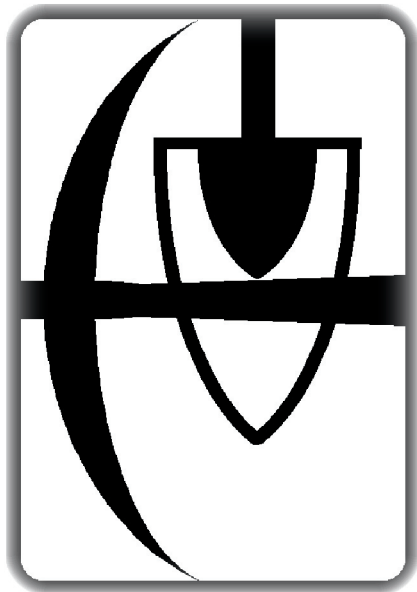


**FONDO FIDEICOMISO
DE SALUD Y BIENESTAR
DE LOS OBREROS
DEL NORTE DE CALIFORNIA**



PLAN DE OBREROS RETIRADOS

MARCH 1, 2007

FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR
DE LOS OBREROS DE NORTE DE CALIFORNIA
220 CAMPUS LANE
FAIRFIELD, CALIFORNIA 94534-1498

TELÉFONO: (707) 864-2800 O GRATUITAMENTE (800) 244-4530
PÁGINA DE INTERNET: www.norcalaborers.org
CORREO ELECTRONICO: customerservice@norcalaborers.org

CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS

FIDEICOMISARIOS DE LOS EMPLEADOS

José A. Moreno, Chairman
Doyle Radford
Oscar De La Torre
Ray Recinos
David George

FIDEICOMISARIOS DE LOS EMPLEADORES

Larry Totten, Co-Chairman
Terence Street
Claire Koenig
Robert Chrisp
Byron C. Loney

CONSEJO DE ABOGADO

Bullivant Houser Bailey PC
Weinberg, Roger & Rosenfeld

CONSULTOR

The Segal Company

OFICINA ADMINISTRATIVA

Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.
Edward J. Smith, Secretary

Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California

Plan de Obreros Retirados

A Todos los Obreros Retirados Cubiertos por el Plan:

Nos complace entregarles este folleto actualizado que describe los beneficios que están a su disposición por medio de su Plan de Salud y Bienestar. Si bien este folleto describe principalmente los beneficios proporcionados por el Plan de Pago Directo del Fondo, también incluye información sobre los beneficios dentales, ópticos que están a disposición (si los eligen) de todos los Obreros Retirados, sin importar el plan médico que escoja.

Este folleto explica:

- cómo y cuándo usted se hace elegible para los beneficios,
- cuáles son sus beneficios y cómo obtenerlos,
- cómo presentar un reclamo y, si su reclamo es negado, cómo presentar una apelación para los beneficios,
- disposiciones generales del Plan, incluso limitaciones y exclusiones.

Su folleto de beneficios está dividido en dos secciones. La primera sección es un resumen de sus beneficios. La segunda sección es el texto completo de las Reglas y Reglamentos del Plan que presenta las disposiciones del Plan en detalle. En el caso de un conflicto entre el resumen del Plan y las Reglas y Reglamentos, estas últimas regirán.

Asegúrese de compartir este folleto con sus familiares elegibles, ya que también están cubiertos por el Plan. Si tiene alguna pregunta después de leer este folleto, o alguna pregunta acerca de sus beneficios en general, póngase en contacto con la Oficina del Fondo al (707) 864-2800 ó gratis al 1-800-244-4530, de lunes a viernes entre las horas de 8:00 a.m. y 5:00 p.m. También puede enviar preguntas por correo electrónico a la Oficina del Fondo en www.customerservice@norcalaborers.org.

Atentamente,

CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS

1º de marzo de 2007

Información Importante Acerca de su Plan

En la primera parte de este folleto se encuentra lo que es sólo un resumen de los beneficios del Plan. Si usted es elegible para los beneficios, sus derechos podrán determinarse sólo leyendo todas las Reglas y Reglamentos del Plan de Salud y Bienestar que están impresos en la ultima parte de este folleto.



Ninguno de los beneficios que describe este folleto esta asegurando por ningún contrato de seguro y no hay ninguna responsabilidad de parte del Consejo de Fideicomisarios, de ninguna persona o entidad de proporcionar pagos que excedan las cantidades que estén en el Fondo de Fideicomiso que hayan sido cobradas y estén disponibles para el pago de los beneficios.



Los beneficios de los Participantes del Plan no están garantizados. El Consejo de Fideicomisarios tiene el derecho de cambiar o descontinuar (1) los tipos y cantidades de beneficios del Plan y (2) las reglas de elegibilidad..



La naturaleza y cantidad de los beneficios del plan están siempre sujetos a los términos reales del Plan segun existan en el momento en que ocurra el reclamo.

Debe entender que solo el Consejo de Fideicomisarios esta autorizado para resolver las preguntas sobre la interpretación del Plan de beneficios descrito en este folleto. Ningún empleador o unión, ni ningún representante de un empleador o unión esta autorizado para interpretar este Plan a nombre del Consejo - ni tampoco podrán esas personas actuar como agentes del Consejo.

Contenido

Elegibilidad.....	6
Establecimiento y Mantenimiento de la Elegibilidad.....	6
Subsidio para los Empleados Retirados.....	6
Sus Dependientes Elegibles.....	6
Orden Calificada de Sostén Médico de un Niño (QMCSO).....	6
Inscripción en los Beneficios	7
Cuándo Termina la Elegibilidad del Obrero Retirado	7
Cuándo Termina la Elegibilidad de sus Dependientes	7
Cobertura del Cónyuge Sobreviviente.....	¿
Disposiciones de Inscripción Especial.....	¿
Qué Sucede Cuando Usted Pierde la Elegibilidad	7
Cobertura de Continuación Bajo la Ley Federal COBRA.....	9
Eventos Calificatorios	9
Duración de la Cobertura de Continuación COBRA.....	9
Beneficios de la Cobertura de Continuación COBRA.....	10
Costo de la Cobertura de Continuación COBRA.....	11
Elección de la Cobertura de Continuación COBRA.....	11
Pago de la Cobertura de Continuación COBRA.....	12
Su Deber de Notificar a la Oficina del Fondo	12
Cómo Notificar a la Oficina del Fondo	13
Dónde Enviar su Notificación	13
Cuándo Notificar a la Oficina del Fondo.....	13
Quién Puede Notificar a la Oficina del Fondo	13
Añadidura de Nuevos Dependientes.....	14
Cambio de Planes Médicos con COBRA	14
Terminación de la Cobertura de Continuación COBRA.....	14
Conversión a una Cobertura Individual	15
Más Información sobre las Opciones HMO	16
Beneficios Dentales y Ópticos Opcionales	17
Delta Dental of California.....	17
Vision Service Plan.....	18
Solución de Quejas con Proveedores Dentales y Ópticos	18
Selección de Plan Médico	22
Plan de Pago Directo del Fondo.....	22
Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO)	
¿Qué es un Plan Medicare Advantage?.....	22
Cuándo Puede Cambiar de Planes	23
Tabla de Beneficios – Plan de Pago Directo.....	24

Beneficios Médicos y de Hospital Amplios	26
Beneficios de Hospital	26
Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes	27
Beneficios para los Residentes del Área.....	27
Beneficios para los Residentes de Fuera del Área	28
Beneficio en Centro de Enfermería Especializada	28
Límites en los Beneficios de Hospital y Centros de Enfermería Especializada	28
Revisión de Utilización (UR).....	32
Revisión de Utilización de Hospitalizaciones Electivas que No Son de Emergencia.....	32
Revisión de Utilización de Hospitalizaciones de Emergencia	32
Costos del Propio Bolsillo por No Cumplir con la Revisión de Utilización.....	33
Beneficios que Exige la Ley	34
Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Mamás.....	34
Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres	34
Beneficios Amplios de Hospital y Médicos	26
Pago.....	26
Beneficio Máximo de por Vida.....	27
Deducible del Año Plan	27
Copago por Visita al Consultorio del Doctor	28
Copago por Uso de la Sala de Emergencias de un Hospital	28
Gastos Cubiertos.....	28
Programa de Administración de Casos	35
Beneficio de Examen Físico Anual	
Beneficio de Recetas de Medicina	36
Al Menudeo	36
Servicio por Correo.....	37
Farmacia de Especialidades	37
Beneficio Máximo Anual	37
Beneficios para Obreros Retirados y Dependientes que Son Elegibles para Medicare	38
Información Importante sobre los “Contratos Privados” y Medicare	38
Exclusiones y Limitaciones Generales.....	40
Si Tiene Cobertura de Otro Plan de Salud de Grupo	42
Responsabilidad de Terceros	42
Procedimientos de Reclamo y Apelación del Plan de Pago Directo.....	43
Reclamos.....	43
¿Qué es un “reclamo”?	43
¿Qué NO es un reclamo?	43
Reclamos Previos al Servicio.....	44
Reclamos de Atención de Urgencia	45
Reclamos Concurrentes.....	45
Reclamos Posteriores al Servicio.....	46
Cómo Presentar un Reclamo	46
Cuándo Deben Presentarse los Reclamos	46

Dónde Presentar los Reclamos	47
Representante Autorizado	47
Notificación de la Decisión sobre un Reclamo	47
Cómo Solicitar la Revisión de un Reclamo Negado	48
Proceso de Revisión.....	48
Tiempos para la Notificación de la Decisión en Apelación	49
Notificación de la Decisión en Revisión	49
Límite de Cuándo Puede Iniciar una Demanda (Acción Civil).....	50
Privacidad de su Información de Salud	51
¿Quién Podrá Ver su Información de Salud?	51
La Promesa del Plan a Usted	51
Otras Notificaciones de Privacidad.....	52
Cómo el Plan Usa y Divulga su Información de Salud	52
Situaciones Especiales.....	53
Sus Derechos Respecto a su Información de Salud que Mantiene el Plan	54
Cambios en la Notificación de Privacidad	55
Quejas 55	
Otros Usos de la Información Médica	55
Información que Requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud	56
Información que Requiere la Ley de Seguridad de los	
Ingresos de los Empleados en el Retiro de 1974.....	57
Derechos Bajo la Ley de Seguridad de los	
Ingresos de los Empleados en el Retiro de 1974 (ERISA)	60
Reglas y Reglamentos – Plan de Pago Directo	63
Artículo I Definiciones.....	63
Artículo II Elegibilidad para los Beneficios.....	69
Artículo III Beneficios para los Empleados Retirados y Dependientes (No Elegibles a Medicare) 74	
Artículo IV Beneficios de Medicinas	77
Artículo V Beneficios Suplementarios al Programa Medicare Federal para Empleados	
Retirados y Dependientes Elegibles a Medicare	78
Artículo VI Exclusiones, Limitaciones y Reducciones	89
Artículo VII Disposiciones Generales	90
Artículo VIII Información Protegida de Salud por la Ley de Portabilidad y	
Responsabilidad del Seguro de Salud	91
Artículo IX Procedimientos de Reclamo y Apelación.....	96
Artículo X Enmienda y Cancelación	100
Artículo XI Aclaración	102

Eligibilidad

Establecimiento y Mantenimiento de la Elegibilidad

(Artículo II., Subsección 2.a., páginas 64-65)

Cuando se retire, podrá inscribirse usted y sus dependientes elegibles en el Plan de Obreros Retirados si cumple con ciertas reglas de elegibilidad que se describen enseguida y hace los pagos mensuales que se requieren por su cobertura.

La participación en el Plan está a su disposición a su propio costo. Sin embargo, el Plan da un subsidio para contrarrestar parte del costo de su cobertura de salud. El subsidio se basa en su edad en el momento en que se retire y en sus años de servicio acreditado en el plan de pensión. Al ocurrir ciertos eventos, por ejemplo al cumplir 55 años de edad, se hacen ajustes al subsidio. Vea en "Subsidio al Empleado Retirado" en la página 7 información más detallada.

Si usted hace al Fondo los pagos mensuales que se requieren y recibe una de las pensiones enumeradas abajo, o si cumple con ciertos otros requisitos de participación que se describen enseguida, tendrá derechos de elegibilidad en el Plan de Obreros Retirados. Su participación se iniciará en el primer día del mes en que sea pagadera a usted una pensión o en la fecha en que termine su elegibilidad en el Plan de Obreros Activos, lo que ocurra más tarde.

- Una pensión del Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros del Norte de California, excepto:
 - si usted recibe una Pensión Recíproca, la parte mayor del Servicio Acreditado Combinado deberá ser el Servicio Acreditado en el Norte de California. Sin embargo, si usted tiene al menos 10 años de Servicio Acreditado en el Norte de California, *vea la excepción de esta regla en el Artículo II., Sección 2.a(5), página 65.*
 - si está recibiendo una Pensión con Derechos Diferidos, deberá haber trabajado al menos 2,000 horas para empleadores individuales durante el período de 48 meses inmediatamente anterior a su Fecha de Inicio de la Anuidad.
- Un beneficio de retiro del Plan de Retiro para Ciertos Empleados de la Oficina Administrativa de los Fondos de los Obreros del Norte de California, Inc. Si usted recibió su beneficio de retiro en una sola cantidad, se deberá basar en un período de servicio mínimo de 5 años.
- La participación en el Plan Especial III o V por al menos 60 meses, incluyendo 12 meses dentro de los 48 meses inmediatamente anteriores al retiro.
- Participación en el Plan Obreros Activos al menos 60 meses con la misma empleador, incluyendo 12 meses dentro de los 48 meses inmediatamente anteriores a su retiro y usted no es elegible para ninguna cobertura de salud patrocinada por otro empleador.
- Un Dependiente del Empleado Retirado es elegible en la fecha en que entre en vigencia la elegibilidad del Empleado Retirado o en que adquiera al Dependiente, lo que ocurra después.

Subsidio para los Empleados Retirados

(Artículo II., Subsección 2.b., página 65-66)

El Consejo de Fideicomisarios da un subsidio para ayudar a contrarrestar el costo de la cobertura de salud y bienestar para usted y sus Dependientes. El subsidio toma en cuenta su edad en la Fecha de Inicio de la Renta Vitalicia y sus años de Servicio Acreditado en el Plan de Pensión de los Obreros y otros requisitos que se indican enseguida. Se hace un ajuste a su subsidio en el primer día del mes siguiente a la fecha en que ocurra cualquiera de los siguientes:

- usted cumpla la edad de 55,
- usted cumpla la edad de 70 años, o
- usted reciba una determinación de la Administración del Seguro Social de que tiene derecho a un Beneficio de Incapacidad del Seguro Social.

