarán por el fallecimiento que se produzca desde el primer hasta el trigésimo primer día de ese período de cobertura, incluso si no se recibe un auto-pago.

Si un jubilado elige continuar con la cobertura, deberá continuar con la cobertura de la Clase A utilizando las horas del banco, si están disponibles. Una vez que se agoten las horas del banco, el jubilado se transferirá al Programa de miembros antiguos.

#### **A) Auto-pagos parciales**

En caso de que un participante no tenga suficientes horas declaradas en su nombre por parte de un empleador contribuyente, se requerirá que el participante realice auto-pagos parciales para mantener su elegibilidad.

1. El participante realiza auto-pagos parciales a razón de la diferencia entre las horas declaradas por el empleador y una suma igual al saldo de horas requerido en la sección 3.03.
2. No hay límite en el número de auto-pagos parciales que un participante puede hacer para mantener su elegibilidad.

## **B) Total de auto-pagos**

En el caso de que un participante no tenga ninguna hora reportada en su nombre por parte de un empleador contribuyente, se requerirá que el participante realice un auto-pago total para mantener la elegibilidad continua. Los participantes que no puedan trabajar debido a una lesión o enfermedad continuada y que presenten pruebas médicas (incluyendo un nuevo examen anual) satisfactorias para la Mesa Directiva de la incapacidad total continuada, serán trasladados al Programa de miembros antiguos (Clase AS).

1. El participante debe haber tenido horas reportadas en uno de los dos períodos de calificación anteriores para poder hacer un auto-pago total.
2. El participante realiza los auto-pagos totales al índice de las horas mínimas requeridas en la sección 3.03.
3. Un participante sólo puede realizar auto-pagos totales durante dos períodos de calificación consecutivos. Los dos períodos de calificación consecutivos se considerarán utilizados independientemente de que el participante haya presentado un auto-pago total.

Una vez que el participante haya agotado la opción de auto-pagos totales bajo esta Sección, el participante tendrá la opción de elegir la Cobertura de continuación bajo COBRA como se describe en la Sección 3.06. Si el participante no elige la Cobertura de continuación bajo COBRA, se requerirá que el participante cumpla con los requisitos de elegibilidad inicial de la Sección 3.02 para ser elegible para las prestaciones bajo este Plan.

## **Sección 3.05 – Terminación de la elegibilidad**

### **A) Participante**

1. El primer día del periodo de cobertura  
Un empleado que se convierta en participante del Plan permanecerá cubierto bajo la Clase A hasta el primer día del período de cobertura en el que ocurra cualquiera de los siguientes hechos –
  - a. el día en que el participante no cumpla con los requisitos de elegibilidad, o
  - b. decide no elegir la continuidad de la cobertura, o
  - c. no realiza el auto-pago requerido para la continuación de la cobertura, o
  - d. agota el período máximo de cobertura previsto en las estipulaciones de la continuidad de la cobertura, o
  - e. cambia a otra clase de cobertura, o
  - f. se jubila, o
  - g. se termina el Plan.
2. El primer día siguiente al mes en que el Fondo tenga conocimiento  
Un empleado que se convierta en participante del Plan permanecerá cubierto por la Clase A hasta el primer día del mes siguiente al que el Fondo tenga conocimiento de cualquiera de las siguientes situaciones –
  - a. el participante, sin autorización del sindicato, trabaja en la industria de la construcción en la jurisdicción geográfica del Plan para un empleador que no tiene

la obligación contractual de contribuir al Fondo Fiduciario ("empleador no signatario") y no lo notifica a la oficina del fondo como se requiere, o

- b. el participante trabaja en la industria de la construcción en la jurisdicción geográfica del Plan en un oficio diferente de la industria de la construcción, ya sea para un empleador signatario o no signatario, y no notifica a la oficina del fondo como se requiere, o

Los Fideicomisarios se reservan el derecho de crear excepciones equitativas a esta regla en los casos en que la excepción no sea contraria a los propósitos y la intención de proporcionar prestaciones bajo este Plan. Si la elegibilidad de un participante se da por terminada de acuerdo con esta Sección 3.05 A.2, el participante no podrá hacer auto-pagos como se permite en la sección 3.04 para continuar con la elegibilidad.

No obstante lo anterior, si las prestaciones de un participante se terminan debido al servicio militar, el participante volverá a ser elegible para la cobertura en la fecha en que el participante regrese al trabajo activo para un empleador cubierto. Además, el participante estará cubierto por las prestaciones por el resto del período de cobertura durante el cual el participante volvió a trabajar para un empleador cubierto y por el siguiente período de cobertura. Para más información sobre el servicio militar, consulte la Sección 3.10 - Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA).

## **B) Dependiente**

Un dependiente cubierto por el Plan seguirá teniendo cobertura hasta que se produzca lo último de lo siguiente:

1. la persona deje de reunir los requisitos para ser considerada dependiente, tal como se define ese término en la Sección 11.14, o
2. el participante deje de estar cubierto por el Plan y su dependiente no elija la Cobertura de continuación, o
3. el dependiente no realiza el auto-pago requerido para la continuación de la cobertura, o
4. el dependiente agota el periodo máximo de cobertura previsto en las estipulaciones de la continuidad de la cobertura, o
5. el Plan se termina.

Un dependiente cubierto puede optar por salir de la cobertura del Plan debido a la elegibilidad bajo un plan de salud de alto deducible (como una cuenta de ahorro para gastos médicos) a través de otra cobertura primaria, completando el formulario apropiado del Plan con la prueba de que la otra cobertura primaria es un plan de salud de alto deducible. Un dependiente cubierto puede volver a inscribirse en este Plan completando el formulario apropiado del Plan con la prueba de que el dependiente ya no está siendo cubierto por el plan de salud con deducible alto, siempre y cuando el participante siga siendo elegible bajo este Plan. La elegibilidad comenzará el primer día de la terminación de la cobertura del plan con deducible alto.

## **C) Cobertura de los dependientes tras el fallecimiento del participante**

Tras el fallecimiento del participante, la cobertura de los dependientes continuará hasta la fecha posterior de:

1. se agota el plazo para continuar con la elegibilidad en los períodos de calificación anteriores y consecutivos, como se explica en la Sección 3.03 (en este caso, la cobertura continúa sin costo alguno para el dependiente); o

2. el último día del período de cobertura en el que se produjo el fallecimiento del participante.

Esta estipulación se aplica si el participante completó todas las horas mínimas requeridas en la sección 3.03 durante el periodo de calificación en el que se produjo el fallecimiento del participante.

#### **D) Apelación de una decisión de elegibilidad**

Si no está de acuerdo con la decisión de los Fideicomisarios respecto a la elegibilidad de una persona dependiente o a la elegibilidad con auto-pagos, puede apelar la decisión poniéndose en contacto con la oficina del fondo.

#### **Sección 3.06 – Continuación de la cobertura bajo COBRA**

En cumplimiento de una ley federal conocida como Ley de Reconciliación Presupuestaria Ómnibus Consolidada de 1985 ("COBRA"), el Plan ofrece a ciertos empleados y dependientes elegibles la oportunidad de continuar con sus prestaciones de salud, prescripción, dentales y de cuidado de la vista, cuando sea aplicable, haciendo auto-pagos en ciertas instancias donde la elegibilidad para estas prestaciones de otra manera terminaría. Esta cobertura es la "Cobertura de continuación". En caso de conflicto entre las estipulaciones de COBRA del Plan y dichos estatutos, reglamentos u orientaciones, regirán dichos estatutos, reglamentos u orientaciones.

Cada beneficiario calificado que de otra manera perdería la participación en el Plan como resultado de un Evento calificado puede elegir, dentro del período de elección aplicable especificado en la Sección 3.06 B, extender su participación bajo el Plan inmediatamente antes del Evento calificado eligiendo la Cobertura de continuación.

Los beneficiarios calificados que eligen la Cobertura de continuación están sujetos a los mismos límites que los participantes. Si la elegibilidad de un beneficiario calificado para la continuación de la cobertura comienza antes de que finalice el período prescrito para la acumulación de prestaciones hacia un límite máximo, el beneficiario calificado retiene el crédito por las reclamaciones de prestaciones pagadas o los gastos incurridos hacia ese límite antes del comienzo de la continuación de la cobertura como si el Evento calificado no hubiera ocurrido.

El límite restante de cada beneficiario calificado, si lo hay, en la fecha en que comienza la Cobertura de continuación es igual al límite restante de ese individuo inmediatamente antes de esa fecha.

La prueba de buena salud **NO** es necesaria para obtener la Continuación de la Cobertura si el empleado o la(s) persona(s) dependiente(s) elegible(s) cumple(n) con los demás requisitos para la continuación de la cobertura. No obstante, el empleado o la(s) persona(s) dependiente(s) elegible(s) debe(n) tomar ciertas acciones dentro de los periodos de tiempo especificados para efectuar y mantener la Cobertura de continuación.

Puede tener otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura sanitaria de grupo. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Si se inscribe en la cobertura a través del Mercado, puede optar a costos más bajos en sus primas mensuales y a menores gastos de bolsillo. Además, puede tener derecho a un periodo de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud de grupo para el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

#### **A) Definiciones de COBRA**

"Beneficiario calificado" significa cualquier individuo que, el día anterior a un evento calificado, sea un participante o un dependiente cubierto por el Plan en virtud de ser en ese día un empleado o un dependiente de un empleado; siempre y cuando un dependiente que nazca o sea colocado para su adopción con el participante durante un período de

participación extendida sea un beneficiario calificado. Una persona no es un beneficiario calificado si en el día anterior al evento calificado, la persona –

1. participa en el Plan por razón de la elección de otro individuo para ampliar la participación y no es ya un beneficiario calificado por razón de un evento calificado anterior, o
2. tiene derecho a Medicare.

Un empleado puede convertirse en beneficiario calificado sólo en relación con un evento calificado como se define a continuación.

Un beneficiario calificado que no elija la participación extendida según la Sección 3.06 B en relación con un evento calificado deja de ser un beneficiario calificado al final del período de elección especificado en esa Sección.

**"Evento calificado"** significa un evento que satisface los siguientes párrafos (1) y (2):

1. Un evento satisface este párrafo si es –
  - a. la muerte de un empleado;
  - b. la terminación (que no sea por causa de una falta grave del empleado) o la reducción de horas de trabajo de un empleado con un empleador;
  - c. la jubilación o el cese de empleo de un empleado;
  - d. el divorcio o la separación legal ordenada por un tribunal de un empleado de su Cónyuge;
  - e. el hecho de que un empleado adquiriera el derecho a Medicare; o
  - f. que un hijo dependiente deje de ser elegible.
2. Un evento cumple con este párrafo si el evento hace que la persona elegible pierda la cobertura del Plan. A estos efectos, "perder la cobertura" significa dejar de participar en los mismos términos y condiciones que estaban en vigor inmediatamente antes del evento calificado. Si los niveles de prestaciones se reducen o eliminan en previsión de un evento calificado, la reducción o eliminación no se tendrá en cuenta a la hora de determinar si el supuesto provoca una pérdida de cobertura. Además, a efectos de este párrafo, no es necesario que la pérdida de cobertura se produzca inmediatamente después del evento calificado, siempre que la pérdida de cobertura se produzca antes de que finalice el período máximo de cobertura descrito en la sección 3.06 C. Sin embargo, si el participante no perderá la cobertura antes de que finalice lo que sería el período máximo descrito en la sección 3.06 C, el hecho no es un evento calificado.

## **B) Elección de la continuidad de la cobertura**

La disponibilidad de la Cobertura de continuación está condicionada a que el beneficiario calificado elija dicha participación durante el período de elección. El período de elección comienza en o antes de la fecha en que el beneficiario calificado perdería la participación a causa de un Evento Calificante como se describe en la Sección 3.06 A y termina en la fecha que es 60 días después de la última de –

1. la fecha en que el beneficiario calificado perdería la participación a causa del evento calificado, o
2. la fecha en que se envía al beneficiario cualificado la notificación del derecho a elegir la participación ampliada.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cada participante o beneficiario calificado es responsable de notificar a la Mesa Directiva que un hijo dependiente deja de ser un

dependiente elegible o del divorcio o la separación legal ordenada por el tribunal de un participante. Esta notificación debe enviarse a la Mesa Directiva dentro de los 60 días siguientes a la fecha más tardía de –

1. la fecha del evento calificado, o
2. fecha que el beneficiario calificado pierda participación a causa del evento calificado.

Si más de un beneficiario calificado perdiera la participación a causa del divorcio de un participante, la notificación del divorcio enviada por el participante o cualquiera de esos beneficiarios calificados preservarán los derechos de elección de todos los beneficiarios calificados.

Si el beneficiario calificado hace una elección para extender la participación durante el período de elección, la participación se proporcionará durante el período de elección; sin embargo, las reclamaciones de prestaciones incurridas por un beneficiario calificado durante el período de elección no se pagarán antes de que la elección y el pago se realicen.

Un beneficiario calificado que, durante el período de elección, renuncie a la participación ampliada puede revocar la renuncia en cualquier momento antes de que finalice el período de elección. Sin embargo, si dicho beneficiario calificado revoca posteriormente la renuncia, las prestaciones se proporcionarán con carácter retroactivo a la fecha de revocación de la renuncia.

Si un beneficiario calificado que es un ex empleado elige proporcionar a cualquier otro beneficiario calificado una participación extendida, la elección será vinculante para ese otro beneficiario calificado. Sin embargo, la elección de renunciar a la participación ampliada por parte de dicho beneficiario calificado para cualquier otro beneficiario calificado no será vinculante para el otro beneficiario calificado.

Una elección en nombre de un hijo menor de edad puede ser realizada por el padre o tutor legal del hijo. Una elección en nombre de un beneficiario calificado que esté incapacitado o fallezca puede ser realizada por el representante legal del beneficiario calificado o la sucesión del beneficiario calificado, según lo determine la ley estatal aplicable o por el Cónyuge del beneficiario calificado.

### ***Requisitos y límites de la cobertura de continuación***

Evento calificado	Documentos requeridos	Plazos
Divorcio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentencia de divorcio</li> <li>• documento judicial estatal equivalente</li> </ul>	En un plazo de 60 días después de que el beneficiario calificado perdiera la cobertura como efecto del divorcio
Separación legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto de separación legal</li> <li>• documento judicial estatal equivalente</li> </ul>	En un plazo de 60 días después de que el beneficiario calificado perdiera la cobertura como efecto de la separación legal
Fallecimiento del participante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acta de defunción</li> </ul>	En un plazo de 60 días después de que el beneficiario calificado perdiera la cobertura como efecto del fallecimiento
Hijo dependiente que deja de calificar como dependiente bajo el plan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba de edad si se cumple la edad de 26 años o no se presenta prueba de la continuidad de elegibilidad después de los 26 años</li> </ul>	En un plazo de 60 días después de que el beneficiario calificado perdiera la cobertura como efecto de ya no calificar como hijo dependiente

### **C) Finalización de la cobertura de continuación**

La cobertura de continuación elegida comenzará en la fecha de la pérdida de la elegibilidad para participar y terminará en la primera de las siguientes fechas:

1. el último día del período máximo de participación, tal como se describe a continuación;
2. el primer día en que no se efectúe el pago oportuno con respecto al beneficiario calificado, tal como se describe a continuación;
3. la fecha en que la Mesa Directiva deje de mantener cualquier plan de salud colectivo (incluidos los planes sucesores);
4. la fecha en la que el beneficiario calificado pase a estar cubierto por primera vez, después de la fecha de la elección, por cualquier otro plan de salud colectivo que no sea mantenido por la Mesa Directiva, (incluso si dicho plan proporciona prestaciones de menor valor que las proporcionadas por el Plan) como participante o de otra manera, siempre que no contenga ninguna exclusión o limitación con respecto a cualquier condición preexistente de dicho beneficiario calificado o con respecto a la cual dicho período se satisfaga en virtud de la Cobertura Acreditada del beneficiario calificado;
5. la fecha en que el beneficiario calificado tenga derecho a Medicare; o
6. el día anterior al día en que el beneficiario calificado pase a estar cubierto por el Plan sin tener en cuenta COBRA.

El período máximo de participación termina –

1. 18 meses después del evento calificativo, si el evento calificativo que da lugar a los derechos de elección de cobertura extendida es una terminación del empleo (excepto por mala conducta grave), reducción de horas, jubilación o cese;
2. 36 meses después del evento calificativo para cualquier otro tipo de evento calificativo; y
3. 29 meses después del evento calificativo para los beneficiarios calificados que se determine (bajo el Título II o XVI de la Ley Federal de Seguro Social) que han sido incapacitados dentro de los 60 días siguientes al evento calificativo, si el evento calificativo que da lugar a los derechos de elección de participación extendida es la terminación del empleo (excepto por mala conducta grave), la reducción de horas, la jubilación o el despido.

El final del período máximo de participación se mide a partir de la fecha de cese de la cobertura.

En el caso de un beneficiario calificado que se determine que está incapacitado según la Ley Federal del Seguro Social, el beneficiario calificado debe proporcionar una notificación de dicha determinación al Administrador del Plan dentro de los 60 días siguientes a la última:

1. la fecha de determinación,
2. la fecha del evento calificativo, y
3. antes de que finalicen los 18 meses originales de participación prolongada,

con el fin de obtener la prórroga de 11 meses, lo que da lugar a una participación total prolongada de 29 meses de cobertura COBRA.

La participación extendida de dicho beneficiario calificado discapacitado más allá de los 18 meses terminará en el mes que comience más de 30 días después de la fecha en que se

tome la determinación final bajo el Título II o XVI de la Ley de Seguro Social de que dicha persona ya no está incapacitada o, si es anterior, el vigésimo noveno mes después de la fecha en que se produjo dicha terminación de empleo, reducción de horas, jubilación o despido. Los dependientes cubiertos no discapacitados del beneficiario cualificado discapacitado también tienen derecho a la prórroga de 11 meses de participación, lo que da lugar a una prórroga total de 29 meses de cobertura de COBRA.

Si un evento calificativo que da lugar a un periodo máximo de participación de 18 meses es seguido (dentro de ese periodo de 18 meses) por un segundo evento calificativo, como un fallecimiento o un divorcio, el periodo original de 18 meses se amplía a 36 meses, pero sólo para aquellos individuos que eran beneficiarios calificados bajo el Plan a partir del primer evento calificativo y participaban bajo el Plan en el momento del segundo evento calificativo.

Ningún evento calificativo puede dar lugar a un período máximo de participación que finalice más de 36 meses después de la fecha del primer evento calificativo.

#### **D) Costos de la cobertura de continuación**

Los beneficiarios calificados deberán pagar, en tiempo y forma, no más del 102% de la prima aplicable para la cobertura. En el caso de los participantes discapacitados con derecho a un máximo de 29 meses de participación ampliada, se cobrará hasta el 150% de la prima aplicable para los meses 19 a 29. El primer pago debe efectuarse en los 45 días siguientes a la elección de la participación ampliada. Después, los pagos deben efectuarse antes del primer día de cada mes civil de participación, con un periodo de gracia de 30 días.

#### **Procedimientos de notificación**

##### 1. Notificación inicial (general) de COBRA

- a. La notificación general requerida por la ley federal se proporciona como parte de este Documento dentro de esta Sección 3.06, que se enviará por correo al domicilio de cada nuevo participante dentro de los 90 días siguientes al inicio de la cobertura.
- b. Si el participante añade un cónyuge a la cobertura más tarde (por ejemplo, al contraer matrimonio después de que el participante ya tenga cobertura), se pondrá a disposición del nuevo cónyuge un Documento separado en la oficina del fondo o se le enviará por correo a petición.
- c. Si el Documento se proporciona a los nuevos participantes de cualquier otra manera, se enviará por correo una notificación inicial de COBRA independiente al domicilio de cada nuevo participante dentro de los 90 días posteriores al inicio de la cobertura y estará dirigida al participante y a todos los dependientes elegibles. Si un dependiente elegible vive en una dirección diferente a la del participante, el Documento y la notificación general le serán enviados a la dirección separada.

##### 2. Notificación de evento calificativo del empleador

En virtud de este Plan, los empleadores no están obligados a proporcionar notificación de los eventos calificativos al gerente administrativo. Este Documento establece que el gerente administrativo determinará si se ha producido un evento calificativo debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo del empleado, al fallecimiento del empleado o a que el empleado adquiriera el derecho a Medicare. Para realizar dichas determinaciones, el gerente administrativo utilizará los registros del Plan para determinar la pérdida de elegibilidad debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo y se basará en la notificación oportuna del participante de otros eventos calificativos.

### 3. Notificación de evento calificador del empleado

Un participante debe notificar por escrito al gerente administrativo dentro de los 60 días siguientes a un evento calificador que sea el divorcio o la separación legal del empleado (o participante jubilado) y del cónyuge o de un hijo dependiente que deje de cumplir los requisitos del Plan para ser considerado dependiente elegible.

### 4. Notificación de elección de COBRA

El Plan ha adoptado un formulario estándar para que el gerente administrativo lo utilice para proporcionar la notificación de la elegibilidad de un beneficiario calificado para la Cobertura de continuación COBRA.

La notificación se enviará a cada beneficiario calificado dentro de los 14 días siguientes a la recepción de la notificación de un empleado de un evento calificador que sea un divorcio o separación legal o que un hijo deje de calificar como dependiente elegible bajo los términos del Plan.

Cuando se produzca un evento calificador que sea el cese de la relación laboral del empleado, la reducción de horas, el fallecimiento o la adquisición del derecho a Medicare, la notificación se enviará a cada beneficiario calificado dentro de los 44 días siguientes a la primera de las siguientes fechas:

- a. la fecha en la que el participante o beneficiario perdería la cobertura debido a un evento calificador, o
- b. la fecha del evento calificador (si la cobertura debe finalizar inmediatamente a partir del evento calificador en lugar de al final del período de cobertura en el que se produce el evento calificador).

### 5. Indisponibilidad de la notificación de COBRA

- a. Cuando el gerente administrativo reciba una notificación de un empleado o beneficiario relacionada con un evento calificador, un segundo evento calificador o la determinación de incapacidad por parte de la Administración del Seguro Social con respecto a un empleado Cubierto, beneficiario calificado u otro individuo y el gerente administrativo determine que el individuo no tiene derecho a la Cobertura de continuación COBRA, el gerente administrativo proporcionará una notificación explicando por qué el individuo no tiene derecho a la Cobertura de continuación COBRA.
- b. La notificación de no disponibilidad se enviará dentro de los 14 días siguientes a la recepción de la notificación del empleado u otro individuo.

### 6. Notificación de terminación anticipada de la Cobertura de continuación COBRA

- a. Siempre que la Cobertura de continuación COBRA se termine antes de la última fecha indicada en la Notificación de Elección, se debe enviar una notificación a todos los beneficiarios calificados afectados explicando la razón de la terminación, la fecha de terminación y cualquier derecho que el beneficiario calificado pueda tener bajo el Plan o bajo la ley aplicable para elegir una cobertura grupal o individual alternativa, tal como un derecho de conversión.
- b. La notificación de terminación se proporcionará tan pronto como sea posible tras la determinación del gerente administrativo de que la continuación de la cobertura debe terminar.

### **Sección 3.07 – Extensión de las prestaciones en caso de fallecimiento (sólo Clase A)**

Si un participante fallece y ha completado todos los requisitos de 260 horas descritos en la Sección 3.03 para el Período de Calificación en el que ocurrió su muerte, la cobertura para sus dependientes cubiertos continuará bajo esta Subsección. La ampliación de la cobertura durará hasta la primera de las siguientes fechas –

- A) se hayan utilizado las horas de empleo acreditadas, o
- B) el Plan se termina.

### **Sección 3.08 – Continuación de la cobertura para hijos discapacitados**

Si un hijo dependiente soltero es incapaz de mantener un empleo por sí mismo debido a una discapacidad mental o física y –

- A) cumple con la definición de Incapacidad tal y como se define en la sección 11.16, y
- B) quedó incapacitado antes de cumplir los 19 años, y
- C) depende principalmente del participante para su apoyo y sustento, y
- D) si el participante proporciona la debida prueba de dicha incapacidad sin costo alguno a la oficina del fondo dentro de los 120 días siguientes al día en que dicho hijo dependiente cumpla los 26 años de edad,

la cobertura de dicho dependiente continuará mientras la cobertura del participante bajo el Plan siga vigente y dicho dependiente siga Incapacitado.

La Mesa Directiva podrá exigir, a intervalos razonables durante los dos años siguientes a que el dependiente cumpla los 19 años de edad, pruebas posteriores de la Incapacidad y dependencia de dicho dependiente. Después de este período de dos años, la Mesa Directiva podrá exigir una prueba posterior de la incapacidad y dependencia de dicho dependiente a cargo una vez al año. Tal y como se describe en el apartado 8.02, la Mesa Directiva podrá delegar la revisión de la prueba de incapacidad y dependencia.

### **Sección 3.09 – Ley de Licencia Médica Familiar**

La Ley de Licencia Médica Familiar de 1996 (FMLA) crea un derecho federal para que un empleado de Clase A se tome hasta 12 semanas de licencia no remunerada por su Enfermedad grave, el nacimiento o adopción de un hijo, o para cuidar a su Cónyuge, padre o hijo gravemente enfermo. A partir del 28 de enero de 2008, el cónyuge, hijo, padre o pariente más cercano de un miembro de las Fuerzas Armadas, incluido un miembro de la Guardia Nacional o de las Reservas, que esté sometido a tratamiento médico, recuperación o terapia, que esté en estado ambulatorio o que esté en la lista de retirados por incapacidad temporal, por una lesión o enfermedad grave, podrá tomarse hasta 26 semanas laborales de permiso FMLA para cuidar de dicho familiar.

Además, un empleado puede tomar hasta 12 semanas laborales de licencia FMLA por una "exigencia calificante" que surja del hecho de que el cónyuge, hijo, hija o padre del empleado esté en servicio activo en las Fuerzas Armadas o haya sido notificado de una inminente llamada u orden de servicio activo. Una "exigencia" es un estado de circunstancias que plantea exigencias urgentes según la definición del reglamento.

La FMLA exige que los empleadores mantengan la cobertura de asistencia médica bajo cualquier plan de salud en los mismos términos y condiciones que si usted siguiera empleado durante la duración de la licencia. Además, la FMLA establece que si un empleado se toma una licencia familiar o médica no puede perder ninguna de las prestaciones que hubiera acumulado antes de la licencia. El Plan reconocerá la elegibilidad para una baja médica familiar siempre que el empleador conceda adecuadamente la baja según la FMLA y el empleador realice los

pagos requeridos al Plan. Estas contribuciones requeridas se basarán en el índice de contribución por hora establecido por el acuerdo de negociación colectiva aplicable entre el Sindicato y las Asociaciones, basado en 260 horas mínimas requeridas por período de calificación

Si toma una licencia FMLA y no regresa a su empleador por cualquier motivo después de dicha ausencia, su empleador tiene derecho a cobrar todas las contribuciones realizadas en su nombre durante dicha licencia. Por lo tanto, para asegurar la continuidad de su cobertura bajo el Plan y para evitar el posible reembolso de dichas contribuciones a su empleador, debe regresar al trabajo al final de su licencia FMLA.

Además, si avisó al empleador que le concedió la licencia FMLA de que no tenía intención de volver a trabajar, entonces el empleador debe notificar a la oficina del fondo la fecha en que avisó al empleador de que no tenía intención de volver a trabajar.

Si tiene alguna pregunta sobre la FMLA, debe ponerse en contacto con su empleador o con la oficina más cercana de la División de Salarios y Horas, que aparece en la mayoría de las guías telefónicas bajo el nombre de Gobierno de los Estados Unidos, Departamento de Trabajo, Administración de Normas de Empleo. También puede consultar la página web de la FMLA del Departamento de Trabajo en: [www.dol.gov/esa/whd/fmla](http://www.dol.gov/esa/whd/fmla).

### **Sección 3.10 – Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA)**

**DEBE NOTIFICAR INMEDIATAMENTE A LA OFICINA DEL PLAN CUANDO  
SEPA QUE VA A INGRESAR AL SERVICIO MILITAR**

- **Fecha de vigencia**

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 ("USERRA") fue firmada como ley el 13 de octubre de 1994 para proteger la elegibilidad de un empleado y ofrecer la continuación de la cobertura (auto-pago) al empleado y sus dependientes después de que el empleado ingrese al servicio militar.

- **Estipulaciones**

1. Cobertura de regreso al trabajo garantizada

La ley USERRA exige a un empleador o a un plan de asistencia médica multiempresarial, que proteja las prestaciones de asistencia médica que el empleado ya haya obtenido hasta el momento en que éste ingrese en el servicio militar, si el empleado vuelve a solicitar trabajo dentro de los plazos prescritos después de una baja honorable.

Según esa ley, la elegibilidad acumulada en el futuro puede utilizarse inmediatamente o puede "congelarse" al celebrar el servicio militar. Si se congela, se restablece por completo cuando el empleado vuelve a solicitar trabajo con el mismo empleador o, en el caso de un plan multiempresarial, con cualquier empleador que sea signatario del convenio colectivo. Si un empleado ingresa en el servicio militar, en lugar de tener que hacer esta elección, los Fideicomisarios han acordado permitir esta ampliación tanto inmediatamente después de esta reducción de horas trabajadas como cuando el empleado regrese del servicio activo y vuelva a solicitar trabajo.

Cuando un empleado regresa del servicio, no se puede imponer ninguna exclusión o período de espera en relación con el restablecimiento de la cobertura de asistencia médica que no se aplicaría si el empleado no hubiera celebrado el servicio militar.

2. Continuación de la cobertura mientras se está en el ejército

La USERRA exige que un plan de asistencia médica de grupo ofrezca una cobertura de asistencia médica idéntica durante un **máximo de 24 meses** a las personas que tienen una cobertura en relación con su empleo pero que se ausentan de dicho empleo debido al servicio militar. En efecto, el servicio militar se trata como si fuera un "evento calificativo" a efectos de COBRA y se ofrece la continuación de la cobertura al participante y a los dependientes elegibles a un costo establecido por los Fideicomisarios.

Si la notificación a la oficina del fondo se retrasa varios meses, la prórroga de la cobertura por un máximo de 24 meses comienza con la fecha inicial de entrada en el servicio militar y puede cobrarse un pago retroactivo hasta esa fecha. El participante tiene la obligación de notificar a la oficina del fondo tan pronto como sepa que va a celebrar el servicio militar si desea beneficiarse de la continuación de la cobertura. La falta de notificación a la oficina del fondo puede considerarse como una indicación de que el participante no desea comprar la cobertura para sí mismo o para sus dependientes elegibles.

3. Requisitos para el reemplazo al regresar del servicio

El período de solicitud de reemplazo se basa en un calendario que depende de la duración del servicio militar. *Para un servicio de menos de 31 días*, la solicitud de reemplazo en un empleador signatario debe presentarse al comienzo del siguiente período de trabajo regular programado el primer día después de la liberación del servicio, teniendo en cuenta el transporte seguro más un período de descanso de ocho horas. *Para el servicio militar de 31 días o más pero menos de 181 días*, se debe presentar una solicitud de reemplazo dentro de los 14 días (días naturales, no días laborables) después de la liberación del servicio. *Para el servicio de más de 181 días*, se debe presentar una solicitud de reemplazo en un plazo de 90 días (días naturales, no días laborables) después de una baja honorable.

### **Sección 3.11 – Orden calificada de apoyo médico infantil**

El término "Orden calificada de apoyo médico infantil" ("QMCSO" por sus siglas en inglés) significa una orden calificada de apoyo médico infantil que crea o reconoce la existencia del derecho de un Receptor Alterno a, o asigna a un Receptor Alterno el derecho a, recibir prestaciones del Plan y que cumple con los requisitos de una QMCSO. Un Receptor Alterno en virtud de un QMCSO tendrá derecho a las prestaciones del Plan sólo si el participante es elegible.

Las prestaciones pagadas a un Receptor Alterno serán del nivel de prestaciones disponibles en el Plan en el momento en que se produjo el gasto.

En caso de que el participante pierda la elegibilidad y la recupere posteriormente, se restablecerá automáticamente la elegibilidad de un Receptor Alterno en virtud de un QMCSO no vencido.

El Plan ha establecido procedimientos para determinar si una orden de apoyo médico a los hijos es una QMCSO y su administración, de acuerdo con los requisitos de la ley federal.

Los procedimientos seguidos por el Plan en la tramitación de una QMCSO están disponibles en la oficina del fondo de forma gratuita previa solicitud.

## ARTÍCULO IV - DESCRIPCIÓN DE LAS PRESTACIONES - CLASE A

En esta sección se describen las prestaciones que figuran en el siguiente cuadro. Esta tabla sólo pretende ofrecerle un breve resumen de las prestaciones médicas disponibles. Consulte la Descripción de prestaciones que comienza inmediatamente después de la tabla para comprender plenamente las prestaciones y los máximos o limitaciones específicos.

Las prestaciones de atención dental, oftalmológica, auditiva y de tarjeta de medicamentos recetados no se resumen en esta tabla. Para obtener información completa, consulte la sección correspondiente dentro de este artículo.