<i>Edad del Empleado Retirado en la Fecha de Inicio de la Anuidad</i>	<i>Servicio Acreditado</i>	<i>Porcentaje de Subsidio Que Paga el Plan</i>	<i>Porcentaje que Paga el Empleado Retirado</i>
Menos de 55 años	Sin importar los Años de Servicio Acreditado	0%	100%
Sin importar la edad	Menos de 10 Años de Servicio Acreditado en el Norte de California	0%	100%
Edad 55 años	Al menos 10 pero menos de 25 Años de Servicio Acreditado en el Norte de California	25%	75%
Edad 55 años	25 ó más Años de Servicio Acreditado en el Norte de California	50%	50%
Edad 55 años	Al menos 15 pero menos de 20 Años de Servicio Acreditado en el Norte de California más servicio acreditado de una Pensión Recíproca para un servicio acreditado combinado de 25 años	25%	75%
Edad 55 años	Al menos 20 años pero menos de 25 Años de Servicio Acreditado en el Norte de California más servicio acreditado de una Pensión Recíproca por un servicio combinado acreditado de 25 años	50%	50%
Edad 55 años	Recibe una Pensión Recíproca con al menos 10 años de Servicio Acreditado en el Norte de California. Solicitó y se le negó la cobertura de salud y bienestar de retirados en un plan relacionado	0%	100%
Edad 70 años	Sin importar los Años de Servicio Acreditado	50%	50%
Sin importar la edad	Recibe un Beneficio de Incapacidad de la Administración del Seguro Social	50%	50%

Si usted califica al Subsidio de Empleados Retirados, su cantidad de pago propio mensual se reduce por el porcentaje que aparece bajo “*Porcentaje de Subsidio que el Plan Paga*”. Por ejemplo, si tiene 55 años de edad y tiene al menos 10 pero menos de 25 Años de Servicio Acreditado en el Norte de California, el costo de su cobertura mensual se reduce en 25%. Si el costo completo de su cobertura mensual es de \$700, reste \$175 de \$700 ($\$700 \times 25\% = \175); su pago propio subsidiado es por la cantidad de \$525 por mes. **Note: El Subsidio para Empleados Retirados no se aplica a la Cobertura Dental y/u Óptica. Si quiere seguro opcional Dental y/u Óptico, usted es responsable de todo el costo de la cobertura.**

Sus Dependientes Elegibles

(Artículo I, Sección 7, página 59)

Los dependientes elegibles para el Plan de Pago Directo incluyen:

- su cónyuge legal;
- sus hijos propios o adoptados que sean solteros y menores de 19 años de edad. Los hijos adoptados están cubiertos desde la fecha en que sean colocados en su custodia;
- sus hijastros que sean solteros y menores de 19 años, residan en su casa y dependan principalmente de usted para su sostén;
- cualquier hijo soltero adquirido por medio de una tutoría legal si el hijo depende principalmente de usted para su sostén, reside en su casa y tiene menos de 19 años de edad;
- sus hijos solteros que tengan 19 años de edad pero menos de 23 si están inscritos en una institución educativa acreditada en al menos 8 unidades por semestre y dependan principalmente de usted para su sostén;
- un hijo de cualquier edad que no pueda ganarse la vida debido a un impedimento mental o físico, siempre y cuando el hijo haya estado incapacitado y también fuera elegible bajo el Plan antes de la edad de 19 años y dependa principalmente de usted para su sostén.

Orden Calificada de Sostén Médico de un Niño (QMCSO)

(Artículo I, Sección 7, página 59)

De acuerdo con la Sección 609(a)(2)(A) de la ley ERISA, este Plan proporcionará cobertura para un hijo dependiente de un Empleado si lo requiere una Orden Calificada de Sostén Médico de un Niño (QMCSO).

Inscripción en los Beneficios

Cuando usted sea elegible para los beneficios, el Fondo de Fideicomiso le enviará un paquete de información, incluyendo un Formulario de Inscripción. Complete el Formulario de Inscripción e incluya los documentos siguientes, según se requiera:

- Para inscribir a su cónyuge, incluya un Certificado de Matrimonio;
- Para inscribir a sus hijos propios o hijastros, incluya un Certificado de Nacimiento;
- Para inscribir a un hijo adoptado, incluya un Documento Legal de Adopción y el Certificado de Nacimiento;
- Para inscribir a un hijo adquirido por medio de tutoría legal, incluya los documentos del tribunal indicando el nombre del niño y la fecha de colocación.

Al ocurrir eventos, por ejemplo, si usted se casa, recibe a un recién nacido o se divorcia, póngase en contacto con la Oficina del Fondo para poner al día la información de su Formulario de Inscripción.

Si usted no se inscribe en el Plan de Obreros Retirados cuando sea elegible por vez primera, deberá entregar a la Oficina del Fondo evidencia de que tiene otra cobertura. Pudiera tener derecho a inscribirse en una fecha posterior de acuerdo a las disposiciones de inscripción especial que se describen en la página 10. Si está considerando posponer o cancelar su cobertura en este Plan, debe leer la sección intitulada “Disposiciones de Inscripción Especial” en la página 10 antes de tomar una decisión.

Cuándo Termina la Elegibilidad del Obrero Retirado

(Artículo II., Subsección 2.c.(1), página 67)

La cobertura del Empleado Retirado termina al final del mes:

- anterior al mes en que no sea pagadera una Pensión del Fondo de Fideicomiso de Pensión de Obreros del Norte de California; o
- en que usted no cumpla alguno de los requisitos de elegibilidad que se describen antes; o
- durante cualquier mes, antes de la Edad Normal de Retiro (edad de 65 años), en que usted participe en: (a) cualquier empleo cubierto por un Convenio de Negociación Colectiva con la Unión o cualquiera de sus uniones locales filiales; o (b) cualquier empleo para la Unión o una unión local filial; (c) cualquier empleo u otro empleo a cambio de un sueldo o lucro en la Industria de Edificios y Construcción, o en la Industria de Piedra, Arena y Grava en la jurisdicción geográfica del Plan de Pensión del Fondo de Fideicomiso de Pensión de Obreros del Norte de California o un plan relacionado en que el Fondo de Fideicomiso de Pensión de Obreros tenga un convenio recíproco; o
- durante cualquier mes, después de la Edad Normal de Retiro (edad de 65 años), en que usted esté empleado u auto-empleado a cambio de sueldo o lucro durante 40 horas o más en un mes calendario: (a) en una industria en que, en un momento en que se haya iniciado el pago de una pensión al Empleado Retirado o hubiera empezado si no hubiera permanecido o regresado al empleo, y había empleados que estaban empleados como resultado de su empleo; y (b) en el oficio u ocupación en que el Empleado Retirado estuvo empleado en algún momento bajo el Plan de Pensión; y (c) en el Estado de California; o
- antes del mes en que no le sea pagadera una pensión del Plan de Retiro para Ciertos Empleados de la Oficina Administrativa de los Fondos de los Obreros del Norte de California, Inc.; o
- antes del mes en que no haga el pago que requiere el Fondo, después de una notificación anticipada de 60 días de la cancelación de la cobertura. Un vez que termine la cobertura del empleado retirado, no podrá reinstalarla en una fecha posterior, excepto como se señala en la página 10, en “Disposiciones de Inscripción Especial”. Si se eligen los beneficios dentales y ópticos opcionales, se debe mantener la cobertura un mínimo de 6 meses.

Cuándo Termina la Elegibilidad de sus Dependientes

(Artículo II., Subsección 2.c.(2), página 67)

La cobertura de sus Dependientes terminará en la fecha primera entre:

- la fecha en que termine la elegibilidad de usted. Sin embargo, en el caso de su muerte, su cónyuge sobreviviente podrá continuar la cobertura para sí y los Dependientes elegibles. (Vea los detalles en la página 10), o
- la fecha en que sus Dependiente ya no cumpla con la definición de Dependiente. (Vea el Artículo I., Sección 7., página 59, para ver la definición del Plan de “Dependiente”).

Cobertura del Cónyuge Sobreviviente

(Artículo II., Subsección 2.c.(3), página 67)

En el caso de la muerte de usted, su cónyuge sobreviviente podrá continuar la misma cobertura de salud y bienestar que estaba en vigencia antes del fallecimiento para sí y los Dependientes elegibles, siempre y cuando se hagan los pagos propios mensuales que se requieran. La cobertura terminará en el primer día del mes siguiente a que ocurra alguno de los eventos que se mencionan enseguida:

1. El cónyuge se vuelva a casar.
2. Que se obtenga otra cobertura de salud de grupo.
3. La fecha en que un hijo Dependiente ya no cumpla con la definición de “Dependiente” del Plan. (Vea el Artículo I., Sección 7, página 59 para la definición de Dependiente).
4. La fecha en que ya no sea pagadera una Pensión. Esta regla no se aplica a los Cónyuges sobrevivientes de los Empleados Retirados cuya elegibilidad se haya establecido de acuerdo al Artículo II., Subsección 2.a.(3), (4), y (6), páginas 64 y 65.
5. No se haga el propio pago mensual que se requiera al Fondo.
6. La muerte del Cónyuge.

Disposiciones de Inscripción Especial

(Artículo II., Subsección 2.d., página 67-68)

Si no se inscribe en el Plan de Obreros Retirados cuando sea elegible por vez primera, usted y sus dependientes elegibles podrán inscribirse en una fecha posterior de acuerdo a las siguientes *circunstancias especiales*:

- Si pospone o termina su cobertura para sí o su cónyuge dependiente porque tiene otro seguro de salud (incluyendo la Cobertura de Continuación COBRA del Plan de Obreros Activos), se podrá inscribir a sí y a los Dependientes elegibles en el Plan de Obreros Retirados, siempre y cuando solicite su inscripción dentro de los 31 días después de que termine su otro seguro de salud.
- Si adquiere a un Dependiente de recién elegibilidad por medio de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para su adopción, podrá inscribirse a sí y a su Dependiente de recién elegibilidad, siempre y cuando solicite inscribirse dentro de los 31 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

El Fondo de Fideicomiso requiere que usted entregue prueba de la otra cobertura de salud tanto al posponer o cancelar la cobertura como cuando solicite inscribirse de acuerdo a las circunstancias que se describieron anteriormente.

Qué Sucede Cuando Usted Pierde la Elegibilidad

Al perder la elegibilidad de acuerdo al Plan, la Oficina del Fondo le entrega a usted y a cada uno de sus dependientes cubiertos un *Certificado de Cobertura*. La finalidad del *Certificado* es proporcionar evidencia de su cobertura de salud anterior en el Plan Especial V. Si usted y sus dependientes cubiertos se hacen elegibles para la cobertura en otro plan de salud de grupo, o si compra una póliza de seguro para usted o cualquiera de sus dependientes cubiertos, el *Certificado de Cobertura* pudiera ser necesario para reducir o eliminar el período de tiempo en que se pudiera aplicar una exclusión por condiciones médicas pre-existentes. Por ejemplo, si usted estuvo cubierto por el Plan durante 6 meses y su nuevo plan de salud tiene un período de espera de 12 meses antes de que proporcione cobertura a personas con condiciones médicas pre-existentes, la cobertura de 6 meses que haya tenido bajo este Plan pudiera aplicarse a su nuevo plan y reducir el período de espera de 12 a 6 meses.

El *Certificado de Cobertura* se le envía automáticamente a usted (o a cualquiera de sus dependientes cubiertos) poco después de que termine la cobertura de este Plan. Si alguno de sus dependientes elige la Cobertura de Continuación COBRA (que se cubre en la sección siguiente), se envía otro *Certificado de Cobertura* a sus dependientes después de que termine la Cobertura de Continuación COBRA.

También podrá solicitar un *Certificado de Cobertura*, que le será enviado a usted o a cualquiera de sus dependientes cubiertos, si la solicitud es recibida por la Oficina del Fondo dentro de los 2 años siguientes a la fecha última entre:

- la fecha en que termine su elegibilidad bajo este Plan; o
- la fecha en que termine su Cobertura de Continuación COBRA.

Las solicitudes de *Certificado de Cobertura* deberán dirigirse a la Oficina del Fondo al domicilio que se indica en la página 53. Los *Certificados de Cobertura* se proporcionan sin cargo alguno.

Deberá tener presente que si usted tiene una interrupción en la cobertura de 63 días o más, el *Certificado de Cobertura* no será aceptado como evidencia de cobertura anterior y no podrá ser utilizado para reducir un período de espera que pudiera aplicarse a condiciones médicas pre-existentes. En otras palabras, si usted no está inscrito en un plan de salud dentro de los 62 días de la fecha en que pierda su elegibilidad en este Plan, su siguiente compañía de seguros de salud no tiene obligación de utilizar el *Certificado de Cobertura* para reducir un período de espera por condiciones médicas pre-existentes.

Cobertura de Continuación Bajo la Ley Federal (COBRA)

(Artículo II, Sección 3., página 68 – 71)

Eventos Calificatorios

Sus Dependientes elegibles tienen el derecho de continuar la cobertura de salud de grupo en el Plan de Obreros Retirados. Si ocurre alguno de los “Eventos Calificatorios” que se enumeran abajo, los Beneficiarios Calificados tienen el derecho de continuar los beneficios de salud del Plan que estaban en vigencia en la fecha en que ocurrió el Evento Calificatorio. Para continuar con la cobertura de salud del Plan, usted deberá solicitar la Cobertura de Continuación COBRA y hacer los pagos de las primas mensuales que se requieran al Fondo de Fideicomiso. Los siguientes Eventos Calificatorios le dan derecho a sus Dependientes a continuar con la cobertura de salud de grupo en este Plan:

- Usted se divorcia
- Usted fallece
- Su hijo Dependiente pierde su situación de “Dependiente” de acuerdo al Plan

Un “Beneficiario Calificado” es una persona que esté cubierta bajo el Plan de Obreros Retirados en el día anterior en que ocurra el “Evento Calificatorio”. Los Beneficiarios Calificados incluyen al Cónyuge del Obrero Retirado y sus hijos Dependientes. Un hijo que haya nacido, haya sido colocado para su adopción, o haya sido adquirido por medio de una tutoría legal mientras que sus Dependientes tengan la Cobertura de Continuación COBRA también es un “Beneficiario Calificado”.

Duración de la Cobertura de Continuación COBRA

Sus Dependientes pueden elegir la Cobertura de Continuación COBRA por un máximo de 36 meses a partir de la fecha del Evento Calificatorio.

Beneficios de la Cobertura de Continuación COBRA

Sus Dependientes podrán elegir continuar la cobertura de hospital y médica y la de recetas de medicina solamente (Cobertura Núcleo), o la cobertura de hospital y médica, de recetas de medicina, así como la cobertura opcional óptica y/o dental (Cobertura Núcleo *Plus*). Sus Dependientes no tienen que continuar las coberturas opcionales dental y/u óptica; sin embargo, a menos que el Empleado Retirado tenga una o ambas de estas coberturas en la fecha del Evento Calificatorio, sus Dependientes no se podrán inscribir en ninguna de ellas.

Una vez que sus Dependientes seleccionen un nivel de beneficios (Cobertura Núcleo o Núcleo *Plus*) no podrán cambiar mientras tengan la cobertura COBRA. Por ejemplo, si sus Dependientes escogen la Cobertura Núcleo, no podrán cambiar posteriormente a la Cobertura Núcleo *Plus* ni viceversa.

Costo de la Cobertura de Continuación COBRA

La Cobertura de Continuación COBRA está disponible solamente a su propio costo. Si sus Dependientes eligen la cobertura COBRA, se cobrará el costo total, más un cargo administrativo del 2%. Si el costo cambia, el Fondo de Fideicomiso revisará el cargo que se requiera pagar. Además, si los beneficios cambian para los Empleados Retirados, los beneficios de la Cobertura de Continuación COBRA también cambiarán.