El Plan proporciona prestaciones sólo para los servicios cubiertos médicamente necesarios y los cargos expresamente descritos en el Plan. **Cualquier omisión de servicio o cargo se presumirá como una exclusión, aunque no se indique expresamente como tal.**

**NO TODAS LAS PRESTACIONES ESTÁN DISPONIBLES PARA TODAS LAS PERSONAS CON DERECHO A ELLAS. CONSULTE EL ESQUEMA DE PRESTACIONES DEL ARTÍCULO II PARA DETERMINAR SI USTED O SUS DEPENDIENTES TIENEN DERECHO A ALGUNA PRESTACIÓN EN PARTICULAR.**

**ADEMÁS, ALGUNAS PRESTACIONES ESTÁN SUJETAS A LA REVISIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA TAL Y COMO SE DESCRIBE EN EL ARTÍCULO 8.15**

Descripción de prestaciones cubiertas	Cantidad de copago del plan Las cantidades de copago se basan en un porcentaje del cargo aprobado		¿Su cantidad de copago ayuda a cumplir su límite de gastos de bolsillo?	Necesita cumplir con su deducible del Año del Plan antes de recibir las prestaciones?
	En la Red	Fuera de la Red		
Prestación médica general	75%	50%	Si	Si
Prestación quiropráctica <i>Ver descripción de prestaciones en la Sección 4.05 para limitaciones específicas</i>	75%	50%	Si	Si
Prestación de educación y formación en diabetes	75%	50%	Si	Si
Prestación para cuidados paliativos <i>Ver descripción de prestaciones en la Sección 4.10 para limitaciones específicas</i>	75%	50%	Si	Si
Prestaciones de consulta médica de LiveHealth Online <i>Sólo dentro en la Red Ver descripción de prestaciones en la Sección 4.18 para limitaciones específicas</i>	100%	0%	No	No

<b>Descripción de prestaciones cubiertas</b>	<b>Cantidad de copago del plan</b> Las cantidades de copago se basan en un porcentaje del cargo aprobado		<b>Su cantidad de copago ayuda a cumplir su ímite de - gasto de bolsillo?</b>	<b>Necesita cumplir con su deducible del Año del Plan antes de Recibir las prestaciones?</b>
	<b>En la Red</b>	<b>Fuera de la Red</b>		
Prestación para trastornos mentales y nerviosos <i>Ver descripción de prestaciones en la Sección 4.11 para limitaciones específicas</i>	75%	50%	Si	Si
Prestación de atención preventiva de rutina <i>Ver descripción de prestaciones en la Sección 4.13 para limitaciones específicas</i>	100%	50%	No	No (En la Red) Si Fuera de la Red)
Prestación por abuso de sustancias <i>Ver descripción de prestaciones en la Sección 4.14 para limitaciones específicas c</i>	75%	50%	Si	Si
Prestación para la disfunción de la articulación temporomandibular (ATM) <i>Ver descripción de prestaciones en la Sección 4.15 para limitaciones específicas</i>	75%	50% hasta \$1,500 máximo de por vida	Si	Si
Prestaciones para trasplantes <i>Ver descripción de prestaciones en la Sección 4.16 para limitaciones específicas</i>	75%	50%	Si	Si

#### **Sección 4.01 – Prestación de seguro de vida (sólo para empleados elegibles)**

Tras el fallecimiento de un empleado que reúna los requisitos, el Plan pagará una prestación de seguro de vida por la cantidad establecida en el Esquema de prestaciones al beneficiario designado del empleado fallecido. La póliza completa está disponible para su revisión en la oficina del fondo. El pago de dicha prestación de seguro de vida dependerá de que la oficina del fondo reciba la prueba adecuada del fallecimiento del empleado elegible. La prueba adecuada del fallecimiento del empleado elegible incluye un formulario de Reclamación de prestaciones, el original o la copia certificada del certificado de defunción y la notificación del obituario.

En el caso de que el empleado fallecido fallezca sin designar a un beneficiario o en el caso de que el beneficiario designado haya fallecido antes que el empleado, la cantidad de la prestación del seguro de vida se pagará al primero que corresponda de los siguientes individuos supervivientes en partes iguales, en orden descendente:

Cónyuge sobreviviente del empleado fallecido; hijo o hijos; padres; hermanos; o en su defecto, a la herencia del empleado fallecido.

Las prestaciones pagaderas a los hijos menores de edad podrán pagarse al tutor legal del menor.

Un empleado elegible puede designar a cualquier persona o personas físicas o jurídicas como beneficiario de cualquier prestación de seguro de vida pagadera con cargo al Plan, presentando la designación, por escrito, en la oficina del fondo. Un empleado elegible puede designar un nuevo beneficiario en cualquier momento presentando una nueva Tarjeta de Registro en la oficina del fondo. Cualquier cambio **NO** entrará en vigor hasta que se reciba en la oficina del fondo, y ni el Plan ni los Fideicomisarios serán responsables de ningún pago realizado antes de que el cambio se reciba en la oficina del fondo.

Si un empleado elegible designa a más de un beneficiario sin especificar sus respectivos intereses, la prestación de seguro de vida se pagará en partes iguales.

No obstante lo anterior, la designación de un empleado de su cónyuge como beneficiario quedará anulada automáticamente en caso de divorcio. Si el empleado desea mantener la designación de beneficiario de un ex cónyuge, deberá rellenar una nueva tarjeta de beneficiario con fecha posterior al divorcio.

#### **Conversión a póliza de seguro individual**

Si un empleado elegible ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para la prestación del seguro de vida o si el empleo con el empleador termina, el empleado puede convertir la cobertura de la prestación de seguro de vida grupal a una póliza de seguro individual con la compañía de seguros que proporciona cobertura para el Plan dentro de los 31 días siguientes a la terminación de la elegibilidad del empleo. No se requerirá ningún examen médico.

La póliza de seguro individual entrará en vigor y las primas serán pagaderas al final del periodo de 31 días. Si un empleado elegible fallece durante este periodo de 31 días, la cobertura del Seguro de Vida se pagará tanto si el empleado ha solicitado una póliza de seguro individual como si no.

#### **Sección 4.02 – Prestación por muerte accidental y desmembramiento (sólo para empleados de la Clase A o AS)**

Cuando las lesiones corporales causadas únicamente por medios accidentales no profesionales (independientes de otras causas) den lugar a cualquiera de las siguientes pérdidas dentro de los 355 días siguientes a la fecha del accidente, el Plan pagará la cantidad especificada en el baremo de prestaciones. La cantidad por la pérdida de la vida se pagará al beneficiario designado. La cantidad por pérdida de miembro(s), vista, oído y/o parálisis se paga al empleado.

El término "Pérdida", tal y como se utiliza en esta parte, con referencia a la mano o al pie, significa la separación completa a través o por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo y, con referencia al ojo, significa la pérdida irrecuperable de toda la vista del mismo. Si se sufre más de una pérdida, el Plan pagará las prestaciones correspondientes a la mayor de ellas.

**NO** se pagarán prestaciones por cualquier pérdida que resulte de:

- A) Una lesión relacionada con el trabajo;
- B) Suicidio o lesiones auto-infligidas intencionadamente mientras se está sano;
- C) Lesiones debidas al combate durante la guerra o como resultado de un acto de guerra; declarada o no declarada;
- D) Servicio militar o naval en cualquier país; o
- E) Lesiones o pérdida de la vida de un empleado que resida fuera de los EEUU.

En el caso de que el empleado fallecido muera sin designar a un beneficiario o en el caso de que el beneficiario designado haya fallecido antes que el empleado, la cantidad de la prestación por muerte accidental y desmembramiento se pagará al primero que corresponda de los siguientes individuos supervivientes en partes iguales, en orden descendente:

Cónyuge sobreviviente del empleado fallecido; hijo o hijos; padres; hermanos; o en su defecto, a la herencia del empleado fallecido.

Las prestaciones pagaderas a los hijos menores de edad podrán pagarse al tutor legal del menor.

Un empleado elegible puede designar a cualquier persona o personas físicas o jurídicas como beneficiario de cualquier prestación por muerte accidental pagadera con cargo al Plan, presentando la designación, por escrito, en la oficina del fondo. Un empleado elegible puede designar un nuevo beneficiario en cualquier momento presentando una nueva Tarjeta de Registro en la oficina del fondo. Cualquier cambio **NO** entrará en vigor hasta que se reciba en la oficina del fondo, y ni el Plan ni los Fideicomisarios serán responsables de ningún pago realizado antes de que el cambio se reciba en la oficina del fondo.

Si un empleado elegible designa a más de un beneficiario sin especificar sus respectivos intereses, la prestación por muerte accidental se pagará en partes iguales.

No obstante lo anterior, la designación de un empleado de su cónyuge como beneficiario quedará anulada automáticamente en caso de divorcio. Si el empleado desea mantener la designación de beneficiario de un ex cónyuge, deberá rellenar una nueva tarjeta de beneficiario con fecha posterior al divorcio.

#### ***Sección 4.03 - Prestación por pérdida de tiempo (sólo para empleados de la Clase A)***

Cuando una lesión o enfermedad provoque que un empleado Clase A elegible (que no esté jubilado) esté Totalmente Incapacitado, impida que el empleado Clase A elegible se dedique a la ocupación regular o habitual del empleado, y el empleado Clase A no esté trabajando a cambio de ninguna remuneración o beneficio, el Plan pagará la prestación por Pérdida de tiempo según se establece en el Esquema de prestaciones.

Cada participante con incapacidad total que esté bajo el cuidado de un médico por una lesión o enfermedad recibirá los beneficios por la ausencia debida a la lesión o enfermedad que constituya un período de incapacidad total después de solicitar los beneficios y satisfacer el período de espera establecido en el Esquema de prestaciones. Tras el período de espera aplicable, el participante con incapacidad total recibirá las prestaciones pagaderas semanalmente por la cantidad especificada en el baremo de prestaciones. Las prestaciones por lesiones no profesionales comienzan el primer día de la incapacidad total y las prestaciones por enfermedad comienzan el octavo día de la incapacidad total. A efectos de esta prestación, si no

se busca tratamiento para una lesión en las 72 horas siguientes a sufrirla, la Incapacidad Total se tratará como una Enfermedad y las prestaciones no comenzarán hasta el octavo día.

Si el periodo de incapacidad total supera el tiempo de recuperación previsto para esa afección médica, su caso se enviará a una revisión médica que requerirá la presentación de historiales médicos. El tiempo de recuperación previsto se determinará inicialmente de acuerdo con la norma vigente en ese momento establecida por el *Work Loss Data Institute*. Se permitirá una prórroga previa validación de la necesidad médica. En ningún caso se pagará la prestación por más de las 13 semanas máximas.

Los periodos sucesivos de incapacidad total debidos a la misma causa o a causas relacionadas se considerarán como el mismo periodo de incapacidad total, a menos que estén separados por una autorización de vuelta al trabajo por parte de su médico. A efectos de esta prestación, se considerará Incapacidad Laboral toda lesión que se produzca en el curso de cualquier ocupación o empleo remunerado o lucrativo. Todas las demás incapacidades totales se considerarán una incapacidad no ocupacional.

No se pagarán prestaciones en virtud de esta Sección a menos que el empleado de Clase A que reúna los requisitos esté bajo el cuidado y la atención regular de un Médico o Cirujano. El Plan requiere una prueba razonable de la Incapacidad Total inicial y continuada.

#### **Sección 4.04 – Prestaciones médicas generales**

Los gastos médicos incluidos en la prestación médica general se pagarán por los cuidados y servicios médicamente necesarios que sean ordenados y prescritos por un médico de acuerdo con el cuadro de prestaciones. Los gastos médicos sólo se cubrirán si el proveedor o el centro están debidamente autorizados y/o certificados por la legislación estatal y/o federal, según corresponda, para prestar los servicios.

##### **A) Cantidad deducible**

Antes de que se paguen las reclamaciones de prestaciones según el Plan, deberá satisfacer una cantidad deducible. Esta es la cantidad en dólares de los Cargos Cubiertos que usted paga cada Año del Plan antes de que el Plan pague cualquier prestación. Existe una cantidad deducible distinta para los servicios dentro de la red, los servicios fuera de la red y las consultas en la sala de emergencias.

1. Cantidad del deducible dentro de la red

La cantidad del deducible dentro de la red es de \$300 por persona o \$600 por familia por año del plan. La cantidad del deducible dentro de la red no se aplica a las prestaciones que no están sujetas a un deducible.

2. Cantidad del deducible fuera de la red

La cantidad del deducible fuera de la red es de \$600 por persona y año del plan, sin máximo familiar. La cantidad del deducible fuera de la red no se aplica a las prestaciones que no están sujetas a un deducible.

3. Cantidad del deducible para la sala de emergencias

La cantidad del deducible para la sala de emergencias es de \$70 por persona y por consulta, sin máximo familiar. El deducible de la sala de emergencias es un deducible separado por razones que no sean una enfermedad grave que ponga en peligro la vida (verificada por un médico), un accidente (para las consultas que se produzcan dentro de las 72 horas siguientes al accidente) o la admisión como paciente interno, incluyendo la observación, si es admitido.

##### **B) Copago**

Algunos servicios sanitarios cubiertos requieren que usted pague un "Copago". El término copago puede referirse a la parte del Servicio Cubierto que corresponde al Plan o a su parte. Los copagos se aplican después de que se haya satisfecho la cantidad del deducible, si procede.

**C) Límite de gastos de bolsillo**

La cantidad que se paga de su bolsillo en un Año del Plan por los gastos cubiertos se denomina Límite de gastos de bolsillo. Una vez que alcance la cantidad máxima indicada en el Esquema de prestaciones en un Año del Plan, el Plan pagará el 100% de sus gastos médicos cubiertos durante el resto del Año del Plan.

**D) Máximos anuales y vitalicios**

No hay máximos anuales ni vitalicios.

**E) Gastos cubiertos**

Los gastos médicos incluidos en la prestación médica general se pagarán por los siguientes cuidados y servicios médicamente necesarios que sean ordenados y prescritos por un médico:

1. Los gastos de alojamiento y comida en el hospital (cubren el índice de una habitación semiprivada si se utiliza una habitación privada o el índice medio de una habitación semiprivada si se utiliza una habitación privada; y cubren una Unidad de Cuidados Intensivos u otra(s) unidad(es) de cuidados especializados),

Si una persona elegible es admitida como paciente interno en un Hospital, y dicha admisión ocurre en viernes o sábado, entonces el procedimiento quirúrgico o el tratamiento recomendado por un Médico debe comenzar dentro de las 24 horas, de lo contrario, los gastos de habitación y alimentación en el Hospital y los servicios y suministros necesarios no serán pagados por el Plan y no contarán para ningún máximo de desembolso. Sin embargo, esto no se aplicará a un ingreso de fin de semana que sea Médicamente Necesario y recomendado por un Médico.

2. Otros gastos de hospitalización (excluyendo los servicios personales como el teléfono, la televisión, etc.) que incluyan: quirófano, medicamentos (excluyendo los medicamentos comprados con la prestación de medicamentos recetados descrita en la sección 4.12), sangre y plasma sanguíneo (incluyendo su administración y los gastos asociados a la auto-donación de sangre antes de una intervención quirúrgica planificada si lo recomienda el médico que le atiende), exámenes de rayos x, tratamiento con radiación, fisioterapia, pruebas de laboratorio, vendajes quirúrgicos y material médico.
3. Los honorarios de los médicos, las consultas (incluidas dos consultas por Año del Plan relacionadas con el cese del tabaquismo) y las visitas al hospital, pero excluyendo los gastos que estén relacionados con procedimientos quirúrgicos.
4. Cargos UCR por procedimientos quirúrgicos realizados por un médico. Los procedimientos quirúrgicos pueden realizarse en el hospital, en el consultorio del médico o en otro centro aprobado por el Plan.

En cumplimiento de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, el Plan cubrirá los cargos UCR incurridos por las participantes o dependientes cubiertas con respecto a una mastectomía, incluyendo, si la persona elegible elige la reconstrucción de la mama, la siguiente asistencia médica y dispositivos protésicos de la manera que se determine en la consulta con el médico tratante de la participante y la persona elegible:

- a. reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
  - b. cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
  - c. prótesis y complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, incluidos los linfedemas.
5. Servicios de una enfermera licenciada o de una enfermera práctica licenciada, que no sea una persona que resida habitualmente en el domicilio del participante o de la persona dependiente cubierta o que sea un miembro de su familia inmediata (compuesta por el cónyuge del participante y los hijos, hermanos y padres de dicho participante o cónyuge del participante).

6. Gastos y servicios de fisioterapia, logopedia o terapia ocupacional El tratamiento debe ser proporcionado por un fisioterapeuta, logopeda o terapeuta ocupacional que no sea una persona que resida habitualmente en el domicilio del participante o de la persona dependiente cubierta o que sea un miembro de su familia inmediata (compuesta por el cónyuge del participante y los hijos, hermanos y padres de dicho participante o cónyuge del participante).

Terapia física y ocupacional:

- Para las personas elegibles de 14 años o más, se permiten 12 consultas de terapia. Las consultas adicionales deben ser revisadas por el Programa de Revisión de la Atención Médica, como se explica en la sección 8.15.
- Para las personas elegibles menores de 14 años, todas las consultas deben ser revisadas por el Programa de Revisión de Cuidados Médicos como se explica en la Sección 8.15.

Logopedia:

- Todas las consultas deben ser revisadas por el Programa de Revisión de la Atención Médica, tal y como se explica en la sección 8.15, independientemente de la edad de la persona elegible.

Póngase en contacto con el proveedor de revisión de la atención médica del Fondo, Hines & Associates, Inc. en el 1-800-559- 5257 o en [www.precertcare.com](http://www.precertcare.com) para obtener una pre-certificación o para recibir más información sobre esta prestación.

7. Tratamiento dental por parte de un médico o un dentista o cirujano dental autorizado, por fractura de mandíbula o por lesión de dientes naturales sanos como consecuencia de un accidente, incluida la sustitución de dichos dientes siempre que el tratamiento se complete dentro de los seis meses siguientes a la fecha del accidente o por los siguientes procedimientos:

- a. alveoectomía;
- b. apicectomía;
- c. frenectomía;
- d. gingivectomía;
- e. cirugía ósea;
- f. ostectomía;
- g. osteoplastia;
- h. extirpación de quistes;
- i. extracción quirúrgica de dientes impactados;
- j. torus mandibularis y
- k. torus palatinus

Todos los gastos dentales pagados bajo la prestación médica general se presentan a través de Delta Dental.

8. Tratamiento con rayos X o radio.
9. Las radiografías de diagnóstico y las pruebas de laboratorio (incluidas las pruebas de laboratorio asociadas a las consultas para dejar de fumar, limitadas a dos veces por Año del Plan) que se realicen como parte de un examen médico de rutina o que sean necesarias para diagnosticar una lesión o enfermedad aparente. Asimismo, no se cubrirán las radiografías dentales, a menos que estén asociadas a un procedimiento quirúrgico oral cubierto o que se realicen dentro de los seis meses siguientes a la fecha de un accidente para el tratamiento dental de una fractura de mandíbula o por una Lesión en los dientes naturales.

10. Servicio local de ambulancia profesional y ambulancia aérea en situaciones de emergencia, excepto el servicio por ferrocarril, barco, autobús, avión u otro transportista común.
11. Suministros médicos, limitados a: fármacos y medicamentos que requieran legalmente una receta, obtenidos legalmente de un farmacéutico autorizado y recetados por un médico autorizado en ese momento (pero no los fármacos o dispositivos anticonceptivos ni los medicamentos comprados mediante la prestación de la tarjeta de medicamentos recetados descrita en la sección 4. 12) la sangre y el plasma sanguíneo; los miembros y ojos artificiales y el costo inicial y las prótesis de reemplazo si son necesarias como resultado del crecimiento, los cambios patológicos o el desgaste (incluidas las prótesis mamarias externas); los vendajes quirúrgicos; los yesos; las férulas; los bragueros; las abrazaderas; las muletas; las mangueras; las máscaras; los cables para las unidades TENS; las baterías y el alquiler hasta el precio de compra de Equipos Médicos Duraderos como una silla de ruedas, una cama de hospital o un pulmón de acero y el oxígeno y el equipo para su administración. Las reparaciones de las partes integrantes del Equipo Médico Duradero comprado están cubiertas siempre que el equipo siga siendo médicamente necesario y la reparación cueste menos de lo que costaría sustituir el equipo roto.
12. El primer par de lentes de contacto o gafas prescritas y obtenidas en el plazo de un año tras la cirugía de cataratas.
13. Una segunda opinión cuando un médico ha recomendado una cirugía electiva.
14. Atención a la maternidad y al recién nacido: las prestaciones por maternidad incluyen todos los servicios médicos relacionados con la maternidad para la atención prenatal, la atención postnatal, el parto y cualquier otra complicación relacionada. Cuando un embarazo (incluido el parto resultante o las complicaciones derivadas del mismo) haga que una empleada o cónyuge dependiente que reúna los requisitos tenga que incurrir en gastos, incluidos los de parteras y centros de parto autorizados, el Plan pagará las reclamaciones de prestaciones por el embarazo sobre la misma base que cualquier otra lesión o enfermedad. Los pagos de las prestaciones por pérdida de tiempo se harán a la empleada elegible de acuerdo con las estipulaciones de pérdida de tiempo explicadas en la Sección 4.03.

**LAS PRESTACIONES DE MATERNIDAD SE PAGAN ÚNICAMENTE EN EL MARCO DE LA PRESTACIÓN MÉDICA GENERAL Y ESTÁN SUJETAS A LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES QUE RIGEN LAS PRESTACIONES INDIVIDUALES PARA CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O LESIÓN DEL PLAN.**

El Plan cumple con una ley federal conocida como Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres de 1996 ("Ley de Recién Nacidos") que exige que el Plan no pueda restringir ninguna estancia en el hospital en relación con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el Plan puede pagar una estancia más corta si el proveedor que la atiende (por ejemplo, el médico, la enfermera partera o el asistente del médico), después de consultar con la madre, está de acuerdo con una fecha de alta más temprana para la madre y su recién nacido.

Según la Ley del Recién Nacido, el Plan **NO** puede establecer el nivel de prestaciones o los gastos de bolsillo de manera que cualquier parte posterior de la estancia de 48 horas (o 96 horas en caso de cesárea) sea tratada de manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier otra parte de la estancia.

Además, en virtud de la Ley del Recién Nacido, el Plan no puede exigir que un médico u otro proveedor de asistencia médica obtengan autorización para prescribir una estancia de hasta 48 horas (o 96 horas en el caso de una cesárea). Sin embargo, el Plan puede exigir una certificación previa para utilizar determinados proveedores o instalaciones o para reducir los gastos de bolsillo.

Las prestaciones de maternidad **NO** se pagan en nombre de los hijos dependientes que reúnan los requisitos para los gastos ocasionados por el embarazo, el parto o el aborto.

15. Anestésicos y su administración.
16. Los gastos por esterilización quirúrgica electiva y dispositivos de control de la natalidad, incluyendo (pero sin limitarse a) DIUs, implantes anticonceptivos y cualquier dispositivo similar u otros métodos de control de la natalidad y todos los gastos relacionados, pero sin incluir los gastos por abortos electivos utilizando medicamentos como RU-486 o abortos quirúrgicos u otros medicamentos, dispositivos, métodos o procedimientos abortivos. Los anticonceptivos orales recetados están cubiertos por la prestación de la tarjeta de medicamentos recetados en la sección 4.12.
17. Gastos por zapatos y plantillas para diabéticos si la necesidad de dichos artículos es Médicamente Necesaria y es consecuencia de la diabetes. La cobertura se limita a no más de un par de zapatos moldeados a medida (incluidas las plantillas proporcionadas con los zapatos y tres pares de plantillas (los tres pares de plantillas no incluyen las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). por participante o dependiente por año del plan.
18. Pruebas genéticas, cuando sean médicamente necesarias y se obtenga la pre-certificación requerida.
19. A partir del 1 de abril de 2020, los gastos y servicios de terapia visual o entrenamiento visual, hasta 12 visitas hasta los 18 años. A partir de los 18 años se requiere una certificación previa. Póngase en contacto con el proveedor de revisión de la atención médica de la Caja, Hines & Associates, Inc. en el 1-800-559-5257 o en [www.precertcare.com](http://www.precertcare.com) para obtener una pre-certificación para la terapia o el entrenamiento de la vista de más de 12 visitas o para recibir más información sobre este beneficio.

#### ***Sección 4.05 – Prestación quiropráctica***

Cuando una persona elegible incurra en gastos por servicios quiroprácticos no quirúrgicos y haya cumplido con el Monto Deducible, el Plan pagará las prestaciones de acuerdo al Programa de prestaciones, hasta un límite anual del Año del Plan de \$1,000 en prestaciones por persona elegible. Los cargos por las visitas iniciales al consultorio o las radiografías requeridas no se aplicarán al límite de \$1,000 del Año del Plan. Los servicios quiroprácticos después de una intervención quirúrgica se pagarán bajo los Prestaciones médicas generales, si son médicamente necesarios.

#### ***Sección 4.06 – Prestación de atención dental***

Cuando una persona elegible incurra en gastos por atención dental, el Plan pagará las prestaciones de acuerdo con el Programa de prestaciones, a través de un acuerdo con Delta Dental. No se requiere la aprobación por adelantado de los planes de tratamiento dental, pero se recomienda. Si tiene preguntas sobre la situación de su proveedor de atención dental, póngase en contacto con Delta Dental en el (800) 524-0149 o en [www.deltadental.com](http://www.deltadental.com).

#### **A) Prestaciones cubiertas**

Los servicios dentales cubiertos consisten en lo siguiente:

1. Servicios preventivos
  - a. Exámenes periódicos de rutina, dos veces en cualquier Año Calendario;
  - b. Radiografías de aleta de mordida, una vez en cualquier Año Calendario;
  - c. Radiografías de toda la boca, una vez en cualquier período de tres años;
  - d. Profilaxis dental (limpieza, raspado y pulido, incluidas las visitas de mantenimiento periodontal), dos veces en cualquier Año Calendario;
  - e. Aplicación de flúor tópico para pacientes de 14 años o menos, una vez en cualquier Año Calendario; y

- f. Selladores, uno por diente de por vida para la superficie oclusal de los primeros molares permanentes para personas de 8 años o menos y los segundos molares permanentes para personas de 13 años o menos. La superficie debe estar libre de caries y restauraciones.
2. Otros servicios dentales
- a. Tratamiento paliativo de emergencia según sea necesario (procedimientos menores para reducir o eliminar temporalmente el dolor);
  - b. Servicios de restauración con material de amalgama y resina compuesta; las coronas de porcelana no están cubiertas en los dientes posteriores;
  - c. Férulas provisionales una vez cada tres años;
  - d. Revestimientos y reparaciones de puentes y prótesis dentales, una vez en cualquier período de cinco años;
  - e. Mantenedores de espacio hasta los 14 años, una vez por zona y de por vida;
  - f. Coronas de acero inoxidable; y
  - g. Inyecciones de medicamentos antibióticos.

**B) Limitaciones de la prestación dental**

La prestación dental tiene las siguientes limitaciones:

- 1. El Plan no es responsable de una cantidad mayor que la que le correspondería si un solo dentista hubiera prestado el servicio si una persona elegible se transfiere de la atención de un dentista a la de otro durante el curso del tratamiento, o si más de un dentista presta servicios para un procedimiento dental;
- 2. El Plan es responsable únicamente del tratamiento que conlleve la prestación menor en todos los casos en los que existan técnicas opcionales de tratamiento que conlleven diferentes prestaciones;
- 3. El Plan se reserva el derecho de obtener opiniones consultivas de un consultor o consultores de la especialidad en cuestión antes de tomar una decisión sobre una Reclamación de prestaciones que implique servicios que el Plan determine que son innecesarios desde el punto de vista dental. En las reconsideraciones de las reclamaciones de prestaciones por necesidad dental denegadas, el Plan se reserva además el derecho de remitir dichos casos a un comité de revisión dental apropiado para que emita una opinión consultiva antes de que el Plan emita su determinación final sobre dichas reclamaciones de prestaciones;
- 4. Hasta dos tratamientos profilácticos adicionales por Año Calendario pueden estar disponibles para pacientes con ciertas condiciones médicas de alto riesgo, tales como:
  - a. Personas con diabetes y enfermedad periodontal (encías);
  - b. Mujeres embarazadas con enfermedad periodontal (de las encías);
  - c. Personas con insuficiencia renal o que se someten a diálisis; o
  - d. Personas con el sistema inmunitario suprimido debido a un tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia, a un estado de VIH positivo, a un trasplante de órganos y/o a un trasplante de células madre (médula ósea); y

5. Puede haber un tratamiento adicional de flúor cada año natural para los pacientes que se sometan a radiación en la cabeza y el cuello.

### **C) Exclusiones de la prestación dental**

El Plan no cubre, total o parcialmente, ningún servicio dental que no se considere médicamente necesario. El hecho de que un dentista prescriba, ordene, recomiende o apruebe un servicio no convierte, por sí mismo, el cargo en un gasto permitido, aunque el servicio no figure específicamente como una exclusión.

La autoridad final para determinar si los servicios están cubiertos la determinan los Fideicomisarios del plan. Los siguientes servicios no están cubiertos por la prestación dental:

1. Cualquier servicio que supere las limitaciones indicadas anteriormente;
2. La sustitución de aparatos perdidos o robados de cualquier tipo;
3. Un servicio que no sea razonablemente necesario o que no se realice habitualmente para el cuidado dental de la persona elegible;
4. Cargos por no acudir a una cita programada;
5. Odontología cosmética;
6. Un servicio no proporcionado por un dentista, a menos que el servicio sea realizado por un higienista dental autorizado bajo la supervisión de un dentista o sea una radiografía ordenada por un dentista;
7. Prostodoncia removible o maxilofacial;
8. Cualquier procedimiento dental cubierto por la prestación médica general, incluyendo, pero sin limitarse a: Alveolectomía, apicectomía, frenectomía, gingivectomía, cirugía ósea, ostectomía, osteoplastia, extirpación de quistes, extirpación quirúrgica de dientes impactados, Torus mandibularis y Torus palatinus. Estos servicios se pagarán en el marco de la prestación médica general con el copago correspondiente. No se aplicará la cantidad deducible médica; y
9. Tratamiento de ortodoncia.

### ***Sección 4.07 – Educación y formación sobre la diabetes***

Cuando una persona elegible incurra en gastos de educación y capacitación para el control de la diabetes, el Plan pagará las reclamaciones de prestaciones de acuerdo con el Programa de prestaciones. Los servicios de asesoramiento nutricional deben ser proporcionados por un dietista o terapeuta nutricional debidamente autorizado y deben ser médicamente necesarios según la orden de un médico.

### ***Sección 4.08 – Prestación de atención de la vista***

Cuando una persona elegible incurra en gastos por servicios o suministros de atención oftalmológica, el Plan pagará las reclamaciones de prestaciones de acuerdo con el Programa de prestaciones. El proveedor preferido para la atención oftalmológica es Davis Vision. Si tiene preguntas sobre la situación de su proveedor de atención oftalmológica, póngase en contacto con Davis Vision en el teléfono (888) 235-3220 o en [www.davisvision.com](http://www.davisvision.com). Los servicios prestados por Wal-Mart y Sam's Club no están cubiertos por el Plan.

### ***Sección 4.09 – Prestación para la audición***

Cuando una persona elegible incurra en gastos por un examen auditivo de rutina realizado por un Médico que la persona elegible no esté confinada en un hospital como paciente interno durante el tiempo en que se realice dicho examen, el costo de dicho examen se pagará de acuerdo con la Tabla de prestaciones.

Además, si como resultado de un examen auditivo de rutina realizado por un médico o un técnico cualificado, el médico o el técnico cualificado recomienda la compra de un audífono, el Plan reembolsará al participante de acuerdo con el programa de beneficios para cualquier persona elegible.

### **Limitaciones**

En ningún caso se reembolsará la reparación de un audífono (esté o no cubierto por la prestación de audición) ni la compra de pilas para audífonos.

Póngase en contacto con Amplifon Hearing Health Care en el teléfono (866) 349-9051 para conocer la ubicación de un proveedor de la red de audición y los descuentos.

### ***Sección 4.10 – Prestación para cuidados paliativos***

Las reclamaciones de prestaciones en nombre de una persona elegible por servicios cubiertos para la Atención de Cuidados Paliativos después de que se haya alcanzado la cantidad del deducible, se pagarán según lo establecido en el Programa de prestaciones aplicable.

Póngase en contacto con el proveedor de revisión de atención médica de la Caja, Hines & Associates, Inc. en el teléfono (800) 559-5257 o en [www.precertcare.com](http://www.precertcare.com) para obtener la pre-certificación requerida para la atención en un centro de cuidados paliativos o para recibir más información sobre esta prestación.

Un programa de cuidados paliativos proporciona atención a los enfermos terminales en casa o en un centro donde los pacientes son atendidos en un entorno cómodo y de apoyo similar al del hogar. A menudo, los hospitales reservan una planta o un ala como centro de cuidados paliativos. El propósito de un programa de cuidados paliativos es hacer que el paciente esté cómodo, más que intentar una cura. El diseño de las instalaciones y las normas son menos restrictivas que en otros centros de hospitalización.

Los servicios de cuidados paliativos incluyen la prestación a la persona moribunda de servicios médicos, de enfermería y otros servicios sanitarios de apoyo a través de la atención domiciliaria o en régimen de internado.

### **Los cargos permitidos incluyen:**

Para los servicios prestados durante el internamiento en un centro de cuidados paliativos:

1. Alojamiento y comida;
2. Honorarios del médico;
3. Cuidados de enfermería;
4. Servicios y suministros médicos proporcionados por el centro.

Servicios y suministros médicos proporcionados por el centro:

1. Los cuidados de enfermería y otros cuidados proporcionados por la agencia de cuidados paliativos;
2. Los cuidados de relevo proporcionados en un centro aprobado por Medicare.

Las prestaciones de cuidados paliativos sólo se pagarán para los pacientes que no se espera que vivan más de seis meses, según lo determine el médico del paciente, y para los servicios prestados por un programa de cuidados paliativos que esté acreditado por Medicare.

### ***Sección 4.11 – Prestación por trastornos mentales y nerviosos***

Cuando un trastorno mental o nervioso hace que una persona elegible incurra en gastos de hospitalización o cargos del médico o cargos del médico en consulta externa, el Plan pagará las reclamaciones de prestaciones de acuerdo con la prestación médica general una vez que

se haya alcanzado la cantidad del deducible. Los servicios deben ser prestados por un médico (MD) o bajo la supervisión directa de un MD.

El tratamiento en régimen de hospitalización debe recibirse en un centro de la Red. El tratamiento para pacientes internos no está cubierto en un centro fuera de la red, a menos que lo apruebe Medicare.

Los servicios también pueden estar disponibles a través del Programa de Asistencia MAP, como se explica en la Sección 4.17.

Póngase en contacto con el proveedor de revisión de la atención médica del Fondo, Hines & Associates, Inc. en el teléfono (800) 559-5257 o en [www.precertcare.com](http://www.precertcare.com) para obtener la pre-certificación requerida para la prestación por trastornos mentales y nerviosos o para recibir más información sobre esta prestación.

### **Sección 4.12 – Prestación de la tarjeta de medicamentos recetados**

Cuando una lesión o enfermedad no ocupacional hace que una persona elegible necesite medicamentos recetados, el Plan pagará los beneficios de acuerdo con el Programa de prestaciones. Los medicamentos recetados deben obtenerse legalmente de un farmacéutico autorizado en una farmacia participante y ser recetados por un médico autorizado. El Fondo no participa con las farmacias Walmart o Sam's Club, así como con algunas farmacias Walgreen's y CVS. El Plan utiliza actualmente SavRx como gestor de beneficios de prescripción. Si tiene preguntas sobre la situación de su proveedor de farmacia, póngase en contacto con SavRx en el teléfono (800) 228-3108 o en [www.savrx.com](http://www.savrx.com).

#### **A) Definiciones**

"**Farmacia participante**" se refiere a una farmacia sin cita previa (incluida la farmacia de un hospital) o a una farmacia de venta por correo que haya suscrito un acuerdo con el proveedor de servicios para suministrar medicamentos con receta según se describe en esta Sección 4.12.

#### **B) Farmacias participantes minoristas**

Las farmacias participantes minoristas permiten la prescripción de un suministro de hasta 30 días. Cada resurtido tiene derecho a un copago del 100% por parte del Plan **tras** el pago del importe correspondiente por parte de la persona elegible, tal y como se indica en el Tabla de prestaciones.

#### **C) Farmacias participantes de pedidos por correo**

Las farmacias participantes en la venta por correo permiten la prescripción de un suministro de hasta 90 días. Cada reposición tiene derecho a un copago del 100% por parte del Plan tras el pago de la cantidad aplicable por parte de la persona elegible, tal y como se indica en el Programa de prestaciones. Algunas farmacias participantes de venta por correo también incluyen farmacias sin cita previa que permiten recetas para 90 días. Algunos ejemplos de éstas incluyen, pero no se limitan a: CVS, Nations Medicine, Pharmacy of Canterbury, Keltsch Pharmacy, Walgreens y Community Care Center. Los medicamentos especializados no pueden ser surtidos o reabastecidos en una farmacia participante en la venta por correo.

#### **D) Programa de ahorro del costo**

El Plan ha implementado programas a través de SavRx que podrían ahorrarle dinero a usted y al Plan. La participación en estos programas es voluntaria; sin embargo, si decide no participar, es posible que tenga un mayor costo de bolsillo. Si tiene alguna pregunta sobre los programas, póngase en contacto con SavRx.

##### **1. Programa de promoción de alto impacto (HIA, por sus siglas en inglés)**

El Programa HIA incluye medicamentos especializados de ciertas clases que tienen un cupón del fabricante u otra ayuda financiera disponible. Las clases de medicamentos que se incluyen actualmente son el TNF y los medicamentos relacionados (que suelen recetarse para tratar las migrañas), la esclerosis múltiple y los medicamentos para la hepatitis C. Estas clases están sujetas a cambios. El Programa HIA utiliza cupones del

fabricante y otras ayudas financieras para reducir los costos para usted y el Plan. Puede ponerse en contacto con SavRx si tiene alguna pregunta sobre este programa.

2. Programa genérico obligatorios

El programa de genéricos obligatorios fomenta el uso de equivalentes genéricos siempre que estén disponibles. Si la persona elegible o su médico solicitan un medicamento de marca en lugar de su equivalente genérico, al afiliado se le cobrará el copago de marca MÁS la diferencia entre el medicamento de marca y la alternativa genérica. Si requiere el medicamento de marca por razones médicamente necesarias, su médico puede solicitar una exención de la diferencia de costo, que será revisada y considerada, presentando una carta de necesidad médica a SavRx.

3. Programa de autorización previa

El programa de autorización previa es una extensión del programa de medicamentos especializados y se dirige a los medicamentos que no son especiales pero que se benefician de una gestión clínica adicional. Este programa ayuda a garantizar que las personas elegibles están recibiendo un medicamento apropiado para el tratamiento de condiciones específicas y en las cantidades aprobadas por la Administración de alimentos y medicamentos de los EEUU (FDA). Si la quimioterapia (incluida la oral), la terapia de infusión, los medicamentos de más de \$2,000 y los medicamentos de terapia oncológica y relacionada con el trasplante no pueden obtenerse a través de SavRx, deben ser precertificados a través del programa de revisión de la atención médica como se describe en la Sección 8.15.

4. Programa de medicamentos especializados

El programa de medicamentos especializados incluye la autorización previa y la asistencia al paciente para algunos medicamentos especializados. El propósito de este programa es garantizar que estos medicamentos, a menudo de alto costo, se prescriban para un paciente y una afección adecuados y en una dosis y cantidad aceptables. Si la quimioterapia (incluida la oral), la terapia de infusión, los medicamentos de más de \$2,000 y los medicamentos de terapia oncológica y relacionada con trasplantes no pueden obtenerse a través de SavRx, deben ser precertificados a través del programa de revisión de la atención médica como se describe en la sección 8.15.

5. Programa de terapia escalonada

El programa de terapia escalonada requiere que las personas elegibles utilicen un medicamento más rentable antes de la aprobación de un medicamento de marca menos rentable. Los medicamentos que pueden acogerse a la terapia escalonada suelen tener un precio elevado y estar muy anunciados. El objetivo del programa de terapia escalonada es utilizar la secuencia más rentable, empezando por los medicamentos del paso 1 y pasando a los del paso 2, basándose en directrices y normas médicas aceptadas.

Las clases de medicamentos que pueden acogerse al programa de terapia escalonada son, entre otros, las estatinas para reducir el colesterol, los antihipertensivos ARB, los antidepresivos SSRI/SNRI, los medicamentos orales para la osteoporosis, los medicamentos para la migraña, los agentes antiinflamatorios Cox 2 y no esteroideos, los aerosoles nasales con esteroides, los inhibidores de la bomba de protones, los bloqueadores de los canales beta y de calcio y las gotas oculares para el glaucoma. Ésta lista está sujeta a cambios.

6. Programa de intercambio terapéutico

El programa de intercambio terapéutico envía cartas personalizadas a las personas elegibles que están utilizando medicamentos de marca de alto costo para darles una alternativa genérica menos costosa. La carta animará a las personas elegibles a discutir la alternativa terapéutica con su médico.

7. Programa de límites de cantidad terapéutica

El programa de límites de la cantidad terapéutica garantiza la correcta dosificación y dispensación de ciertos medicamentos basándose en las directrices de la FDA y de los

fabricantes. El programa supervisa la utilización de las recetas y ayuda a identificar el posible uso excesivo o incorrecto de medicamentos como analgésicos narcóticos e hipnóticos sedantes, tratamientos para la migraña, medicamentos respiratorios y nasales.

**E) Gastos cubiertos**

1. Todos los medicamentos de la Ley Federal;
2. Los inyectables auto-administrados;
3. Jeringas para inyectables auto-administrados;
4. Medicamentos compuestos que contengan al menos un ingrediente de la Ley Federal;
5. Vitaminas prenatales prescritas durante el embarazo.
6. Suministros para diabéticos disponibles a través de la prestación de la tarjeta de medicamentos recetados. El costo de dichos suministros sólo se pagará a través de esta prestación de la tarjeta de medicamentos recetados y no se pagará bajo ninguna otra parte del Plan.
7. Recetas para dejar de fumar (limitadas a dos tratamientos de 90 días por Año del Plan).

**F) Exclusiones y limitaciones**

No se pagarán prestaciones por ninguno de los siguientes motivos:

1. Cualquier receta surtida en las farmacias Wal-Mart o Sam's Club o en ciertas farmacias Walgreen's o CVS. Si tiene preguntas sobre el estado de su proveedor de farmacia, póngase en contacto con SavRx en el (800) 228-3108 o [www.savrx.com](http://www.savrx.com);
2. El Plan no pagará más por un medicamento de marca cuando exista un equivalente genérico de lo que el Plan pagaría por el equivalente genérico, a menos que el médico o cirujano indique "dispensar como está escrito" en la receta y el administrador de medicamentos recetados del Plan determine que la receta es médicamente necesaria, después de ponerse en contacto con su médico o cirujano. Si desea comprar el medicamento de marca cuando no se determine que es médicamente necesario, será responsable del copago de la marca más el costo de la diferencia entre el genérico y el costo de la marca;
3. Medicamentos de investigación o experimentales;
4. Medicamentos de venta libre;
5. Vitaminas (con o sin receta, excepto las vitaminas prenatales prescritas durante el embarazo);
6. Agentes o tratamientos relacionados con la calvicie o el adelgazamiento del cabello (con o sin receta);
7. Medicamentos para la fertilidad;
8. Todos los productos inyectables, excepto los que puedan auto-administrarse o los peraprobadados por el Plan;
9. Dispositivos o aparatos terapéuticos; o
10. Cualquier gasto incurrido por medicamentos recetados especializados que supere el límite de 30 días.

**A PESAR DE CUALQUIER OTRA DISPOSICIÓN DEL PLAN, EL BENEFICIO DE MEDICAMENTOS RECETADOS NO ESTÁ DISPONIBLE PARA LAS PERSONAS INSCRITAS EN MEDICARE PARTE D.**

### **Sección 4.13 – Prestación de atención preventiva de rutina**

Cuando una persona elegible incurra en gastos por servicios cubiertos dentro de la red, como se indica a continuación, las prestaciones se pagarán de acuerdo con el Tabla de prestaciones. Los servicios fuera de la red se pagarán bajo la prestación médica general y estarán sujetos a la cantidad deducible y a los copagos aplicables.

#### **Esquema de los cuidados preventivos de rutina**

<b>Procedimiento</b>	<b>Prestación</b>
Detección del cancer colorrectal	A partir de los 50 años: 1 sigmoidoscopia cada 5 años del plan al 100% A partir de los 50 años: 1 colonoscopia cada 5 años del plan al 100% De lo contrario, bajo la prestación médica general.
Exámenes pulmonares mediante TAC de baja dosis	100% de 55-80 años con antecedentes de tabaquismo
Mamografía (Detección del cáncer de mama)	De 40 a 49 años: 1 cada 2 años del plan al 100% De 50 años en adelante 1 cada año del plan al 100% De lo contrario, en el marco de la prestación médica general.
<b>Procedimiento</b>	<b>Prestación</b>
Vacunas de rutina para adultos y niños	100% excluyendo las requeridas para la ocupación o los viajes de vacaciones, como recomienda el Centro de Control de Enfermedades (a partir de los 3 años).
Detección rutinaria del cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou)	1 por año del plan cubierto al 100% si lo realiza su médico de atención primaria o ginecólogo, de lo contrario, bajo el beneficio médico general. Si se requieren pruebas adicionales como resultado de una prueba de Papanicolaou, las pruebas adicionales también estarán cubiertas bajo la prestación médica general
Examen físico de rutina	A partir de los 3 años de edad, incluye todas las pruebas de laboratorio asociadas: Máximo 1 visita por Año del Plan al 100% hasta \$300, el saldo bajo la prestación médica general. (Se permitirá una visita ginecológica de rutina adicional, sujeta al mismo máximo de \$300)
Prueba de PSA de rutina (Detección de cáncer de próstata)	1 por Año del Plan cubierto al 100%, de lo contrario en la prestación médica general
Examen del niño sano y vacunas	100% desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad para las visitas rutinarias del niño sano y todas las vacunas recomendadas por el Centro de Control de Enfermedades.

### **Limitaciones**

La prestación de cuidados preventivos de rutina no incluye el costo de los exámenes físicos realizados en relación con el empleo o el transporte; excepto que los exámenes relacionados con la obtención o el mantenimiento de una licencia de conducir comercial (CDL) estarán cubiertos para el empleado y el Cónyuge elegibles. Además, esta prestación no incluye los exámenes físicos con un diagnóstico que no sea un examen de bienestar (dichos exámenes que pueden ser pruebas excluidas bajo la prestación de atención preventiva de rutina pueden estar cubiertos bajo la prestación médica general de la Sección 4.04 E 9).

### **Sección 4.14 – Prestación por abuso de sustancias**

Cuando el alcoholismo, la dependencia química o el abuso de sustancias provoquen que una persona elegible incurra en gastos de tratamiento para pacientes hospitalizados o ambulatorios en un hospital o centro de tratamiento para el abuso de sustancias, el Plan pagará las reclamaciones de beneficios de acuerdo con la prestación médica general una vez que se haya alcanzado el monto del deducible.

Algunos sindicatos locales participantes tienen un programa de asistencia a los empleados disponible a través del Sindicato sin costo alguno para la persona elegida. Póngase en contacto con su Sindicato local para obtener más información sobre estos programas.

### **Servicios de desintoxicación**

El tratamiento para la desintoxicación estará cubierto si se realiza en un hospital o en un centro de tratamiento contra el abuso de sustancias que esté autorizado para este nivel de atención, que cuente con un médico en su plantilla y que tenga enfermeras registradas en su plantilla las 24 horas del día, siete días a la semana.

### **Condiciones de tratamiento por abuso de sustancias**

El tratamiento por abuso de sustancias, que incluye la desintoxicación, la rehabilitación en régimen de internado, un programa hospitalario parcial o un programa intensivo en régimen ambulatorio, estará cubierto siempre que los servicios sean médicamente necesarios y el médico que lo atiende rellene y envíe un formulario de reclamación por abuso de sustancias para cada nivel de atención. El formulario de reclamación por abuso de sustancias está disponible en el sitio web del Fondo o llamando a la oficina del fondo al (800) 962-3158.

Póngase en contacto con el proveedor de revisión de la atención médica del Fondo, Hines & Associates, Inc. en el 1-800-559-5257 o en [www.precertcare.com](http://www.precertcare.com) para obtener la pre-certificación de las prestaciones por abuso de sustancias o para recibir más información sobre esta prestación.

### **Exclusiones**

Las prestaciones por abuso de sustancias no se pagarán por:

1. Los gastos incurridos por o que se produzcan durante un intento de cometer o la comisión de un delito menor o un delito grave o la participación intencionada en un disturbio público o un motín y como resultado directo de la conducción en estado de embriaguez.
2. El tratamiento como paciente interno recibido en un centro fuera de la red, a menos que sea aprobado por Medicare como se excluye en la Sección de Exclusiones y limitaciones de las prestaciones.
3. Más de dos pruebas de detección de drogas de panel completo cada Año del Plan, después de la prueba inicial de referencia.

### ***Sección 4.15 – Prestación por disfunción de la articulación temporomandibular (ATM)***

Si una persona elegible incurre en gastos relacionados con la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ), el Plan pagará las reclamaciones de prestaciones de acuerdo con el Esquema de prestaciones, hasta un límite de por vida de \$1,500 por persona después de que se haya cumplido la cantidad deducible. El tratamiento de la ATM incluye los servicios asociados a la misma, excluyendo los servicios considerados de naturaleza dental (como la modificación o el movimiento de los dientes mediante coronas, puentes, prótesis dentales o aparatos de ortodoncia).

### ***Sección 4.16 – Prestación por trasplante***

Si una persona elegible incurre en gastos en relación con un trasplante de órganos, el Plan pagará las reclamaciones de prestaciones en virtud de la prestación médica general, una vez que se hayan cumplido los importes del deducible, como se indica a continuación:

#### **A) Prestación para receptores de trasplantes hospitalarios y quirúrgicos**

Los gastos de trasplante cubiertos incluyen lo siguiente:

1. El uso de equipos mecánicos temporales, en espera de la adquisición de una parte del cuerpo humano u órgano compatible.
2. Múltiples trasplantes durante una sesión operativa.
3. Reemplazo o trasplantes posteriores.

Las prestaciones para los receptores de trasplantes hospitalarios y quirúrgicos comienzan el día en que se inicia la evaluación y terminan cuando se les da el alta del hospital y/o del centro de rehabilitación de agudos.

**B) Segunda opinión**

Se puede obtener una segunda opinión antes del procedimiento de trasplante. La segunda opinión debe ser emitida por un médico que:

1. Esté calificado para dar dicha opinión, ya sea por su experiencia, formación de especialista o educación; y
2. No esté afiliado de ningún modo al médico que vaya a realizar la cirugía de trasplante propiamente dicha.

**C) Prestación por gastos de seguimiento del trasplante**

Se cubrirán los gastos de seguimiento rutinario del receptor del trasplante, incluyendo, pero sin limitarse a ello, la terapia inmunosupresora y las visitas al médico.

**D) Prestación para el donante del trasplante**

Cuando el receptor del trasplante esté cubierto por el Plan, se cubrirán los cargos por los siguientes gastos del donante del trasplante:

1. Pruebas para identificar un donante o donantes adecuados;
2. Gastos de adquisición de órgano(s)/tejido(s) del donante(s);
3. Gastos para el mantenimiento de la vida del (de los) donante(s) en espera de la extracción de un órgano(s)/tejido(s) corporal(es) utilizable(s); y
4. Transporte de un órgano(s)/tejido(s) corporal(es) o de un donante con soporte vital.

**E) Limitaciones**

La prestación para donantes de trasplantes depende de que el receptor esté cubierto por el Plan. La prestación para el donante de trasplantes no se aplica cuando el donante, pero no el receptor, está cubierto por el Plan. En el caso de que tanto el donante como el receptor estén cubiertos por el Plan, las reclamaciones de prestaciones pagaderas y los límites aplicables son prestaciones para el receptor, no para el donante.

Los servicios y suministros para el donante cuando las prestaciones para el donante estén disponibles a través de otra cobertura de grupo no superarán el 100% de los gastos cubiertos.

Póngase en contacto con el proveedor de revisión de la atención médica del Fondo, Hines & Associates, Inc. en el 1-800-559-5257 o en [www.precertcare.com](http://www.precertcare.com) para obtener la pre-certificación de las prestaciones por trasplante o para recibir más información sobre esta prestación.

**F) Exclusiones de la prestación por trasplante**

A pesar de cualquier disposición contraria en este Plan, el Plan no cubre los siguientes gastos:

1. Servicios o suministros experimentales.
2. Gastos cuando se proporciona financiación gubernamental de cualquier tipo.
3. Gastos de alojamiento, alimentación o transporte.
4. Servicios y gastos del receptor, del donante y de las adquisiciones realizados fuera de los EEUU.
5. Cualquier órgano o tejido animal o dispositivo o equipo mecánico que no se considere médicamente necesario según lo determine el Plan.

### **Sección 4.17 – Programa de asistencia a los afiliados (MAP)**

Los Fideicomisarios han puesto en marcha un programa para proporcionar consultas profesionales para una variedad de problemas que pueden afectar a su bienestar personal y a su rendimiento laboral. Hay muchos servicios disponibles para usted y se proporcionan sin costo alguno. Este programa se denomina *Perspectives* y está disponible para todos los afiliados y los miembros de su hogar.

#### **Acceso al programa *Perspectives* MAP**

Para acceder al programa *Perspectives* MAP, los participantes y los miembros de su hogar pueden llamar por teléfono o a través del portal de Internet las 24 horas y los siete días de la semana.

- A través de su teléfono, llame al número gratuito del programa al 1-800-456-6327
- Para los servicios por Internet, visite [perspectivesltd.com](http://perspectivesltd.com). El nombre de usuario es **INLAB** y la contraseña es: **perspectives**

#### **Servicios de asesoramiento de *Perspectives***

Los gestores de casos de *Perspectives*, todos los cuales son clínicos licenciados con nivel de maestría o doctorado en salud conductual, están disponibles para ayudar con una variedad de preocupaciones, incluyendo (pero no limitado a):

- Alcohol/Adicciones/Abuso
- Ira
- Presupuesto
- Custodia de los hijos
- Depresión
- Problemas familiares
- Duelo/pérdida
- Cambios de humor
- Crianza de los hijos
- Problemas de relación
- Estrés
- Equilibrio entre el trabajo y la vida privada

En el momento de la llamada inicial, el gestor de casos de *Perspectives* recopilará alguna información preliminar y evaluará su situación. Tras la evaluación, el gestor de casos coordinará una cita para que se reúna con un consejero local, que trabajará con usted para desarrollar un plan de acción centrado en la solución. El consejero puede ofrecerle asesoramiento a corto plazo, **hasta ocho sesiones** por tema, para ayudarle a resolver el problema. Si durante la evaluación o en el transcurso del asesoramiento presencial se indica una atención especializada o a largo plazo, se remitirá a un recurso o centro que satisfaga sus necesidades. El *Perspectives* MAP se coordinará con este Plan y hará todo lo posible para proporcionar remisiones a proveedores de tratamiento dentro de la red de la PPO. Si estas remisiones son necesarias, el objetivo es recomendar el nivel de atención más apropiado para su situación única.

#### ***Perspectives* Legal and Financial Services (Servicios legales y financieros)**

Los servicios legales y financieros de *Perspectives* ofrecen una solución rentable para ayudar a los participantes y a los miembros de su hogar que tengan problemas legales. El programa le proporciona acceso telefónico a especialistas que pueden ayudarle a comprender sus opciones y orientarle en la dirección correcta para obtener la ayuda que necesita. Si necesita un abogado, se le dará una referencia a su red que incluye una consulta GRATUITA de 30 minutos y una reducción del 25% en los honorarios del abogado. Los siguientes servicios están incluidos en el programa de servicios legales y financieros de *Perspectives*:

- Planificación universitaria
- Asesoramiento de deudas
- Planificación para jubilación
- Separación/divorcio
- Consulta de impuestos
- Preparación de testamento

***Perspectives WorkLife Online*** – *Perspectives WorkLife Online* proporciona a los participantes y a los miembros de su hogar acceso en línea a servicios que les ayudan en diversas áreas de la vida y la productividad. Los siguientes servicios están incluidos en *Perspectives WorkLife Online*:

- Desarrollo profesional/formación
- Cuidado de ancianos/cuidado de niños
- Formularios legales
- Calculadoras financieras
- Auto-evaluaciones

**Perspectives WorkLife Services** – *Perspectives WorkLife Services* ofrece a los participantes y a los miembros de su hogar acceso al centro de reubicación y consultas telefónicas GRATUITAS con especialistas que ayudan a las familias en cuestiones de cuidado de niños y ancianos, así como servicios de conveniencia. Nuestra red nacional de proveedores de cuidado de niños y ancianos preseleccionados ofrece un servicio que le ahorra tiempo a usted y a las personas que le importan. Los siguientes servicios están incluidos en *Perspectives WorkLife Services*:

- Adopción
- Cuidados en el hogar de ancianos
- Servicios para mascotas
- Guardería
- Campamentos de verano

#### **Aplicación móvil *Perspectives SPARK***

Disponible en la mayoría de los dispositivos de teléfonos inteligentes y tabletas, proporciona a los participantes y a los miembros de su hogar acceso móvil a un asesoramiento seguro y confidencial, así como a recursos útiles sobre una serie de temas relacionados con el bienestar y la productividad. La aplicación también contiene un resumen del MAP Indiana Laborers Welfare Fund, así como la posibilidad de conectarse inmediatamente con uno de los clínicos de salud conductual con licencia y experiencia de *Perspectives*.

#### **Sección 4.18 – Prestación de consulta médica en línea de LiveHealth**

La prestación de consulta médica en línea LiveHealth utiliza el programa LiveHealth Online de Anthem para ofrecer a las personas que reúnen los requisitos la posibilidad de hablar con un médico certificado en línea (con una cámara web) o a través de un teléfono inteligente con el fin de obtener un acceso rápido a determinadas recetas u otros consejos relativos a una situación médica. Esta prestación de consulta médica en línea está disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana y se puede acceder a ella en [www.livehealthonline.com](http://www.livehealthonline.com). Si necesita asistencia técnica, puede llamar gratuitamente al 1-888-LiveHealth (1-888-548-3432). Este beneficio no está pensado para situaciones de emergencia, pero puede ayudar a decidir si una situación médica es una emergencia. Los beneficios de las consultas médicas en línea de LiveHealth se pagan de acuerdo con el programa de prestaciones. No se pagarán prestaciones por ningún otro programa en línea.

## ARTÍCULO V - EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LAS PRESTACIONES

El Plan proporciona beneficios sólo para aquellos servicios cubiertos médicamente necesarios y cargos expresamente descritos en el Plan. **Cualquier omisión de servicio o cargo se presumirá como una exclusión, aunque no se indique expresamente como tal.**

**SI NO ESTÁ SEGURO DE SI UN SERVICIO O PROCEDIMIENTO MÉDICO ESTÁ CUBIERTO, PÓNGASE EN CONTACTO CON LA OFICINA DEL FONDO PARA QUE SE LO ACLAREN. SI USTED NO LO HACE, PODRÍA SER RESPONSABLE DE LOS GASTOS NO CUBIERTOS O EXCLUIDOS EN LOS QUE INCURRA.**

Además de cualquier otra limitación, ya sea específica o general, establecida en el Plan, NO se pagarán beneficios por ninguna pérdida causada, incurrida o resultante de:

1. Tratamiento, servicios o suministros que no sean médicamente necesarios, a menos que estén específicamente cubiertos por el Plan;
2. Cargos quirúrgicos que excedan el Cargo Usual, Acostumbrado y Razonable;
3. Cirugía cosmética o reconstructiva o cualquier complicación resultante de dichas cirugías, excepto 1) para reparar daños causados por o como resultado de un accidente; 2) para reparar un defecto congénito médicamente necesario; 3) para la reconstrucción de una mama en la que se haya realizado una mastectomía; 4) para la cirugía y reconstrucción de la mama no enferma con el fin de producir una apariencia simétrica; 5) para la cobertura de prótesis; y, 6) para las complicaciones físicas de todos los estados de la mastectomía (incluidos los edemas linfáticos) de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente;
4. Cargos duplicados por el mismo servicio o suministro cuando se realicen dos o más operaciones quirúrgicas a través de la misma incisión o durante la misma sesión quirúrgica;
5. Medicamentos sin receta o de venta libre, aunque hayan sido recetados por un médico;
6. Los gastos incurridos por abortos selectivos, utilizando fármacos, dispositivos, métodos o procedimientos, incluyendo, pero sin limitarse a ello, la RU-486 o los abortos quirúrgicos y todos los gastos relacionados;
7. Tratamiento, servicios o suministros que se consideren experimentales o que no se proporcionen de acuerdo con las normas médicas profesionales generalmente aceptadas;
8. Los gastos incurridos para el diagnóstico o el tratamiento de la fertilidad o la infertilidad o la promoción de la fertilidad, incluyendo (pero sin limitarse a) las pruebas y procedimientos de fertilidad, la reversión de la esterilización quirúrgica y cualquier intento de causar un embarazo mediante terapia hormonal, inseminación artificial, fertilización in vitro y transferencia de embriones o cualquier otro tratamiento o método;
9. Lesión o enfermedad que surja o se produzca en el transcurso de cualquier ocupación o empleo a cambio de un salario o ganancia o que daría derecho al individuo a recibir prestaciones en virtud de una ley de compensación laboral o de enfermedad profesional; excepto en el marco de la parte de las prestaciones por pérdida de tiempo del Plan, tal y como se establece en la Sección 4.03, y en el marco de la parte del seguro de vida del Plan, tal y como se describe en la Sección 4.01;

10. Lesiones o enfermedades sufridas o contraídas durante su estancia en las fuerzas armadas de cualquier país;
11. Lesiones o enfermedades sufridas o contraídas debido a la guerra o a cualquier acto de guerra, declarada o no declarada;
12. Lesiones o enfermedades auto-infligidas intencionadamente o cualquier otra condición o intento de autodestrucción, a menos que la lesión o enfermedad sea resultado de una "condición médica". Una condición médica significa cualquier condición, ya sea física o mental, incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier condición resultante de una enfermedad, lesión (sea o no accidental), embarazo o malformación congénita. Sin embargo, la información genética no es una condición.
13. Los gastos incurridos durante el confinamiento en un Hospital de propiedad y operado por el gobierno de los EEUU o cualquier agencia del mismo, salvo que la ley exija lo contrario;
14. Tratamiento, servicios o suministros proporcionados por o bajo la dirección del gobierno de los EE.UU. o de cualquiera de sus agencias, incluida la Administración de Veteranos, salvo que la ley exija lo contrario;
15. Los gastos incurridos durante el internamiento en un hospital que sea propiedad o esté gestionado por un estado, provincia o subdivisión política, a menos que exista una obligación incondicional por parte del individuo cubierto por este Plan de pagar dichos gastos sin tener en cuenta cualquier responsabilidad contra terceros, contractual o de otro tipo;
16. El tratamiento, los servicios o los suministros proporcionados fuera de los EE.UU., excepto en caso de emergencia;
17. Cuidados domésticos o de custodia, independientemente de dónde o quién los proporcione;
18. Cuidados para el desarrollo, tal como se definen en este Plan, independientemente de dónde o quién los proporcione;
19. Gastos incurridos por zapatos ortopédicos, aparatos ortopédicos u otros dispositivos de apoyo para los pies, excepto los gastos médicamente necesarios incurridos por los zapatos para diabéticos y las punteras que se necesiten como consecuencia de la diabetes, según lo establecido en la Sección 4.04 E 17;
20. Los gastos incurridos por la transformación sexual o los tratamientos relacionados con la disfunción sexual o las complicaciones derivadas del tratamiento de estas afecciones;
21. Los gastos incurridos relacionados con los trastornos mentales y nerviosos que se clasifican como desviaciones o trastornos sexuales;
22. Gastos incurridos principalmente para la educación, la formación o el desarrollo de las habilidades de la persona elegible necesarias para hacer frente a una lesión o enfermedad, salvo lo dispuesto por el Plan;
23. Gastos incurridos en relación con la cesación del tabaquismo; excepto dos visitas al consultorio por año del Plan y los análisis asociados cubiertos por la prestación médica general prevista en la Sección 4.04 E 3 y por la parte de la prestación de la tarjeta de medicamentos recetados del Plan prevista en la Sección 4.12 E 7;
24. Gastos incurridos por acupuntura; excepto cuando se utilice en lugar de un agente anestésico para una cirugía cubierta;

25. Artículos de higiene y conveniencia personal (para la comodidad de la persona elegible, su familia, cuidador, médico u otro proveedor de servicios médicos), tales como, pero no limitados a, acondicionadores de aire, humidificadores, bañeras de hidromasaje o jacuzzis, tumbonas, saunas, baños de vapor, camas de agua, equipos de acondicionamiento físico o artículos similares, membresías a clubes de salud o clubes de campo o servicios de un masajista o terapeuta de masajes, aunque un médico los prescriba;
26. Cargos por consultas telefónicas, por no acudir a una cita programada, por rellenar un formulario de reclamación o por obtener historiales médicos u otra información;
27. Los gastos ocasionados por el aumento o la reducción de las mamas que no estén relacionados con el cáncer de mama u otra afección médicamente necesaria, o las complicaciones derivadas de estos procedimientos;
28. Excepto en el caso de la Clase A, los gastos incurridos por maternidad y atención al recién nacido;
29. Los gastos de maternidad incurridos por los hijos dependientes;
30. Gastos de atención al recién nacido o cualquier gasto incurrido por un niño nacido, adoptado o dado en adopción con hijos dependientes;
31. Una lesión o enfermedad que surja de o en el transcurso de cualquier incidente que involucre a un tercero cuando éste pueda ser responsable de la lesión;
32. Los gastos incurridos por exámenes físicos de rutina, exámenes pre-matrimoniales, revisiones, estudios, chequeos o inoculaciones preventivas, salvo lo dispuesto por el Plan;
33. Terapia génica, incluidos los servicios, suministros y/o medicamentos relacionados con la terapia génica;
34. Exámenes oculares, refracciones o adaptación de gafas o costo de ayudas visuales, queratotomía radial o cirugía similar realizada en el tratamiento de la miopía, excepto el injerto de córnea (salvo lo permitido en la prestación de cuidados oculares);
35. Cualquier tratamiento de la obesidad (incluyendo, pero sin limitarse a ello, la cirugía de pérdida de peso o cualquier complicación derivada de la cirugía de pérdida de peso) o pérdida, gasto o cargo que resulte del control del apetito, de las adicciones a la comida, de los trastornos de la alimentación (excepto los casos documentados de bulimia o anorexia que cumplan con los criterios de diagnóstico estándar determinados por La Mesa Directiva y que presenten problemas médicos sintomáticos significativos). Esta exclusión no incluye el tratamiento de las complicaciones derivadas de una intervención quirúrgica previa para la pérdida de peso que estuviera cubierta por el Plan en el momento de la intervención original;
36. Tratamiento odontológico, salvo lo dispuesto expresamente en la Sección 4.04 E 7 o en la Sección 4.06;
37. Los gastos incurridos para el asesoramiento matrimonial;
38. Lesión, enfermedad, tratamiento o gastos incurridos por, o que ocurran durante un intento de cometer o la comisión de un delito menor o un delito grave o la participación voluntaria en un disturbio público o un motín y como resultado directo de la conducción en estado de embriaguez, sea o no por orden judicial;

39. Los gastos incurridos por suministros para diabéticos comprados sin utilizar la prestación de la tarjeta para medicamentos recetados cuando dichos suministros estén disponibles en la prestación de la tarjeta para medicamentos recetados;
40. Los ingresos hospitalarios de fin de semana (viernes, sábado o domingo) a menos que se deban a una emergencia médica o cuando la cirugía esté programada para el día siguiente, a menos que sea médicamente necesaria y recomendada por un médico;
41. Gastos incurridos por medicamentos recetados especializados que superen el límite de 30 días;
42. Gastos incurridos por un programa de fortalecimiento del trabajo, que es un programa de tratamiento individualizado diseñado para maximizar la capacidad de una persona para volver al trabajo; y
43. Los gastos de maternidad incurridos por una persona elegible que actúe como madre sustituta no son gastos cubiertos. A efectos de este Plan, "maternidad subrogada" significa que la madre ha firmado un contrato u otro acuerdo en virtud del cual renuncia a un hijo o hijos tras el nacimiento. Todos los gastos pagados por el Plan en estos casos podrán ser recuperados del participante, del cónyuge del participante y/o del tercero o de las partes relacionadas. Los cuidados, servicios o tratamientos requeridos como resultado de las complicaciones de un embarazo subrogado por la participante o el cónyuge de la participante no estarán cubiertos por el Plan.
44. Los gastos médicos incurridos por los servicios prestados por un proveedor o centro que no esté debidamente autorizado por las leyes estatales y federales, si es el caso, para prestar los servicios.
45. Servicios, suministros o tratamientos necesarios como consecuencia de complicaciones de un procedimiento o tratamiento médico no cubierto por el Plan.
46. Cualquier servicio, suministro o tratamiento proporcionado por lo siguiente:
  - a. El Dr. Behzad Aalaei u otros proveedores de cualquier consulta asociada al Dr. Behzad Aalaei; y
  - b. Cualquier proveedor específico adicional que pueda añadirse de vez en cuando.
47. Cualquier servicio, suministro o tratamiento para pacientes internos proporcionado por un centro de tratamiento residencial o de enfermería especializada fuera de la red.
48. Cuando se trate de prestaciones por abuso de sustancias, después de una prueba inicial de referencia, no se pagarán más de dos pruebas de detección de drogas de panel completo cada Año del Plan.