Elección de la Cobertura de Continuación COBRA

Después de recibir la notificación de un Evento Calificatorio, la Oficina del Fondo enviará a sus Dependientes una notificación de su derecho de escoger la Cobertura de Continuación COBRA junto con un formulario de elección. Si no califica para la Cobertura de Continuación COBRA, se le enviará una Notificación de No Disponibilidad de la Cobertura de Continuación COBRA. Estas notificaciones se enviarán dentro de los 14 días de la fecha en que la Oficina del Fondo reciba la notificación del Evento Calificatorio

SUS DEPENDIENTES DEBEN FIRMAR Y DEVOLVER EL FORMULARIO DE ELECCIÓN A LA OFICINA DEL FONDO A MÁS TARDAR 60 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE USTED PIERDA SU ELEGIBILIDAD O LA FECHA DE LA NOTIFICACIÓN COBRA DE LA OFICINA DEL FONDO, LO QUE OCURRA DESPUÉS, O SUS DEPENDIENTES NO SERÁN ELEGIBLES PARA LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN COBRA. SI SUS DEPENDIENTES NO ENTREGAN EL FORMULARIO DE ELECCIÓN COBRA DENTRO DE ESTE PERÍODO DE 60 DÍAS, SUS DEPENDIENTES PERDERÁN SUS DERECHOS DE ACUERDO A LA LEY COBRA.

Al decidir si elegir la Cobertura de Continuación COBRA, sus Dependientes deben entender que si no continúan la cobertura de salud de grupo esto afectará sus derechos futuros de acuerdo a la ley federal como se indica enseguida:

- Si sus Dependientes tienen una interrupción en la cobertura de salud de 63 días o más, podrán perder el derecho a aplicar su cobertura de salud anterior como un crédito en el caso de condiciones pre-existentes que pudieran quedar excluidas por otros planes de salud en que se inscriba. (La elección de la Cobertura de Continuación COBRA podrá evitar una interrupción en la cobertura).
- Si sus Dependientes no obtienen la Cobertura de Continuación COBRA por el período máximo disponible, es decir 36 meses, perderán el derecho garantizado a comprar las pólizas de seguro de salud individual sin exclusiones por condiciones pre-existentes.

Pago de la Cobertura de Continuación COBRA

La Oficina del Fondo notificará a sus Dependientes del costo de la cobertura cuando reciban su notificación de derecho a la Cobertura de Continuación COBRA. El costo de la cobertura COBRA pudiera estar sujeta a aumentos futuros durante el período en que siga en vigencia.

Hay un período de gracia inicial de 45 días en el cual se puede pagar la prima del primer mes, a partir de la fecha en que se inició la cobertura COBRA. Si no se hace el pago inicial cuando éste deba hacerse, la cobertura COBRA no entrará en vigencia. Después del primer pago, los pagos posteriores se vencen en el primer día del mes en el cual se proporcione la cobertura. Hay un período de gracia de 30 días para pagar las primas mensuales. Si sus Dependientes no pagan la prima para el final del período de gracia, terminará la cobertura COBRA.

Los pagos iniciales deben cubrir el período desde la fecha en que terminó la cobertura hasta la cobertura del mes actual. Por ejemplo, si la cobertura terminó el 28 de febrero de 2006 y sus Dependientes envían su formulario de elección el 29 de abril de 2006, y hacen su pago inicial el 10 de junio de 2006, deberán pagar los meses de marzo, abril y mayo de 2006. Además, si están pagando la cobertura de junio de 2006, la prima deberá recibirse antes del 30 de junio que es el final del período de gracia.

Su Deber de Notificar a la Oficina del Fondo

Usted y sus Dependientes son responsables de entregar a la Oficina del Fondo un aviso oportuno de los siguientes Eventos Calificatorios:

- el divorcio de usted (el Empleado Retirado) y su cónyuge,
- que su hijo pierda su situación de "Dependiente" de acuerdo al Plan, o
- el fallecimiento de usted.

Failure to provide this notice within the time frames described below may prevent your Dependents from obtaining or extending COBRA Continuation Coverage. In addition, failure to notify the Fund Office of any of the Qualifying Events may result in you, the Retired Employee, being obligated to reimburse the Trust Fund for claims paid on behalf of a Dependent that was not eligible.

Cómo Notificar a la Oficina del Fondo

Sus Dependientes deben notificar a la Oficina del Fondo de cualquiera de los eventos enumerados arriba, enviando una carta a la Oficina del Fondo, que contenga la siguiente información:

- nombre del Beneficiario Calificado
- el nombre del Empleado Retirado y su número de seguro social
- el evento por el cual se esté dando notificación y la fecha del evento (por ejemplo, la fecha en que un hijo Dependiente cumple 19 años de edad), o
- una copia de la disolución final del matrimonio si el evento es un divorcio o separación legal (notifique a la Oficina del Fondo tan pronto como sepa la fecha en que su divorcio será final y entregue prueba escrita cuando la reciba), o
- si su hijo ya no es un estudiante de tiempo completo, la fecha en que asistió a la escuela por última vez

Si tiene alguna pregunta sobre cómo notificar a la Oficina del Fondo de alguno de estos eventos, llame al (707) 864-2800 ó gratuitamente al 1-800-244-4530 y pida hablar con el Departamento COBRA.

Dónde Enviar su Notificación

La Notificación del Evento Calificatorio debe enviarse a la Oficina del Fondo al siguiente domicilio:

**Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California
220 Campus Lane
Fairfield, California 94534-1498
Attention: COBRA Department**

Cuándo Notificar a la Oficina del Fondo

Si su cónyuge Dependiente entrega la notificación de un divorcio, o un hijo Dependiente pierde la elegibilidad, la notificación debe enviarse a más tardar 60 días después de la fecha del Evento Calificadorio. Si su Dependiente entrega notificación de la muerte de usted, la notificación debe enviarse a más tardar 30 días después de la fecha del Evento Calificadorio. Si sus Dependientes no notifican a la Oficina del Fondo dentro de estos plazos, perderán sus derechos según la ley COBRA.

Quién Puede Notificar a la Oficina del Fondo

La notificación deberá ser entregada por su Dependiente o algún representante que actúe a nombre de sus Dependientes. La notificación de una persona satisfará el requisito de notificación de todos los Beneficiarios Calificados relacionados afectados por el mismo Evento Calificadorio. Por ejemplo, en el caso de que usted fallezca o se divorcie, una sola notificación satisfará el requisito de notificación de todos los Beneficiarios Calificados.

Añadidura de Nuevos Dependientes

Un Beneficiario Calificado podrá agregar a un nuevo cónyuge o hijo a su Cobertura de Continuación COBRA, pero los únicos familiares recién agregados que tienen los derechos de un Beneficiario Calificado, por ejemplo el derecho de extender la cobertura COBRA si ocurre un segundo Evento Calificadorio, son los hijos propios, adoptados o bajo tutela legal de un Empleado Retirado antiguo.

La inscripción especial por el resto de su período COBRA también se permite a los Dependientes que pierden su cobertura. Para que esto ocurra,

- Su Dependiente deberá ser elegible para la Cobertura de Continuación COBRA en la fecha del Evento Calificadorio pero la declinó cuando se le ofreció la inscripción debido a que tenía cobertura en otro plan de salud de grupo o tenía otra cobertura de seguro de salud,
- Su Dependiente debe utilizar totalmente la otra cobertura, perder su elegibilidad en ella o perder las contribuciones de su empresa a ella, y
- Su Dependiente debe enviar un formulario de inscripción a la Oficina del Fondo dentro de los 30 días siguientes a la terminación de la otra cobertura o de las contribuciones a ella.

Importante

Usted y sus dependientes deben que informar a la Oficina del Fondo de cualquier cambio de dirección. Mande la dirección nueva a la Oficina del Fonda lo más pronto posible para que podemos actualizar la dirección mas corriente de usted y sus dependientes.

Cambio de Planes Médicos con COBRA

Si sus Dependientes quieren cambiar su plan de salud, lo podrán hacer dos veces en un año calendario. Para cambiar de plan de salud, póngase en contacto con la Oficina del Fondo para recibir un Formulario de Solicitud de Beneficios. Complete y presente un nuevo Formulario de Solicitud de Beneficios a la Oficina del Fondo. Si la solicitud es recibida por la Oficina del Fondo para el día 15 del mes, el cambio en el plan entra en vigencia en el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se recibe después del día 15 del mes, el cambio entra en vigencia en el primer día del segundo mes después del recibo de su solicitud.

Terminación de la Cobertura de Continuación COBRA

La Cobertura de Continuación COBRA terminará al final del período máximo de continuación que se permite que es de 36 meses. Sin embargo, la Cobertura de Continuación COBRA terminará antes del final del período de 36 meses si ocurre uno de los siguientes eventos:

1. Sus Dependientes no remiten los pagos completos de la prima a tiempo. Para considerarse "a tiempo", los pagos de las primas deben recibirse dentro de los 45 días siguientes a la presentación del formulario de elección inicial de COBRA y debe incluir el costo de la cobertura con retroactividad al primer día en que la cobertura hubiera terminado. Los pagos posteriores de la prima se deben pagar dentro de 30 días después del primero de cada mes en que se elija la cobertura,
2. Sus Dependientes queden cubiertos por algún otro plan de salud de grupo después de la fecha en que elijan la cobertura COBRA; sin embargo, si el otro plan de salud de grupo no cubrirá una condición de salud pre-existente, no terminará la Cobertura de Continuación COBRA;
3. Sus Dependientes adquieran derecho a la Parte A o Parte B de Medicare después de la fecha de la elección COBRA;
4. Su empresa ya no proporciona la cobertura de salud de grupo a ninguno de sus empleados.

La Cobertura de Continuación COBRA terminará en el primer día del mes siguiente a que ocurra alguno de los eventos mencionados en los puntos 1 a 4.

Si la cobertura COBRA termina antes del final del período máximo de 36 meses, la Oficina del Fondo enviará a sus Dependientes una notificación escrita tan pronto como sea práctico después de su determinación de que terminará la cobertura de continuación.

Conversión a una Cobertura Individual

Al final del período de Cobertura de Continuación COBRA, sus Dependientes elegibles podrán inscribirse en un plan de conversión individual que ofrezca un plan HMO como se describe en el folleto de Evidencia de Cobertura de los planes HMO, siempre y cuando estén inscritos en un plan HMO antes de que termine su cobertura de continuación.

También tiene la opción de comprar la cobertura de conversión individual del plan HMO en lugar de la cobertura COBRA, pero solamente si están inscritos en el plan HMO cuando terminó la elegibilidad del Empleado Retirado por medio del Fondo de Fideicomiso.

Más Información sobre las Opciones HMO

Revise la Evidencia de Cobertura del plan HMO para más información sobre cómo elegir la cobertura extendida posterior a COBRA bajo la ley de California o para inscribirse en el plan de conversión del plan HMO. También puede llamar al Departamento de Servicios a los Miembros de su plan HMO.

Si la ley federal o estatal alterara las disposiciones de la ley COBRA que estuvieran en vigencia en el momento en que se imprima la Descripción Resumida del Plan, se avisará a los participantes de estas modificaciones según se requiera.

Beneficios Opcionales de Dental y Óptico

Los Empleados Retirados tienen la opción de escoger los beneficios dentales y ópticos. El costo de la cobertura dental y óptica opcional es además de su cantidad de pago propio mensual por su cobertura de hospital, médica y de recetas de medicina. Si usted escoge uno o ambos beneficios, el costo se agregará a su cantidad de pago propio mensual. Si se inscribe en las coberturas dental y óptica opcionales, deberá mantener la cobertura durante seis meses. Si, al final del período de seis meses, usted decide cancelar esta cobertura, no tendrá oportunidad de volverse a inscribir en ella en una fecha posterior.

Delta Dental of California

En el plan Delta Dental para Obreros Retirados, usted tiene libertad de escoger a cualquier dentista que desee, sin embargo le conviene escoger a un dentista de Delta, ya que sus cargos están aprobados por Delta anticipadamente. Puede reducir sus gastos dentales aún más escogiendo a un dentista que participe en una organización de proveedores preferentes de Delta conocida como la *Plan PPO de DeltaDental*. El *Plan PPO* está compuesto de un grupo selecto de dentistas de Delta que tienen un convenio con Delta para prestar sus servicios con cargos moderados. Ya sea que usted escoja a un dentista regular de Delta o a un dentista del *PPO*, el pago se basa en la misma tabla de asignaciones, la cual asigna un pago máximo por cada procedimiento dental que cubre el plan.

El deducible anual es de \$50 por persona hasta \$150 por familia; el beneficio anual máximo es de \$1,000 por persona; se dispensa el deducible en los servicios de diagnóstico y preventivos. Todos los procedimientos dentales se pagan de acuerdo con la Tabla de Asignaciones. La diferencia que haya entre la asignación que muestra la Tabla y el cargo del dentista es responsabilidad de usted.

Vision Service Plan

Los beneficios de atención óptica se proporcionan por medio de un contrato con Vision Service Plan (VSP). Estos beneficios incluyen exámenes de la vista, armazones, anteojos y lentes de contacto. Al usar los servicios de un doctor de la red VSP, usted recibe la mejor valía en su beneficio de servicios ópticos. Tiene libertad de usar los servicios de un doctor de fuera de la red, sin embargo, tendrá un gasto mayor del propio bolsillo. Además, tendrá obligación de presentar un formulario de reclamo para que se le reembolse cuando utilice a un doctor de fuera de la red.

Solución de Quejas con Proveedores Dentales y Ópticos

Delta Dental y VSP tienen procedimientos de agravio para el manejo de las quejas de los Obreros Retirados. Si tiene una queja de alguno de estos proveedores de servicio, debe buscar primero una solución usando el procedimiento de quejas del proveedor de servicio antes de apelar al Consejo de Fideicomisarios del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California. Si tiene problemas que impliquen la elegibilidad, póngase en contacto con la Oficina del Fondo.

Selección de Plan Médico

Cuando usted se hace elegible para los beneficios, se le da la oportunidad de escoger el plan médico que mejor se adapte a las necesidades de usted y de su familia. Se podrá inscribir en el Plan de Pago Directo del Fondo o en una organización de mantenimiento de la salud (HMO). Sus Dependientes elegibles deben inscribirse en el mismo plan médico. No podrá dividir la cobertura – es decir, no podrá inscribirse usted en el Plan de Pago Directo del Fondo e inscribir a sus Dependientes elegibles en el Plan de Kaiser Permanente.

Sin importar cuál plan médico escoja, los beneficios dentales y ópticos opcionales son proporcionados por el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros. Estos beneficios de describen en las páginas anteriores y en mayor detalle en los folletos separados.

Plan de Pago Directo del Fondo

El Plan de Pago Directo del Fondo proporciona beneficios tradicionales de cargo por servicio incluso los de hospital, médicos y de recetas de medicina. Los beneficios que se proporcionan por medio del Plan de Pago Directo del Fondo se describen en este folleto.

En este Plan, usted podrá seleccionar cualquier doctor u hospital para su atención médica. Sin embargo, el uso de doctores y hospitales que participan en el Plan de Comprador Prudente resultarán en costos menores del propio bolsillo debido a que estos proveedores han quedado de acuerdo en prestar sus servicios a tarifas especiales negociadas.

Al hacerse elegible para los beneficios, recibirá una tarjeta de identificación del Plan de Salud que funciona tanto como tarjeta del plan de salud de grupo como tarjeta de recetas de medicina. Se le pedirá que muestre su tarjeta de identificación siempre que utilice los servicios de un proveedor de salud o una farmacia al menudeo.

Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO)

Además del Plan de Pago Directo, el Fondo de Fideicomiso ofrece tres planes HMO -- Health Net, el Plan de Salud de la Fundación Kaiser y PacifiCare. Cada uno de estos planes HMO proporciona atención médica amplia por medio de sus proveedores bajo contrato con el plan HMO. Un plan HMO es diferente de los planes tradicionales de cargo por servicio en el sentido de que usted está limitado en su selección de doctores y hospitales. Con un HMO, usted debe escoger un doctor entre los que están empleados o bajo contrato con el plan HMO. Los servicios y suministros cubiertos se proporcionan en los centros del plan HMO ya sea sin ningún costo o a cambio de copagos razonables. No tiene que presentar formularios de reclamo. Sin embargo, debe residir dentro del área de servicio del plan HMO para ser elegible a inscribirse.

Con la excepción de las emergencias médicas o las referencias autorizadas, no se le permite utilizar los servicios de los proveedores que no estén afiliados con el plan HMO. Si utiliza los servicios de un proveedor fuera del plan HMO, ni el Fondo de Fideicomiso ni el HMO son responsables de ninguno de los cargos que usted tenga. Debe pagar este servicio de su propio bolsillo.

¿Qué es un Plan Medicare Advantage?

Los Planes Medicare Advantage son planes de salud aprobados por Medicare, pero que son operados por organizaciones privadas. Con un plan Medicare Advantage, los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) contratan con un plan HMO, u otra organización, para prestar todos los beneficios cubiertos por Medicare, así como muchos servicios extras. A cambio de ello, CMS paga al plan HMO una cantidad fija mensual por cada persona que se inscriba en el plan HMO de Medicare Advantage.

Si usted es elegible para Medicare y reside en el área de servicio de un Plan Medicare Advantage, podrá escoger entre uno de los planes Medicare Advantage como sigue:

- *Seniority Plus* de Health Net
- *Senior Advantage* de Kaiser Permanente
- *Secure Horizons* de PacifiCare

Debe residir en el área de servicio de Kaiser Permanente o de PacifiCare para ser elegible a inscribirse en ese plan. Si usted es elegible a Medicare, Kaiser Permanente y PacifiCare requieren la inscripción en un Plan Medicare Advantage – ya sea el Plan Senior Advantage de Kaiser o el Plan Secure Horizons de PacifiCare. Si reside en el área de servicio del Plan Seniority Plus de Health Net debe inscribirse en el plan Medicare Advantage de Health Net. Si no se inscribe en el Plan Seniority Plus de Health Net, podrá inscribirse en un plan Health Net que combine beneficios con Medicare, pero a un costo mucho mayor.

Los beneficios, copagos y demás información se describen en folletos separados publicados por los planes HMO. Estos folletos están disponibles en la Oficina del Fondo.

Cuándo Puede Cambiar de Planes

Usted tiene libertad de cambiar de planes en cualquier momento durante el año. Sin embargo, solamente podrá cambiar de planes dos veces en un año calendario. Sin embargo, si está inscrito en un Plan Medicare Advantage, sólo se le permite cambiar de planes una vez cada 12 meses.

Para cambiar de plan médico, obtenga una solicitud de la Oficina del Fondo. Si su solicitud es recibida en la Oficina del Fondo antes del día 15 del mes, su cambio del plan entrará en vigencia en el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se recibe después del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia en el primer día del segundo mes después del recibo de su solicitud.

Tabla de Plan de

Esta tabla subraya los beneficios proporcionados por el Plan de Pago Directo. No tiene por mas completa, consulte las páginas cuyos números aparecen en esta tabla en la columna extrema beneficios y, de ser necesario, le referirán al texto mismo de las Reglas y Reglamentos del Plan.

Página #	Característica/Beneficio del Plan	Cobertura	
28	Deducible anual	\$150 por persona, hasta \$450 por familia	
27	Beneficio máximo por vida	\$750,000 por persona	
		Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
22	Hospital	85% de los primeros \$10,000 de la tarifa negociada , 100% después, hasta el beneficio máximo por vida	65% de los primeros \$10,000 de los cargos cubiertos y 100% después, hasta el beneficio máximo por vida
23	Centro de enfermería especializada	Igual que el beneficio de hospital	Igual que el beneficio de hospital
27, 28, & 29	Ciugía y anestesiología	75% de la tarifa negociada	75% de cargos UAR¹
27 & 28	Visita al consultorio del doctor	75% de la tarifa negociada después de \$20 de copago	75% de cargos UAR¹ después de \$20 de copago
27 & 28	Sala de emergencia de hospital	90% de la tarifa negociada después de \$25 de copago	90% de cargos UAR¹ después de \$50 de copago
27 & 30	Centro Cirugía Ambulatoria	85% de la tarifa negociada	65% de cargos UAR¹
29	Diagnóstico, rayos X y laboratorio	75% de la tarifa negociada	75% de cargos UAR¹
28 & 29	Quiropráctico	\$10 por visita, límite de 12 visitas por año de plan, \$65 máximo por rayos X tomados por un quiropráctico.	
29	Equipo médico duradero (DME)	75% de la tarifa negociada	75% de cargos UAR¹
27 & 30	Atención de salud en casa	90% of Covered Expenses upon referral by Case Management	
27 & 30	Hospicio	90% of Covered Expenses upon referral by Case Management	

¹UAR significa Usual, Acostumbrado y Razonable (definición Artículo I., Sección 38., página 63.3)

Beneficios

Pago Directo

objeto presentar una explicación de tallada de los beneficios del Plan. Para una presentación izquierda. Estas páginas le llevaran a las secciones del folleto que explica mas plenamente los

Página #	Característica/Beneficio del Plan	Cobertura	
31	Examen físico rutinario (un examen por año plan)	\$200 for Retired Laborer or Spouse, per Plan Year Dependent children are not covered	
30	Ayudas Auditivas	\$750 per device for each ear, once every 36 months	
	Recetas de Medicina	(Comprados por medio de farmacias bajo contrato)	
32	Surtido de 30 días en farmacia al menudeo	\$10 de copago por medicinas genéricas \$20 de copago por medicinas de marca del Formulario \$30 de copago por medicinas de marca no del Formulario	
33	Surtido de 90 días en farmacia de servicio por correo	\$20 de copago por medicinas genéricas \$40 de copago por medicinas de marca del Formulario \$60 de copago por medicinas de marca no del Formulario	
33	Surtido de 30 días en Farmacia de Especialidades	Mismo pago que en la Farmacia al Menudeo	
33	Máximo por Año Calendario	\$7,500 por persona combinando farmacias al menudeo, por correo y de especialidades	
		Podiatría de la Red PPOC	Podiatría No de la Red PPOC
27 & 28	Podiatría	75% de la tarifa negociada después de \$20 de copago	75% de UAR después de \$20 de copago

Beneficios Amplios de Hospital y Médicos

El Plan de Pago Directo del Fondo tiene un contrato con el *Plan de Comprador Prudente* de Blue Cross para proporcionar una red de hospitales, médicos y proveedores médicos auxiliares participantes. Si bien usted tiene libertad de escoger a cualquier proveedor médico que desee, le conviene utilizar los proveedores del *Plan de Comprador Prudente* ya que han estado de acuerdo en aceptar las tarifas reducidas pre-negociadas por los servicios cubiertos por el Plan de Obreros Retirados. Si bien el factor de reembolso del 75% para la mayoría de los procedimientos es el mismo para los proveedores tanto participantes como no participantes, los proveedores participantes aceptan las tarifas negociadas como su pago. Los proveedores no participantes reciben su reembolso en base a los cargos usuales, razonables y acostumbrados. Si usted utiliza los servicios de proveedores que no sean del *Plan de Comprador Prudente*, tendrá más gastos del propio bolsillo.

Idealmente los proveedores del *Plan de Comprador Prudente* lo referirán con otros proveedores de la red, por ejemplo a un “hospital participante”, o a un “especialista”, sin embargo, esto no es un requisito. Por lo tanto, para aprovechar al máximo su dinero y para servicios de salud, le corresponde a usted solicitar ser admitido a un hospital del *Plan de Comprador Prudente* y ser referido con especialistas y otros proveedores de salud que formen parte de la red del *Plan de Comprador Prudente*.

Para recibir un directorio actual del *Plan de Comprador Prudente* que incluya los hospitales, médicos y proveedores médicos auxiliares participantes, póngase en contacto con la Oficina del Fondo o con la Oficina de su Unión Local. También podrá encontrar los proveedores del *Plan de Comprador Prudente* por medio de la página de Internet del Fondo de Fideicomiso, dando un clic en “Links to Other Sites”. Una vez ahí, dé un clic en el logotipo de “Blue Cross of California” y siga las indicaciones. Debido a que los proveedores de la red cambian con frecuencia, siempre pregunte si su proveedor sigue estando en la red del *Plan de Comprador Prudente* al hacer su cita.

Beneficios de Hospital

Al determinar el nivel de beneficios de hospital que son pagaderos, el Plan toma en consideración su lugar de residencia y si su hospitalización fue de naturaleza electiva, no de emergencia o de emergencia. Por ejemplo, si usted reside dentro del “Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes” que se define abajo, el Plan pagará un nivel de beneficios mayor si se interna en un hospital del *Plan de Comprador Prudente* y obtuvo la autorización de la Organización de Revisión Profesional antes de su hospitalización.

Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes

(Artículo I, Sección 31., página 62)

El “Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes” incluye todos los 46 Condados del Norte de California. Esto significa que si usted reside dentro de los 46 Condados del Norte de California y usted o sus Dependientes requieren una hospitalización, el Plan pagará el nivel de beneficios descritos bajo la sección intitulada “Beneficios para Residentes del Área”.

Beneficios para los Residentes del Área

(Artículo III., Subsección 1.a. y b. y 1.c.(2), página 72)

Si usted o sus Dependientes residen dentro del Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes y usted requiere hospitalización, el Plan pagará el 85% de los primeros \$10,000 **de las tarifas negociadas** y el 100% posteriormente por los servicios de hospital médicamente necesarios recibidos en cualquier hospital participante. Si usted no utiliza un hospital participante, el Plan pagará el 65% de los primeros \$10,000 de los Cargos Cubiertos incurridos y el 100% posteriormente. *Los Cargos Cubiertos se describen enseguida, bajo “Beneficios para los Residentes de Fuera del Área”.*

Si usted o su Dependiente residen dentro del Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes y es hospitalizado por un doctor en un hospital no participante debido a una emergencia grave o que amenace la vida, el Plan pagará los beneficios de “Residentes de Fuera del Área que se describen enseguida. El Fondo podrá, sin embargo, exigir que la persona elegible sea transferida a un hospital participante previo opinión de un doctor que es médicamente seguro hacer la transferencia.

Beneficios para los Residentes de Fuera del Área

(Artículo III., Subsección 1.c.(1), página 72)

Si usted o su Dependiente residen fuera del Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes y requiere hospitalización, el Plan pagará el 85% de los primeros \$10,000 en Cargos Cubiertos incurridos y el 100% posteriormente.

Los *Cargos Cubiertos* incluyen la tarifa más baja de hospital que se cobre por alojamiento en habitación semi-privada o el 80% de la tarifa más baja cobrada por alojamiento en habitación privada, de utilizarse, por cada día en que usted o su Dependiente esté hospitalizado. Si se recibe atención en una unidad de terapia intensiva, los cargos cubiertos incluirán la tarifa más baja que el hospital cobre por dicha unidad.

Beneficios en el Centro de Enfermería Especializada

(Artículo III., Sección 2., página 74)

Si usted o su dependiente se internan en un Centro de Enfermería Especializada (SNF), se le reembolsara la cantidad que cobre el centro por cuarto y alimentación sin pasar de la tarifa más baja que cobre el centro por alojamiento en una habitación semi-privada o el 80% de la tarifa más baja que cobre por alojamiento en habitación privada.

Límites en los Beneficios de Hospital y Centros de Enfermería Especializada

(Artículo III., Subsección 1.e., página 74)

No se pagan beneficios por ningún día de confinamiento que pase del período de hospitalización aprobado por la Organización de Revisión Profesional , ni por ningún día de confinamiento que sea nada más por la comodidad de la persona.

Revisión de Utilización

(Artículo III, Subsección 1.d., páginas 72 - 74)

La Revisión de Utilización se requiere para cada confinamiento en hospital. La finalidad de la Revisión de Utilización es determinar el número de días médicamente necesarios para un confinamiento en hospital. Hay 3 tipos de Revisiones de Utilización.

1. Si el confinamiento en el hospital es para un procedimiento médico electivo que no sea de emergencia, se requiere la **Revisión Previa a la Admisión**. La Organización de Revisión Profesional (PRO) revisará su caso y autorizará el número de días médicamente necesarios de confinamiento en el hospital.
2. Mientras usted esté en el hospital, la PRO revisará su caso para determinar si el número de días internado autorizados bajo la Revisión Previa a la Admisión sigue siendo apropiado. Este nivel se conoce como una **Revisión Concurrente**. También se hace una Revisión Concurrente si su confinamiento se debe a una hospitalización de emergencia.
3. Si la PRO no hace una Revisión Previa a la Admisión ni Concurrente, se hará una **Revisión Retrospectiva**. Ésta se hace después de que usted sea dado de alta del hospital.

Es importante entender qué se requiere al internarse en un hospital o al ya estar internado en un hospital. Si no cumple con los requisitos de la Revisión de Utilización, no recibirá el beneficio máximo por su estadía en el hospital. Asegúrese de revisar las sanciones por no cumplir con la Revisión de Utilización que se explican en “Costos del Propio Bolsillo por No Cumplir con la Revisión de Utilización”, en la página 25.

Revisión de Utilización de Hospitalizaciones Electivas que No Son de Emergencia

El Plan requiere que la PRO lleve a cabo una Revisión Previa a la Admisión en el caso de todos los confinamientos electivos que no son de emergencia para determinar el número de días internado que son médicamente necesarios. Si tiene un programa para internarse en un hospital participante, Blue Cross, que es la Organización de Revisión Profesional del Plan hará arreglos para que se haga una Revisión de Utilización. Sin embargo, usted deberá confirmar con su doctor para asegurarse que ha hecho los arreglos para la Revisión Previa a la Admisión; de otra manera, usted será responsable del copago adicional que se describe abajo. Si se va a internar en un hospital no participante, solicite que su médico haga arreglos para la Revisión de Utilización llamando a Blue Cross of California al 1-800-274-7767. Si no obtiene la Revisión de Utilización, usted será responsable del copago adicional que se describe abajo.

La Revisión Concurrente se lleva a cabo mientras esté internado en hospital como resultado de un procedimiento electivo que no sea de emergencia.