## ARTÍCULO VI – PROGRAMA PARA MIEMBROS ANTIGUOS

(Clases AS, C, CP Y D)

Los siguientes temas se tratan en este artículo sobre el Programa de miembros antiguos:

- 
- |   |   |
|---|---|
| 6.1. Elegibilidad para participar en el Programa de miembros antiguos   | 6.6. Transferencias de la cobertura de la Clase A al programa de miembros antiguos                    |
| 6.2. Terminación de la elegibilidad en el Programa de miembros antiguos | 6.7. Auto-pagos para mantener la cobertura del Programa para miembros antiguos                        |
| 6.3. Inscripción de jubilados   | 6.8. Costo del auto-pago  |
| 6.4. Inscripción de dependientes  | 6.9. Cobertura proporcionada por la parte del plan correspondiente al Programa para miembros antiguos |
| 6.5. Estructura de cobertura de tres niveles                            |   |
- 

### ***Sección 6.01 – Elegibilidad para participar en el Programa de miembros antiguos***

Cada participante que cese su empleo activo debido a la jubilación o a la incapacidad total con todos los empleadores será elegible para inscribirse en esta parte del Plan siempre y cuando los empleadores hayan hecho contribuciones en nombre del participante al Fondo Fiduciario o el participante haya hecho pagos por cuenta propia al Fondo Fiduciario durante un período de no menos de cinco años inmediatamente anterior a la solicitud de prestaciones para personas con antigüedad y el participante haya sido elegible durante al menos cinco períodos de cobertura en virtud del Plan durante el mismo período de cinco años y –

- A) el participante está totalmente incapacitado y recibe actualmente o ha recibido anteriormente una prestación de jubilación del Indiana Laborers Pension Fund o de Construction Workers Pension Trust Fund; o
- B) el participante está recibiendo una prestación de discapacidad o de jubilación de la Administración del Seguro Social; o
- C) el participante está recibiendo una prestación de pensión según los términos del plan de jubilación aplicable de un empleador.

No obstante lo anterior, si un participante queda totalmente discapacitado y agota la opción de auto-pago total de la Sección 3.04 B), el participante pasará a ser elegible bajo el programa de miembros antiguos, previa aprobación del gerente administrativo.

### ***Sección 6.02 – Terminación de la elegibilidad en el programa de miembros antiguos***

Un participante jubilado o totalmente incapacitado que sea elegible para participar bajo esta parte del Plan seguirá siendo elegible para participar hasta la fecha en que ese individuo no realice un auto-pago oportuno para la cobertura. Un participante jubilado o totalmente incapacitado que no efectúe un auto-pago oportuno para la cobertura sólo podrá volver a participar en el Plan si se reincorpora al trabajo activo y cumple los requisitos de elegibilidad inicial establecidos en la Sección 3.02.

Un dependiente que esté cubierto por esta parte del Plan permanecerá cubierto hasta lo que ocurra primero–

- A) el jubilado o el participante totalmente incapacitado elige (1) un tipo de cobertura sólo para el afiliado o (2) para el afiliado y su cónyuge o una persona dependiente nombrada que no cubre a la persona dependiente correspondiente,
- B) la persona deja de reunir los requisitos para ser considerada dependiente, o
- C) el participante jubilado o totalmente incapacitado deja de estar cubierto por el Plan.

Además, la cobertura terminará el día en que el participante jubilado o totalmente incapacitado, sin autorización del Sindicato, trabaje en la industria de la construcción en la jurisdicción geográfica del Plan para un empleador que no tenga la obligación contractual de contribuir al Fondo Fiduciario ("empleador no signatario"). Si un participante jubilado o totalmente incapacitado trabaja para un empleador no signatario sin notificarlo primero a la oficina del fondo, la cobertura se dará por terminada a partir del día en que la oficina del fondo se entere de dicho trabajo.

### ***Sección 6.03 – Inscripción de jubilados***

Un participante jubilado o totalmente incapacitado que cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos en la Sección 6.01 debe inscribirse para la cobertura en la clase apropiada bajo esta parte del Plan en cualquier momento durante el período de 90 días inmediatamente posterior a lo que ocurra más tarde de –

- A) su incapacidad total o su jubilación, o
- B) la finalización de su cobertura de Clase A.

En el momento de la inscripción, el participante jubilado o con incapacidad total debe elegir uno de los tres tipos de cobertura descritos en la Sección 6.05.

Si un participante jubilado o totalmente incapacitado no se inscribe durante el período requerido, no se le permitirá inscribirse en ninguna fecha posterior, excepto si se reincorpora al trabajo activo y cumple con los requisitos de elegibilidad inicial según lo establecido en la Sección 3.02.

### ***Sección 6.04 – Inscripción de dependientes***

Un participante jubilado o totalmente incapacitado que se inscriba en el Programa de miembros antiguos podrá inscribir a sus dependientes durante el período de tiempo especificado en la Sección 6.03. Además, si un participante jubilado o totalmente incapacitado está cubierto por Medicare y tiene un cónyuge u otro dependiente que no esté cubierto por Medicare, dicho cónyuge u otro dependiente podrá inscribirse para la cobertura en la clase correspondiente.

En el momento de la inscripción, el participante jubilado o totalmente incapacitado debe elegir uno de los tres tipos de cobertura descritos en la Sección 6.05.

### **Sección 6.05 – Estructura de cobertura de tres niveles**

Una vez aprobada la elegibilidad para el Programa de miembros antiguos, el participante jubilado o totalmente incapacitado debe elegir uno de los siguientes niveles de cobertura y auto-pago:

- A) sólo para el afiliado, cuyo nivel proporcionará cobertura sólo para el participante jubilado o totalmente incapacitado; o
- B) miembro y cónyuge o una persona dependiente identificada, cuyo nivel proporcionará cobertura sólo para el participante jubilado o totalmente incapacitado y (1) su cónyuge o (2) una persona dependiente identificada por su nombre; o
- C) familiar, cuyo nivel proporcionará cobertura para el participante jubilado o totalmente incapacitado, su cónyuge (si lo hay) y cualquier dependiente registrado (más de un dependiente).

El costo del auto-pago variará en función de la clase de cobertura aplicable según la Sección 6.09 y el nivel de cobertura elegido. La oficina del fondo mantiene un esquema de tarifas de auto-pago, que puede ser modificado de vez en cuando.

Salvo lo descrito en los párrafos siguientes, la elección según esta Sección es una elección única. Los cambios en las circunstancias futuras, como el hecho de que una persona deje de reunir los requisitos para ser considerada dependiente o cónyuge, provocarán una reducción automática del tipo de cobertura. Sin embargo, salvo lo descrito en el párrafo siguiente, en ningún caso se incrementará la cobertura (de A anterior a B o C anterior; o de B anterior a C anterior) de la cobertura elegida durante el periodo de elección única. Además, a menos que se permita lo contrario en este Plan, el Cónyuge o el dependiente de un participante jubilado o totalmente incapacitado que no esté cubierto después de esta elección única o del cambio de cobertura permitido según el párrafo siguiente, no tendrá derecho a los beneficios de sobreviviente según el Artículo VII - Programa para el cónyuge sobreviviente.

En caso de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción que ocurra después de la elección única, el participante jubilado o totalmente incapacitado podrá cambiar el tipo de cobertura para reflejar la adición del nuevo cónyuge u otra persona dependiente, siempre que el cambio se solicite dentro de un período de 30 días a partir de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Además, si un participante jubilado o totalmente incapacitado se inscribe en el Programa para miembros antiguos y tiene un cónyuge o una persona a cargo que de otro modo sería elegible para la cobertura según los términos del Programa para miembros antiguos en ese momento, pero rechaza la cobertura debido a que está cubierto por otro plan de salud, incluso si tiene una cobertura activa en este Plan, dicho cónyuge o persona a cargo podrá agregarse al Programa para miembros antiguos si lo solicita el participante jubilado o totalmente incapacitado cubierto a más tardar 30 días después de la pérdida de la cobertura del cónyuge o de la persona a cargo en el otro plan.

No obstante lo anterior, un participante jubilado o totalmente incapacitado que abandone la cobertura de medicamentos recetados de este Plan para inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare podrá terminar la cobertura de la Parte D y volver a elegir la cobertura de medicamentos recetados de este Plan una vez, pero sólo si el participante jubilado o totalmente incapacitado vuelve a elegir la cobertura de medicamentos recetados de este Plan dentro de los dos años posteriores a la primera inscripción en la cobertura de la Parte D.

### ***Sección 6.06 – Transferencias de la cobertura de la Clase A al Programa de miembros antiguos***

Un participante jubilado o totalmente incapacitado puede mantener su elegibilidad para un programa completo de beneficios, excluyendo los beneficios por pérdida de tiempo, tal como se establece en el programa Clase A hasta que se agote la búsqueda de la elegibilidad continuada en períodos de calificación anteriores y consecutivos, como se explica en la Sección 3.03. Además, un jubilado (pero no un ex participante que termine su servicio con un empleador por otras razones) o un participante totalmente discapacitado puede transferirse al programa para miembros de la tercera edad (incluyendo la porción de seguro de vida del Plan y, en algunos casos, la porción de seguro por muerte accidental y desmembramiento del Plan, como se describe en la Sección 4.02) dentro de los 90 días posteriores al vencimiento de la cobertura del programa Clase A. Sin embargo, dicho participante jubilado o totalmente incapacitado no podrá transferirse del programa para miembros de la tercera edad de nuevo al programa de clase A a menos que dicha persona vuelva a trabajar y cumpla de nuevo los requisitos de elegibilidad inicial establecidos en la Sección 3.02. Los auto-pagos para el Programa de miembros antiguos se describen en la Sección 6.07.

Las prestaciones serán pagaderas en virtud de este Plan por los artículos o servicios cubiertos proporcionados en virtud de este Plan sin tener en cuenta el derecho o el derecho potencial de una persona elegible a Medicare si dicha persona está cubierta por el Plan como participante jubilado o totalmente incapacitado que mantiene un número de horas suficiente para la elegibilidad continuada (cobertura de clase A) como se explica en la Sección 3.03 durante los períodos en los que se considera que el participante jubilado o totalmente incapacitado tiene una situación laboral actual. Se considerará que dicho participante jubilado o totalmente incapacitado tiene un estado de empleo actual tal y como se define este término según las regulaciones del pagador secundario de Medicare. Sujeto a las disposiciones de Coordinación de las prestaciones, las prestaciones del Plan serán pagaderas en primer lugar a Medicare.

La coordinación de las prestaciones del Plan según esta Sección 6.06 terminará (y el Plan pagará en forma secundaria a Medicare) al agotarse las horas trabajadas del participante jubilado o totalmente incapacitado si ya no cumple con los requisitos de elegibilidad continuos según se explica en la Sección 3.03.

### ***Sección 6.07 – Auto-pagos para mantener la cobertura del Programa de miembros antiguos***

Un participante jubilado o totalmente incapacitado podrá realizar auto-pagos para el Programa de miembros antiguos - Clase AS (los jubilados también pueden elegir la Clase C, CP o D) en una cantidad trimestral determinada por la Mesa Directiva, pagadera por adelantado. Los auto-pagos correspondientes a la parte del Plan correspondiente al Programa de miembros antiguos deberán abonarse antes del último día del mes anterior al primer mes del siguiente período de cobertura (31 de marzo, 31 de julio y 30 de noviembre). No se aceptarán los pagos que no estén matasellados antes del décimo día del primer mes del periodo de cobertura y se dará por terminada la cobertura. Los jubilados o los participantes totalmente incapacitados pueden agotar sus horas de espera hasta dos Períodos de Cobertura antes de que se requieran los auto-pagos. En caso de terminación, el jubilado o participante totalmente incapacitado sólo podrá volver a participar en el Plan si regresa al trabajo activo y cumple con los requisitos de elegibilidad inicial establecidos en la Sección 3.02. Los auto-pagos por la cobertura en el Programa de miembros antiguos pueden deducirse del cheque mensual de la pensión si el jubilado, el participante totalmente discapacitado o el cónyuge reciben una pensión del Indiana Laborers Pension Fund o Construction Workers Pension Trust Fund.

### ***Section 6.08 – Costo del auto-pago***

El Plan subvencionará el costo del Programa de miembros antiguos a una tasa del 2.33% por

cada año de servicio en el Indiana Laborers Pension Fund y/o Construction Workers Pension Trust Fund hasta un máximo de 30 años de servicio para un máximo de un 70% de subvención.

Un participante jubilado o totalmente discapacitado realizará un auto-pago por la diferencia entre el costo subvencionado y el costo total de la cobertura. El costo total de la cobertura variará según el nivel de cobertura elegido según la sección 6.05 y la clase de cobertura aplicable según la sección 6.09. La oficina del fondo mantiene un calendario de costos, que puede ser modificado de vez en cuando.

### ***Sección 6.09 – Cobertura proporcionada por la parte del Programa de miembros antiguos del Plan***

Programa de miembros antiguos del Plan

Los jubilados, participantes totalmente incapacitados y dependientes que pueden ser elegibles para la cobertura del Programa de miembros antiguos y las clases de cobertura aplicables se enumeran en las secciones 1.02 y 1.03. La Clase que se aplica a un jubilado y a sus dependientes depende de la edad y de la condición de dependiente y, en algunos casos, de la elección por parte del jubilado de una clase aplicable. Las cinco Clases proporcionan cobertura en las cantidades especificadas en el Esquema de prestaciones.

El Programa de miembros mayores para aquellos jubilados, participantes totalmente incapacitados y dependientes elegibles para Medicare complementará el pago de Medicare y pagará hasta el 100% de la cantidad permitida por Medicare para aquellos servicios elegibles bajo Medicare. No se pagará ninguna prestación por los servicios que no estén cubiertos por Medicare, a menos que el servicio figure específicamente en el Esquema de prestaciones. Dichos servicios se pagarán según el esquema de prestaciones de Clase A.

## ARTÍCULO VII – PROGRAMA PARA CÓNYUGES SOBREVIVIENTES

(Clase S o la elección de la Clase C, CP o D)

En este artículo sobre el Programa Cónyuges Sobrevivientes se tratan los siguientes temas:

- 
- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 7.1. Selección de sobreviviente | 7.3. Auto-pagos para mantener la cobertura de las prestaciones del cónyuge sobreviviente |
| 7.2. Prestaciones de la Clase S | 7.4. Costo del auto-pago   |
- 

### **Sección 7.01 – Elección del sobreviviente**

En lugar de la Cobertura de continuación bajo COBRA, como se explica en la Sección 3.06, el cónyuge sobreviviente elegible de un participante, jubilado o participante totalmente incapacitado puede elegir continuar la cobertura para sí mismo y para los hijos dependientes cubiertos del participante, jubilado o participante totalmente incapacitado fallecido, sobre una base de auto-pago –

- A) si es elegible a Medicare, el sobreviviente puede elegir la cobertura de Clase C, CP o D, o
- B) si no es elegible a Medicare, el sobreviviente puede elegir la cobertura Clase S.

Si no hay un cónyuge superviviente elegible en el momento del fallecimiento, los dependientes no tendrán derecho a la cobertura, salvo lo permitido por COBRA.

Las prestaciones de sobreviviente de la Clase C, CP, D o S cesarán para un dependiente sobreviviente si los pagos por cuenta propia cesan (o se retrasan) o si el dependiente sobreviviente pasa a estar cubierto por otro plan de salud colectivo.

Sin perjuicio de cualquier disposición contraria en este Plan, el cónyuge o dependiente de un participante jubilado o totalmente incapacitado que no esté cubierto después de la elección única de un cambio de cobertura permitido por la Sección 6.05 no tendrá derecho a las prestaciones de sobreviviente en virtud de este Artículo VII tras el fallecimiento del participante jubilado o totalmente incapacitado.

La elegibilidad para las prestaciones de sobreviviente comienza inmediatamente después de la terminación de la cobertura de prestaciones debido al fallecimiento del participante jubilado o totalmente incapacitado. Un cónyuge sobreviviente debe elegir la cobertura para sí mismo y para sus dependientes dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que su cobertura terminaría de otro modo. Después de la elección, los hijos dependientes estarán cubiertos siempre que cumplan con la definición de dependiente y se realicen los auto-pagos a tiempo.

### **Sección 7.02 – Prestaciones de Clase S**

Las prestaciones de la Clase S son las mismas que las de la Clase A, pero no incluirán las prestaciones por maternidad, atención al recién nacido, pérdida de tiempo ni las prestaciones del seguro de vida o de muerte accidental y desmembramiento.

En el caso de que un cónyuge sobreviviente de Clase S sea elegible para recibir prestaciones de incapacidad de Medicare, entonces dicho cónyuge deberá pasar a la Clase C, a la Clase CP o a la Clase D.

La cobertura de Clase S cesará para el cónyuge sobreviviente y los dependientes cubiertos si:

- A) Los auto-pagos cesan (o se retrasan); o
- B) El cónyuge sobreviviente pasa a estar cubierto por otro plan de salud colectivo; o
- C) El cónyuge sobreviviente pasa a ser elegible a Medicare y no se transfiere a la Clase C, Clase D o Clase CP.

Los dependientes que pueden tener derecho a la cobertura de prestaciones de sobreviviente (Clase S) se enumeran en la Sección 1.04.

### ***Sección 7.03 – Auto-pagos para mantener la cobertura de las prestaciones del cónyuge sobreviviente***

Un sobreviviente elegible bajo este Artículo VII puede hacer auto-pagos para las prestaciones del cónyuge sobreviviente en una cantidad determinada por la Mesa Directiva, pagable por adelantado. Los auto-pagos para la parte del cónyuge sobreviviente del Plan deberán ser pagados antes del último día del mes anterior al primer mes del siguiente período de cobertura (31 de marzo, 31 de julio y 30 de noviembre). No se aceptarán los pagos que no estén matasellados antes del décimo día del mes del periodo de cobertura y se dará por terminada la cobertura si no se reciben los auto-pagos.

### ***Sección 7.04 – Costo del auto-pago***

El subsidio aplicable al participante o jubilado para el Programa de miembros antiguos, tal como se describe en la Sección 6.08, también se aplicará a un cónyuge sobreviviente elegible o a un participante totalmente incapacitado que elija las prestaciones de la Clase S o que elija continuar en la Clase C, CP o D. Una vez que el participante o jubilado elija la cobertura, podrá elegir un nivel inferior de cobertura en el futuro, pero nunca podrá aumentar la cobertura.

El subsidio del Plan tiene un índice del 2.33% por cada año de servicio en el Indiana Laborers Pension Fund y/o Construction Workers Pension Trust Fund hasta un máximo del 70% de subsidio. El cónyuge sobreviviente o el participante totalmente incapacitado realizarán un auto-pago por la diferencia entre el costo subvencionado y el costo total de la cobertura. El costo total de la cobertura variará en función del nivel de cobertura elegido (si procede) y de la clase de cobertura elegida. La oficina del fondo mantiene un esquema de costos, que puede ser modificado de vez en cuando.

## ARTÍCULO VIII – DISPOSICIONES DIVERSAS

Los siguientes temas en este artículo tratan sobre disposiciones diversas:

- 
- |  |  |
|--|--|
| 8.1. Notificación de la dirección                                | 8.12. Coordinación con Medicare                    |
| 8.2. Delegación de autoridad                                     | 8.13. Subrogación                                  |
| 8.3. Procedimientos para presentar una solicitud de prestaciones | 8.14. Otros derechos de recuperación               |
| 8.4. Procedimientos de apelación                                 | 8.15. Programa de revisión de la atención médica   |
| 8.5. Cesión de prestaciones o derechos no permitidos             | 8.16. Organización de Proveedores Preferidos (PPO) |
| 8.6. Sede  | 8.17. Prestaciones de los asegurados               |
| 8.7. Indemnización por responsabilidad                           | 8.18. Modificación y terminación                   |
| 8.8. Certificado de cobertura acreditable                        | 8.19. Terminación del plan                         |
| 8.9. Interés no transferible                                     | 8.20. Ilegalidad de una estipulación particular    |
| 8.10. Derechos laborales   | 8.21. Leyes aplicables                             |
| 8.11. Coordinación de prestaciones                               | 8.22. Regla de privacidad de la HIPAA              |
|  | 8.23. Regla de seguridad de la HIPAA               |
- 

### ***Sección 8.01 – Notificación de la dirección***

Toda persona con derecho a prestaciones en virtud de cualquier parte de este Plan debe notificar al Plan su dirección postal y cada cambio de dirección postal a la oficina del fondo. Dado que todas las comunicaciones, extractos o notificaciones se envían por correo a la dirección que consta en la oficina del fondo, es importante que mantenga su dirección actualizada para recibir todas las comunicaciones importantes. Puede notificar al Plan por escrito o llamando a la oficina del fondo.

### ***Sección 8.02 – Delegación de autoridad***

La Mesa Directiva puede designar a una o más personas, incluyendo, pero sin limitarse a, abogados, auditores, organizaciones de proveedores preferentes, gestores de inversiones, consultores, empresas de revisión de la utilización u otras entidades cualificadas, y delegar en dichas personas las facultades y obligaciones que considere oportunas. Cualquier referencia que se haga aquí a la Mesa Directiva se considerará que significa o incluye a esas personas también en lo que respecta a los asuntos de su jurisdicción, se haga o no una referencia específica a la delegación.

### ***Sección 8.03 – Procedimientos para presentar una solicitud de prestaciones***

**En esta Sección 8.03 se analizan los procedimientos que deben seguirse para presentar una reclamación de prestaciones desde el momento en que se produce la reclamación de prestaciones hasta el momento de la decisión de la Mesa Directiva con respecto a la reclamación de prestaciones. Si la reclamación de prestaciones es denegada, la Sección 8.04 establece los procedimientos para apelar la denegación de la reclamación de prestaciones por parte de la Mesa Directiva.**

## Cómo presentar una solicitud de prestaciones

### *Proveedores de la red*

Si una persona elegible utiliza un proveedor dentro de la red, en la mayoría de los casos, el proveedor dentro de la red presentará las solicitudes de prestaciones electrónicamente a la red PPO correspondiente.

### *Proveedores fuera de la red*

Si una persona elegible utiliza un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que presentar su propia solicitud de prestaciones en la oficina del fondo.

### *Para presentar su propia solicitud de prestaciones*

Todas las personas con derecho a prestaciones que presenten una solicitud de prestaciones deberán presentar los formularios requeridos a la Mesa Directiva o a su agente designado. Los formularios requeridos incluyen documentos, pruebas o información, redactados en inglés, que la Mesa Directiva o su agente designado consideren necesarios o convenientes a los efectos de revisar la reclamación de prestaciones. Dichas reclamaciones de prestaciones deben presentarse a más tardar 18 meses después de la fecha en que se produjo la reclamación de prestaciones; no obstante, en el caso de las reclamaciones de prestaciones coordinadas con Medicare o con cualquier otro plan de grupo (según se define en la Sección 8.11), la reclamación de prestaciones debe presentarse a más tardar 18 meses después de la fecha en que el pagador principal pagó la reclamación de prestaciones.

Cada persona elegible que presente una reclamación de prestaciones deberá proporcionar la información y firmar los documentos que la Mesa Directiva o su agente designado pueda requerir antes de que cualquier reclamación de prestaciones sea pagadera.

Una vez que presente una reclamación de prestaciones, la Mesa Directiva la revisará de acuerdo con los plazos adecuados que se indican a continuación para determinar si la reclamación de prestaciones es pagadera según el Plan. Recibirá una notificación de la determinación.

## **Definiciones relacionadas con las reclamaciones de prestaciones**

Los siguientes términos son aplicables a los procedimientos que se aplican a la determinación de una reclamación de prestaciones y tendrán el significado que se indica a continuación.

### *Denegación de la reclamación de prestaciones*

Una "**denegación de reclamación de prestaciones**" se refiere a cualquiera de las siguientes situaciones una denegación, reducción o terminación de, o una falta de provisión o pago (total o parcial) de, una prestación, incluyendo cualquier denegación, reducción, terminación o falta de provisión o pago que se base en una determinación de la elegibilidad de un participante o beneficiario para participar en un Plan, incluyendo, una denegación, reducción o terminación de, o una falta de provisión o pago (total o parcialmente) de una prestación que resulte de la aplicación de cualquier revisión de utilización, así como una falta de cobertura de un artículo o servicio para el que se proporcionen prestaciones de otro modo porque se determine que es experimental o no es médicamente necesario o apropiado, o por cualquier otra razón por la que la reclamación de prestaciones no esté cubierta por el Plan.

### *Reclamación que implica atención urgente*

Una "**reclamación que implique una atención urgente**" es cualquier reclamación de prestaciones por atención o tratamiento médico con respecto a la cual la aplicación de los períodos de tiempo para realizar determinaciones de **atención no urgente** –

- A) Podría poner en grave peligro la vida o la salud del reclamante o la capacidad de éste para recuperar su máxima funcionalidad, o,

- B) En la opinión de un Médico con conocimiento de la condición médica del reclamante, sometería al reclamante a un dolor severo que no puede ser manejado adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es objeto de la reclamación de prestaciones.

La determinación de si una reclamación de prestaciones es una "reclamación que implica atención urgente" la realizará una persona que actúe en nombre del Plan aplicando el criterio de un profano prudente que posea un conocimiento medio de la salud y la medicina. Excepto, cualquier reclamación de prestaciones que un médico con conocimiento de la condición médica del reclamante determine que es una "reclamación que implica atención urgente" en el sentido de esta Sección, será tratada como una "reclamación que implica atención urgente" a efectos de esta sección.

#### *Reclamante*

El término "**reclamante**" se refiere a la persona elegible. En caso de denegación de una reclamación de prestaciones, el término "reclamante" incluye también a un proveedor cuando sea autorizado por la persona elegible y aprobada por la Mesa Directiva de acuerdo con la Sección 8.05. A menos que se trate de una reclamación que implique una atención urgente, esta autorización deberá presentarse por escrito a la oficina del fondo.

#### *Notificación of aviso*

Una "**notificación**" o "**Aviso**" significa la entrega o el suministro de información a una persona elegible de una manera que satisfaga las normas de acuerdo con la ley, con respecto al material que se debe proporcionar o poner a disposición de una persona elegible. En el caso de las reclamaciones de prestaciones, la Mesa Directiva enviará a una persona elegible una notificación relativa a la determinación de la reclamación de prestaciones. Esta notificación suele denominarse "Explicación de prestaciones."

#### *Reclamación previa al servicio*

El término "**reclamación previa al servicio**" se refiere a cualquier reclamación de prestaciones para la que los términos del Plan requieren que los servicios que recibirá un reclamante sean revisados por el Plan o su agente designado antes de que el reclamante reciba dichos servicios para que los servicios recibidos sean una reclamación de prestaciones aprobada, en su totalidad o en parte.

#### *Reclamación posterior al servicio*

El término "**reclamación posterior al servicio**" se refiere a cualquier reclamación de prestaciones en virtud del Plan que no sea una reclamación anterior al servicio.

#### Tipos de reclamaciones de prestaciones

Este Plan procesa reclamaciones de prestaciones para los siguientes tipos de prestaciones:

- Reclamaciones de prestaciones médicas
- Reclamaciones de prestaciones por pérdida de tiempo
- Otras reclamaciones de prestaciones (seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, odontología y visión, medicamentos recetados)

Cada tipo de reclamación de prestaciones tiene diferentes requisitos de tiempo para procesar y enviar una notificación al reclamante de la determinación. La tabla que figura a continuación está redactada para proporcionarle información sobre: el tiempo y la forma de las determinaciones de las reclamaciones de prestaciones y el tiempo y el contenido requerido de las notificaciones de las determinaciones de las prestaciones. Consulte la subsección anterior titulada "Definiciones relacionadas con las reclamaciones de prestaciones" para comprender mejor algunos de los términos utilizados en esta sección.

#### *Reclamaciones de prestaciones médicas*

La normativa federal sobre reclamaciones clasifica todas las reclamaciones de prestaciones en

reclamaciones previas al servicio (urgentes y no urgentes), reclamaciones posteriores al servicio y reclamaciones por incapacidad. La Mesa Directiva (o el agente designado por la Mesa) dispone de diferentes plazos para tomar una decisión sobre los distintos tipos de reclamaciones de prestaciones. La siguiente tabla resume estos plazos.

Plazos	Tipo de reclamaciones de prestaciones				
	Atención médica urgente	Atención concurrente (curso de tratamiento preaprobado)	Atención médica previa al servicio (no urgente)	Atención médica posterior al servicio	Pérdida de tiempo (incapacidad)
Para que el Plan tome la determinación inicial de la reclamación de prestaciones (aprobar o denegar la reclamación de prestaciones)	72 horas (dependiendo de las circunstancias médicas)	Con el tiempo suficiente para que el participante apele y obtenga la determinación antes de que no se paguen las prestaciones	15 días (dependiendo de las circunstancias médicas)	30 días (antes si es razonable)	45 días
Para que el Plan obtenga una prórroga (si se da la debida notificación al reclamante y el retraso está fuera del control del Plan)	Ninguna	Sigue las pautas del tipo de reclamación que es (urgente, pre-servicio, post-servicio o pérdida de tiempo)	15 días	15 días	30 días, más otros 30 días
Para que el Plan solicite la información que falta al reclamante tras la recepción original de la reclamación de prestaciones por parte	24 horas		15 días	30 días	45 días
Para que el reclamante proporcione la información que falta tras la solicitud de información por parte del Plan	48 horas		45 días	45 días	45 días

#### Plazos de determinación de las reclamaciones de prestaciones médicas

En el caso de una reclamación de prestaciones de atención médica, la Mesa Directiva notificará al reclamante la determinación de las prestaciones, como se indica a continuación:

##### A) Reclamaciones de prestaciones de atención urgente

En el caso de una **reclamación que implique atención urgente**, la Mesa Directiva notificará al reclamante la determinación de las prestaciones (ya sea una aprobación o una denegación de la reclamación de prestaciones) lo antes posible, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero no más tarde de 72 horas después de la recepción de la reclamación de prestaciones, a menos que el reclamante no proporcione información suficiente para determinar si, o en qué medida, las prestaciones están cubiertas o son

pagaderas en virtud del Plan. En el caso de tal incumplimiento, la Mesa Directiva notificará al reclamante lo antes posible, pero no más tarde de 24 horas después de la recepción de la reclamación de prestaciones, la información específica necesaria para completar la reclamación de prestaciones. Se concederá al reclamante una cantidad de tiempo razonable, teniendo en cuenta las circunstancias, pero no menos de 48 horas, para proporcionar la información especificada. La Mesa Directiva notificará al reclamante la determinación de las prestaciones lo antes posible, pero en ningún caso más tarde de 48 horas después de la primera de las siguientes fechas –

1. Se recibe la información adicional especificada, o
2. El final del período concedido al reclamante para proporcionar la información adicional especificada.