Revisión de Utilización de Hospitalizaciones de Emergencia

Los confinamientos de emergencia no requieren la Revisión Previa a la Admisión pero están sujetos a una **Revisión Concurrente** para determinar el número de días de confinamiento que son médicamente necesarios. En la mayoría de los casos, si usted es admitido a un hospital participante, el hospital hace los arreglos para la Revisión Concurrente con la Organización de

Revisión Profesional del Plan que es Blue Cross. Sin embargo, usted deberá confirmar con el hospital para asegurarse que ha hecho los arreglos para la revisión concurrente. Si usted o su Dependiente se interna en un hospital no participante por una emergencia, usted o su familiar debe notificar a Blue Cross of California al 1-800-274-7767 dentro de las 24 horas después de ser internado. Blue Cross llevará a cabo una Revisión Concurrente para determinar el número de días de confinamiento que son médicamente necesarios.

Costos del Propio Bolsillo por No Cumplir con la Revisión de Utilización

Si no obtiene la Revisión Previa a la Admisión antes de cualquier admisión electiva y no de emergencia en un hospital, usted será responsable del pago del 35% (15% de coseguro, más 20% de sanción por falta de cumplimiento) de los primeros \$10,000 de beneficios del Plan, si se interna en un hospital participante, o del 55% (35% de coseguro, más 20% de sanción por falta de cumplimiento) de los primeros \$10,000 de beneficios del Plan si se interna en un hospital no participante. Si no se obtiene la Revisión Concurrente para una hospitalización de emergencia, usted será responsable del pago del 35% de los primeros \$10,000 de beneficios del Plan.

En cualquier hospitalización (ya sea electiva, no de emergencia o de emergencia), si la Revisión de Utilización determina que todo o parte de un confinamiento en hospital no es médicamente necesario y usted o su Dependiente se hospitalizan a pesar de ello durante un período no autorizado por la organización de revisión profesional, no se pagará ningún beneficio de hospital.

No se requiere Revisión de Utilización para hospitalizaciones por maternidad en que la duración de la estadía no sea mayor de 48 horas para un parto normal ó 96 horas para un parto por cesárea.

Beneficios que Exige la Ley

Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y las Mamás

De acuerdo a la ley federal, los planes de salud de grupo y las compañías de seguro de salud no pueden restringir los beneficios por estadía en el hospital en relación con el parto para la mamá o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto normal o a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe que el proveedor que atiende a la mamá o al recién nacido, después de consultar con la mamá, dé de alta a la mamá o al recién nacido antes de las 48 horas o de las 96 horas según corresponda.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres

De acuerdo a la ley federal, los planes de salud de grupo, las compañías de seguros y los planes HMO que proporcionen beneficios médicos y quirúrgicos en relación con una mastectomía también deben proporcionar beneficios para la cirugía reconstructiva en una manera que se determine consultando al médico que atiende y a la paciente, para:

- la reconstrucción del seno en que se llevó a cabo la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y
- prótesis y tratamiento de las complicaciones psíquicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.

Esta cobertura está sujeta a las disposiciones de deducible, copago y coseguro del Plan.

Además de la información respecto a la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres que se incluyen en este folleto, el Plan tiene obligación de enviar por correo una notificación anual como recordatorio que las pacientes de cáncer en los senos que elijan tener una cirugía de reconstrucción en relación con una mastectomía tienen ciertas protecciones según la ley federal.

Beneficios Amplios de Hospital y Médicos

(Artículo III., Sección 3., página 76)

Pago

(Artículo III, Sección 3.e., página 76)

Si usted o alguno de sus Dependientes tiene Gastos Cubiertos que se describen de las páginas 28 a 31 en relación con el tratamiento de una enfermedad o lesión, el Plan pagará el 75% de las tarifas negociadas por contrato con los hospitales y proveedores participantes del Plan de Comprador Prudente o el 75% de los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UAR) con proveedores no participantes después de que usted y sus Dependientes elegibles hayan pagado el deducible del Año Plan y los copagos que se requieran. Las siguientes son *excepciones* a la disposición de reembolso del Plan:

- **Centro Quirúrgico Ambulatorio** – Si usted o su Dependiente recibe tratamiento en un centro quirúrgico ambulatorio participante, el Plan pagará el 85% de la tarifa negociada. Si recibe tratamiento en un centro quirúrgico ambulatorio no participante, el Plan pagará el 65% de los cargos UAR.
- **Hospital** – Si usted o su Dependiente se interna en un hospital participante, el Plan pagará el 85% de los primeros \$10,000 de la tarifa negociada y el 100% posteriormente. Si usted o su Dependiente se internan en un hospital no participante, el Plan pagará el 65% de los primeros \$10,000 en cargos cubiertos y el 100% posteriormente.
- **Sala de Emergencia de Hospital** – Si usted o su Dependiente recibe tratamiento en una sala de emergencias de un hospital participante, el Plan pagará el 90% de la tarifa negociada. Si recibe tratamiento en la sala de emergencias de un hospital no participante, el Plan pagará el 90% de los cargos UAR.
- **Atención de Salud en Casa o en Hospicio** – Si usted o su Dependiente recibe servicios ya sea de Atención de Salud en Casa o en Hospicio, el Plan pagará el 90% de los cargos cubiertos.
- **Tratamiento de Podiatría** – Si usted o su Dependiente requiere los servicios de un Podiatra (DPM) deberá utilizar los servicios de un Podiatra de la red del Podiatry Plan of California (PPOC) para recibir el beneficio mayor por su atención médica. Cuando use los servicios de un Podiatra de la red PPOC, el Plan pagará el 75% de la tarifa negociada. Si no utiliza un Podiatra de la red PPOC, el Plan pagará el 75% de los cargos UAR.

**LLAME AL 1-800-367-7762 PARA UNA REFERENCIA
CON UN PODIATRIA DE LA RED PPOC**

Beneficio Máximo de por Vida – Beneficios Amplios de Hospital y Médicos

(Artículo III, Sección 3.e., página 76)

Cada persona elegible tiene un beneficio máximo de por vida de \$750,000. El 1º de marzo de cada Año Plan, se reinstalarán hasta \$2,000 de su beneficio máximo de por vida. Sin embargo, la cantidad que se restaure no podrá aumentar el Beneficio Médico Amplio total a más de \$750,000 por cada persona elegible en un Año Plan dado.

Deducible del Año Plan

(Artículo III, Sección 3.b., página 75)

El Deducible del Año Plan es la cantidad de Gastos Cubiertos que usted y sus Dependientes elegibles pagan cada Año Plan antes de que se paguen Beneficios Médicos Amplios. El Deducible por Año Plan es de \$150 por persona hasta un deducible máximo de \$450 por familia. El Año Plan empieza el 1º de marzo de cada año y termina el último día de febrero del año siguiente.

Con el fin de que usted no tenga que pagar un deducible a finales de un Año Plan y luego pagar pronto nuevamente el siguiente año, los gastos incurridos aplicados en contra del deducible en los últimos 3 meses de un Año Plan (diciembre, enero y febrero) se aplicarán en contra del deducible por el siguiente Año Plan.

No se aplica el Deducible respecto a confinamientos en hospitales, ya sea participantes o no participantes.

Copago por Visita al Consultorio del Doctor

(Artículo III, Sección 3.c., página 75)

Usted paga un copago de \$20 por cada visita a un Doctor, excepto en los casos siguientes:

- visitas a un quiropráctico;
- visitas en relación con el tratamiento de trastornos mentales;
- visitas por un examen físico rutinario;
- visitas por consultas con la referencia de su doctor de atención primaria;
- visitas hechas por una persona elegible que sea elegible para Medicare.

Copago por Uso de Sala de Emergencia de un Hospital

(Artículo III, Sección 3.d., página 75)

Usted paga un copago de \$25 por cada visita a la sala de emergencia de un hospital participante o \$50 de copago por cada visita a la sala de emergencia de un hospital no participante.

El copago de la sala de emergencia en hospital se dispensará bajo las siguientes circunstancias:

- la visita a la sala de emergencia tiene como resultado una estadía del paciente en el hospital por toda la noche;
- los servicios de la sala de emergencia se prestan como resultado de una intervención de los paramédicos;
- el paciente es declarado muerto a su llegada o fallece mientras esté recibiendo servicios en la sala de emergencia;
- visitas hechas por una persona elegible que sea elegible para Medicare.

Gastos Cubiertos

(Artículo III, Sección 3.f., páginas 77 - 79)

1. Cargos por servicios médicos o quirúrgicos prestados por un Doctor excepto que:
 - el pago de los beneficios por atención en consulta externa de trastornos mentales se paga al 50% de las tarifas negociadas con proveedores participantes, o el 50% de UAR

con proveedores no participantes, hasta 40 visitas por Año Plan y

- el tratamiento por un quiropráctico se limita al pago máximo de \$10.00 por visita y 12 visitas por Año Plan.
- 2. Cargos por servicios de enfermería de parte de una enfermera graduada registrada o una enfermera vocacional con licencia.
- 3. Cargos hechos por un Hospital o Centro de Enfermería Especializada como se describe en la página 23 de este folleto.
- 4. Cargos hechos por un terapeuta ocupacional, físico o del habla con licencia que no esté relacionado con la Persona Elegible sanguíneamente o por matrimonio.
- 5. Cargos por los siguientes servicios y suministros médicos:
 - a. Anestesia y su administración
 - b. Sangre y productos sanguíneos.
 - c. Vendajes, férulas, yesos quirúrgicos y otros dispositivos para el tratamiento de quemaduras o la reducción de fracturas y dislocaciones.
 - d. Pruebas de diagnóstico, rayos X y servicios de laboratorio prestados en relación con el tratamiento terapéutico de una Persona Elegible. Los rayos X de parte de un quiropráctico se limitan a \$65.00 por Año Plan.
 - e. Terapia de radiación.
 - f. Equipo médico duradero incluyendo pero sin limitación, monitores de apnea, cómodas, camas de hospital, sillas de ruedas eléctricas y manuales, nebulizadores y oxígeno. El equipo médico duradero incluye prótesis, por ejemplo extremidades artificiales, marcapasos o lentes correctivos que se requieran después de una cirugía de cataratas y aparatos ortóticos, por ejemplo corsés, abrazaderas para piernas o férulas para las extremidades.
 - g. Servicio de ambulancia profesional cuando se utilice para transportar a la Personal Elegible pero solamente si la Persona Elegible requiere apoyo paramédico:
 - 1) directamente del lugar en que se lesionó por un accidente o fue afectado por una enfermedad al consultorio de un Doctor; o
 - 2) de ida y vuelta al Hospital; o
 - 3) por ambulancia aérea con licencia si los cargos no exceden los cargos UAR y si el Fondo determina en base a la ubicación y naturaleza de la enfermedad o lesión que el transporte aéreo es eficaz en costo o médicamente necesario para evitar la posibilidad de complicaciones graves o la pérdida de la vida.
 - h. Terapia intravenosa en consulta externa cuando la autorice un Doctor, para el tratamiento de una enfermedad que de otra manera requeriría hospitalización (la

terapia incluye la administración de quimioterapia para el cáncer y cualquier otra medicina que requiera administración bajo la supervisión de un Doctor).

6. Cargos hechos por un Centro Quirúrgico Ambulatorio.
7. Cargos hechos por la sala de emergencia de un Hospital.
8. Cargos hechos por un Hospicio con licencia al ser referido por el Programa de Administración de Casos del Plan.
9. Cargos hechos por una Agencia de Salud en Casa con licencia al ser referido por el Programa de Administración de Casos del Plan.
10. Cargos hechos por un Doctor por servicios y suministros anticonceptivos, incluso exámenes, inyecciones, implantes y aparatos (excepto diafragmas que estén cubiertos por el Beneficio de Medicinas de Receta, página 80) o por un procedimiento quirúrgico que resulte en la infertilidad voluntaria.
11. Cargos en relación con la mastectomía, incluso la reconstrucción del seno en que se hizo la mastectomía, cirugía del otro seno para producir una apariencia simétrica y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.
12. Cargos en relación con el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida si el Índice de Masa Corporal de la Persona Elegible es mayor de 35 y complicado por cualquiera de las siguientes condiciones:
 - condiciones cardiopulmonares que amenacen la vida;
 - dificultad para controlar la diabetes melitus o la hipertensión;
 - enfermedad renal de etapa final con diálisis;
 - apnea grave en el sueño documentada por un estudio del sueño realizado por una clínica certificada del sueño;
 - edema grave de las extremidades inferiores con úlceras;
 - enfermedad sintomática degenerativa de las articulaciones que resulte en dificultades para deambular (caminadora, silla de ruedas); o
 - incontinencia por estrés con anomalías ginecológicas.

Solamente uno de los siguientes procedimientos quirúrgicos bariátricos se considerará durante la vida – circunvalación gástrica en Y Roux-en, engrapado o bandas gástricas o circunvalación biliopancreática. Se requiere aprobación previa de parte de un Consultor Médico seleccionado por el Fondo, que incluye una revisión del historial médico de la persona durante los últimos 2 años, la evaluación de parte de un Dietista Registrado de que la persona está lista y puede cumplir con las restricciones dietéticas posteriores a la cirugía y documentación de intentos fallidos de pérdida de peso usando otras medidas conservadoras.

13. Cargos por tratamiento en consulta externa de trastornos mentales o psiquiátricos, incluyendo pero sin limitación, psicoterapia y pruebas psicológicas proporcionadas por un psiquiatra, psicólogo o trabajador clínico social con licencia, hasta el 50% de las tarifas negociadas con proveedores participantes o el 50% de los cargos UAR con proveedores no participantes, sin pasar de 40 visitas en un Año Plan.

14. Los gastos en relación con la compra de un aparato de ayuda auditiva recetado por un Doctor, hasta un máximo de \$750 por cada aparato de ayuda auditiva por cada oído una vez cada 36 meses. El Plan pagará los cargos por un prueba del oído después del Copago por Visita al Consultorio del Doctor.
15. Cargos de un Dentista por lo siguiente:
- (a) Tratamiento necesario para aliviar el daño a los dientes quebrados o lesionados como resultado de una lesión corporal accidental (no se hará ningún pago por la reposición de los dientes, en todo o en parte) y
 - (b) Cirugía médicamente necesaria que no esté cubierta por los beneficios dentales del Fondo.

Programa de Administración de Casos

La Administración de Casos es un programa diseñado para ayudar al paciente a tomar decisiones importantes respecto a la atención de su salud y para tratar con el sistema de salud. Blue Cross of California, la organización que actualmente lleva a cabo la Revisión de Utilización, también lleva la Administración de Casos del Plan.

La Administración de Casos puede implicar al paciente, a la familia, a proveedores de salud, al empleador y al Fondo de Fideicomiso para evaluar y coordinar la mejor atención posible en cada situación y puede ayudar a que el paciente regrese de una situación de atención aguda a un entorno alternativo más cómodo y eficiente tan pronto como sea médicamente seguro hacerlo. Los profesionales de Administración de Casos pueden hacer arreglos para la atención del paciente, así como para sus necesidades de enfermería y de equipo en el momento de ser dado de alta de un centro de atención aguda. Blue Cross of California tiene la capacidad de seleccionar casos que puedan beneficiarse de la Administración de Casos ya que su personal revisa y monitorea las hospitalizaciones por medio del Programa de Revisión de Utilización Previa a la Admisión y Concurrente en el Hospital.