#### B) Decisiones de atención concurrente

Si el Plan ha aprobado un tratamiento en curso que se proporcionará durante un período de tiempo o un número de tratamientos:

1. Cualquier reducción o terminación por parte del Plan de dicho curso de tratamiento (que no sea por enmienda o terminación del Plan) antes de que finalice dicho período de tiempo o número de tratamientos constituirá una denegación de reclamación de prestaciones. La Mesa Directiva notificará al reclamante la denegación de la reclamación de prestaciones con la suficiente antelación a la reducción o terminación para que el reclamante pueda apelar y obtener una determinación sobre la revisión de dicha reclamación de prestaciones antes de que ésta se reduzca o termine.
2. Cualquier solicitud de un reclamante para prolongar el curso del tratamiento más allá del período de tiempo o del número de tratamientos que constituye una reclamación de atención urgente se decidirá lo antes posible, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, y la Mesa Directiva notificará al reclamante la determinación de las prestaciones, ya sea una aprobación o una denegación de la reclamación de prestaciones, dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la reclamación de prestaciones por parte del Plan, siempre que cualquier reclamación de prestaciones de este tipo se presente al Plan al menos 24 horas antes del vencimiento del período de tiempo o del número de tratamientos prescritos. Se notificará al reclamante la denegación de cualquier reclamación de prestaciones relativa a una solicitud de prolongación del tratamiento, tanto si se trata de atención urgente como si no, y cualquier recurso se regirá por los procedimientos previstos en las normas de apelación.

#### C) Reclamaciones de prestaciones previas al servicio

En el caso de una reclamación de prestaciones previa al servicio, la Mesa Directiva notificará al reclamante la determinación de las prestaciones del Plan (ya sea una aprobación o una denegación) dentro de un período de tiempo razonable y adecuado a las circunstancias médicas, pero no más tarde de 15 días tras la recepción de la reclamación de prestaciones por parte del Plan. El Plan podrá prorrogar este plazo una vez hasta un máximo de 15 días, siempre que la Mesa Directiva determine que dicha prórroga es necesaria debido a asuntos que escapan al control del Plan y notifique al reclamante, antes de que expire el plazo inicial de 15 días, las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha en la que el Plan espera tomar una decisión. Si dicha prórroga es necesaria debido a que el reclamante no ha presentado la información necesaria para decidir sobre la reclamación de prestaciones, la notificación de prórroga describirá específicamente la información requerida, y el reclamante dispondrá de al menos 45 días a partir de la recepción de la notificación para proporcionar la información especificada.

#### D) Reclamaciones de prestaciones posteriores al servicio

En el caso de una reclamación de prestaciones posterior al servicio, la Mesa Directiva notificará al reclamante, dentro de un plazo razonable, pero no más tarde de 30 días después de la recepción de la reclamación de prestaciones. El Plan podrá prorrogar este plazo una vez por un máximo de 15 días, siempre que la Mesa Directiva determine que dicha prórroga es necesaria debido a asuntos que escapan al control del Plan y notifique al reclamante, antes del vencimiento del plazo inicial de 30 días, las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha en la que el Plan espera tomar una decisión. Si dicha prórroga es necesaria debido a que el reclamante no ha presentado la información necesaria para decidir sobre la reclamación de prestaciones, la notificación de prórroga describirá específicamente la información requerida, y el reclamante dispondrá de al menos 45 días a partir de la recepción de la notificación para proporcionar la información especificada.

#### *Reclamaciones de prestaciones por pérdida de tiempo (incapacidad)*

##### Límites de tiempo para la determinación de la reclamación de prestaciones por pérdida de tiempo (incapacidad)

En el caso de una reclamación de prestaciones por pérdida de tiempo, la Mesa Directiva notificará al reclamante los procedimientos de apelación de la reclamación de prestaciones del Plan dentro de un plazo razonable, pero no más tarde de 45 días después de la recepción de la reclamación de prestaciones por parte del Plan. El Plan podrá prorrogar este plazo hasta 30 días, siempre y cuando la Mesa Directiva determine que dicha prórroga es necesaria debido a asuntos que escapan al control del Plan y notifique al reclamante, antes del vencimiento del plazo inicial de 45 días, las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha en la que el Plan espera emitir una decisión. Si, antes de que finalice el primer período de prórroga de 30 días, el Administrador determina que, debido a cuestiones ajenas al Plan, no puede tomarse una decisión dentro de dicho período de prórroga, el plazo para tomar la decisión podrá prorrogarse hasta 30 días adicionales, siempre que la Mesa Directiva notifique al reclamante, antes de que expire el primer período de prórroga de 30 días, las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha a partir de la cual el Plan espera tomar una decisión. En el caso de cualquier prórroga en virtud de este párrafo, la notificación de prórroga explicará específicamente las normas en las que se basa el derecho a una prestación, las cuestiones no resueltas que impiden tomar una decisión sobre la reclamación de prestaciones y la información adicional necesaria para resolver dichas cuestiones, y se concederá al reclamante un plazo mínimo de 45 días para proporcionar la información especificada.

#### *Otras reclamaciones de prestaciones (seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento, dental, de visión y de prescripción)*

##### Otros plazos de determinación de la reclamación de prestaciones

Si se deniega total o parcialmente una reclamación de prestaciones, la Mesa Directiva notificará al reclamante los procedimientos de apelación del Plan dentro de un plazo razonable, pero no más tarde de 90 días después de la recepción de la reclamación por parte del Plan, a menos que la Mesa Directiva determine que hay circunstancias especiales que requieren una prórroga para la tramitación de la reclamación. Si la Mesa Directiva determina que es necesaria una prórroga para la tramitación, se proporcionará al reclamante una notificación por escrito de la prórroga antes de que finalice el periodo inicial de 90 días. En ningún caso dicha prórroga podrá exceder un período de 90 días a partir del final de dicho período inicial. La notificación de prórroga indicará las circunstancias especiales que requieren una prórroga y la fecha en la que el Plan espera emitir la determinación de las prestaciones.

##### Cálculo de los plazos

A efectos de esta Sección 8.03, el periodo de tiempo en el que se debe tomar una determinación de prestaciones comenzará en el momento en que se presente una reclamación de prestaciones

de acuerdo con los procedimientos del Plan, sin tener en cuenta si toda la información necesaria para tomar una determinación de la reclamación de prestaciones acompaña a la presentación. En el caso de que se amplíe un plazo según lo permitido debido a que el reclamante no haya presentado la información necesaria para decidir una reclamación de prestaciones, el plazo para tomar la determinación de las prestaciones se interrumpirá o dejará de ampliarse a partir de la fecha en que se envíe al reclamante la notificación de la ampliación hasta la fecha en que el reclamante responda a la solicitud de información adicional

*Requisitos de notificación de la determinación de la reclamación de prestaciones*

Cuando la Mesa Directiva tome una determinación sobre una reclamación de prestaciones, se enviará una notificación al reclamante que explique la determinación de la reclamación de prestaciones. Esta notificación se enviará por escrito.

Requisitos de notificación para reclamaciones de prestaciones distintas a pérdida de tiempo (incapacidad)

Si la **determinación es una denegación de reclamación de prestaciones distintas a las pérdida de tiempo (incapacidad)**, la notificación incluirá la siguiente información, redactada de forma que el reclamante la entienda –

- A) El motivo o los motivos específicos de la denegación de la reclamación de prestaciones;
- B) La referencia a las estipulaciones específicas del Plan en las que se basa la determinación;
- C) Una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para que el reclamante perfeccione la reclamación de prestaciones y una explicación de por qué es necesario dicho material o información;
- D) Una descripción de los procedimientos de apelación del Plan y los plazos aplicables a dichos procedimientos, incluida una declaración del derecho del reclamante a entablar una acción civil en virtud de la Sección 502(a) de ERISA tras la apelación de la denegación de una reclamación de prestaciones;
- E) En caso de denegación de la reclamación de prestaciones médicas:
  - 1. Si se basó en una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para realizar la Denegación de la reclamación de prestaciones, se proporcionará al reclamante la norma, directriz, protocolo u otro criterio similar específico; o una declaración de que se basó en dicha norma, directriz, protocolo u otro criterio similar para realizar la denegación de la reclamación de prestaciones y que se proporcionará una copia de dicha norma, directriz, protocolo u otro criterio de forma gratuita al reclamante que lo solicite; o
  - 2. Si la denegación de la reclamación de prestaciones se basa en una necesidad médica o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, se proporcionará al reclamante una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita previa solicitud; y
- F) En el caso de una denegación de reclamación de prestaciones por parte de un plan de salud colectivo relativa a una reclamación que implique atención urgente, una descripción del proceso de revisión acelerada aplicable a dichas reclamaciones de prestaciones.

En el caso de una denegación de una reclamación de prestaciones por parte de un plan de salud colectivo relativa a una reclamación que implique atención urgente, la información descrita anteriormente podrá proporcionarse al reclamante de forma verbal dentro del plazo requerido, siempre que se proporcione al reclamante una notificación escrita o electrónica a más tardar tres días después de la notificación verbal.

- G) Si la denegación de la reclamación de prestaciones se basa en una necesidad médica o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, una explicación del razonamiento científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará gratuitamente si se solicita; y
- H) Las normas internas específicas, directrices, protocolos, estándares u otros criterios similares en los que se basó el Plan para realizar la denegación de la reclamación de prestaciones en la revisión o, alternativamente, una declaración de que no existen dichas normas, directrices, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan; y
- I) Una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, un acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación de prestaciones del reclamante.
- J) La notificación de la denegación de una reclamación de prestaciones se proporcionará de una manera cultural y lingüísticamente apropiada, tal y como se describe a continuación, si es necesario, en virtud de la "Regla del 10%" comentada al final de esta sección.

Se considera que el Plan proporciona las notificaciones pertinentes de una "manera cultural y lingüísticamente apropiada" si el Plan cumple con los siguientes requisitos:

1. El Plan debe proporcionar servicios lingüísticos orales (como una línea telefónica de asistencia al cliente) que incluya la respuesta a las preguntas en cualquier idioma que no sea el inglés y la asistencia para presentar reclamaciones de prestaciones y apelaciones en cualquier idioma que no sea el inglés;
2. El Plan debe proporcionar, previa solicitud, una notificación en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés; y
3. El Plan debe incluir en las versiones en inglés de todas las notificaciones, una declaración destacada en cualquier idioma no inglés aplicable que indique claramente cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por el Plan.

Con respecto a una dirección en cualquier condado de los EE.UU. al que se envíe una notificación, un idioma no inglés es un "idioma no inglés aplicable" si el 10% o más de la población que reside en el condado sólo sabe leer y escribir en el mismo idioma no inglés, según lo determinado en las directrices publicadas por el Secretario del HHS ("Regla del 10%").

Requisitos de notificación para las reclamaciones de prestaciones por pérdida de tiempo (incapacidad)

Si la **determinación es una denegación de la reclamación de prestaciones por pérdida de tiempo (incapacidad)**, la notificación de denegación de la reclamación de prestaciones incluirá la siguiente información, además de la información proporcionada para otras reclamaciones de prestaciones, redactada de manera que sea entendida por el reclamante:

- A) El motivo o motivos específicos de la denegación de la reclamación de prestaciones;
- B) La referencia a las estipulaciones específicas del Plan en las que se basa la denegación de la reclamación de prestaciones;
- C) Una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para que el reclamante perfeccione la reclamación de prestaciones y una explicación de por qué es necesario dicho material o información;
- D) Una discusión de la decisión, incluyendo una explicación de la base para no estar de acuerdo o no seguir:
  1. Las opiniones de los profesionales de la atención médica que tratan al reclamante y de

los profesionales vocacionales que lo evaluaron presentadas por el reclamante al Plan;

2. Las opiniones de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con la denegación de la reclamación de prestaciones de un reclamante, sin tener en cuenta si el asesoramiento se basó en la determinación de las prestaciones; y
  3. Una determinación de incapacidad con respecto al reclamante presentada por éste al Plan realizada por la Administración del Seguro Social;
- E) Si la denegación de la reclamación de prestaciones por pérdida de tiempo (incapacidad) se basa en una necesidad médica o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, una explicación del razonamiento científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará gratuitamente si se solicita; y
- F) Las normas internas específicas, directrices, protocolos, estándares u otros criterios similares en los que se basó el Plan para realizar la denegación de la reclamación de prestaciones en la revisión o, alternativamente, una declaración de que no existen dichas normas, directrices, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan; y
- G) Una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, un acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación de prestaciones del reclamante.
- H) La notificación de la denegación de una reclamación de prestaciones se proporcionará de una manera cultural y lingüísticamente apropiada, tal y como se describe a continuación, si es necesario, bajo la "Regla del 10%" que se comenta al final de esta sección.

Se considera que el Plan proporciona las notificaciones pertinentes de una "manera cultural y lingüísticamente apropiada" si el Plan cumple los siguientes requisitos:

1. El Plan debe proporcionar servicios lingüísticos orales (como una línea telefónica de asistencia al cliente) que incluya la respuesta a preguntas en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés y que proporcione asistencia para presentar reclamaciones de prestaciones y apelaciones en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés;
2. El Plan debe proporcionar, previa solicitud, una notificación en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés; y
3. El Plan debe incluir en las versiones en inglés de todas las notificaciones, una declaración destacada en cualquier idioma no inglés aplicable que indique claramente cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por el Plan.

Con respecto a una dirección en cualquier condado de los EE.UU. al que se envíe una notificación, un idioma no inglés es un "idioma no inglés aplicable" si el 10% o más de la población que reside en el condado sólo sabe leer y escribir en el mismo idioma no inglés, según se determina en las orientaciones publicadas por el Secretario del HHS ("Regla del 10%").

Si se le deniega su reclamación de prestaciones, debe utilizar primero los procedimientos de apelación del Plan que se encuentran en la Sección 8.04 antes de presentar una demanda ante el tribunal. Si no sigue los procedimientos de apelación del Plan que se encuentran en la Sección 8.04, el tribunal podría considerar que su caso es prematuro y podría dar lugar a que su caso sea desestimado de tal manera que impida cualquier otra acción judicial. Si sigue los

procedimientos de apelación del Plan que se encuentran en la Sección 8.04 y su reclamación de prestaciones vuelve a ser denegada, podrá acudir a los tribunales ya que entonces habrá agotado los procedimientos de revisión administrativa de este Plan.

### **Sección 8.04 – Procedimientos de apelación**

**Esta Sección 8.04 trata de los procedimientos de apelación que debe seguir si quiere que la Mesa Directiva reconsidere una denegación de prestaciones. Si no sigue primero estos procedimientos de apelación, es posible que no pueda presentar una demanda.**

#### Apelación de la denegación de la reclamación de prestaciones

Si su reclamación de prestaciones es denegada, total o parcialmente, puede seguir los procedimientos de apelación del Plan que se explican en esta Sección 8.04 para que se reconsidere su reclamación de prestaciones.

La normativa federal clasifica todas las reclamaciones de prestaciones y las apelaciones a las denegaciones de reclamaciones de prestaciones en diferentes categorías (enumeradas en la tabla siguiente), en función del tipo de servicio que haya recibido.

**Cada tipo de reclamación de prestaciones tiene diferentes plazos para que usted presente una apelación a una denegación de reclamación de prestaciones y también diferentes plazos para que el Plan tome una decisión sobre la apelación de una denegación de reclamación de prestaciones.**

A continuación de la tabla (que resume estos plazos aplicables) hay información sobre: las normas relativas a una apelación, el momento y la forma de las notificaciones de denegación de prestaciones y el contenido requerido de dichas notificaciones.

<b>Plazos</b>		<b>Tipo de reclamaciones de prestaciones</b>			
	<b>Atención médica urgente</b>	<b>Reclamación de prestaciones médicas previas al servicio (no urgente)</b>	<b>Reclamación de prestaciones médicas posteriores al servicio (distintas de las asociadas a lesiones laborales)</b>	<b>Reclamación de prestaciones médicas post-servicio asociadas a lesiones relacionadas con el trabajo</b>	<b>Pérdida de tiempo (incapacidad)</b>
<b>Para que el reclamante solicite una apelación tras la denegación de una reclamación de prestaciones</b>	180 días	180 días	180 días	36 meses	180 días
<b>Para que el Plan tome una decisión sobre la apelación del reclamante</b>	72 horas (dependiendo de las circunstancias médicas)	30 días	La apelación se verá en la siguiente reunión trimestral de la Mesa Directiva después de que	La apelación se verá en la siguiente reunión trimestral de la Mesa Directiva después de que	La apelación se verá en la siguiente reunión trimestral de la Mesa Directiva después de que

			el reclamante haya presentado la apelación (o si la apelación se presenta dentro de los 30 días de la siguiente reunión programada, la apelación se verá en la segunda reunión trimestral) El reclamante será notificado dentro de los 5 días de la decisión del Plan.	el reclamante haya presentado la apelación (o si la apelación se presenta dentro de los 30 días de la siguiente reunión programada, la apelación se verá en la segunda reunión trimestral) El reclamante será notificado dentro de los 5 días de la decisión del Plan.	el reclamante haya presentado la apelación (o si la apelación se presenta dentro de los 30 días de la siguiente reunión programada, la apelación se verá en la segunda reunión trimestral) El reclamante será notificado dentro de los 5 días de la decisión del Plan.
<b>Para que el Plan obtenga una prórroga (si se notifica debidamente al reclamante y el retraso está fuera del control del Plan)</b>	Ninguna	Ninguna	El plan puede prorrogar la audiencia de apelación con una reunión trimestral adicional si se notifica al reclamante antes de la reunión determinada anteriormente.	El plan puede prorrogar la audiencia de apelación con una reunión trimestral adicional si se notifica al reclamante antes de la reunión determinada anteriormente.	El plan puede prorrogar la audiencia de apelación con una reunión trimestral adicional si se notifica al reclamante antes de la reunión determinada anteriormente.

## PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN

### Procedimientos de apelación para las denegaciones de reclamaciones de prestaciones médicas

Como parte de sus derechos de apelación de una denegación de reclamación de prestaciones médicas:

- A) Los reclamantes dispondrán de al menos 180 días a partir de la fecha en que reciban la notificación de denegación de la reclamación de prestaciones médicas para apelar la denegación de la misma;
- B) La revisión de la denegación de la reclamación de prestaciones médicas en apelación no se basará en ningún aspecto de la denegación inicial de la reclamación de prestaciones médicas y será llevada a cabo por un fiduciario apropiado del Plan que no sea ni el individuo que realizó la denegación inicial de la reclamación de prestaciones médicas que es objeto de la apelación, ni el subordinado de dicho individuo;
- C) Al decidir una apelación de cualquier denegación de una reclamación de prestaciones médicas que se base total o parcialmente en un juicio médico, incluidas las determinaciones con respecto a si un tratamiento, medicamento u otro artículo en particular es experimental, de investigación o no es médicamente necesario o apropiado, el fiduciario designado apropiado consultará con un médico que tenga la formación y la experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado en la decisión médica;

- D) La Mesa Directiva proporcionará al reclamante la identificación de cualquier experto médico o profesional cuyo asesoramiento se haya obtenido en nombre del Plan en relación con una La denegación de la reclamación de prestaciones del reclamante, sin tener en cuenta si el asesoramiento se basó en la determinación de la reclamación de prestaciones;
- E) El proceso de revisión de la apelación dispondrá que el médico contratado para los fines de una consulta sea una persona que no sea una persona que fue consultada en relación con la denegación de la reclamación de prestaciones que es objeto de la apelación, ni el subordinado de ninguna de esas personas; y
- F) Proporcionar, en el caso de una **reclamación de prestaciones que implique una atención urgente**, un proceso de revisión acelerado según el cual:
1. El reclamante puede presentar oralmente o por escrito una solicitud de apelación acelerada de una denegación de una reclamación de prestaciones; y
  2. Toda la información necesaria, incluida la determinación de la reclamación de prestaciones en revisión, se transmitirá entre la Mesa Directiva y el reclamante por teléfono, fax u otro método disponible igualmente expeditivo.

#### **Procedimientos de apelación para las denegaciones de reclamaciones de prestaciones por pérdida de tiempo (incapacidad)**

Como parte de sus derechos de apelación a la denegación de una reclamación de prestaciones por pérdida de tiempo (incapacidad), se aplicará lo siguiente:

- los requisitos enumerados más abajo en el párrafo titulado "**En general, reclamaciones de prestaciones distintas a las de salud o incapacidad**";
- los requisitos enumerados anteriormente en los incisos A) a E) en el párrafo relativo a los **procedimientos de apelación para las denegaciones de reclamaciones de prestaciones médicas**; y
- los siguientes requisitos:

Antes de que la Mesa Directiva pueda emitir una denegación de la reclamación de prestaciones por incapacidad en revisión, la Mesa Directiva deberá proporcionar al reclamante, sin costo alguno, cualquier prueba nueva o adicional que la Mesa Directiva, o la otra persona que realice la denegación de la reclamación de prestaciones en revisión (o por indicación de la Mesa Directiva o de dicha otra persona) considere, se base o genere en relación con la reclamación de prestaciones. Dichas pruebas deben proporcionarse tan pronto como sea posible y con suficiente antelación a la fecha en la que se requiere la notificación de denegación de la reclamación de prestaciones en revisión según el Plan, para dar al reclamante una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

Además, antes de que la Mesa Directiva pueda emitir una denegación de prestaciones en revisión sobre una reclamación de prestaciones por incapacidad basada en una justificación nueva o adicional, la Mesa Directiva deberá proporcionar al reclamante, de forma gratuita, dicha justificación. La justificación deberá proporcionarse lo antes posible y con suficiente antelación a la fecha en la que, según el Plan, deba entregarse la notificación de denegación de prestaciones en revisión, para que el reclamante tenga una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

Si la Mesa Directiva no cumple estrictamente con todos los requisitos de las Secciones de reclamaciones de prestaciones y de Apelaciones del Plan con respecto a una Reclamación de prestaciones, se considera que el reclamante ha agotado los recursos administrativos disponibles en el Plan, salvo las infracciones de *minimis* que se explican

a continuación. Como tal, el reclamante tiene derecho a ejercer cualquier recurso disponible en virtud de la Sección 502(a) de ERISA sobre la base de que la Mesa Directiva no ha proporcionado procedimientos razonables de Reclamación de prestaciones que permitan obtener una decisión sobre el fondo de la Reclamación de prestaciones. Si un reclamante opta por buscar recursos en virtud de la Sección 502(a) de ERISA en tales circunstancias, la reclamación de prestaciones o la apelación se considerará una denegación de prestaciones en revisión sin el ejercicio de la discreción por parte de un fiduciario apropiado.

Los recursos administrativos disponibles bajo el Plan con respecto a las reclamaciones de prestaciones por incapacidad no se considerarán agotados en base a violaciones de *minimis* que no causen, ni puedan causar, perjuicio o daño al reclamante siempre y cuando la Mesa Directiva demuestre que la violación fue por causa justificada o debido a asuntos fuera del control de la Mesa Directiva y que la violación ocurrió en el contexto de un intercambio de información continuo y de buena fe entre la Mesa Directiva y el reclamante. Esta excepción no está disponible si la violación es parte de un patrón o práctica de violaciones por parte de la Mesa Directiva. El reclamante puede solicitar una explicación por escrito de la infracción a la Mesa Directiva, y ésta debe proporcionar dicha explicación en un plazo de 10 días, incluyendo una descripción específica de su base, si la hay, para afirmar que la infracción no debe hacer que se consideren agotados los recursos administrativos disponibles bajo el Plan. Si un tribunal rechaza la solicitud de revisión inmediata del reclamante en virtud de esta sección sobre la base de que la Mesa Directiva cumplió con las normas para la excepción prevista en este párrafo, la reclamación de prestaciones se considerará presentada nuevamente en apelación cuando la Mesa Directiva reciba la decisión del tribunal. Dentro de un plazo razonable tras la recepción de la decisión, la Mesa Directiva proporcionará al reclamante la notificación de la nueva presentación.

### **Procedimientos de apelación para la denegación de reclamaciones de prestaciones distintas a las médicas o por pérdida de tiempo (incapacidad)**

Como parte de sus derechos de apelación por una denegación de reclamación de prestaciones distintas a las médicas o por pérdida de tiempo (incapacidad):

- A) Los reclamantes dispondrán de 60 días a partir de la fecha en que reciban la notificación de denegación de la reclamación de prestaciones para apelar la determinación;
- B) Los reclamantes tendrán la oportunidad de presentar comentarios escritos, documentos, registros y otra información relacionada con la reclamación de prestaciones;
- C) Previa solicitud y de forma gratuita, se proporcionará a los reclamantes un acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación de prestaciones del reclamante, así como copias de los mismos.
- D) La revisión en apelación tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por el reclamante en relación con la reclamación de prestaciones, sin tener en cuenta si dicha información fue presentada o considerada en la determinación inicial de la reclamación de prestaciones.

### **PLAZOS REQUERIDOS PARA QUE EL PLAN NOTIFIQUE AL RECLAMANTE LA DETERMINACIÓN DE LAS PRESTACIONES EN LA APELACIÓN DE LA DENEGACIÓN DE LA RECLAMACIÓN DE PRESTACIONES**

#### **Plazos requeridos para las reclamaciones de prestaciones distintas a las médicas o de pérdida de tiempo (incapacidad)**

El fiduciario designado correspondiente tomará una determinación de las prestaciones a más tardar en la fecha de la reunión del comité o de la junta que siga inmediatamente a la recepción

de una solicitud de revisión, a menos que la solicitud de revisión se presente dentro de los 30 días anteriores a la fecha de dicha reunión. En tal caso, la determinación de las prestaciones podrá realizarse a más tardar en la fecha de la segunda reunión que siga a la recepción de la solicitud de revisión. Si circunstancias especiales (como la necesidad de celebrar una audiencia) exigen una nueva prórroga para la tramitación, la determinación de las prestaciones se hará a más tardar en la tercera reunión del comité o de la junta que siga a la recepción de la solicitud de revisión. Si dicha prórroga para la revisión es necesaria debido a circunstancias especiales, la Mesa Directiva proporcionará al reclamante una notificación por escrito de la prórroga, describiendo las circunstancias especiales y la fecha a partir de la cual se tomará la determinación de las prestaciones, antes del inicio de la prórroga. La Mesa Directiva notificará al reclamante la determinación de las prestaciones tan pronto como sea posible, pero a más tardar cinco días después de que se tome la determinación de las prestaciones.

### **Reclamaciones de atención médica**

En el caso de una apelación de una denegación de prestaciones de atención médica, la Mesa Directiva notificará al reclamante la determinación de prestaciones en revisión, tal como se establece a continuación.

#### **A) Reclamaciones de prestaciones por atención urgente**

En el caso de una **reclamación de prestaciones que implique una atención urgente**, la Mesa Directiva notificará al reclamante la determinación de las prestaciones sobre la revisión en apelación tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero no más tarde de 72 horas después de la recepción de la solicitud del reclamante para la revisión en apelación de una denegación de prestaciones.

#### **B) Reclamaciones de prestaciones previas al servicio**

En el caso de una reclamación de prestaciones previa al servicio, la Mesa Directiva notificará al reclamante la determinación de la reclamación de prestaciones sobre la revisión en apelación dentro de un período de tiempo razonable y adecuado a las circunstancias médicas. Dicha notificación se proporcionará a más tardar 30 días después de la recepción de la solicitud del reclamante para la revisión de una denegación de reclamación de prestaciones.

#### **C) Reclamaciones de prestaciones posteriores al servicio**

En el caso de una reclamación de prestaciones posterior al servicio, el fiduciario designado correspondiente tomará una determinación de prestaciones a más tardar en la fecha de la reunión del comité o junta que siga inmediatamente a la recepción de una solicitud de revisión, a menos que la solicitud de revisión se presente dentro de los 30 días anteriores a la fecha de dicha reunión. En tal caso, la determinación de las prestaciones podrá realizarse a más tardar en la fecha de la segunda reunión que siga a la recepción de la solicitud de revisión. Si circunstancias especiales (como la necesidad de celebrar una audiencia) exigen una nueva prórroga para la tramitación, la determinación de las prestaciones se hará a más tardar en la tercera reunión del comité o de la junta que siga a la recepción de la solicitud de revisión. Si dicha prórroga para la revisión es necesaria debido a circunstancias especiales, la Mesa Directiva notificará al reclamante por escrito la prórroga, describiendo las circunstancias especiales y la fecha a partir de la cual se tomará la determinación de las prestaciones, antes del inicio de la prórroga. La Mesa Directiva notificará al reclamante la determinación de las prestaciones tan pronto como sea posible, pero a más tardar cinco días después de que se tome la determinación de las prestaciones..

### **Reclamaciones de prestaciones por pérdida de tiempo**

En el caso de una reclamación de prestaciones por pérdida de tiempo, el fiduciario designado correspondiente deberá, en cambio, tomar una determinación de prestaciones a más tardar en la fecha de la reunión del comité o del consejo que siga inmediatamente a la recepción de una

solicitud de revisión, a menos que la solicitud de revisión se presente dentro de los 30 días anteriores a la fecha de dicha reunión. En tal caso, la determinación de las prestaciones podrá realizarse a más tardar en la fecha de la segunda reunión que siga a la recepción de la solicitud de revisión. Si circunstancias especiales (como la necesidad de celebrar una audiencia) exigen una nueva prórroga para la tramitación, la determinación de las prestaciones se hará a más tardar en la tercera reunión del comité o de la junta que siga a la recepción de la solicitud de revisión. Si dicha prórroga para la revisión es necesaria debido a circunstancias especiales, la Mesa Directiva notificará al reclamante por escrito la prórroga, describiendo las circunstancias especiales y la fecha a partir de la cual se tomará la determinación de las prestaciones, antes del inicio de la prórroga. La Mesa Directiva notificará al reclamante la determinación de las prestaciones tan pronto como sea posible, pero a más tardar cinco días después de que se tome la determinación de las prestaciones.

### **Cálculo de los plazos**

A los efectos de esta Sección 8.04, el periodo de tiempo en el que se debe realizar la determinación de la reclamación de prestaciones en revisión comenzará en el momento en que se presente un recurso ante la oficina del fondo, sin tener en cuenta si toda la información necesaria para realizar la determinación de prestaciones en revisión acompaña a la presentación. En el caso de que se prolongue un plazo permitido debido a que el reclamante no haya presentado la información necesaria para decidir sobre una reclamación de prestaciones, el plazo para realizar la determinación de prestaciones en revisión se detendrá o se detendrá desde la fecha en que se envíe al reclamante la notificación de la prolongación hasta la fecha en que el reclamante responda a la solicitud de información adicional.

### **Entrega de documentos**

En el caso de una denegación de reclamación de prestaciones en revisión en apelación, la Mesa Directiva proporcionará al reclamante el acceso y las copias de los documentos, registros y otra información que sea adecuada.

## **FORMA Y CONTENIDO DE LA NOTIFICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE LAS PRESTACIONES EN REVISIÓN**

La Mesa Directiva proporcionará al reclamante una notificación escrita o electrónica de la determinación de la reclamación de prestaciones en revisión. En el caso de una denegación de la reclamación de prestaciones que no sea una reclamación de prestaciones por incapacidad (pérdida de tiempo), la notificación establecerá, de forma calculada para que el reclamante la entienda –

- A) El motivo o motivos específicos de la denegación de la reclamación de prestaciones en apelación;
- B) La referencia a las estipulaciones específicas del Plan en las que se basa la denegación de la reclamación de prestaciones;
- C) Una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, un acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación de prestaciones del reclamante.
- D) Una declaración en la que se describan los procedimientos de apelación voluntaria previstos en el Plan y el derecho del reclamante a obtener la información sobre dichos procedimientos, así como una declaración del derecho del reclamante a interponer una demanda en virtud del artículo 502(a) de la ERISA; y
- E) En el caso de una denegación de reclamación de prestaciones de atención médica –
  - 1. Si se basó en una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar para realizar la denegación de la reclamación de prestaciones, se proporcionará al reclamante la norma, directriz, protocolo u otro criterio similar específico; o bien una

declaración de que dicha norma, directriz, protocolo u otro criterio similar se basó para realizar la denegación de la reclamación de prestaciones y que se proporcionará una copia de la norma, directriz, protocolo u otro criterio similar de forma gratuita al reclamante que lo solicite;

2. Si la denegación de prestaciones se basa en una necesidad médica o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, se proporcionará al reclamante una explicación del razonamiento científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita si se solicita.