Beneficio de Examen Físico Anual

(Artículo III, Sección 4, página 79)

Si un Empleado Retirado o su cónyuge dependiente recibe un examen físico rutinario de parte de un Doctor, el Plan pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, al Empleado Retirado por Año Plan la cantidad que de hecho se haya cobrado al Empleado Retirado por el examen y por los rayos X y las pruebas de laboratorio:

- \$200 por Empleado Retirado, y
- \$200 por el cónyuge del Empleado Retirado.

Los hijos dependientes no quedan cubiertos por el Beneficio de Examen Físico Anual.

Beneficio de Recetas de Medicina

(Artículo IV, páginas 80 a 82)

El Plan tiene un contrato con un Administrador de Beneficios de Farmacia para proporcionar las recetas de medicina por medio de farmacias al menudeo bajo contrato y una farmacia de servicio por correo. La cantidad que pague se determina por el lugar en que compre sus recetas y si solicita medicinas genéricas, de marca del formulario o de marca que no son del formulario. Tendrá el menor gasto de su propio bolsillo si solicita medicinas genéricas. Si no está disponible un equivalente genérico, solicitar una medicina de marca que se encuentre en la lista del formulario del Administrador de Beneficios de Farmacia le costará menos de su propio bolsillo que una medicina de marca que esté designada como “no del formulario”.

Puede ahorrar incluso más cuando surta sus recetas en la farmacia de servicio por correo. Si está tomando medicinas de mantenimiento, es decir, medicinas que toma de manera regular y a largo plazo, su costo del propio bolsillo es menor usando la farmacia de servicio por correo.

Funciona de esta manera:

Al Menudeo

Surta sus recetas en cualquier farmacia bajo contrato presentando su tarjeta de identificación del Plan de Salud. Los copagos por surtido de 30 días son:

Medicinas	Copago
Genéricas	\$10/por receta
De Marca del Formulario	\$20/por receta
De Marca No del Formulario	\$30/por receta

Si bien puede surtir sus recetas en una farmacia al menudeo, pagará un copago más alto si está tomando diariamente una medicina de mantenimiento para una condición médica crónica a largo plazo. Su copago será mayor debido a que la cuarta vez que surta una medicina de mantenimiento en una farmacia del menudeo, se le cobrará el doble del copago usual por sólo un surtido de 30 días.

En vez de ello, considere obtener sus medicinas de una farmacia al menudeo sólo para enfermedades temporales, o cuando su doctor le dé una nueva receta para un medicamento que estará tomando por largo plazo. En ese caso, pida al doctor que le dé dos recetas – una hasta por 30 días que podrá surtir en su farmacia al menudeo y una por 90 días más resurtidos que usted podrá enviar a la farmacia de servicio por correo.

Si obtiene sus recetas de una farmacia que no esté bajo contrato, usted será responsable del pago al surtir su receta. Solicite el reembolso de los gastos de su propio bolsillo presentando un formulario de reclamo al Administrador de Beneficios de Farmacia del Plan. El reembolso se basará en la cantidad que el Plan hubiera pagado si usted hubiera surtido su receta en una farmacia bajo contrato. En otras palabras, podrá tener más gasto del propio bolsillo si la farmacia que no está bajo contrato le cobra más por una medicina de lo que cobraría la farmacia bajo contrato. Los formularios de reclamo están a su disposición en la Oficina del Fondo o en su Unión Local.

Servicio por Correo

La primera vez que utilice la farmacia de servicio por correo, incluya el “Perfil Confidencial del Paciente” con su receta. Esto alerta al Administrador de Beneficios de Farmacia de cualquier alergia o condición de salud que usted o un Dependiente elegible pudiera tener. Sólo necesita completar el perfil una sola vez. Los copagos por un surtido de 90 días son:

Medicinas	Copago
Genéricas	\$20/por receta
De Marca del Formulario	\$40/por receta
De Marca No del Formulario	\$60/por receta

Si está tomando una medicina de mantenimiento, el servicio por correo le ahorra dinero respecto a surtir su receta en una farmacia al menudeo. Recibirá un surtido de 90 días por el equivalente de dos copagos al menudeo. Además, no tendrá la sanción del doble copago como lo tendría en una farmacia al menudeo. Recuerde que si está tomando una medicina de mantenimiento usted paga un copago regular hasta el tercer resurtido en una farmacia al menudeo, y después usted pagará el doble de copago al menudeo por solamente un surtido de 30 días.

En el caso de medicinas de receta tanto al menudeo como en el servicio por correo, si usted o su doctor escogen una medicina de marca cuando esté disponible una medicina genérica, usted será responsable de la diferencia en costo entre la medicina genérica y la medicina de marca, además del copago que corresponda.

Farmacia de Especialidades

Si usted está utilizando una medicina inyectable auto-administrada, la Oficina del Fondo le enviará una carta respecto a la entrega de su medicina inyectable por Curascript, que es el proveedor exclusivo de medicinas inyectables del Fondo. (Note que ciertas medicinas inyectables que se usan comúnmente, por ejemplo la insulina o Imitrex® no son medicinas de especialidad y no son surtidas por Curascript. Debe continuar obteniendo estas de su farmacia al menudeo).

Curascript es una Farmacia de Especialidades que manejará la entrega de sus medicinas directamente a su casa, trabajo o un lugar de su selección por medio de FedEx. Se incluirán todos los suministros que se requieran para la administración de su medicamento sin ningún cargo extra.

Como beneficio adicional, Curascript cuenta con farmacólogos altamente capacitados y enfermeras administradoras de caso que están disponibles a “todas horas del día” para contestar las preguntas que pudiera tener respecto a sus medicinas. Los profesionales de alta capacitación del personal de Curascript entienden su enfermedad y podrán responder a sus preguntas respecto a los efectos secundarios, programación y resultados del laboratorio. Los copagos por las medicinas de especialidad son los mismos que en las farmacias al menudeo por un surtido de 30 días.

Beneficio Máximo Anual

El pago máximo por año calendario por cada persona elegible es de \$7,500 por los beneficios de farmacia al menudeo, servicios por correo y de especialidad combinados.

Los folletos que describen cómo utilizar su beneficio de recetas de medicina están disponibles en la Oficina del Fondo o con su Unión Local.

Beneficios de los Obreros Retirado y los Dependientes: *Elegible para Medicare*

(Artículo V., página 83)

Beneficios Suplementarios de Hospital

Si usted o su dependiente son Elegibles a Medicare (vea el Artículo I., Sección 10., página 59 para una definición de “Elegible para Medicare”) y está confinado en un Hospital o en un Centro de Enfermería Especializada, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, la cantidad de Deducible en la Parte A de Medicare y el copago aplicable por gastos de Hospital cubiertos durante el Período de Beneficios de Medicare.

Período de Beneficios de Medicare

Se considerará que todos los confinamientos en un Hospital o en un Centro de Enfermería Especializada ocurrieron durante un Período de Beneficios de Medicare a menos que usted o su dependiente no hayan estado confinados en un Hospital o en un Centro de Enfermería Especializada durante 60 días consecutivos.

Beneficios Médicos Suplementarios

Si usted o su dependiente recibe tratamiento, servicios o suministros médicos, o servicios de salud en casa del tipo para los cuales la Parte B del Programa Federal Medicare proporciona beneficios, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, al Empleado Retirado la cantidad del Deducible en la Parte B de Medicare más la cantidad de los beneficios del Plan que pasen de la cantidad que pague Medicare.

Usted y su Dependiente deben inscribirse en las Partes A y B del programa federal Medicare durante los 3 meses anteriores al mes en que su Dependiente se haga elegible a Medicare, a los 65 años. Deben hacerlo en la oficina más cercana del Seguro Social. Llame al 1-800-722-1213 para ubicar la oficina más cercana del Seguro Social.

En el primer día del mes en que usted o su dependiente se hagan Elegibles a Medicare (vea en el Artículo I., Sección 10., página 59 una definición de “Elegible a Medicare”), la cantidad de los beneficios pagaderos por Medicare se descontará del pago del Fondo, ya sea que se haya inscrito o no en Medicare. En otras palabras, cuando se haga Elegible a Medicare a la edad de 65 años, o debido a una incapacidad o ESRD (después del período de eliminación), el Fondo de Fideicomiso, tratará a Medicare como pagador primario y el Fondo de Fideicomiso se convertirá en pagador secundario. Si no se inscribe en Medicare cuando sea haga elegible por primera vez, pudiera pagar más de lo necesario de su propio bolsillo por su atención médica.

Información Importante sobre los “Contratos Privados” y Medicare

Una ley reciente permite ahora a los doctores contratar de manera privada con sus pacientes de Medicare. Antes de este cambio, un doctor podría aceptar las tarifas asignadas por Medicare o declinar la asignación y cobrar hasta el 15% más que las tarifas de Medicare.

Antes de considerar un arreglo de “contrato privado” con su doctor, debe entender el concepto de contratos privados y cómo pudiera afectar sus costos del propio bolsillo.

¿Qué es un “contrato privado”?

Bajo un “contrato privado”, un doctor podrá “optar por renunciar” al reembolso de Medicare en servicios cubiertos por Medicare. Esto significa que el doctor pudiera cobrar cualquier cargo que decida por sus servicios y usted es responsable del pago de esos servicios.

Si usted decide celebrar un “contrato privado” con su doctor, el doctor le debe informar, por adelantado que usted está quedando de acuerdo con un “contrato privado”. Además, el “contrato privado” entre usted y su doctor deberá señalar claramente que:

- Usted renuncia a su derecho a que Medicare pague los servicios.
- Usted queda de acuerdo en que el doctor no facture a Medicare.
- Usted entiende que Medicare no pagará los servicios y que es posible que ningún otro seguro pague.
- Usted tiene el derecho de recibir los servicios de los médicos y profesionales cuyos servicios están cubiertos por Medicare y cuyas facturas pagaría Medicare.

¿Lo que pagará el Fondo de Fideicomiso bajo un “contrato privado”?

Si usted celebra un “contrato privado” con un doctor, Medicare no pagará los servicios que usted reciba ni se permite a su doctor que facture a Medicare sus servicios. Usted y su doctor tienen un “contrato privado” en el que no participa Medicare. Sin embargo, el Plan de Obreros Retirados pagará el 20% de los cargos usuales, acostumbrados y razonables *solamente por servicios cubiertos por Medicare*. Por ejemplo, si el doctor le cobra \$150 por una visita al consultorio y se determina que los cargos UAR son \$80, el Plan pagaría \$16 (\$80 X 20%). Usted sería responsable del saldo de \$134. Como puede ver en este ejemplo, usted puede tener gastos substanciales de su propio bolsillo bajo un arreglo de “contrato privado”.

Este ejemplo supone que los servicios son servicios cubiertos por Medicare. En otras palabras, si el doctor no hubiera “optado por renunciar” a Medicare, los servicios hubieran sido cubiertos por Medicare. Si usted tiene gastos que no están cubiertos por Medicare en un arreglo de “contrato privado”, el Plan de Obreros Retirados *no pagará ninguno* de los cargos facturados. Usted sería responsable del pago total.

Antes de celebrar un “contrato privado” póngase en contacto con la Oficina del Fondo. Debe entender que sus beneficios pudieran reducirse significativamente.

Exclusiones y Limitaciones Generales

(Artículo VI, Secciones 1 y 2, páginas 84 y 85)

No son pagaderos los beneficios por lo siguiente:

1. Incapacidad como resultado de una lesión o enfermedad ocupacional cubierta por la ley de Compensación de los Trabajadores o legislación similar, sin importar si se presenta o no un reclamo al seguro de Compensación de los Trabajadores.
2. Excepto en la medida en que la ley exija que el Fondo pague beneficios, los cargos incurridos mientras esté confinado o siendo tratado en un Hospital de la Administración de Veteranos o por atención o tratamiento recibido de una agencia del gobierno federal o de una subdivisión estatal o política de la que se dispone la atención o el tratamiento sin ningún costo para la persona.
3. Excepto en la medida en que la ley exija que el Fondo pague beneficios, por servicios o suministros de hospital o quirúrgicos proporcionados o pagados por cualquier programa gubernamental – nacional, estatal, del condado o municipal.
4. Las condiciones que surjan de un acto de guerra, invasión armada o agresión.
5. Una condición en que la persona no esté bajo el cuidado de un doctor o por un período de confinamiento más allá del autorizado por una Organización de Revisión Profesional.
6. Refracciones de los ojos y anteojos.
7. Corte de callos o juanetes, corte de uñas de los pies; tratamiento de condiciones crónicas del pie, por ejemplo arcos débiles o caídos, pies planos o metatarsalgia de los pies pronatos o fatiga de los pies.
8. Servicios para reversar la infertilidad inducida quirúrgicamente de manera voluntaria.
9. Gastos incurridos fuera de Estados Unidos, sus territorios o posesiones, excepto Servicios de Emergencia.
10. Tratamiento de abuso de substancias.
11. Cualquier servicio en relación con la cirugía de los senos, a menos que sea para tratar un absceso, una enfermedad de quistes fibrosos, un tumor (benigno o maligno) o como lo señala el Artículo III., Sección 3.f.(11).
12. Servicios o suministros del hospital o médicos en relación con el tratamiento de la obesidad o control de peso, excepto como se señala en el Artículo III., Sección 3.f.(12).

13. Servicios o suministros de hospital o médicos en relación con el tratamiento de un trastorno social agresivo, del comportamiento o de la conducta, como lo define la Asociación Americana de Psiquiatría.
14. Cargos por o en relación con el tratamiento de la infertilidad como lo define el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología incluyendo, pero sin limitación, fertilización in vitro, inseminación artificial, cirugía incluso tratamiento para aliviar las adhesiones en la pelvis (a menos que sea médicamente necesaria) y otros servicios relacionados a la infertilidad.
15. Cargos por procedimientos experimentales o de investigación.
16. Una lesión o enfermedad que resulte de la participación o como resultado de la participación en la comisión o intento de comisión de un ataque o de una felonía.
17. Gastos por o en relación con la cirugía cosmética, excepto cuando ésta no sea principalmente por motivos de belleza sino que se lleve a cabo para corregir o mejorar una función corporal, una malformación congénita o como lo señala el Artículo III,, Sección 3.f.(11).
18. Tratamiento médico recibido en relación con el embarazo de una hija dependiente.
19. Aparatos dentales, puentes, coronas, capas u otras prótesis dentales, servicios dentales, extracción de los dientes o tratamiento de los dientes o las encías, excepto como especialmente se señala en el Artículo III., Subsección 3.f.(15).
20. Servicios y suministros relacionados a la reasignación del sexo, incluyendo pero sin limitarse a medicinas, implantes, terapia de hormonas, cirugía y atención médica.
21. Gastos por viaje o transporte, excepto como se señala en el Artículo III., Subsección 3.f.(5)(g).
22. Servicios prestados por una institución que es principalmente una casa de descanso, una casa para ancianos, una casa de enfermería, una casa de convalecencia o cualquier institución de un carácter similar que proporcione la atención de custodia.
23. Exámenes físicos rutinarios, excepto como se señala en el Artículo III., Sección 4.
24. Cargos por transporte en ambulancia que sea principalmente para la comodidad de la Persona Elegible o el transporte de ambulancia por ferrocarril.