F) En el caso de una denegación de la reclamación de prestaciones por incapacidad en revisión, la notificación de la denegación de la reclamación de prestaciones indicará, de forma calculada para que el reclamante la entienda:

1. el motivo o motivos específicos de la denegación de prestaciones en revisión;
2. la referencia a las estipulaciones específicas del Plan en las que se basa la denegación de prestaciones en revisión;
3. una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, un acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación de prestaciones por incapacidad del reclamante;
4. una discusión de la decisión, que incluya una explicación de la base para no estar de acuerdo o no seguir:
  - a. las opiniones presentadas por el reclamante de los profesionales de atención médica que lo tratan y los profesionales vocacionales que lo evaluaron;
  - b. las opiniones de los expertos médicos o profesionales cuyo asesoramiento se obtuvo en relación con la denegación de la reclamación de prestaciones del reclamante en revisión, sin tener en cuenta si el asesoramiento se basó en la realización de la denegación de la reclamación de prestaciones en revisión; y
  - c. una determinación de incapacidad relativa al reclamante realizada por la Administración del Seguro Social.
5. si la denegación de prestaciones en revisión se basa en una necesidad médica o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, una explicación del razonamiento científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará sin cambios si se solicita; y
6. las normas internas específicas, directrices, protocolos, estándares u otros criterios similares del Plan en los que se ha basado la denegación de la reclamación de prestaciones en revisión.
7. una declaración del derecho del reclamante a interponer una demanda en virtud del artículo 502(a) de ERISA; dicha demanda deberá presentarse en un plazo de tres años a partir de la fecha de la denegación de prestaciones en apelación para que se considere oportuna. La declaración incluirá la fecha de calendario en que se agotaría el período de tres años.

En el caso de una denegación de reclamación de prestaciones en revisión, la notificación se proporcionará de una manera cultural y lingüísticamente adecuada, como se describe a continuación. Se considera que la Mesa Directiva proporciona las notificaciones pertinentes de una "manera cultural y lingüísticamente adecuada" si cumplen los requisitos de la "Regla del 10%", en caso de ser necesario, que se comentan a continuación.

La Mesa Directiva debe:

- a. proporcionar servicios lingüísticos orales (como una línea telefónica de asistencia al cliente) que incluya la respuesta a preguntas en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés y proporcionar asistencia para presentar reclamaciones de prestaciones y apelaciones en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés;
- b. proporcionar, previa solicitud, una notificación en cualquier idioma aplicable que no sea el inglés; y
- c. incluir en las versiones en inglés de todas las notificaciones, una declaración expuesta de forma destacada en cualquier idioma no inglés aplicable que indique claramente cómo acceder a los servicios lingüísticos proporcionados por la Mesa Directiva.

Con respecto a una dirección en cualquier condado de los EE.UU. al que se envíe una Notificación, un "idioma no inglés" es un "idioma no inglés aplicable" si el diez por ciento o más ("Regla del 10%") de la población que reside en el condado sólo sabe leer y escribir en el mismo idioma no inglés, según se determine en las directrices publicadas por el Secretario del HHS.

### ***Sección 8.05 – Cesión de prestaciones o derechos no permitida***

Su derecho a recibir beneficios (o pagos del Plan por reclamaciones de beneficios) es personal, por lo que no puede cederlo ni ninguno de sus derechos o beneficios como participante o beneficiario a un tercero. Esta norma contra la cesión prohíbe ceder cualquier derecho legal o equitativo en virtud del Plan, o de las leyes estatales o federales, incluida la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en la Jubilación (ERISA, por sus siglas en inglés), a cualquier otra persona sin el consentimiento de la Mesa Directiva (salvo que lo exija una Orden calificada de apoyo médico infantil o la Notificación nacional de apoyo médico infantil, o que lo exija la ley aplicable). La orden de pagar a un proveedor no es una cesión de ningún derecho en virtud.

Puede designar a un representante para que le represente en el proceso de reclamación de prestaciones y de apelación. Sin embargo, su representante no es un cesionario de sus derechos y prestaciones y no tiene capacidad para presentar una demanda contra el Plan o la Mesa Directiva. Nada de lo contenido en este documento o en cualquier otra descripción escrita del Plan para la cobertura médica se interpretará como una responsabilidad del Plan o de la Mesa Directiva frente a cualquier tercero ante el que un participante pueda ser responsable de la atención, el tratamiento o los servicios médicos.

### ***Sección 8.06 – Sede***

Cualquier demanda presentada por un reclamante que haya agotado el procedimiento de reclamación y apelación establecido en la Sección 8.04, en la que se nombre al Plan, a la Mesa Directiva o a cualquier administrador relacionado con el Plan, deberá presentarse ante un tribunal de jurisdicción competente en la sede de la oficina del fondo en el condado de Vigo, Indiana.

### ***Sección 8.07 – Indemnización por responsabilidad***

El Plan indemnizará a cada uno de los miembros de la Mesa Directiva por todas las reclamaciones, pérdidas, daños y perjuicios, gastos, incluidos los honorarios de los abogados, en los que incurra la Mesa Directiva y cualquier responsabilidad, incluidas las cantidades pagadas en concepto de liquidación con la aprobación de la Mesa Directiva, que se deriven de la acción u omisión del Fideicomisario o de la Mesa Directiva en relación con los deberes y responsabilidades de los Fideicomisarios en virtud de este Plan, salvo lo dispuesto por la ley. El Plan, en todo momento y a su cargo, comprará y mantendrá en vigor un seguro de responsabilidad civil suficiente para cada Fideicomisario de la Mesa Directiva que cubra todas las reclamaciones, pérdidas, daños y gastos derivados de cualquier acción u omisión en relación con la ejecución de sus obligaciones como Fideicomisario de la Mesa Directiva.

### ***Sección 8.08 – Certificado de cobertura acreditable***

Si se solicita, al ocurrir cualquiera de los eventos descritos que resulten en la terminación de la cobertura bajo el Plan o que una persona elegible pase a estar cubierta bajo la cobertura COBRA, la Mesa Directiva emitirá una certificación de cobertura acreditable al participante o al beneficiario calificado. La Cobertura Acreditable será el número de meses, que no exceda de 18, durante los cuales dicha persona estuvo cubierta bajo el Plan y, si se eligió la cobertura COBRA, un beneficiario calificado bajo el Plan, sin tener en cuenta los beneficios específicos cubiertos durante dichos meses; siempre y cuando, sin embargo, los meses como participante antes del 1 de julio de 1996, no serán cobertura acreditable y siempre y cuando cualquier mes como participante o beneficiario calificado que ocurra antes de un período de al menos 63 días en el que haya habido un lapso continuo en cualquier cobertura acreditable no será cobertura acreditable. Para solicitar un certificado de cobertura acreditable, póngase en contacto con la oficina del fondo en P.O. Box 1587, Terre Haute, IN 47808-1587 o en el teléfono (812) 238-2551 o (800) 962-3158.

### ***Sección 8.09 – Interés no transferible***

Ningún derecho o interés de ningún participante en la porción de prestaciones por pérdida de tiempo del Plan será asignable o transferible. Las prestaciones pagaderas en virtud de las porciones de prestaciones médicas, programa para miembros antiguos y prestaciones de sobreviviente podrán cederse al proveedor de servicios médicos. La orden de pagar a un proveedor no es una cesión de ningún derecho en virtud de este Plan ni de ningún derecho legal o de equidad para iniciar cualquier procedimiento judicial.

### ***Sección 8.10 – Derechos laborales***

El establecimiento del Plan no se interpretará como el otorgamiento de ningún derecho legal a cualquier empleado o a cualquier otra persona para la continuación del empleo, ni interferirá con los derechos de cualquier empleador para despedir a cualquier empleado y/o para tratarlo sin tener en cuenta el efecto que dicho tratamiento podría tener sobre él como participante.

## Sección 8.11 – Coordinación de prestaciones

**Las estipulaciones de coordinación de prestaciones previstas en esta Sección 8.11 se aplican a una persona elegible que esté cubierta por más de un plan de salud colectivo (este Plan y otro plan (o planes)). Si esto se aplica a usted o a sus dependientes, lea atentamente esta sección para comprender cómo se pagarán las prestaciones. Puede ponerse en contacto con la oficina del fondo si tiene alguna pregunta.**

Todas las prestaciones pagaderas en virtud de este Plan se coordinarán con las prestaciones pagaderas en virtud de cualquier otro plan colectivo si los gastos cubiertos son para un participante, jubilado o dependiente.

Si un participante, jubilado o dependiente está cubierto por otro plan colectivo, las prestaciones de este plan y del otro plan colectivo se coordinarán. Esto significa que un plan paga primero la totalidad de sus prestaciones y, a continuación, el otro plan paga hasta la totalidad de sus prestaciones; siempre y cuando el total de las prestaciones de este Plan y del otro plan colectivo no supere el 100% de los gastos cubiertos incurridos.

Las prestaciones pagadas en virtud de esta sección se pagarán en el siguiente orden:

- A) Si el otro plan colectivo no tiene una estipulación de coordinación de prestaciones, el otro plan colectivo pagará primero sus prestaciones.
- B) Cuando el otro plan colectivo sí tenga una estipulación de coordinación de prestaciones, se aplicarán las siguientes normas:
  - 1. El plan que cubra a la persona como empleado, afiliado o no dependiente pagará primero sus prestaciones.
  - 2. Si la regla descrita en el subpárrafo 1 no es determinante porque uno o más planes cubren a la persona como empleado, el plan que cubra a la persona como trabajador activo en el momento en que se produzca el gasto pagará primero sus prestaciones.
  - 3. Si no se aplica la regla descrita en el subpárrafo 1, el plan que cubre a la persona como dependiente del progenitor cuyo cumpleaños cae antes en un año pagará sus prestaciones antes que el plan del progenitor cuyo cumpleaños cae más tarde en el año, salvo lo descrito en la regla explicada en el subpárrafo 4 a continuación que implica una reclamación de prestaciones para un hijo dependiente de padres divorciados o separados o la regla descrita en el subpárrafo 5 a continuación que implica una reclamación de prestaciones para un hijo dependiente que está cubierto por un otro plan colectivo como resultado del empleo de su cónyuge. Si ambos progenitores cumplen años el mismo día, las prestaciones del plan que cubrió al progenitor durante más tiempo se pagan antes que las del plan que cubrió al progenitor durante un periodo de tiempo más corto. La palabra "cumpleaños" se refiere únicamente al mes y al día de un año civil, no al año de nacimiento.
  - 4. Si se presenta una reclamación de prestaciones para un hijo dependiente de padres divorciados o separados, el plan que cubra a un hijo como dependiente de un progenitor que por decreto judicial deba proporcionarle atención médica pagará primero sus prestaciones.

Si no existe ningún decreto judicial que obligue a un progenitor a proporcionar atención médica a un hijo dependiente:

- a. El plan que cubra al progenitor que no se haya vuelto a casar y que tenga la custodia del hijo pagará primero sus prestaciones.
- b. Si el progenitor que tiene la custodia del hijo se ha vuelto a casar, el plan de dicho progenitor pagará sus prestaciones en primer lugar; el plan del padrastro o de la madrastra pagará sus prestaciones a continuación; y el plan del progenitor sin custodia pagará sus prestaciones en tercer lugar.

Si una sentencia judicial exige que ambos progenitores se hagan cargo de la atención médica de un hijo dependiente, se utilizará la regla del cumpleaños, descrita en el subpárrafo 3 anterior, para determinar la cobertura primaria y secundaria. Si el progenitor con la custodia se ha vuelto a casar, el plan del padrastro o la madrastra con la custodia pagará sus prestaciones en segundo lugar; y el plan del padrastro o la madrastra sin la custodia pagará sus prestaciones en último lugar.

5. Si se presenta una reclamación de prestaciones para un hijo dependiente que esté cubierto por un otro plan colectivo como consecuencia del empleo de su cónyuge, las prestaciones se pagarán en el siguiente orden:
  - a. Si el hijo dependiente está cubierto por un otro plan colectivo como empleado, ese otro plan colectivo pagará primero sus prestaciones.
  - b. Si el hijo dependiente está casado y está cubierto por otro plan colectivo a través del empleo del cónyuge, ese otro plan colectivo pagará sus prestaciones en segundo lugar.
  - c. Después de aplicar las reglas de los subpárrafos 5a y 5b, se aplicarán las reglas de los subpárrafos 3 o 4, según corresponda, para determinar el orden de los planes restantes.
6. Si una persona cuya cobertura se proporciona en virtud de un derecho de continuación conforme a la ley federal (COBRA) o a la ley estatal también está cubierta por cualquier otro plan colectivo, el plan que cubre a la persona como empleado o afiliado (o como dependiente de esa persona) pagará sus prestaciones en primer lugar y el plan que proporciona prestaciones en virtud de la cobertura de continuación pagará sus prestaciones en segundo lugar.
7. Si no se aplica ninguna de las reglas anteriores de los subpárrafos 1 a 6, el plan que haya cubierto a la persona durante un periodo de tiempo más largo pagará sus prestaciones en primer lugar.

Cuando una parte de otro plan colectivo coordine prestaciones y otra no, cada parte se tratará como un plan independiente.

No obstante el orden indicado anteriormente, cuando el otro plan colectivo sea un producto asegurado (como ciertas prestaciones de la vista) proporcionado por este plan, el otro plan colectivo pagará primero sus prestaciones.

Si las prestaciones que debería haber pagado este Plan son pagadas, en cambio, por otro plan colectivo, este Plan podrá reembolsar al otro plan colectivo. Las cantidades así reembolsadas se tratarán como cualquier otra prestación del Plan para satisfacer las obligaciones de éste.

Si este Plan paga más por un gasto cubierto que lo requerido por esta sección, entonces este Plan podrá recuperar dicho exceso de pago de –

- A. cualquier persona a la que se haya efectuado el pago; o
- B. cualquier compañía de seguros, plan de servicios o cualquier otra organización que debería haber realizado el pago.

### **Definiciones relacionadas con la coordinación de prestaciones**

A efectos de esta sección, los siguientes términos tendrán el siguiente significado –

#### *Otro plan colectivo*

El término "Otro plan colectivo" se refiere a los programas que proporcionan pagos de prestaciones o servicios a un participante, jubilado o dependientes cubiertos para atención hospitalaria, médica, quirúrgica, dental, de medicamentos recetados, de la vista, de la audición o cualquier otra atención médica en el marco de –

- seguro colectivo;
- cobertura grupal de Blue Cross and/or Blue Shield y otras coberturas de prepago sobre una base colectiva, incluidas las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO);
- la cobertura en virtud de planes fideicomisarios de la patronal, planes de bienestar del Sindicato, planes de organizaciones empresariales o planes de prestaciones para empleados;
- cobertura bajo programas gubernamentales y cualquier otra cobertura requerida por la ley;
- otros acuerdos de cobertura grupal asegurada o auto-asegurada; o
- la Cobertura COBRA.

No obstante, siempre que –

- los planes de seguro médico comprados individualmente no se traten como "otro plan colectivo" a efectos de coordinación de prestaciones; y
- cuando tanto el empleado como uno o más de sus dependientes sean elegibles para participar debido a su empleo con un empleador, este plan también será tratado como "otro plan colectivo" a efectos de coordinación de prestaciones.
- En el caso de que este Plan ofrezca un producto asegurado además de la cobertura no asegurada, el producto asegurado se tratará también como "otro plan colectivo" a efectos de coordinación de prestaciones.

#### *Período de reclamación de prestaciones*

El término "período de reclamación de prestaciones" se refiere a una parte o a la totalidad de un año civil durante el cual el participante, el jubilado o la persona a cargo cubierta tienen derecho a recibir prestaciones en virtud del Plan.

#### *Gasto cubierto*

El término "gasto cubierto" hace referencia a cualquier gasto habitual, acostumbrado y razonable en el que se incurra y que esté cubierto por al menos otro plan colectivo durante un periodo de reclamación de beneficios y, cuando un otro plan colectivo proporcione beneficios en forma de servicio en lugar de pagos en efectivo, el valor razonable en efectivo del servicio durante un periodo de reclamación de beneficios también se considerará un gasto cubierto.

### **Sección 8.12 – Coordinación con Medicare**

**Las estipulaciones de coordinación con Medicare previstas en esta Sección 8.12 se aplican a una persona elegible que esté cubierta por este Plan y por Medicare. Si esto se aplica a usted o a sus dependientes, lea detenidamente esta Sección 8.12 para comprender cómo se pagarán las prestaciones. Puede ponerse en contacto con la oficina del fondo si tiene alguna pregunta.**

A pesar de cualquier estipulación en contrario en este Plan, el Plan pagará prestaciones secundarias a Medicare en toda la medida permitida por la Sección 1862(b) de la Ley de Seguro Social. En ningún caso los gastos cubiertos por el Plan, sumados a las prestaciones de Medicare, superarán la Cantidad que el Plan habría pagado si el individuo cubierto por este Plan no tuviera derecho a las prestaciones de Medicare. A los efectos de esta sección, se presumirá que dicho individuo está cubierto por Medicare en la medida en que haya cumplido todas las normas de elegibilidad y tenga derecho a Medicare, independientemente de que se haya inscrito en Medicare. Para las situaciones en las que no se haya elegido Medicare, el Plan utilizará la estructura de prestaciones de la Parte A y la Parte B de Medicare original para la coordinación. Para los participantes, jubilados y/o sus dependientes cubiertos que sean elegibles a Medicare, el Plan requiere la presentación de una explicación de prestaciones de Medicare antes de que los gastos cubiertos sean pagados por el Plan.

### **Sección 8.13 – Subrogación**

**Las estipulaciones de subrogación previstas en esta Sección 8.13 se aplican a una persona elegible que reciba tratamiento o servicios debido a un accidente o lesión de la que pueda ser responsable otra persona. Si esto se aplica a usted o a sus dependientes, lea atentamente esta sección para comprender cómo se pagarán las prestaciones. Además, hay una documentación específica que debe rellenar y devolver a la oficina del fondo antes de que se le paguen las prestaciones. Puede ponerse en contacto con la oficina del fondo si tiene alguna pregunta.**

Si una persona elegible sufre una lesión en un accidente del que puede ser responsable otra persona, ésta o su seguro pueden ser responsables de pagar los gastos médicos relacionados y estos gastos no estarían cubiertos por el Plan. Sin embargo, esperar a que un tercero pague estas lesiones puede ser difícil; el cobro por parte de un tercero puede llevar mucho tiempo (puede que tenga que acudir a los tribunales) y sus acreedores pueden no esperar pacientemente. Por ello, como servicio al participante, el Plan adelantará el pago de las prestaciones relacionadas con dicho accidente basándose en los derechos de restitución y subrogación del Plan. Esto significa que el participante debe reembolsar al Plan si se obtiene una recuperación de cualquier persona o entidad.

El Plan recibirá la restitución de todos los pagos de prestaciones realizados como resultado de las lesiones o enfermedades causadas por las acciones de un tercero y que den lugar a una adjudicación financiera ordenada por un tribunal o a un acuerdo extrajudicial a la persona elegible por parte de un tercero causante de daños, persona o entidad. Este Plan proporcionará prestaciones, que de otro modo no serían pagaderas en virtud de este Plan, a la persona elegible o en su nombre, sólo en los siguientes términos y condiciones:

- A) En caso de cualquier pago en virtud de este Plan, el Plan se subrogará en todos los derechos de recuperación de la persona elegible contra cualquier persona u organización.

Esto significa que el Plan tiene un derecho independiente para entablar una acción en relación con dicha lesión o enfermedad en nombre de la persona elegible y también tiene derecho a intervenir en cualquier acción de este tipo entablada por la persona elegible, incluida cualquier acción contra una compañía de seguros en virtud de cualquier póliza de vehículo motorizado no asegurada o sub-asegurada.

- B) De acuerdo con los derechos del Plan indicados en esta sección, si la persona elegible presenta reclamaciones de beneficios o recibe cualquier pago de reclamaciones de

prestaciones del Plan por una lesión o enfermedad que pueda dar lugar a una reclamación contra un tercero, se requerirá que el representante de la persona elegible ejecute un "Acuerdo de cesión de derechos de subrogación y restitución" que afirme los derechos de restitución y subrogación del Plan con respecto a dichos pagos y reclamaciones de beneficios. Este formulario ayudará al Plan a recuperar las reclamaciones de prestaciones pagadas de un tercero que fuera responsable de las lesiones que dieron lugar a las reclamaciones de prestaciones. Este Acuerdo también debe ser ejecutado por el abogado de la persona elegible, si corresponde.

Dado que los pagos de las reclamaciones de prestaciones no se pagan a menos que se firme un acuerdo de subrogación, las reclamaciones de prestaciones de la persona elegible no se pagarán hasta que el Plan reciba el acuerdo completamente firmado.

Esto significa que, si una persona elegible presenta una reclamación de prestaciones y no se recibe el acuerdo de subrogación con prontitud, no se pagará la reclamación de prestaciones.

- C) La persona elegible deberá hacer todo lo necesario para asegurar los derechos de subrogación del Plan y no deberá hacer nada después del siniestro para perjudicar dichos derechos. La persona elegible no debe hacer nada que perjudique o dañe los derechos del Plan. Por ejemplo, si la persona elegible opta por no perseguir la responsabilidad de un tercero, la persona elegible no puede renunciar a ningún derecho que cubra las condiciones en las que se podría recibir cualquier recuperación. Si la persona elegible opta por no perseguir la responsabilidad de un tercero, la aceptación de las reclamaciones de prestaciones por parte del Plan autoriza a éste a litigar o resolver sus reclamaciones contra el tercero. Si el Plan emprende acciones legales para recuperar lo que ha pagado, la aceptación de las reclamaciones de prestaciones obliga a la persona elegible (y a su abogado, si procede) a cooperar con el Plan en la búsqueda de su recuperación y a proporcionar la información pertinente con respecto al accidente.
- D) La persona elegible aceptará cooperar con el Plan y/o con cualquier representante del Plan en la cumplimentación de los formularios y en la entrega de la información relativa a cualquier accidente que el Plan o sus representantes consideren necesaria para investigar a fondo el incidente. La falta de ejecución de los formularios necesarios hará que no se paguen las reclamaciones de prestaciones.
- E) El Plan también tiene derecho a la restitución del producto de cualquier acuerdo, sentencia u otro pago obtenido por la persona elegible. Este derecho de restitución es acumulativo y no exclusivo del derecho de subrogación concedido en el apartado A anterior, pero sólo en la medida de las reclamaciones de prestaciones pagadas por el Plan.
- F) Los derechos de restitución y subrogación del Plan proporcionan al Plan la primera prioridad a cualquier y toda recuperación en relación con la Lesión o Enfermedad, ya sea que dicha recuperación sea total o parcial y sin importar cómo se caracterice dicha recuperación, por qué o por quién se pague, o el tipo de gasto para el que se especifique. Dicha recuperación incluye las cantidades pagaderas en virtud del seguro de automovilista no asegurado de la propia persona elegible, el seguro de automovilista sub-asegurado o cualquier prestación médica de pago o sin culpa.

Este derecho de subrogación es específica e inequívocamente una subrogación pro tanto, es decir, una subrogación a partir del primer dólar recibido por la persona elegible, y la subrogación pro tanto debe surtir efecto antes de que se pague la totalidad de la deuda a la persona elegible. Además de sus derechos pro tanto, el Plan tiene derecho a la restitución de la totalidad de las prestaciones pagadas, independientemente de que la persona elegible sea resarcida por el tercero de todos los daños.

- G) Los derechos de restitución y subrogación del Plan se aplican independientemente de los

términos de la reclamación, la demanda, el derecho de recuperación, la causa de la acción la sentencia, el laudo, el acuerdo, el compromiso, el seguro o la orden, independientemente de que el tercero sea declarado responsable o esté obligado a pagar la lesión o la enfermedad, e independientemente de que la persona elegible obtenga realmente la totalidad de dicha sentencia, laudo, acuerdo, compromiso, seguro u orden.

El Plan, mediante el pago de cualquier suma, se otorga un gravamen equitativo sobre el producto de cualquier acuerdo, sentencia u otro pago recibido por la persona elegible, y la persona elegible consiente en dicho gravamen y acuerda tomar todas las medidas necesarias para ayudar a la Mesa Directiva a asegurar dicho gravamen.

El Plan tendrá un derecho de retención sobre cualquier cantidad recibida por la persona elegible o un representante de la misma (incluyendo su abogado) que se deba al Plan bajo esta sección, y dicha cantidad se considerará en fideicomiso por la persona elegible para el beneficio del Plan hasta que se pague en su totalidad al Plan.

H) Los derechos de subrogación y restitución y los derechos de retención se aplican a cualquier recuperación realizada por la persona elegible como resultado de las lesiones sufridas o la enfermedad padecida, incluyendo pero no limitándose a lo siguiente:

1. Los pagos realizados directamente por el tercero causante del daño o cualquier compañía de seguros en nombre del tercero causante del daño o cualquier otro pago en nombre del tercero causante del daño.
2. Los pagos, acuerdos, sentencias o laudos arbitrales pagados por cualquier compañía de seguros en virtud de una póliza de motorista no asegurado o infrasegurado o de las estipulaciones de pago de gastos médicos en nombre del asegurado; y
3. Cualquier pago procedente de cualquier fuente diseñado o destinado a compensar al asegurado por una enfermedad, lesión, dolencia o incapacidad sufrida como resultado de la negligencia o acción ilícita o supuesta negligencia o acción ilícita de otra persona.

I) Es obligación de la persona elegible:

1. Notificar al Plan en un plazo de diez días cualquier accidente o lesión de la que pueda ser responsable otra persona;
2. Notificar al Plan por escrito cualquier lesión, enfermedad o incapacidad por la que el Plan haya pagado gastos médicos en nombre de la persona elegible y que pueda ser atribuible a los actos ilícitos o negligentes de otra persona;
3. Notificar al Plan por escrito si la persona elegible contrata los servicios de un abogado, y de cualquier demanda realizada o pleito presentado en nombre de la persona elegible, y de cualquier oferta, propuesta de acuerdo, acuerdo de aceptación, sentencia o laudo arbitral;
4. La persona elegible deberá notificar al Plan antes de aceptar cualquier pago previo al inicio de una demanda. Si la persona elegible no notifica al Plan y acepta un pago inferior a la cantidad total de las prestaciones que el Plan ha adelantado, la persona elegible tendrá que devolver al Plan, en su totalidad, las prestaciones que haya pagado en nombre de la persona elegible;
5. La persona elegible deberá notificar al Plan dentro de los diez días siguientes a la iniciación de cualquier demanda judicial derivada del accidente y de la conclusión de cualquier acuerdo, sentencia o pago relacionado con el accidente en cualquier demanda judicial iniciada para proteger las reclamaciones del Plan;

6. Proporcionar al Plan o a sus agentes la información que solicite sobre las circunstancias que puedan implicar una subrogación, prestar toda la ayuda razonable que se le solicite para asimilar dicha información y cooperar con el Plan o sus agentes en la definición, verificación o protección de su derecho de subrogación y restitución; y
  7. Proporcionar prontamente la restitución al Plan de los beneficios pagados en nombre de la persona elegible atribuibles a la enfermedad, lesión, dolencia o incapacidad, una vez que la persona elegible haya obtenido dinero a través de un acuerdo, sentencia, adjudicación u otro pago.
- J) La persona elegible no realizará ningún acuerdo que excluya o intente excluir específicamente los gastos médicos pagados por el Plan.
- K) El derecho de recuperación del Plan será un gravamen previo contra cualquier producto recuperado por la persona elegible, derecho que no será derrotado ni reducido por la aplicación de ninguna de las denominadas "Doctrina Made-Whole" (de integración plena), "Doctrina Rimes" o cualquier otra doctrina de este tipo que pretenda derrotar los derechos de recuperación del Plan asignando el producto exclusivamente a los daños por gastos no médicos.
- L) La persona elegible no incurrirá en ningún gasto en nombre del Plan en la persecución de los derechos del Plan, específicamente, no se podrán deducir de la recuperación del Plan ni los costos judiciales ni los honorarios de los abogados sin el previo consentimiento expreso y por escrito del Plan. Este derecho no será anulado por ninguna de las denominadas "Doctrina del Fondo", "Doctrina del Fondo Común", "Doctrina del Fondo del Abogado" o cualquier otra doctrina de este tipo que pretenda reducir la cantidad de recuperación del Plan.
- M) Si la persona elegible no notifica al Plan, como se requiere en este documento, entonces al recuperarse, ya sea por demanda, juicio, acuerdo, compromiso o de otra manera, por la persona elegible, el Plan tendrá derecho a la restitución en la medida de las prestaciones pagadas por el Plan, inmediatamente después de la demanda, y tendrá el derecho a la recuperación de las mismas, por demanda o de otra manera.
- N) Si la persona elegible se niega a proporcionar la restitución al Plan de cualquier recuperación o se niega a cooperar con el Plan con respecto a sus derechos de subrogación o restitución, el Plan tiene el derecho de recuperar la cantidad total de todas las prestaciones pagadas por métodos que incluyen, pero no se limitan necesariamente a, compensar las cantidades pagadas contra los futuros pagos de prestaciones de la persona elegible bajo el Plan. La "falta de cooperación" incluye la falta de ejecución de un acuerdo de subrogación, cesión de derechos y restitución y la falta de respuesta de cualquier parte a las preguntas del Plan sobre el estado de cualquier reclamación o cualquier otra lesión relacionada con los derechos de restitución y subrogación del Plan.
- O) Si la persona elegible es indemnizada por su lesión o enfermedad, la persona elegible es responsable de todas y cada una de las prestaciones médicas futuras que sean resultado de esta lesión o enfermedad.

**El incumplimiento de cualquiera de estos requisitos puede dar lugar a:**

- A) La retención por parte del Plan del pago de futuras prestaciones;
- B) La obligación por parte de la persona elegible de pagar los costos, los honorarios de los abogados y otros gastos incurridos por el Plan para obtener la información requerida o la restitución.

**Este programa de restitución y subrogación es un servicio para la persona elegible. Proporciona el pago anticipado de las reclamaciones de prestaciones y también ahorra dinero al Plan (lo que también le ahorra a usted) al asegurarse de que la parte responsable pague las lesiones.**

Sin perjuicio de cualquier otra estipulación o sección de este Plan, en el caso de que una persona elegible sufra una lesión en un accidente del que sea responsable otra persona, el Plan pagará las reclamaciones de prestaciones como resultado de dichas lesiones al 75% de los cargos descontados para las reclamaciones de prestaciones dentro de la red y al 50% de los cargos aprobados para las reclamaciones de prestaciones fuera de la red. La cantidad deducible y la regla de desembolso no se aplicarán a estas reclamaciones de prestaciones.

#### **Sección 8.14 – Otros derechos de recuperación**

Siempre que se realicen pagos de reclamaciones de prestaciones en virtud del Plan que superen los gastos admisibles u otros límites del Plan (incluidos los pagos erróneos), la Mesa Directiva tendrá derecho a recuperar la cantidad errónea o excesiva de –

- A) la persona u organismo que lo haya recibido, o
- B) el participante, jubilado o dependiente.

En el caso del participante, jubilado o dependiente, la Mesa Directiva se reserva el derecho de reducir los pagos futuros de prestaciones del Plan con el fin de corregir un pago excesivo anterior.

#### **Sección 8.15 – Programa de revisión de la atención médica**

El Plan ha celebrado un acuerdo con una empresa profesional de revisión de la atención médica para pre-certificar todas las estancias en el hospital, las cirugías y otros procedimientos y equipos que su médico pueda recomendar. La empresa profesional de revisión de la atención médica contratada aprueba previamente los planes de tratamiento y ayuda a la persona elegible a evitar gastos médicos innecesarios.

La cooperación del participante es esencial para el éxito de esta asociación de gestión de costos médicos. No ponerse en contacto con la empresa de revisión de la atención médica cuando un médico recomiende una hospitalización o una intervención quirúrgica puede dar lugar a estancias en el hospital más largas de lo necesario o a un tratamiento médico innecesario que podría no estar cubierto y, por lo tanto, dar lugar a costos médicos más elevados para el participante. La empresa de revisión de la atención médica también actúa como defensora del paciente para ayudar al participante a controlar su enfermedad.

El procedimiento de pre-certificación no es una garantía de prestaciones. Otras exclusiones del Plan pueden prohibir su reclamación de prestaciones según el Plan. A continuación se incluye una lista de procedimientos que deben ser pre-certificados, a partir de la fecha de vigencia de esta combinación de Documento del Plan y la Descripción Resumida del Plan:

- **Salud conductual (salud mental y abuso de sustancias)**, incluida la terapia ambulatoria, los programas intensivos para pacientes externos (IOP) y los programas de hospitalización parcial (PHP),
- **Diálisis**,
- **Servicios de diagnóstico para endoscopia con cápsula y pruebas genéticas**,
- **Equipo médico duradero** limitado a *scooters* o sillas de ruedas eléctricas/motorizadas, dispositivos de compresión neumática, TENS, estimulador de crecimiento óseo, estimulador neuromuscular, ventilador a domicilio, dispositivo de asistencia respiratoria, dispositivo desfibrilador externo (VEST), equipo de tracción, luz de fototerapia, movimiento pasivo continuo (CPM), CPAP y BIPAP),

- **Atención médica a domicilio,**
- **Cuidado paliativo,** hospitalario y domiciliario
- **Oxígeno hiperbárico,**
- Cuidados **agudos a largo plazo,**
- Hospitalización **médica, quirúrgica y de salud conductual,** incluyendo hospitalización aguda médica, quirúrgica y de salud conductual (salud mental y abuso de sustancias)
- **Cirugía ambulatoria** (póngase en contacto con la oficina del Fondo para saber si su cirugía específica requiere pre-certificación),
- Servicios remitidos por el **gestor de prestaciones por prescripción** del plan, incluida la quimioterapia (incluida la oral), la terapia de infusión, los medicamentos de más de \$2,000 y la terapia relacionada con la oncología y los trasplantes,
- **Prótesis** de extremidades,
- **Radiación,**
- **Centro de rehabilitación,**
- **Centro de tratamiento residencial,** en la red (fuera de la red no está cubierto)
- **Centro de enfermería especializada,** en la red (fuera de la red no está cubierto)
- **Terapia**
  - Ocupacional y física después de 12 consultas para personas elegibles de 14 años o más, y desde la primera consulta para personas elegibles menores de 14 años
  - Logopedia a partir de la primera consulta para las personas elegibles
  - Visión después de 12 consultas para las personas elegibles menores de 18 años, y desde la primera consulta para las personas elegibles mayores de 18 años
- **Servicios de trasplante**

**EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN PUEDE MODIFICAR LA LISTA DE SERVICIOS QUE REQUIEREN PRE-CERTIFICACIÓN. POR FAVOR, PÓNGASE EN CONTACTO CON LA OFICINA DEL FONDO SI NO ESTÁ SEGURO DE SI SE REQUIERE UNA PRE-CERTIFICACIÓN PARA EL TRATAMIENTO PROPUESTO**

### **Cómo funciona el programa de revisión de la atención médica**

El programa de revisión de la atención médica está diseñado para trabajar con la persona elegible y su médico para mantener los costos de la atención médica lo más bajos posible, en consonancia con una buena atención médica. En muchos casos, la revisión de la necesidad de hospitalización y la exploración de las alternativas disponibles indicarán que se puede evitar el ingreso en el hospital y que se puede proporcionar mejor un tratamiento de calidad en un entorno menos estresante. Este programa se incluye en el Plan para ayudar a la persona elegible y al médico a utilizar las alternativas de forma eficaz, para evitar por completo los inconvenientes de una estancia en el Hospital o pasar un tiempo de recuperación en un entorno menos restrictivo.

Para lograr el mejor resultado para el participante y el Plan, debe utilizar el programa adecuadamente.

### **Cuando se recomienda la hospitalización en casos que no son de emergencia**

Si un médico recomienda un ingreso en el hospital en casos que no sean de emergencia para

un tratamiento o una intervención quirúrgica, deberá ponerse en contacto con el programa de revisión de la atención médica tan pronto como se tome la decisión de la hospitalización y no menos de siete días antes del ingreso programado. El programa de revisión de la atención médica debe revisar todas las hospitalizaciones propuestas (no de emergencia) antes del ingreso en el Hospital.

El personal del programa de revisión de la atención médica revisará la información clínica presentada por el médico y trabajará con él durante toda la estancia en el hospital para asegurarse de que las necesidades de atención continua se satisfacen de la manera más eficaz posible.

#### **Cuándo se recomienda la hospitalización en casos de emergencia**

**EN CASO DE EMERGENCIA,  
BUSQUE ATENCIÓN  
MÉDICA Y LLAME AL  
PROGRAMA DE REVISIÓN  
DE LA ATENCIÓN MÉDICA A  
MÁS TARDAR EL  
SIGUIENTE DÍA HÁBIL.**

Si una persona elegible es hospitalizada para recibir un tratamiento de emergencia, el programa de revisión de la atención médica debe ser contactado por la persona elegible, el médico o el hospital dentro de las 48 horas siguientes a la admisión de emergencia o en el primer día hábil después de una admisión de fin de semana (viernes, sábado o domingo) o de un día festivo. En una situación de emergencia, la persona elegible debe buscar primero el tratamiento médico adecuado y luego ponerse en contacto con el programa de revisión de la atención médica dentro del plazo indicado.

#### **Prórrogas de tiempo**

Si surgen complicaciones y resulta médicamente necesario que una persona elegible permanezca en el hospital más tiempo del autorizado originalmente, el programa de revisión de la atención médica podrá emitir una prórroga de la autorización tras una nueva revisión.

#### **Cuando se recomienda la cirugía**

Si un médico recomienda una intervención quirúrgica que no sea de emergencia (en régimen de hospitalización o ambulatorio), es posible que tenga que ponerse en contacto con el programa de revisión de la atención médica. Puede ponerse en contacto con la oficina del fondo para saber si el procedimiento recomendado requiere el programa de revisión de la atención médica. Si se requiere, la solicitud de cirugía que no sea de emergencia debe ser revisada y autorizada al menos cinco días antes de la cirugía programada. Una vez finalizado el procedimiento de revisión, la persona elegible, el médico y el centro quirúrgico recibirán una autorización por escrito sobre la duración de la estancia y el entorno adecuado (hospitalización, centro ambulatorio u oficina del médico). Cualquier procedimiento quirúrgico realizado con carácter de emergencia no requerirá la autorización previa por escrito del programa de revisión de la atención médica.

#### **Cuando se recomiendan otros cuidados**

Cuando un médico recomiende la atención médica a domicilio o el equipo médico duradero, la persona elegible o el médico deberán ponerse en contacto con el programa de revisión de la atención médica antes de concertar las consultas o comprar el equipo.

**AUNQUE LA PERSONA ELEGIBLE, EL MÉDICO O EL HOSPITAL PUEDEN  
PONERSE EN CONTACTO CON EL PROGRAMA DE REVISIÓN DE LA  
ATENCIÓN MÉDICA; EL PARTICIPANTES ES FINALMENTE EL RESPONSABLE  
DE ASEGURARSE DE QUE EL PROGRAMA DE REVISIÓN DE LA ATENCIÓN  
MÉDICA SE HAYA PUESTO EN CONTACTO CON ÉL EN EL PLAZO  
ADECUADO.**

**CONSULTE LA SECCIÓN 9.15 PARA OBTENER INFORMACIÓN DE CONTACTO.**

### ***Sección 8.16 – Organización de proveedores preferidos (PPO)***

La Mesa Directiva se reserva el derecho de celebrar acuerdos de niveles de tarifas negociados con organizaciones de proveedores preferidos. El uso de un proveedor preferido puede dar lugar a cantidades de deducible más bajas, copagos más altos del plan, aplicación del límite de gastos de bolsillo y otras características favorables. Sin embargo, el uso es voluntario y deberá ser iniciado por el participante.

La Mesa Directiva puede enmendar estos acuerdos en cualquier momento, incluyendo pero no limitándose a terminar cualquier acuerdo y celebrar nuevos acuerdos. Todos estos acuerdos están archivados en la oficina del fondo.

A pesar de cualquier otra estipulación del Plan, si por alguna razón la tarifa contratada por la PPO para un servicio cubierto es mayor que el cargo real del proveedor, el Plan pagará las prestaciones de manera que la cantidad de copago del participante no sea mayor que la que habría sido si el cargo cubierto fuera el real.

### ***Sección 8.17 – Prestaciones aseguradas***

La Mesa Directiva se reserva el derecho de celebrar acuerdos de prestaciones aseguradas con vendedores o proveedores externos. El uso de las prestaciones ofrecidas bajo este tipo de acuerdos es voluntario y deberá ser iniciado por el participante.

La Mesa Directiva puede modificar estos acuerdos en cualquier momento, incluyendo, pero sin limitarse a ello, la rescisión de cualquier acuerdo y la celebración de nuevos acuerdos.

Todos estos acuerdos se incorporan por referencia a este Plan y están archivados en la oficina del fondo.

### ***Sección 8.18 – Modificación y terminación***

La Mesa Directiva se reserva el derecho de enmendar, modificar o terminar el Plan o cualquier parte del mismo (incluyendo pero no limitándose a las prestaciones para mayores) en cualquier momento y por cualquier razón, incluyendo pero no limitándose a las modificaciones o enmiendas al Plan que sean necesarias o adecuadas para calificar o mantener el Plan como un plan que cumpla con los requisitos de cualquier agencia gubernamental apropiada. Dicha enmienda, modificación o terminación se llevará a cabo mediante una resolución de la Mesa Directiva adoptada por consentimiento escrito o por votación de la Mesa Directiva en una reunión de la misma.

### ***Sección 8.19 – Terminación del Plan por un empleador***

Al terminar el Plan con respecto a cualquier empleador individual, la cobertura de los participantes de ese empleador y de los jubilados y dependientes será nula y sin efecto a partir de ese momento.

### ***Sección 8.20 – Ilegalidad de una estipulación particular***

La ilegalidad de cualquier estipulación particular de este Plan no afectará a las demás estipulaciones del mismo, pero el Plan se interpretará en todos los aspectos como si se omitiera dicha estipulación inválida.

### ***Sección 8.21 – Leyes aplicables***

En la medida en que las leyes estatales no sean sustituidas por la ley o cualquier otra ley federal, el Plan se regirá e interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Indiana. En caso de que la Mesa Directiva celebre algún Acuerdo Fiduciario, dicho Acuerdo Fiduciario se regirá e interpretará de acuerdo con las leyes del estado en el que se encuentre el Fideicomiso.

### ***Sección 8.22 – Regla de privacidad de la HIPAA***

A) Designación de la persona/entidad del plan para actuar en su nombre

El Plan ha determinado que es un "plan de salud de grupo" dentro del significado de la Regla de Privacidad de la HIPAA, y el Plan designa al patrocinador del Plan, la Mesa Directiva, para que tome todas las acciones requeridas por el Plan en relación con la Regla de Privacidad (por ejemplo, celebrar contratos de socios comerciales; aceptar la certificación del patrocinador del Plan). Dicha responsabilidad puede ser delegada por la Mesa Directiva del Plan.

B) Definiciones

*Todos los términos definidos en la Regla de Privacidad tendrán el significado que allí se indica. Las siguientes definiciones adicionales se aplican a las estipulaciones indicadas en esta sección.*

1. "Plan" significa este Plan.
2. "Documentos del Plan" significa los documentos e instrumentos rectores del Plan (es decir, los documentos en virtud de los cuales se estableció y se mantiene el Plan), incluyendo, pero sin limitarse a, este Documento.
3. "Patrocinador del Plan" significa la Mesa Directiva de este Plan.

C) La divulgación de la información de salud protegida del Plan al patrocinador del Plan -  
Certificación de cumplimiento requerida por el patrocinador del Plan

Requerida por el patrocinador del Plan

Salvo lo dispuesto a continuación con respecto a la divulgación de la información de salud resumida por parte del Plan, éste (i) divulgar la información de salud protegida al patrocinador del Plan o (ii) disponer o permitir la divulgación de la información de salud protegida al patrocinador del Plan con respecto al Plan, solamente si el Plan ha recibido una certificación (firmada en nombre del patrocinador del Plan) que:

1. Los Documentos del Plan han sido modificados para establecer los usos y divulgaciones permitidos y requeridos de dicha información por parte del patrocinador del Plan, de acuerdo con 45 CFR §164.504 (las estipulaciones "504");
2. Los Documentos del Plan han sido modificados para incorporar las estipulaciones del Plan indicadas en esta sección; y
3. El patrocinador del Plan se compromete a cumplir con las estipulaciones del Plan modificadas por esta sección.

D) Divulgación permitida de la información de salud protegida de los individuos al patrocinador del plan

1. El Plan (y cualquier socio comercial que actúe en nombre del Plan, o cualquier emisor de seguros de salud, HMO, PPO, proveedor de atención médica, etc., según corresponda, que preste servicios al Plan) divulgará la información de salud protegida de los individuos al patrocinador del Plan sólo para permitirle llevar a cabo las funciones de administración del Plan. Dicha divulgación será consistente con las estipulaciones de esta sección.
2. Todas las divulgaciones de la información de salud protegida de los individuos del Plan por parte del socio comercial del Plan, el emisor del seguro de salud, la HMO, la PPO, el proveedor de atención médica, etc., según corresponda, al patrocinador del Plan, cumplirán con las restricciones y los requisitos indicados en esta Sección 8.16 y en las estipulaciones "504".
3. El Plan (y cualquier socio comercial que actúe en nombre del Plan) no puede permitir que un emisor de seguros de salud, una HMO, una PPO, un proveedor de atención médica, etc., según corresponda, divulgue la información de salud protegida de los individuos al patrocinador del Plan para acciones y decisiones relacionadas con el

empleo o en relación con cualquier otro plan de prestaciones o beneficios para empleados del Patrocinador del Plan, a menos que lo autorice el individuo o lo permita la ley.

4. El patrocinador del Plan no utilizará ni divulgará la información de salud protegida de los individuos más allá de lo descrito en los Documentos del Plan y de lo permitido por las estipulaciones "504".
5. El patrocinador del Plan se asegurará de que cualquier agente(s), incluyendo un subcontratista, a quien proporcione la Información de salud protegida de los individuos recibida del Plan (o del emisor del seguro de salud del Plan, HMO, PPO, proveedor de atención médica, etc., según corresponda), acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a dicha Información de salud protegida.
6. El patrocinador del Plan no utilizará ni divulgará la información de salud protegida de las personas para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro plan de prestaciones o beneficios para empleados del patrocinador del Plan, a menos que lo autorice la persona o lo permita la ley.
7. El patrocinador del Plan informará al Plan de cualquier uso o divulgación de la información de salud protegida que no sea coherente con los usos o divulgaciones previstos en los Documentos del Plan (con sus modificaciones) y en las estipulaciones "504", de los que el Patrocinador del Plan tenga conocimiento.

E) Divulgación de la información de salud protegida de los individuos - divulgación por parte del patrocinador del plan

1. El patrocinador del plan pondrá la información de salud protegida del individuo que es objeto de la información de salud protegida a disposición de dicho individuo de acuerdo con 45 C.F.R. §164.524.
2. El patrocinador del plan pondrá a disposición de los individuos la información de salud protegida para su modificación e incorporará cualquier enmienda a la información de salud protegida de los individuos de acuerdo con 45 C.F.R. §164.526.
3. El patrocinador del plan elaborará y mantendrá una contabilidad para poder poner a disposición las divulgaciones de la información de salud protegida de los individuos de las que debe dar cuenta de acuerdo con el 45 C.F.R. §164.528.
4. El patrocinador del plan pondrá a disposición del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y la divulgación de la información de salud protegida de los individuos que reciba del plan, con el fin de determinar el cumplimiento del plan con la regla de privacidad de la HIPAA.
5. El patrocinador del plan, de ser factible, devolverá o destruirá toda la información de salud protegida de los individuos recibida del plan (o de un emisor de seguro de salud, HMO, PPO, proveedor de atención médica, etc., según corresponda, con respecto al plan) que el patrocinador del plan aún conserve en cualquier forma después de que dicha información ya no sea necesaria para el propósito para el cual se hizo el uso o la divulgación. Además, el Patrocinador del Plan no conservará copias de dicha información de salud protegida después de que dicha información ya no sea necesaria para el propósito para el cual se hizo el uso o la divulgación. Sin embargo, si dicha devolución o destrucción no es factible, el Patrocinador del Plan limitará los usos y divulgaciones posteriores a aquellos fines que hagan inviable la devolución o destrucción de la información.

6. El patrocinador del plan se asegurará de que se establezca y mantenga la separación adecuada requerida, descrita en el párrafo F siguiente.

F) Separación requerida entre el plan y el patrocinador del plan

1. De acuerdo con las estipulaciones del "504", esta sección describe a los empleados o clases de empleados de los miembros de la fuerza laboral bajo el control del patrocinador del plan que pueden tener acceso a la información de salud protegida de los individuos recibida del plan o de un emisor de seguros de salud, HMO, PPO, etc., según corresponda, que preste servicios al plan.
  - a. Mesa Directiva
  - b. Supervisores de reclamaciones, procesadores y personal de apoyo administrativo
  - c. Personal de tecnología de la información
2. Esta lista refleja los empleados, clases de empleados u otros miembros de la fuerza laboral del patrocinador del plan que reciben la información de salud protegida de los individuos en relación con el pago, las operaciones de atención médica de, u otros asuntos relacionados con las funciones de administración del plan que el patrocinador del plan proporciona para el plan. Estas personas tendrán acceso a la información de salud protegida de los individuos únicamente para desempeñar estas funciones identificadas, y estarán sujetas a medidas disciplinarias y/o sanciones (incluyendo la terminación del empleo o la afiliación con el patrocinador del plan) por cualquier uso o divulgación de la información de salud protegida de los individuos en violación o incumplimiento de las estipulaciones de esta sección.
3. El patrocinador del plan informará con prontitud al Plan de cualquier infracción, violación o incumplimiento y cooperará con el Plan para corregir la infracción o el incumplimiento, para imponer las medidas disciplinarias y/o sanciones adecuadas y para mitigar cualquier efecto perjudicial de la infracción o el incumplimiento.

**Sección 8.23 – Regla de seguridad de la HIPAA**

El Fondo de Bienestar (tal como se define en la Sección 8.23 E) implementará salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protejan razonable y adecuadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de salud protegida electrónica que crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del Plan, de acuerdo con los requisitos de las normas para la seguridad de la información de salud protegida electrónica, tal como se indica en 45 CFR Partes ("CFR") 160 y 162 y Parte 164, Subparte C (las "Normas de Seguridad"). Para este propósito, el Fondo de Bienestar se considerará una entidad híbrida bajo las normas de seguridad y las estipulaciones de esta sección 8.23 se administrarán e interpretarán para aplicarse sólo a la parte del Fondo de Bienestar que constituye una entidad cubierta bajo las normas de seguridad.

A) Apoyo al requisito de separación adecuada mediante medidas de seguridad

El Fondo de Bienestar se asegurará de que el requisito de separación adecuada indicado en el 45 CFR §164.504(f)(2)(iii) esté respaldado por medidas de seguridad razonables y adecuadas, de acuerdo con los requisitos de las normas de seguridad.

B) Agentes y subcontratistas

El Fondo de Bienestar adoptará medidas razonables para garantizar que cualquier agente, incluido un subcontratista, al que proporcione la información de salud protegida electrónica, se comprometa a aplicar medidas de seguridad razonables y adecuadas para proteger dicha información.

C) Obligación de informar

El Sindicato y las Asociaciones deberán informar al Fondo de Bienestar de cualquier incidente de seguridad del que tengan conocimiento.

D) Política

El Plan y esta Sección 8.23 se interpretarán y administrarán de acuerdo con las normas de seguridad, cualquier ley federal o estatal aplicable y cualquier otra normativa aplicable u otra orientación oficial emitida en virtud de las mismas. En caso de conflicto entre esta sección del Plan y las normas de seguridad, los estatutos, los reglamentos o las orientaciones, prevalecerán dichas normas de seguridad, los estatutos, los reglamentos o las orientaciones. El Fondo de Bienestar adoptará políticas y procedimientos por escrito para aplicar las estipulaciones de esta Sección 8.23.

E) Definiciones

Los términos en mayúsculas utilizados en esta Sección 8.23 y no definidos dentro del Plan tendrán el significado indicado en las normas de seguridad. Sin perjuicio de cualquier estipulación en contrario, a efectos de este artículo, Fondo de Bienestar se refiere al Plan y al Fondo Fiduciario y a la administración relacionada.

## ARTÍCULO IX – INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

### **Sección 9.01 – Nombre del Plan**

Este Plan se conoce como Indiana Laborers Welfare Fund.

### **Sección 9.02 – Mesa Directiva**

La Mesa Directiva es responsable del funcionamiento del Plan. La Mesa Directiva está formada por un número igual de representantes del empleador y del Sindicato que han celebrado los acuerdos de negociación colectiva que se relacionan con este Plan.

Fideicomisarios del empleador	Fideicomisarios empleados
Francis Gantner Chairman PO Box 1587 Terre Haute, IN 47808	David Frye Secretary- Treasurer LIUNA State of Indiana District Council 425 S. 4th Street Terre Haute, IN 47807
Jeremy Ayres F.A. Wilhelm Construction Co., Inc. 3914 Prospect Street Indianapolis, IN 46203	Jack Baker LIUNA Local Union #1112 P.O. Box 38 Richmond, IN 47375
Douglas Banning, Jr. Miller Pipeline Corp P.O. Box 34141 Indianapolis, IN 46234	James W. Daniels LIUNA Local Union #120 1520 East Riverside Drive Indianapolis, IN 46202
Jeffrey Chapman Tonn & Blank Construction 1623 Greenwood Avenue Michigan City, IN 46360	Murray Miller LIUNA Local Union #645 23698 Western Avenue South Bend, IN 46619
Tom Fleenor Empire Contractors, Inc. P.O. Box 6327 Evansville, IN 47719	Kevin Roach LIUNA Local Union #41 550 Superior Avenue Munster, IN 46321
William A. Hasse III Hasse Construction Co., Inc. P.O. Box 300 Calumet City, IL 60409	Brian Short LIUNA State of Indiana District Council 425 S. 4th Street Terre Haute, IN 47807
James McDonald White Construction PO Box 249 Clinton, IN 47842	James Terry LIUNA Local Union #274 1734 Main St. Lafayette, IN 47904

Puede ponerse en contacto con la Mesa Directiva en la siguiente dirección y número de teléfono de la oficina del fondo:

Indiana Laborers Welfare Fund  
P.O. Box 1587  
Terre Haute, IN 47808-1587

(812) 238-2551  
Gratuito (800) 962-3158

### **Sección 9.03 – Administrador del Plan**

El Plan es administrado por una Mesa Directiva conjunta, la mitad de la cual es nombrada por el Sindicato y la otra mitad por la Asociación.

Como Administrador del Plan, la Mesa Directiva tendrá la absoluta y única autoridad discrecional para interpretar las estipulaciones del Fideicomiso, el Documento del Plan y la Descripción Resumida del Plan, así como cualquier comunicación relacionada con el Plan. La Mesa Directiva realizará todas las determinaciones de hecho, incluyendo la determinación de los derechos o la elegibilidad de los empleados o participantes, dependientes y cualquier otra persona y las cantidades de sus prestaciones bajo el Plan. La Mesa Directiva subsanará las ambigüedades, incoherencias u omisiones y dichas determinaciones serán vinculantes para todas las partes. Las prestaciones sólo se pagarán si la Mesa Directiva, a su entera discreción, determina que el participante o beneficiario tiene derecho a ellas. La Mesa Directiva está facultada para delegar cualquiera de sus facultades en virtud del Plan (incluida, sin limitación, su facultad de administrar las reclamaciones de prestaciones y los recursos) en cualquier otra persona o comité. Dicha persona o comité podrá delegar posteriormente sus poderes en otra persona o comité. Cualquier delegación o delegación posterior incluirá la misma autoridad única, discrecional y final que tiene la Mesa Directiva, como se describe en este párrafo y cualquier decisión, acción o interpretación realizada por cualquier delegado tendrá el mismo efecto vinculante final que si fuera realizada por la Mesa Directiva. Ningún empleador, sindicato o representante de cualquier empleador o sindicato está autorizado a interpretar las estipulaciones del Plan o del Acuerdo Fiduciario.

Los Fideicomisarios han contratado a un gerente administrativo para que realice las operaciones cotidianas del Plan, como el mantenimiento de los registros, la realización de los pagos y determinaciones de las reclamaciones de prestaciones y la gestión de los asuntos administrativos generales. El Gerente Administrativo es:

Somer Taylor  
Indiana Laborers Welfare Fund  
P.O. Box 1587  
Terre Haute, IN 47808  
(812) 238-2551 o gratuito (800) 962-3158

### **Sección 9.04 – Patrocinadores del Plan**

Los participantes y beneficiarios del Plan pueden escribir al Administrador del Plan (la Mesa Directiva) a la dirección indicada en la Sección 9.03 para averiguar si un empleador o Sindicato en particular es patrocinador de este Plan y, en caso afirmativo, para conocer la dirección de ese patrocinador del Plan.

### **Sección 9.05 – Números de identificación**

El número de identificación federal del empleador asignado a la Mesa Directiva por el Servicio de Impuestos Internos (IRS) es 35-0923209. El número del plan es el 501. El número de identificación del empleador estatal es 00018259840012.

En conjunto, el nombre y el número del Plan y el número de identificación del empleador identifican al Plan ante los organismos federales que rigen el funcionamiento de los planes de prestaciones a los empleados.

### **Sección 9.06 – Agente para la notificación de procedimientos legales**

#### Mesa Directiva

Indiana Laborers Welfare Fund  
P.O. Box 1587  
Terre Haute, IN 47808-1587

Las notificaciones pueden ser efectuadas a la Mesa Directiva colectivamente o a cualquier fideicomisario individual en la dirección de la oficina del fondo.

### ***Sección 9.07 – Acuerdo de Negociación Colectiva***

El Plan se mantiene en virtud de los acuerdos entre Laborers International Union of North America State of Indiana District Council y las asociaciones de contratistas participantes. Puede revisar los acuerdos en la oficina de su Sindicato local o puede solicitar una copia por escrito a la oficina del fondo.

### ***Sección 9.08 – Fuente de las contribuciones***

Las prestaciones del Plan para los empleados que reúnen los requisitos se proporcionan a través de las contribuciones de los empleadores. Los empleadores están obligados a realizar una contribución al Fondo por cada hora trabajada por cada empleado. El índice de contribución por hora está fijado por los convenios colectivos entre el sindicato y las asociaciones.

### ***Sección 9.09 – Medio de financiamiento para la acumulación de activos del plan***

Todas las contribuciones y los beneficios de las inversiones del Plan se acumulan en un Fondo Fiduciario que se utiliza para pagar las prestaciones a las personas que reúnen los requisitos y para sufragar los gastos razonables de administración.

### ***Sección 9.10 – Plan y año fiscal***

Los registros fiscales del Plan se mantienen sobre la base del 1 de diciembre al 30 de noviembre.

### ***Sección 9.11 – Tipo de plan***

Este Plan se mantiene con el fin de proporcionar prestaciones por muerte, muerte accidental y desmembramiento, pérdida de tiempo, médicas, de prescripción, dentales y de visión. En el Artículo IV figura una descripción detallada por escrito de las prestaciones del Plan.

La Mesa Directiva considera que este Plan es un "plan de salud con derechos adquiridos" según la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible (la Ley de Atención Asequible). Tal y como permite la Ley de Atención Médica Asequible, un plan de salud con derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura médica básica que ya estaba en vigor cuando se promulgó dicha ley. Ser un plan de salud con derechos adquiridos significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones para el consumidor de la Ley de Atención Asequible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de la estipulación de servicios de salud preventiva sin ningún tipo de costo compartido. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor de la Ley de Atención Asequible, por ejemplo, la eliminación de los límites de por vida de las prestaciones.

Las preguntas relativas a las protecciones que se aplican y a las que no se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos y a lo que podría hacer que un plan dejara de ser un plan de salud con derechos adquiridos pueden dirigirse al administrador del plan (la Mesa Directiva). También puede ponerse en contacto con la Administración de seguridad de las prestaciones de los empleados, del Ministerio de Trabajo de EE.UU., en el número (866) 444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Este sitio web tiene una tabla que resume qué protecciones se aplican y cuáles no a los planes de salud con derechos adquiridos.

### ***Sección 9.12 – Normas de elegibilidad***

Las normas relativas a la elegibilidad para la cobertura, la terminación de la elegibilidad y el pago directo de las contribuciones se encuentran en las secciones correspondientes.

### ***Sección 9.13 – Acuerdos de reciprocidad***

El Plan ha celebrado acuerdos de reciprocidad con varias otras cajas. Si trabaja en más de un fondo y no es elegible en su fondo de origen, debe consultar con la oficina del fondo para ver si se puede establecer la elegibilidad en régimen de reciprocidad. Póngase en contacto con la oficina del fondo para obtener más información.

### ***Sección 9.14 – Si el Plan se termina o se modifica***

La Mesa Directiva se reserva el derecho de modificar, suspender o poner fin al Plan en cualquier momento y por cualquier motivo, total o parcialmente. Además, las prestaciones pueden interrumpirse en cualquier momento para cualquier grupo de participantes (incluidos los participantes inactivos o jubilados). Este documento no constituye una promesa de proporcionar siempre una prestación concreta. En general, si el Plan (o cualquier parte del mismo) se da por finalizado, usted no adquirirá ninguna prestación del Plan ni tendrá ningún derecho. En el caso de que el Plan se interrumpa o finalice, total o parcialmente, las prestaciones se pagarán sólo por los servicios recibidos hasta la fecha de finalización del Plan. Sin embargo, la cantidad y la forma de cualquier prestación final que pueda recibir dependerán de los activos del plan, de cualquier contrato o estipulaciones de seguro que afecten al Plan y de las decisiones tomadas por la Mesa Directiva. Se le notificará si se modifica el Plan.

### ***Sección 9.15 – Proveedores de servicios de fondos***

#### *Gerente administrativo*

Somer Taylor  
P.O. Box 1587  
Terre Haute, IN 47808  
47808-8448 (812) 238-2551  
(800) 962-3158

#### *Asesoramiento legal*

Wright, Shagley & Lowery, P.C.  
P.O. Box 9849  
Terre Haute, IN

#### *Aseguradora de vida y AD&D*

Standard Insurance Company  
P.O. Box 2177  
Portland, OR 97208-2177

#### *Consultor de prestaciones / Actuario*

United Actuarial Services, Inc.  
11590 N. Meridian Street, Suite 610  
Carmel, IN 46032

#### *Programa de atención médica*

Hines & Associates, Inc.  
115 East Highland Ave  
Elgin, IL 60120  
Precert#: (800) 559-5257  
www.precertcare.com

#### *Red médica PPO*

Anthem Blue Cross and Blue Shield  
220 Virginia Avenue  
Indianapolis, IN 46204  
(317) 488-6000  
www.bcbs.com

#### *Red PPO de atención ocular*

Davis Vision  
175 East Houston Street  
San Antonio, TX 78205  
(888) 235-3220  
www.davisvision.com

#### *Red PPO dental*

Delta Dental of Indiana  
P.O. Box 9085  
Farmington Hills, MI 48333-9085  
(800) 524-0149  
www.deltadentalin.com

#### *Gerente de prestaciones de recetas*

SavRx  
224 N. Park Avenue  
Fremont, NE 68025  
(800) 228-3108  
www.savrx.com

#### *Red de audición*

Amplifon Hearing Health Care  
(866) 349-9051  
www.amplifonusa.com/indianalaborers

#### *Programa de Asistencia a los Miembros (MAP)*

Perspectives MAP  
20 N Clark St, Ste. 2650  
Chicago, IL 60602  
(800) 866 7556  
www.perspectivesltd.com

#### *Proveedor de Telehealth*

LiveHealth Online  
www.livehealthonline.com  
(888) 548-3432 (sólo asistencia técnica)

## **ARTÍCULO X – DECLARACIÓN DE DERECHOS DE ERISA**

### **Sus derechos**

Como participante en el Indiana Laborers Welfare Fund, usted tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

### **Recibir información sobre su plan y sus prestaciones**

Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, como los lugares de trabajo y las salas sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva y una copia del último informe anual (Formulario 5500 Series) presentado por el Plan ante el Ministerio de Trabajo de EE.UU. y disponible en la sala de divulgación pública de la administración de seguridad de los beneficios de los empleados.

Obtener, previa solicitud por escrito al Fideicomisario, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los contratos de seguro y convenios colectivos, así como copias del último informe anual (Formulario Serie 5500) y de la Descripción Resumida del Plan actualizada. El Administrador puede cobrar un cargo razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La Mesa Directiva está obligada por ley a entregar a cada participante una copia del resumen del informe anual.

Estar informado de que, en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), si lo solicita, el Plan debe proporcionarle un "Certificado de cobertura acreditable" si pierde la cobertura de atención médica del Plan por cualquier motivo. Este certificado informa de los datos de los periodos anteriores de cobertura sanitaria del Plan recopilados de acuerdo con la normativa federal. Los participantes deben conservar este "Certificado de cobertura acreditable" y presentarlo a un nuevo empleador si éste mantiene un plan de atención médica de grupo. Es posible que el nuevo empleador tenga que acreditar dicha cobertura para cualquier periodo de espera para la cobertura de enfermedades preexistentes en el plan del nuevo empleador.

Esté informado de que el Plan cumple con los requisitos de no discriminación indicados en la Sección 2590.701-2 de las regulaciones HIPAA del DOL (Ministerio de Trabajo). Esta normativa establece que un plan de atención médica de grupo NO puede establecer normas de elegibilidad basadas en ninguno de los siguientes factores (1) estado de salud; (2) condición médica (incluyendo enfermedades físicas y mentales); (3) experiencia previa en reclamaciones de prestaciones; (4) recepción real de atención médica; (5) historial médico; (6) información genética; (7) evidencia de asegurabilidad (incluyendo condiciones derivadas de la violencia doméstica); o, (8) incapacidad (pérdida de tiempo).

Le informamos de que, en virtud de la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres, los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud que ofrecen cobertura de seguro de salud de grupo generalmente NO pueden restringir las prestaciones por cualquier estancia en el hospital en relación con el parto de la madre o del recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal o a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el Plan, o el emisor, puede pagar una estancia más corta si el proveedor que le atiende (por ejemplo, su médico, la enfermera matrona o el asistente médico), tras consultar con la madre, da el alta a la madre o al recién nacido antes. Según la ley federal, los planes y emisores no pueden establecer el nivel de prestaciones o los gastos de bolsillo de manera que cualquier parte posterior de la estancia de 48 o 96 horas sea tratada de manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier parte anterior de la estancia.

Además, un plan o emisor no puede, según la ley federal, exigir que un médico u otro proveedor de atención médica obtengan autorización para prescribir una estancia de hasta 48 horas o 96 horas, según corresponda. Sin embargo, para utilizar ciertos proveedores o instalaciones, o para reducir sus gastos de bolsillo, se le puede exigir que obtenga una pre-certificación. Para obtener información sobre la pre-certificación, póngase en contacto con la oficina del fondo.