Si Tiene Cobertura de Otro Plan de Salud de Grupo

(Artículo VI, Sección 3, páginas 85 a 87)

Le conviene informar a su proveedor médico y al Fondo de Fideicomiso si está cubierto por otro plan de grupo. La mayoría de los planes de grupo cooperan unos con otros para evitar la duplicación de los pagos al mismo tiempo que se le permite utilizar ambos planes, a veces pagando el 100% de los gastos. Al determinar la cantidad de beneficios pagaderos por este Plan, el Plan considera si usted está cubierto por otro plan de grupo y toma en consideración los beneficios pagaderos por el otro plan de grupo apoyado en todo o en parte por contribuciones del empleador. Por cualquier otro gasto cubierto por este Plan, usted recibirá (1) los beneficios regulares completos, o (2) una cantidad reducida que, al sumarse a los beneficios disponibles del otro plan de grupo no pasarán del 100% de lo que hubiera recibido si no tuviera la cobertura del otro plan de grupo

Responsabilidad de Terceros

(Artículo VII, Sección 8, página 89)

Si usted o un dependiente elegible sufre una lesión o enfermedad que fue causada por un tercero, usted deberá quedar de acuerdo en procesar un reclamo de daños en contra del tercero. Antes de que el Plan pague los gastos médicos por estas lesiones o enfermedades, usted deberá estar de acuerdo por escrito, y rembolsar al Fondo de Fideicomiso, los beneficios que se paguen a nombre suyo. Este reembolso provendrá del dinero que usted reciba como resultado de procesar su reclamo en contra de un tercero o de cualquier compañía de seguros.

Procedimientos de Reclamo y Apelación del Plan de Pago Directo

(Artículo IX, páginas 95 - 102)

Reclamos

Esta sección describe los procedimientos correctos a seguir al presentar un reclamo por los beneficios. Sus procedimientos se aplican solamente al Plan de Pago Directo del Fondo. Si esta cubierto por Health Net, Kaiser Permanente o PacifiCare, debe consultar la Evidencia de Cobertura de su Plan HMO. Podrá solicitar la Evidencia de Cobertura de su Plan HMO antes de inscribirse en ese plan de salud; de otra manera, la recibirá una vez que se haya inscrito.

¿Qué es un “reclamo”?

Un “reclamo” es una solicitud de los beneficios del Plan hecha de acuerdo con los procedimientos razonables de reclamo del Plan que se describen en las páginas siguientes:

¿Qué NO es un “reclamo”?

- Las indagaciones sencillas y generales acerca de las disposiciones del Plan que no estén relacionadas a un reclamo de beneficios en específico.
- La solicitud de una determinación con respecto a la cobertura del Plan de un tratamiento o servicio médico que su médico haya recomendado, pero ese tratamiento o servicio no se ha realizado todavía y ese tratamiento o servicio es por atención que no es de urgencia y no requiere autorización previa del Plan. En este caso, podrá solicitar una determinación del Fondo de Fideicomiso respecto a la cobertura del tratamiento o servicio de parte del Plan. Sin embargo, cualquier determinación del Fondo de Fideicomiso no es una garantía de pago debido a que la solicitud no es un reclamo y, por lo tanto, no está sujeta a los requisitos y plazos de un “reclamo”.
- La solicitud de una receta de medicina que deba surtirse de acuerdo a los términos del Plan no es un reclamo según estos procedimientos. Sin embargo, si su solicitud de una receta a surtirse es negada, en todo o en parte, usted tiene derecho a presentar un reclamo y apelación de la negativa utilizando los procedimientos que se describen en las páginas siguientes.

Los procedimientos de reclamo por beneficios de hospitales y médicos varían dependiendo de si su reclamo es un reclamo Previo al Servicio, de Atención de Urgencia, Concurrente o un Reclamo Posterior al Servicio.

Las indagaciones y las preguntas NO son reclamos

Reclamos Previos al Servicio

Un **Reclamo Previo al Servicio** es un reclamo de beneficios que requiere la aprobación del Plan antes de obtener atención médica para que usted pueda recibir los beneficios plenos del Plan por los servicios médicos que solicita. Por ejemplo, si lo van a hospitalizar por una cirugía electiva, usted o su doctor deben hacer arreglos para la Revisión de Utilización; si no, usted será responsable de más gastos de su propio bolsillo. Las circunstancias bajo las que pudiera presentar un **Reclamo Previo al Servicio** se indican abajo. Es sólo de una lista parcial, ya que pudiera haber otras circunstancias en las que pudiera presentar un Reclamo **Previo al Servicio**.

- Hospitalizaciones electivas que no son de emergencia
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida
- Hospicio
- Atención de salud en casa
- Procedimientos médicos que pudieran considerarse cosméticos o procedimientos que pudieran ser cuestionables en cuanto a su necesidad médica o procedimientos experimentales o de investigación

Hable a la Oficina del Fondo al (707) 864-2800 ó gratuitamente al 1-800-244-4530 para confirmar que el hospital o el proveedor de salud es un proveedor del Plan de Comprador Prudente para que pueda recibir el reembolso más alto que permite su Plan. (En el caso de tratamiento de podiatría, hable con Podiatry Plan of California (PPOC) al 1-800-367-7762).

En el caso de **Reclamos Previos al Servicio** que se presenten correctamente, usted y su proveedor médico recibirán una notificación de la decisión de Blue Cross dentro de *15 días* del recibo del reclamo, a menos que se necesite tiempo adicional para tomar una decisión. De ser necesario, se podrá requerir una prórroga de hasta 15 días debido a asuntos que estén más allá del control del Plan. Se le notificará de las circunstancias que requieren una prórroga y de la fecha en que la decisión pudiera estar a disposición suya.

Si es necesaria una prórroga debido a que Blue Cross requiere información adicional de usted o de su proveedor médico, la prórroga especificará la información que se necesita. En este caso, usted o su proveedor médico tendrán 45 días desde el recibo de la notificación para entregar la información adicional. Si esa información no se entrega dentro de *45 días*, su reclamo será negado. Durante el período en que se le permita entregar información adicional, el período normal para tomar una decisión sobre el reclamo se suspenderá. La fecha límite se suspenderá desde la fecha de la notificación de la prórroga ya sea hasta que hayan transcurrido 45 días o la fecha en que usted responda a la solicitud, lo que ocurra primero. Una vez que se reciba su respuesta (dentro de la fecha primera entre los 45 días o la fecha de su respuesta), Blue Cross tiene 15 días para tomar una decisión sobre un **Reclamo Previo al Servicio**.

Si su proveedor no presenta debidamente un **Reclamo Previo al Servicio**, usted y su proveedor médico serán notificados lo antes posible, pero no más tarde que *5 días* después del recibo de su reclamo. Esta notificación le indicará los procedimientos correctos para presentar el reclamo. Usted y su proveedor recibirán notificación de un **Reclamo Previo al Servicio** presentado indebidamente sólo si ese reclamo incluye (i) su nombre, (ii) su condición médica o síntoma específico, y (iii) un tratamiento, servicio o producto específico para el que se pide aprobación. A menos que el reclamo se vuelva a presentar debidamente, no constituirá un “reclamo” y no se tomará ninguna decisión sobre él.

Reclamos de Atención de Urgencia

Un **Reclamo de Atención de Urgencia** es cualquier reclamo por atención o tratamiento médico que, de manejarse dentro de los mismos plazos que un Reclamo Previo al Servicio antes descrito, pudieran poner en grave peligro la vida o la salud de la persona o su habilidad de volver a obtener la función máxima, o en la opinión de un médico con conocimiento de la condición médica de la persona, haría que estuviera sujeto a dolor grave que no pueda manejarse adecuadamente sin la atención o tratamiento solicitado en el reclamo. Un ejemplo de un **Reclamo de Atención de Urgencia** pudiera ser una solicitud para la aprobación previa de una prueba de diagnóstico para la apendicitis.

El que su reclamo sea un **Reclamo de Atención de Urgencia** lo determina Blue Cross aplicando el juicio de una persona laica prudente con un conocimiento promedio de la salud y del procesamiento de reclamos médicos. Cualquier reclamo hecho por un proveedor médico con conocimiento de su condición médica y que determine que se trata de un Reclamo de Atención de Urgencia será tratado como tal.

Si solicita la aprobación de un **Reclamo de Atención de Urgencia**, los plazos de respuesta difieren dependiendo de si su solicitud contiene información suficiente para tomar una determinación. Si la solicitud contiene suficiente información, Blue Cross le responderá a usted y a su proveedor médico con una determinación, por teléfono, tan pronto como sea posible, considerando la urgencia médica de la condición del paciente, pero no más tarde que 72 horas después de que Blue Cross reciba el reclamo. La determinación se confirmará por escrito.

Si se recibe un **Reclamo de Atención de Urgencia** sin información suficiente para determinar si se cubren los beneficios o son pagaderos o no y en qué medida se cubren o son pagaderos, Blue Cross le notificará a usted y a su proveedor médico lo antes posible, pero no más tarde que 24 horas después del recibo del reclamo, de la información específica que se necesita para completar el reclamo. Usted o su doctor deberán entregar la información indicada dentro de 48 horas. La notificación de la decisión se hará no más tarde que 48 horas después de que el Plan reciba la información especificada, pero solamente si la información se recibe dentro del plazo requerido. Si la información no se entrega dentro de ese plazo, su reclamo será negado.

Reclamos Concurrentes

Un **Reclamo Concurrente** es un reclamo que se vuelve a considerar después de darse una aprobación inicial y, que al reconsiderarse, resulta en una reducción, cancelación o extensión de un beneficio. Un ejemplo de un **Reclamo Concurrente** es una hospitalización que originalmente se autorizó para 5 días y que se revisa después de 3 días para determinar si los 5 días completos sigue siendo apropiados. En este ejemplo, una decisión para reducir, terminar o extender la estadía del paciente se hace concurrentemente con la prestación del tratamiento médico. La reconsideración de un beneficio respecto a un **Reclamo Concurrente** que implique la *terminación o reducción* de un beneficio aprobado (que no sea por enmienda o cancelación del Plan) será hecha por la Oficina del Fondo o Blue Cross lo antes posible pero, en todos los casos, a tiempo para permitirle apelar la decisión antes de que el beneficio se reduzca o se termine.

Cualquier solicitud de parte de un reclamante de *extender* el tratamiento de atención de urgencia aprobado será atendida por Blue Cross dentro de las 24 horas del recibo del reclamo, siempre y cuando el reclamo se reciba al menos 24 horas antes del vencimiento del tratamiento apropiado. Una solicitud para *extender* el tratamiento aprobado que no implique atención de urgencia se

decidirá de acuerdo con los plazos de los reclamos previos al servicio o posteriores al servicio, lo que corresponda.

Reclamos Posteriores al Servicio

Los reclamos que no son **Previos al Servicio, de Atención de Urgencia o Concurrentes** se consideran **Reclamos Posteriores al Servicio**. Un ejemplo de **Reclamo Posterior al Servicio** es un reclamo presentado para el pago después de obtenerse el servicio o tratamiento médico.

Usualmente se le notificará de la decisión sobre su **Reclamo Posterior al Servicio** dentro de *30 días* a partir de la fecha en que el Plan reciba su reclamo. Este período podrá prorrogarse una vez por parte del Plan hasta *15 días* si es necesaria una prórroga debido a asuntos que están fuera del control del Plan. Si es necesaria una prórroga, se le notificará antes del final del período inicial de 30 días de las circunstancias que requieren la prórroga y la fecha para la cual el Plan espera tener a su disposición su decisión.

Cómo Presentar un Reclamo

En la mayoría de los casos, su proveedor de salud presentará un formulario de reclamo a nombre de usted. Si requiere un formulario de reclamo, podrá obtener uno de su Unión Local o de la Oficina del Fondo llamando al (707) 864-2800 ó gratuitamente llamando al 1-800-244-4530.

Para considerarse un “reclamo”, su solicitud de beneficios deberá incluir la siguiente información en el formulario de reclamo:

- Nombre del Retirado
- Nombre del paciente
- Fecha de nacimiento del paciente
- Número de seguro social del Retirado
- Fecha de servicio
- CPT-4 (el código por servicios de los doctores y otros servicios de salud que se encuentra en la Terminología de Procedimientos Actual, Cuarta Edición, que mantiene y distribuye la Asociación Médica Americana)
- ICD-9 (el código de diagnóstico que se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Edición, Modificación Clínica que mantiene y distribuye el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos)
- Cargos facturados (las facturas deben estar pormenorizadas, mostrando todas las fechas de las visitas al doctor)
- Número de unidades (por ejemplo, de anestesia y ciertos otros servicios)
- Número de identificación federal como causante de impuestos (TIN) del proveedor
- Nombre del proveedor que factura, domicilio, número telefónico y títulos o licencias profesionales
- Si el tratamiento se debe a un accidente, se deben incluir detalles del accidente
- Información de otra cobertura, de haberla

Cuándo Deben Presentarse los Reclamos

Todos los reclamos deben presentarse dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que se incurrieron los cargos (la fecha del servicio). Si no se presenta los reclamos dentro de este plazo esto no invalidará ni reducirá sus reclamos si puede demostrarse que no fue razonablemente posible presentar el reclamo dentro de 90 días. En ese caso, su reclamo *deberá* presentarse tan

pronto como sea razonablemente posible, pero bajo ninguna circunstancia, después de un año de la fecha en que se incurrieron los cargos (fecha del servicio).

Dónde Presentar los Reclamos

Reclamos de Atención de Urgencia

Los Reclamos de Atención de Urgencia deben referirse a Blue Cross (*Plan de Comprador Prudente*) llamando al 1-800-274-7767. *Los Reclamos de Atención de Urgencia no deben presentarse usando el Servicio Postal de Estados Unidos.*

**LLAME AL 1-800-274-7767 PARA TODOS LOS
RECLAMOS DE ATENCIÓN DE URGENCIA**

Reclamos Previos al Servicio

Los Reclamos Previos al Servicio deberán presentarse a Blue Cross (Plan de Comprador Prudente) llamando al 1-800-274-7767.

Reclamos Posteriores al Servicio

Los Reclamos Posteriores al Servicio se consideran presentados tan pronto como se reciban en la Oficina del Fondo. Los hospitales que tienen contrato con Blue Cross (Plan de Comprador Prudente), presentan sus reclamos directamente a Blue Cross. Todos los demás reclamos deben enviarse a la Oficina del Fondo al siguiente domicilio:

**Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California
220 Campus Lane
Fairfield, CA 94534-1498**

Representante Autorizado

Un “representante autorizado”, por ejemplo su cónyuge, podrá completar el formulario de reclamo a nombre suyo si usted no puede completarlo por sí mismo, siempre y cuando haya designado a esa persona para actuar a nombre suyo. Podrá obtener un formulario de la Oficina del Fondo para designar a un representante autorizado. El Plan pudiera pedir más información para verificar que la persona que designe está autorizada para actuar a nombre suyo. Aunque designe a un representante autorizado para actuar a nombre suyo, debe firmar un formulario de reclamo personalmente y enviarlo a la Oficina del Fondo al menos una vez cada año. Esto es necesario con el fin que la Oficina del Fondo tenga su firma actual en sus expedientes.