Se le informa de que, en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer, los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud que ofrezcan una cobertura de seguro de salud de grupo que incluya prestaciones médicas y quirúrgicas en relación con las mastectomías deberán incluir prestaciones médicas y quirúrgicas para la cirugía reconstructiva de las mamas como parte de un procedimiento de mastectomía. Las prestaciones de cirugía reconstructiva de la mama en relación con una mastectomía proporcionarán, como mínimo, cobertura para (1) la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía; (2) la cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica; (3) las prótesis; y, (4) las complicaciones físicas para todas las fases de la mastectomía, incluidos los linfedemas. Dicha cirugía se llevará a cabo de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y la paciente. Como parte del Esquema de prestaciones del Plan, dichas prestaciones están sujetas a las estipulaciones adecuadas de control de costos del Plan, tales como deducibles y copagos.

El Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, religión, origen nacional, edad (40 años o mayor), incapacidad, sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual o la identidad de género) o información genética (incluido el historial médico familiar).

### **Continuar con la cobertura del Plan de salud colectivo**

Continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o las personas a su cargo si se produce una pérdida de la cobertura del Plan como resultado de un evento calificado. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar dicha cobertura. Revise este resumen de la descripción del plan y los documentos que rigen el Plan sobre las normas que rigen sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA.

Reducción o eliminación de los periodos de exclusión de la cobertura por enfermedades preexistentes en su Plan de salud colectivo, si tiene una Cobertura acreditable de otro plan. Deberá recibir un certificado de Cobertura acreditable, sin costo alguno, de su Plan de salud colectivo o del emisor del seguro médico cuando pierda la cobertura del Plan, cuando tenga derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA, cuando cese la continuación de la cobertura de COBRA, si lo solicita antes de perder la cobertura o si lo solicita hasta 24 meses después de perderla. Sin una prueba de Cobertura acreditable, puede estar sujeto a una exclusión por enfermedad preexistente durante 12 meses (18 meses para los afiliados tardíos) después de la fecha de inscripción en su cobertura.

### **Acciones prudentes de los fiduciarios del plan**

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone deberes a las personas que son responsables del funcionamiento del plan de prestaciones para los empleados. Las personas que gestionan su Plan, denominadas "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés de usted y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluido su empleador, su Sindicato o cualquier otra persona, puede despedirle o discriminarle de algún modo para impedirle obtener una prestación o ejercer sus derechos en virtud de ERISA.

### **Haga valer sus derechos**

Si su reclamación de prestaciones sociales es denegada o ignorada, total o parcialmente, tiene

derecho a saber por qué se ha hecho, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin costo alguno y a apelar cualquier denegación de la reclamación de prestaciones, todo ello dentro de unos plazos determinados.

En virtud de la ley ERISA, hay medidas que puede tomar para hacer valer los derechos mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual a la oficina del fondo y no los recibe en un plazo de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al Fideicomisario que le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 al día hasta que los reciba, a menos que los materiales no hayan sido enviados por razones ajenas a la voluntad del administrador. Si tiene una reclamación de prestaciones que es denegada o ignorada, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan, o la falta de ella, en relación con el carácter calificado de una orden de apoyo médico a los hijos, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Si se diera el caso de que los fiduciarios del Plan hicieran un mal uso del dinero del Plan o si se le discriminara por hacer valer sus derechos, puede solicitar la ayuda del Ministerio de Trabajo de EE.UU. o puede presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas judiciales y los honorarios de los abogados. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona a la que ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estas costas y honorarios, por ejemplo, si considera que su reclamación es frívola.

### **Asistencia para sus preguntas**

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe ponerse en contacto con la oficina del fondo. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos según la ley ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos de la oficina del fondo, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, que figure en su guía telefónica o con la Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de las Prestaciones para los empleados al (866) 444-3272.

## ARTICLE XI – DEFINICIONES

**LAS SIGUIENTES PALABRAS TIENEN SIGNIFICADOS ESPECÍFICOS CUANDO SE UTILIZAN EN EL PLAN. ES IMPORTANTE ENTENDER LOS SIGNIFICADOS DE ESTOS TÉRMINOS DEFINIDOS AL UTILIZAR ESTE DOCUMENTO.**

**A MENOS QUE SE INDIQUE LO CONTRARIO, CUALQUIER TERMINOLOGÍA MASCULINA UTILIZADA INCLUYE EL FEMENINO Y CUALQUIER DEFINICIÓN UTILIZADA EN SINGULAR TAMBIÉN INCLUYE EL PLURAL.**

11.01.	Ley	11.26.	Maternidad
11.02.	Acuerdo	11.27.	Medicamento necesario
11.03.	Asociaciones	11.28.	Medicare
11.04.	Beneficiario	11.29.	Atención al recién nacido
11.05.	Reclamación de prestaciones	11.30.	Participante
11.06.	Prestaciones	11.31.	Médico
11.07.	Mesa Directiva	11.32.	Plan
11.08.	Certificación de cobertura acreditable	11.33.	Año del Plan
11.09.	Cosmética	11.34.	Periodo de calificación
11.10.	Periodo de cobertura	11.35.	Jubilado
11.11.	Gastos cubiertos	11.36.	Auto-pago
11.12.	Cobertura acreditable	11.37.	Enfermedad
11.13.	Cuidados de custodia	11.38.	Medicamentos recetados de especialidad
11.14.	Dependiente	11.39.	Cónyuge
11.15.	Cuidado del desarrollo	11.40.	Centro de tratamiento contra el abuso de sustancias
11.16.	Incapacidad o discapacidad	11.41.	Incapacidad total o totalmente incapacitado
11.17.	Equipo médico duradero	11.42.	Participante totalmente incapacitado
11.18.	Persona elegible	11.43.	Acuerdo Fiduciario o Fideicomiso
11.19.	Emergencia	11.44.	Fondo Fiduciario o Fondo
11.20.	empleado	11.45.	Fideicomisario
11.21.	empleador	11.46.	Sindicato
11.22.	Experimental	11.47.	Cargos usuales, habituales y razonables o UCR
11.23.	Hospital	11.48.	Periodo de espera
11.24.	Lesión		
11.25.	Seguro de vida		

### **Sección 11.01 – Ley**

"Ley" significa la Ley de Seguridad de los Ingresos por Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA), con sus modificaciones.

### **Sección 11.02 – Acuerdo**

"Acuerdo" significa un acuerdo de negociación colectiva o un acuerdo de participación entre el Sindicato, o un órgano subordinado del mismo y un empleador o una asociación de empleadores, que requiere contribuciones al Indiana Laborers Welfare Fund.

### **Sección 11.03 – Asociaciones**

"Asociaciones" significa las Asociaciones de empleadores participantes que son parte del Acuerdo Fiduciario que financia el Plan.

### **Sección 11.04 – Beneficiario**

"Beneficiario" significa una persona designada por un participante, jubilado, o por los términos del Plan, que tiene o puede llegar a tener derecho a una prestación.

### **Sección 11.05 – Reclamación de prestaciones**

"Reclamación de prestaciones" significa una solicitud de pago de prestaciones con cargo al Fondo después de la prestación, de acuerdo con los procedimientos descritos en la Sección 8.03. Esta solicitud puede presentarse por escrito o en formato electrónico conforme a la HIPAA. Si se deniega una reclamación de prestaciones, en su totalidad o en parte, una persona elegible puede apelar la denegación de la reclamación de prestaciones de acuerdo con los procedimientos descritos en la Sección 8.04.

Una reclamación de prestaciones **no** incluye nada de lo siguiente:

- A. Una consulta verbal sobre si un servicio específico es una prestación cubierta.
- B. Una determinación voluntaria previa al servicio sobre si un tratamiento, servicio o producto está cubierto.
- C. Una consulta sobre la elegibilidad para recibir un tratamiento, servicio o producto. No obstante, una vez que se haya prestado el servicio, el Fondo determinará la elegibilidad.
- D. Un intento de comprar o recibir un medicamento con receta en el mostrador. Sin embargo, cualquier denegación de dicha compra o recepción da derecho a la persona elegible a presentar una reclamación de prestaciones después de la denegación.

### **Sección 11.06 – Prestaciones**

"Prestaciones" se refiere a las prestaciones médicas generales, quiroprácticas, de atención dental, de atención ocular, de audición, de cuidados paliativos, de trastornos mentales y nerviosos, de tarjeta de medicamentos recetados, de atención preventiva de rutina, de abuso de sustancias, de disfunción de la articulación temporomandibular (ATM), de trasplante, de seguro de vida, de muerte accidental y desmembramiento y de pérdida de tiempo que se proporcionarán de acuerdo con el Plan, junto con las enmiendas, modificaciones o interpretaciones adoptadas por la Mesa Directiva.

### **Sección 11.07 – Mesa Directiva**

"Mesa Directiva" significa la Junta que mantiene y administra el Plan como se describe en la Sección 9.03 de este documento, constituida por un número igual de Fideicomisarios del empleador y Fideicomisarios del empleado designados colectivamente según los términos del Acuerdo Fiduciario.

### **Sección 11.08 – Certificación de cobertura acreditable**

"Certificación de cobertura acreditable" significará el certificado descrito en la Sección 8.08.

### **Sección 11.09 – Cosmética**

"Cosmética" significa cualquier procedimiento o servicio realizado principalmente –

- A) para mejorar la apariencia física o para cambiar o restaurar la forma corporal sin corregir materialmente una disfunción corporal; o

- B) para prevenir o tratar un trastorno mental o nervioso mediante un cambio en la forma corporal.

### **Sección 11.10 – Periodo de cobertura**

"Período de cobertura" significa el período durante el cual un participante o jubilado es elegible para la cobertura.

La elegibilidad para los participantes activos se define con más detalle en la Sección 3.02 con ejemplos en la Sección 3.03. La elegibilidad para los jubilados se explica con más detalle en la Sección 6.01.

### **Sección 11.11 – Gastos cubiertos**

"Gastos cubiertos" se refiere únicamente a los gastos realizados por servicios y suministros que los Fideicomisarios consideren que tienen un precio razonable (véase el UCR en la Sección 11.47) y que son médicamente necesarios a la luz de la lesión o enfermedad que se esté tratando.

### **Sección 11.12 – Cobertura acreditable**

"Cobertura acreditable" significa el período de cobertura descrito en la Sección 8.08.

### **Sección 11.13 – Cuidados de custodia**

"Cuidados de custodia" son los servicios o suministros, independientemente de dónde o quién los preste, que –

- A) una persona sin conocimientos o experiencia médica podría proporcionar o podría ser capacitada para hacerlo; o
- B) se prestan principalmente para ayudar a la persona elegible en las actividades de la vida diaria, incluyendo (pero sin limitarse a) –
  - 1) caminar, entrar y/o salir de la cama, hacer ejercicio y mover a la persona elegible;
  - 2) bañarse, usar el retrete, administrar enemas, vestirse y ayudar con cualquier otra necesidad de higiene física o bucal;
  - 3) asistencia para comer por medio de un utensilio, una sonda o una gastrostomía;
  - 4) tareas domésticas, como la preparación de comidas o dietas especiales y la limpieza de la casa;
  - 5) actuar como acompañante o niñera; o
  - 6) supervisar la administración de medicamentos que normalmente pueden ser auto-administrados, incluyendo recordatorios de cuándo tomar dichos medicamentos; o
  - 7) proporcionan un entorno de protección; o
  - 8) formen parte de un plan de tratamiento de mantenimiento o no formen parte de un plan de tratamiento activo destinado a mejorar una lesión, enfermedad o capacidad funcional, o que se espere razonablemente que lo haga; o
  - 9) se proporcionan por conveniencia o se proporcionan porque los arreglos en el hogar no son adecuados o apropiados.

### **Sección 11.14 – Dependiente**

"Dependiente" significa la siguiente categoría de personas:

- A) El cónyuge con el que el participante o jubilado esté legalmente casado (no divorciado ni separado legalmente).
- B) Los hijos del participante o jubilado (incluidos los hijastros y los hijos adoptados legalmente y los hijos dados en adopción a partir de la fecha en que se les dé en adopción) hasta el final del mes en que el hijo cumpla 26 años. Los hijos de los que tenga la tutela legal NO son dependientes.
- C) Los hijos del participante o del jubilado (incluidos los hijastros y los hijos adoptados legalmente y los hijos dados en adopción a partir de la fecha en que fueron dados en adopción) que se hayan vuelto física o mentalmente incapaces de mantenerse a sí mismos antes de cumplir los 19 años, que vivan en el hogar del participante o del jubilado y que dependan principalmente del participante o del jubilado para su manutención, siempre y cuando se presenten pruebas de incapacidad de vez en cuando, tal como se describe en la Sección 3.08 o según lo requiera la Mesa Directiva.
- D) Los hijos descritos en los incisos B o C anteriores para los que un participante o jubilado reciba la orden de un tribunal de los EE.UU. con jurisdicción competente de proporcionar cobertura médica de acuerdo con una "orden calificada de apoyo médico infantil" (QMCSO) emitida por el tribunal.
- E) Una persona dependiente no incluirá al hijo gestado y nacido de una persona elegible que actúe como madre de alquiler y no se considerará una persona dependiente de dicha madre de alquiler o de su cónyuge. A efectos de este Plan, "madre de alquiler" significa que la madre ha celebrado un contrato u otro acuerdo en virtud del cual renuncia a un hijo o hijos tras el nacimiento del mismo.

"Dependiente principal del participante o jubilado para su manutención" significa que el participante o jubilado proporciona directamente el 50% o más del apoyo financiero del niño, o que el participante o jubilado ha asumido la plena responsabilidad parental y el control del niño, o lo está criando como propio. El participante o jubilado deberá proporcionar las pruebas de dependencia que solicite la Mesa Directiva, incluyendo, pero sin limitarse a ello, declaraciones de impuestos o declaraciones juradas por escrito.

Dichos dependientes estarán cubiertos de acuerdo con las estipulaciones del Plan establecidas para cada clase de cobertura.

Dependiente no incluirán a una persona que esté en servicio militar activo y tenga cobertura médica a través de dicho servicio.

Tal como se utiliza en este Plan, "niño(s) colocado(s) para su adopción" significa un individuo que aún no ha alcanzado la edad máxima de adopción, a partir de la fecha en que un participante o jubilado asume y mantiene una obligación legal de manutención total o parcial de dicho niño en previsión de su adopción. La colocación del niño con un participante o jubilado finaliza al terminar dicha obligación legal.

### **Sección 11.15 – Cuidado del desarrollo**

"Cuidado del desarrollo" significa los servicios o suministros, independientemente de dónde o quién los preste, que –

- A) se presten a una persona elegible que no haya alcanzado previamente el nivel de desarrollo esperado para su edad en las siguientes áreas de actividad vital principal:
  - 1) intelectual;
  - 2) física;
  - 3) lenguaje receptivo y expresivo;
  - 4) aprendizaje;
  - 5) movilidad;
  - 6) auto-dirección;
  - 7) capacidad de vida independiente; o
  - 8) auto-suficiencia económica; o
- B) no son de naturaleza rehabilitadora (restauran las habilidades plenamente desarrolladas que se perdieron o deterioraron debido a una lesión o enfermedad); o
- C) son de naturaleza educativa.

### **Sección 11.16 – Incapacidad o discapacidad**

"Incapacidad" o "Discapacitado" significa, sobre la base de pruebas médicas satisfactorias para la Mesa Directiva, que una persona dependiente o jubilada cubierta está impedida, por lesión o enfermedad, de realizar casi o sustancialmente todas las actividades normales de una persona de edad y sexo similares en buen estado de salud.

### **Sección 11.17 – Equipo médico duradero**

"Equipo médico duradero" significa el equipo que –

- A) puede soportar un uso repetido;
- B) se utiliza principal y habitualmente para un fin médico;
- C) no es generalmente útil para una persona en ausencia de una lesión o enfermedad; y
- D) es adecuado para su uso en el hogar.

El equipo médico duradero no incluye los suministros para diabéticos que están disponibles a través de la prestación de la tarjeta de medicamentos recetados.

Las solicitudes de equipos médicos duraderos deben ir acompañadas de una declaración del médico en la que se describa la necesidad médica y la duración del uso. El costo de estos artículos se limitará al cargo UCR. El alquiler del equipo médico duradero está cubierto hasta el precio de compra. Las reparaciones de las partes integrantes del equipo médico duradero comprado están cubiertas siempre y cuando el equipo siga siendo médicamente necesario y la reparación cueste menos de lo que costaría reemplazar el equipo roto.

### **Sección 11.18 – Persona elegible**

El término "Persona elegible" se refiere a toda persona que actualmente tiene o puede tener derecho a las prestaciones de este Plan de acuerdo con las normas de elegibilidad adoptadas por los Fideicomisarios.

### **Sección 11.19 – Emergencia**

"Emergencia" significa una condición severa que –

- A) es el resultado de síntomas que se producen de forma repentina e inesperada; y
- B) requiere la atención inmediata de un médico para evitar la muerte o el deterioro grave de la salud; o
- C) presente una amenaza grave e inminente para la persona elegible o para otros.

### **Sección 11.20 – Empleado**

"Empleado" significa aquellas categorías de personas que son designadas por la Mesa Directiva como empleados de un empleador.

### **Sección 11.21 – Empleador**

"Empleador" significa –

- A) Un empleador que es miembro de, o está representado por, la asociación y que está obligado por un acuerdo de negociación colectiva con el Sindicato que prevé el establecimiento y mantenimiento de un Plan de Fondo de Bienestar y un Fondo Fiduciario y el pago de las contribuciones a dicho Fondo Fiduciario.
- B) Un empleador que no es miembro de la asociación pero cuyos empleados están representados por el Sindicato y que satisface los requisitos de participación en el Plan según lo establecido por la Mesa Directiva. Se considerará que dicho empleador, al realizar un pago al Fondo Fiduciario en nombre de un empleado, se ha convertido en parte de un acuerdo entre el Sindicato y la Asociación.
- C) El Sindicato, que será considerado como el empleador de los empleados del Sindicato por los cuales el Sindicato contribuye al Fondo Fiduciario.
- D) La Mesa Directiva, que será considerada como el empleador de los empleados del Plan por quienes la Mesa Directiva contribuye al Fondo Fiduciario.

### **Sección 11.22 – Experimental**

"Experimental" significa un servicio o suministro que la Mesa Directiva (a menos que se delegue como se describe en la Sección 8.02) determina que cumple con uno o más de los siguientes criterios:

- A) un medicamento o dispositivo que no puede ser comercializado legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA, por sus siglas en inglés) y que no ha sido aprobado para su comercialización en el momento en que se suministra el medicamento o dispositivo; o
- B) un medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que haya sido revisado y aprobado (o que la ley federal exija que sea revisado y aprobado) por la junta de revisión institucional del centro de tratamiento u otro organismo que cumpla una función similar, o un medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento que se utilice con un documento de consentimiento informado del paciente que haya sido revisado y aprobado (o que la ley federal exija que sea revisado y aprobado) por la junta de revisión institucional del centro de tratamiento u otro organismo que cumpla una función similar; o
- C) un fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento que, según las pruebas fiables, sea objeto de ensayos clínicos de fase I, II o III en curso o que se esté estudiando para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su efectividad en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico; o
- D) Un fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento para el que la opinión predominante entre los expertos, demostrada por pruebas fiables, es que son necesarios más estudios o ensayos clínicos para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su efectividad en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico.
- E) Un medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento para una afección o tratamiento no aprobado específicamente por la FDA, a menos que los profesionales médicos del Plan determinen que es un estándar de atención adecuado para esa afección.

A los efectos de esta definición, por "pruebas fiables" se entiende únicamente los informes y artículos publicados en la literatura médica y científica autorizada; el protocolo o protocolos escritos utilizados por el centro de tratamiento o el protocolo o protocolos de otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento; o el consentimiento informado escrito utilizado por el centro de tratamiento o por otro centro que estudie sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento. A efectos de este párrafo, "autorizado" significa que la opinión predominante dentro de la especialidad adecuada de la profesión médica de los EE.UU. es que la literatura médica y científica tiene derecho a crédito y aceptación, como es, por ejemplo, *The New England Journal of Medicine*.

### **Sección 11.23 – Hospital**

"Hospital" significa una institución que está autorizada como hospital y que funciona de acuerdo con la ley y que se dedica principal y continuamente a proporcionar u operar, ya sea en sus instalaciones o en instalaciones controladas por el hospital, bajo la supervisión de un personal de médicos, atención médica, de diagnóstico y de cirugía mayor para la atención médica y el tratamiento de personas enfermas y lesionadas en régimen de internamiento por el que se cobra, con servicio de enfermería las 24 horas del día por o bajo la supervisión de enfermeras profesionales tituladas (R.N.).

A efectos del pago de prestaciones por trastornos mentales/nerviosos, "hospital" también significa el confinamiento en –

- A) un hospital autorizado por una Junta de Salud o un Departamento de Salud Mental, o
- B) un hospital de propiedad o gestionado por un estado, que esté especialmente destinado al uso en el diagnóstico, cuidado y tratamiento de trastornos psiquiátricos, mentales/nerviosos.

El término "Hospital" no incluirá ningún hospital militar o de veteranos o casa de soldados, a menos que la ley exija que se pague. El término "Hospital" tampoco incluirá un hospital o institución o parte de un hospital o institución que esté autorizada o se utilice principalmente como clínica, casa de convalecencia, casa de reposo, hogar de ancianos, casa de transición o centro de alojamiento y atención o que ofrezca principalmente cuidados de custodia, educativos o de rehabilitación.

### **Sección 11.24 – Lesión**

"Lesión" significa cualquier lesión corporal accidental que requiera tratamiento por parte de un médico y que produzca una pérdida independiente de la enfermedad u otras causas. **Quedan excluidas las lesiones infligidas intencionadamente.**

### **Sección 11.25 – Seguro de vida**

"Seguro de vida" significa las siguientes prestaciones aseguradas, tal y como se describen en la Sección 4.01 y en la Sección 4.02:

- A) **Seguro de Vida:** aquellas prestaciones pagaderas como consecuencia del fallecimiento de un participante o jubilado que se produzca como resultado de una lesión corporal accidental o enfermedad por cualquier motivo. Las prestaciones del Seguro de Vida se pagarán a un beneficiario en la forma o formas previstas en la Sección 4.01.
- B) **Seguro de muerte accidental y desmembramiento:** aquellas prestaciones pagaderas como resultado del fallecimiento u otra pérdida de un participante o jubilado de la Clase B que se produzca dentro de los 90 días siguientes a una lesión corporal accidental como resultado de un accidente no laboral. "Pérdida de una mano y/o de un pie" significa el corte a la altura de la muñeca o del tobillo o por encima de ellos. "Pérdida de la vista" significa la pérdida total y permanente de la vista.

### **Sección 11.26 – Maternidad**

"Maternidad" significa los gastos relacionados con el embarazo y el parto.

### **Sección 11.27 – Medicamento necesario**

"Medicamento necesario" significa un servicio o suministro que es ordenado por un médico y es –

- A) proporcionado para el diagnóstico o tratamiento directo de una lesión o enfermedad;
- B) adecuado y coherente con los síntomas y hallazgos o el diagnóstico y tratamiento de la lesión o enfermedad de la persona elegible;
- C) proporcionado de acuerdo con la práctica médica generalmente aceptada a nivel nacional; y
- D) el suministro o nivel de servicio más adecuado que pueda proporcionarse de forma rentable (incluyendo, pero sin limitarse a ello, la atención hospitalaria frente a la ambulatoria, la silla de ruedas eléctrica frente a la manual, la atención quirúrgica frente a la médica u otros tipos de atención).

El hecho de que un médico prescriba servicios o suministros no significa automáticamente que dichos servicios o suministros sean médicamente necesarios y estén cubiertos por el Plan. El que un servicio o suministro en particular sea médicamente necesario será determinado por la Mesa Directiva (a menos que se delegue como se describe en la Sección 8.02).

### **Sección 11.28 – Medicare**

"Medicare" significa el programa de seguro de salud patrocinado por el gobierno federal para personas de edad avanzada y discapacitadas, tal como se indica en el Título XVIII de la Ley del Seguro Social, según sus enmiendas.

### **Sección 11.29 – Atención al recién nacido**

"Atención al recién nacido" significa los gastos rutinarios incurridos por un niño recién nacido sano, pero confinado en el hospital, pero sólo mientras la madre está confinada en el hospital como resultado de dar a luz a dicho niño, incluyendo los gastos incurridos por el alojamiento y la comida proporcionados por un hospital para dicho niño recién nacido y los gastos incurridos por el examen médico de rutina y los propósitos de "chequeo". "Atención al recién nacido" no significa los gastos incurridos como resultado de un nacimiento prematuro, una lesión sufrida, una enfermedad contraída o un defecto congénito de nacimiento.

### **Sección 11.30 – Participante**

El término "Participante" significará cualquier empleado, ex-empleado de un empleador, jubilado o cónyuge sobreviviente, que haya cumplido con los requisitos de elegibilidad para la cobertura de beneficios en el Plan y esté cubierto por el mismo o cuyos beneficiarios puedan ser elegibles para recibir cualquiera de dichas prestaciones.

### **Sección 11.31 – Médico**

"Médico" se refiere a cualquiera de los siguientes facultativos autorizados que actúe dentro del ámbito de su licencia y que realice un servicio pagadero en virtud del Plan:

- A) un doctor en medicina (MD), osteopatía (DO), podología (DPM) o quiropráctica (DC);
- B) cuando la ley exija su cobertura, un psicólogo clínico doctorado autorizado, un consejero de nivel de maestría y un trabajador social autorizado o certificado, un asistente médico autorizado (PA) o cualquier otro profesional autorizado que –
  - 1) actúe bajo la supervisión de un médico (MD); y
  - 2) realice un servicio que sea pagadero en virtud de la póliza cuando lo realice un médico (MD);

### **Sección 11.32 – Plan**

"Plan" significa el Indiana Laborers Welfare Fund tal como se describe en este documento y según se modifique en lo sucesivo.

### **Sección 11.33 – Año del Plan**

"Año del Plan" significa el período de doce meses que comienza el 1 de diciembre y termina el 30 de noviembre del año siguiente.

### **Sección 11.34 – Período de calificación**

"Período de calificación:" significa el período durante el cual un participante acumula horas acreditadas.

La elegibilidad de los participantes activos se define con más detalle en la Sección 3.02 con ejemplos en la Sección 3.03.

### **Sección 11.35 – Jubilado**

"Jubilado" significa un individuo que se ha retirado del empleo de su empleador o un empleado que está totalmente incapacitado.

### **Sección 11.36 – Auto-pago**

"Auto-pago" significa la cantidad que debe aportar un participante, jubilado o dependiente con el fin de preservar su derecho a recibir las prestaciones del Plan.

### **Sección 11.37 – Enfermedad**

"Enfermedad" significa una enfermedad, trastorno o afección que requiere tratamiento por parte de un médico. Para una empleada o esposa dependiente, "Enfermedad" incluye el parto, el embarazo o una condición relacionada. El término "Enfermedad" incluirá también una enfermedad no causada por un accidente.

### **Sección 11.38 – Medicamentos recetados de especialidad**

"Medicamentos recetados de especialidad" se refiere a una categoría de medicamentos creados gracias a los avances en la investigación, la tecnología y el diseño. Están formados por moléculas complejas e incluyen proteínas de bioingeniería y derivados sanguíneos. Los medicamentos recetados de especialidad se dirigen y tratan afecciones o enfermedades complejas específicas, como por ejemplo: el cáncer, la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple, la hepatitis C y el VIH/SIDA. Los medicamentos recetados de especialidad requieren una dosis específica para el paciente, una gestión clínica cuidadosa y se administran al paciente mediante una inyección o infusión en la oficina del médico, una auto-inyección o, en algunos casos, por vía oral. Los Medicamentos recetados de especialidad comprados en una farmacia de venta al por menor o por correo estarán cubiertos por la prestación de la tarjeta de medicamentos recetados. Los medicamentos recetados de especialidad obtenidos a través de un médico u hospital se pagarán bajo la prestación médica general.

### **Sección 11.39 – Cónyuge**

"Cónyuge" significa un cónyuge legal. Un cónyuge incluye a un cónyuge del mismo sexo cuando el participante y el cónyuge se casaron legalmente en un estado que reconoce los matrimonios del mismo sexo.

### **Sección 11.40 – Centro de tratamiento contra el abuso de sustancias**

"Centro de tratamiento contra el abuso de sustancias" significa un hospital, o una clínica autorizada, u otra entidad certificada por el estado (o que cumpla de otro modo los requisitos exigidos por el estado) para el tratamiento contra el abuso de drogas o alcohol en régimen de hospitalización o ambulatorio. Los centros que prestan servicios de tratamiento por abuso de sustancias en régimen de internado deben estar autorizados o certificados para el nivel de atención, tener un médico en plantilla y contar con enfermeras tituladas en plantilla las 24 horas del día. Los centros que prestan servicios a pacientes externos deben estar autorizados o certificados para el nivel de atención y los servicios deben ser realizados o supervisados por un médico, tal y como se define en este Plan.

### **Sección 11.41 – Incapacidad total o totalmente incapacitado**

"Incapacidad total" o "Totalmente incapacitado" significa, sobre la base de pruebas satisfactorias para la Mesa Directiva (a menos que se delegue como se describe en la Sección 8.02), que un participante está –

- A) bajo el cuidado de un médico,
- B) impedido, por lesión o enfermedad, de dedicarse a su ocupación regular o habitual y
- C) no realiza ningún tipo de trabajo a cambio de una remuneración o beneficio.

Un participante totalmente incapacitado deberá someterse a un examen anual para confirmar que sigue estando totalmente incapacitado.

#### **Sección 11.42 – Participante totalmente incapacitado**

"Participante totalmente incapacitado" significa un individuo que quedó totalmente incapacitado mientras era participante.

#### **Sección 11.43 – Acuerdo Fiduciario o Fideicomiso**

"Acuerdo Fiduciario" o "Fideicomiso" significan cualquier acuerdo con carácter de fideicomiso establecido para recibir, mantener, invertir y disponer del Fondo Fiduciario de acuerdo con este Plan.

#### **Sección 11.44 – Fondo Fiduciario o Fondo**

"Fondo Fiduciario" o "Fondo" significan todos los activos que posee la Mesa Directiva para los fines de este Plan.

#### **Sección 11.45 – Fideicomisario**

"Fideicomisario" significa los fideicomisarios empleadores y los fideicomisarios empleados, designados en virtud del Acuerdo Fiduciario, para actuar como fideicomisario o fideicomisarios de los activos del Fondo Fiduciario.

#### **Sección 11.46 – Sindicato**

"Sindicato" significa el Laborers' International Union of North America, State of Indiana District Council o los Sindicatos locales bajo la jurisdicción del State of Indiana District Council, que tengan, en vigencia con las Asociaciones o con otros empleadores participantes, acuerdos de bienestar o convenios colectivos que dispongan el establecimiento de un Plan de Fondo de Bienestar y un Fondo Fiduciario y el pago de las contribuciones a dicho Fondo.

#### **Sección 11.47 – Cargos usuales, habituales y razonables o UCR**

"Cargos usuales, habituales y razonables" o "UCR" (UCR, por sus siglas en inglés) se refiere a los cargos usuales, habituales y razonables por los servicios o procedimientos prestados y los suministros suministrados en base a los datos recopilados de los planes de salud, las compañías de seguros y los administradores de terceros para el área geográfica donde se prestan dichos servicios o se suministran los suministros.

Para los proveedores dentro de la Red PPO principal, el UCR será la cantidad permitida según lo negociado por la Red PPO.

Para los proveedores que no pertenezcan a la Red PPO principal, el UCR se basará en el Valor justo relativo a la salud en el percentil 85.

Siempre y cuando, en algunas situaciones, el gasto médico cubierto se limite a un porcentaje específico del cargo usual, habitual y razonable. Estas situaciones incluyen, entre otras, las siguientes:

A) En el caso de cirugías múltiples o bilaterales realizadas durante la misma sesión operatoria que no sean incidentales, o que no formen parte de algún otro procedimiento y que añadan un tiempo o una complejidad significativos (todo ello según lo determine la Mesa Directiva) al procedimiento completo, el gasto médico cubierto será de –

- 1) el 100% del cargo usual, habitual y razonable del procedimiento principal; y

- 2) el 50% del cargo usual, habitual y razonable por cada procedimiento adicional cubierto (incluyendo cualquier procedimiento bilateral).
- B) En el caso de la asistencia quirúrgica por parte de un médico, el gasto médico cubierto será el 20% del cargo usual, habitual y razonable de la cirugía correspondiente.
- C) Para los tratamientos no quirúrgicos realizados durante una consulta, el gasto médico cubierto se limitará al cargo usual, habitual y razonable del tratamiento no quirúrgico en sí.
- D) Para las prestaciones odontológicas, el gasto cubierto se limitará al cargo usual, habitual y razonable determinado por el proveedor de la PPO odontológica del Fondo sobre la base de una tabla de honorarios para los proveedores dentro de la red frente a los proveedores fuera de la red.
- E) Para las reclamaciones de prestaciones en las que Medicare paga de forma secundaria, una cantidad basada en el 150% del esquema de tarifas de Medicare.

**Sección 11.48 – Periodo de espera**

"Período de espera" significa el número de días de enfermedad o incapacidad que un participante de la parte de beneficios por pérdida de tiempo de este plan debe acumular por cada período de incapacidad total resultante de una lesión o enfermedad antes de que las prestaciones sean pagaderas.

---

---

**Se ha hecho todo lo posible para garantizar que la información contenida en esta combinación de Documento del Plan y Descripción Resumida del Plan (Documento) sea precisa y esté actualizada en el momento de su impresión. Se le notificará, por escrito, cualquier cambio en el Plan que pueda afectar a sus prestaciones o derechos en virtud del Plan.**

---

---