Un profesional de la salud, con conocimiento de su condición médica, podrá actuar como su representante autorizado en relación con un Reclamo de Atención de Urgencia (que se definió antes) sin que usted tenga que completar un formulario de representante autorizado especial.

Notificación de la Decisión Sobre un Reclamo

Si su reclamo de beneficios es negado, en todo o en parte, se le entregará una notificación escrita de la negativa (determinación adversa de beneficios) del reclamo que señalará:

- Las razones específicas de la determinación
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en que se basó la determinación
- Una descripción de cualquier material o información adicional que se necesite para completar su reclamo y una explicación de porqué se necesita ese material o información
- Una descripción de los procedimientos de apelación y los límites de tiempo aplicables
- Una declaración de su derecho a presentar una acción civil de acuerdo a la Sección 502(a) de la ley ERISA después de una determinación adversa de beneficios en revisión
- Cualquier guía o protocolo en que se hayan apoyado al decidir su reclamo. Recibirá una copia de la regla o se le avisará que está disponible previa solicitud por escrito, sin cargo alguno.
- Si la determinación adversa de beneficios se tomó debido a que el tratamiento o el servicio no era médicamente necesario o era experimental o de investigación o alguna otra exclusión similar, usted recibirá una explicación del juicio científico o clínico de la determinación, aplicando los términos del Plan a su reclamo, o una declaración de que está disponible previa solicitud escrita sin ningún cargo.
- En el caso de un **Reclamo de Atención de Urgencia**, la notificación describirá el proceso de revisión expeditada que se aplica a los **Reclamos de Atención de Urgencia**. En el caso de **Reclamos de Atención de Urgencia**, la determinación requerida puede darse verbalmente, seguida de una notificación por escrito.

En el caso de los **Reclamos de Atención de Urgencia**, recibirá una notificación de la determinación aun en el caso de que su reclamo sea aprobado.

Cómo Solicitar la Revisión de un Reclamo Negado

Si su reclamo es negado, en todo o en parte, o si no está de acuerdo con la decisión tomada sobre su reclamo, podrá solicitar una revisión. Su solicitud de revisión deberá:

- ser hecha por escrito;
- indicar las razones para disputar la negativa (determinación adversa de beneficios);
- incluir cualquier material pertinente que no se haya entregado ya al Plan; y
- entregarse dentro de 180 días de la fecha en que usted reciba la notificación de negativa.

Si no se entrega una apelación que cumpla con todo lo anterior, esto constituirá una renuncia a su derecho a una revisión de la negativa (determinación adversa de beneficios) de su reclamo.

Para apelar una determinación adversa de beneficios de un **Reclamo de Atención de Urgencia**, llame a Blue Cross al 1-800-274-7767.

Proceso de Revisión

El proceso de revisión es como sigue:

Usted tiene el derecho de revisar documentos relevantes a su reclamo. Un documento, registro u otra información es relevante si el Plan se apoyó en ella al tomar la decisión; si fue presentada, considerada o generada (sin importar si se apoyaron en ella o no); si demuestra cumplimiento con los procesos administrativos del Plan para tomar decisiones consistentes; o si constituye una declaración de la política del Plan respecto al tratamiento o servicio negado.

Si lo solicita, se le dará la identificación del experto médico o experto correspondiente, consultor o asesor, de haberlo, que asesoró al Plan sobre su reclamo, sin importar si se apoyaron en la asesoría de esos expertos al decidir su reclamo.

Su reclamo será revisado por una persona diferente de la que originalmente lo negó. El revisor no dará ninguna deferencia a la determinación adversa de beneficios inicial. La decisión se tomará en base a los registros, incluyendo los documentos y comentarios adicionales que usted hubiera podido haber presentado.

Si su reclamo fue negado en base al juicio médico (por ejemplo una determinación de que el tratamiento o servicio no era médicamente necesario, o era de investigación o experimental), se consultará a un profesional de la salud con la capacitación y experiencia debidos en un campo relevante de la medicina.

Tiempos para la Notificación de la Decisión en Apelación

Reclamos Previos al Servicio: Blue Cross le enviará una notificación de la decisión en revisión dentro de los 30 días del recibo de la apelación.

Reclamos de Atención de Urgencia: Blue Cross le enviará una notificación de la decisión en revisión dentro de las 72 horas del recibo de la apelación.

Reclamos Posteriores al Servicio: Usualmente, las decisiones que impliquen Reclamos Posteriores al Servicio se tomarán en la siguiente junta regularmente programada del Consejo de Fideicomisarios después del recibo de su solicitud de revisión. Sin embargo, si su solicitud de revisión es recibida por la Oficina del Fondo dentro de los 30 días anteriores a la siguiente junta regularmente programada, su solicitud de revisión pudiera considerarse en la segunda junta regularmente programada después del recibo de su solicitud. En circunstancias especiales, una demora hasta la tercera junta regularmente programada después del recibo de su solicitud de revisión pudiera ser necesaria. Se le avisará por escrito y por adelantado si será necesaria una prórroga. Una vez que la decisión en revisión de su reclamo haya sido tomada, se le notificará de la decisión lo antes posible, pero no más tarde que 5 días después de que se tome la decisión.

Notificación de la Decisión en Revisión

La decisión de cualquier revisión de su reclamo le será entregada a usted por escrito. La notificación de una negativa de un reclamo en revisión señalará:

- Las razones de la determinación
- Referencia a las disposiciones específicas del Plan en que se basó la determinación
- Una declaración de que tiene derecho a recibir un acceso razonable y copias de todos los documentos relevantes a su reclamo, previa solicitud y sin cargo alguno
- Una declaración de su derecho de presentar una acción civil de acuerdo a la Sección 502 de la ley ERISA después de una determinación adversa de beneficios en revisión
- Si el Plan se apoyó en una regla, guía o protocolo interno, usted recibirá ya sea una copia de la regla o una declaración de que está disponible previa solicitud y sin cargo alguno.

La negativa de un reclamo del cual se ha renunciado al derecho a revisión (es decir, cuando usted no haya entregado una solicitud escrita dentro del límite de tiempo que se requiere) la decisión del Consejo o del Comité de Apelaciones designada por el Consejo con respecto a una petición de revisión, es final y obliga a todas las partes, incluso al reclamante o peticionario, sujeta sólo a cualquier acción civil que usted pudiera presentar según la ley ERISA. Después de que el

Consejo expida la decisión escrita sobre una apelación, no hay ningún otro derecho de apelación al Consejo o derecho a arbitraje.

Límite de Cuándo Puede Iniciar una Demanda (Acción Civil)

No podrá iniciar una demanda en contra del Fondo de Fideicomiso para obtener beneficios sino hasta después de que hayan ocurrido los siguientes eventos:

- Usted haya pedido una revisión de la negativa de su reclamo y el Consejo ha tomado y expedido una decisión *final* sobre su revisión; o
- Usted pidió una revisión, pero no ha recibido ninguna notificación dentro de los plazos de tiempo indicados arriba de que se tomó una decisión *final* ni una notificación de que será necesaria una prórroga para llegar a una decisión *final*.

Privacidad de su Informacino de Salud

Esta sección describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y cómo usted puede tener acceso a esta información. **Por favor lea esta sección atentamente.**

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) le otorga a usted ciertos derechos de privacidad respecto a la Información de Salud de usted que mantienen los Planes de Salud y Bienestar del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California (el Plan). Además, la ley HIPAA requiere que el Plan cumpla con las reglas designadas para proteger esta información de usos y divulgaciones indebidos. Uno de sus derechos de acuerdo a la ley HIPAA es saber cómo el Plan maneja su Información de Salud. Esta sección explica cómo el Plan usa y divulga su información de salud y los derechos que usted tiene respecto a su información de salud. El Plan podrá cambiar esta Notificación de Privacidad en el futuro, pero siempre deberá seguir los términos de la Notificación de Privacidad que esté en efecto. Esta Notificación de Privacidad se aplica al Plan mencionado arriba que es miembro de un “Arreglo Organizado de Atención de Salud”. Por lo tanto, se debe interpretar que los términos “Plan”, “Equipo de Administración del Plan” y “Miembro del Equipo”, se aplican al Plan mencionado arriba en el cual usted participa.

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, por favor póngase en contacto con HIPAA Compliance Director, Laborers Fund Administrative Office of Northern California, Inc., 220 Campus Lane, Fairfield, CA, 94534.

¿Quién Podrá Ver mi Información de Salud?

El Equipo de Administración del Plan incluye a todas las personas que pueden ver la Información de Salud que puede vincularse con una Persona (“Información Protegida de Salud”) con el fin de operar el Plan. Ciertos miembros del equipo son empleados del Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc. Otros miembros del equipo son empleados de empleadores externas que ayudan a operar el Plan. Para poder prestar servicios como miembro del equipo, se debe completar una capacitación extensa acerca de los procedimientos de privacidad y seguridad. Todos los miembros del equipo tienen prohibido por ley utilizar la información protegida de salud para fines indebidos. Cada uno de los miembros del equipo entiende que una violación de los procedimientos de privacidad y seguridad del Plan pudiera tener como resultado que se tomen medidas disciplinarias. Por lo tanto, los miembros del equipo toman muy en serio la privacidad de su información.

La Promesa del Plan a Usted

Los miembros del equipo de Administración del Plan entienden que su información de salud y médica es información privada. El Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California, Inc. tiene el compromiso de usar la información de salud de usted solamente para los fines de tratamiento, pago de beneficios, operación del Plan y como expresamente lo permita o lo exija la Ley.

Otras Notificaciones de Privacidad

Sus doctores, enfermeras, hospitales y otros proveedores de salud le pueden dar notificaciones de privacidad que también exige la ley HIPAA. Estas notificaciones de privacidad serán diferentes de ésta debido a que cubren la manera en que los proveedores de salud utilizan su Información de Salud. Esta notificación se aplica sólo a la Información Protegida de Salud que obtiene y mantiene el Plan. Describe sus derechos respecto a su Información de Salud que mantiene el Plan y cómo el Plan podrá utilizar y divulgar esa Información de Salud.

Cómo el Plan Usa y Divulga su Información de Salud

Los miembros del equipo sólo utilizarán y divulgarán la Información Protegida de Salud de la manera que expresamente permite la ley HIPAA. Las secciones intituladas Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención de la Salud describen cómo usaremos y divulgaremos la Información de Salud que obtenemos acerca de usted (su “Información de Salud”). Algunos de estos usos y divulgaciones son rutinarios y necesarios para operar el Plan y apoyar a los proveedores de salud que le dan tratamiento a usted. Otros no son de rutina pero los exige la Ley o son necesarios debido a circunstancias especiales. El Plan tiene procedimientos para todos estos usos y divulgaciones. El Plan de los Obreros Activos es miembro de un “Arreglo Organizado de Atención de Salud”. Por lo tanto, el Plan de Salud podrá compartir su información con los demás miembros para fines de Tratamiento, Pago y Operaciones de Atención de la Salud.

Tratamiento. Los miembros del equipo podrán utilizar o divulgar su información de salud para facilitar el tratamiento o los servicios médicos por parte de sus proveedores de salud por ejemplo doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina, personal del hospital o farmacólogos que participen en su atención.

Pagos. Los miembros del equipo podrán utilizar y divulgar su Información de Salud con el fin de determinar su elegibilidad para los Planes de beneficios, para procesar los reclamos de pago del tratamiento o para determinar si algún otro plan o persona pudiera ser responsable del pago del tratamiento. Por ejemplo, un miembro del equipo deberá revisar la Información de Salud de usted que contenga la cuenta por el tratamiento con el fin de determinar si el tratamiento es un gasto cubierto por el Plan. Algunas veces un miembro del equipo pudiera necesitar obtener información del proveedor de salud y de su expediente médico actual para determinar si el tratamiento dado fue médicamente necesario o si era experimental y de investigación. Un miembro del equipo pudiera tener que enviar información a otro miembro del equipo que sea especialista médico para obtener una opinión médica acerca de la naturaleza del reclamo. Estos son sólo ejemplos de cómo los miembros del equipo podrán utilizar y divulgar su Información de Salud con el fin de asegurarse de que el Plan paga los beneficios correctamente.

Operaciones de Atención de la Salud. Los miembros del equipo podrán utilizar y divulgar su Información de Salud con el fin de operar el Plan. Por ejemplo, los miembros del equipo podrán revisar su Información de Salud con el fin de:

1. Conducir evaluaciones de calidad y actividades de mejoría;
2. Llevar a cabo actividades de clasificación de seguro, calificación de primas y otras actividades en relación a la cobertura del Plan;
3. Presentar reclamos para cobertura de contención de pérdidas (o cobertura en exceso);
4. Conducir o hacer arreglos para la revisión médica, entrega de documentos legales, servicios

- de auditoria y programas para la detección del fraude y del abuso;
5. Enterarse de métodos para administrar los costos; y
 6. Administrar el Plan y asegurarse que se hace correcta y eficazmente.

Los que Exija la Ley. Los miembros del equipo divulgarán su Información de Salud si así lo requiera la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, el miembro del equipo divulgará información de las cuentas médicas presentadas por su proveedor de salud según una orden del tribunal en un procedimiento de litigio que alegue que el proveedor usa prácticas de facturación fraudulentas.

Para Evitar Amenazas Graves a la Salud y Seguridad. Los miembros del equipo podrán utilizar y divulgar su Información de Salud con el fin de prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otras personas. Esta divulgación solamente se hará a una persona que pueda ayudar a evitar la amenaza.

Miembros del Equipo del Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc. Como se indicó antes, ciertos empleados de Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc. son miembros del equipo de Administración del Plan. Estos empleados sólo podrán usar y divulgar su Información Protegida de Salud para administrar el plan.

Situaciones Especiales

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, podremos divulgar su Información de Salud a organizaciones que se encarguen de la obtención de órganos o del trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos con el fin de facilitar la donación y trasplante de órganos y tejidos.

Militares y Veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas de Estados Unidos o de algún otro país, podremos divulgar su Información de Salud si el Plan de Obreros Activos tiene obligación de hacerlo de acuerdo a las autoridades del comando militar correspondiente.

Seguro de Compensación de los Trabajadores. Los miembros del equipo podrán divulgar su Información de Salud si se requiere para cumplir las leyes de compensación de los trabajadores.

Actividades de Supervisión y Salud. Los miembros del equipo podrán divulgar su Información de Salud a una Agencia de Supervisión de Salud para actividades autorizadas por ley. Estas actividades incluyen, por ejemplo, auditorias, investigaciones, inspecciones y actividades en relación a la licencia y son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención de salud, los programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.

Demandas y Disputas. Si usted participa en una demanda o en una disputa, los miembros del equipo podrán divulgar su Información de Salud en respuesta a una orden del tribunal o a una orden administrativa. Los miembros del equipo también podrán divulgar su Información de Salud en respuesta a una citatorio, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por otra persona que participe en la disputa, pero sólo si se han hecho esfuerzos para informarle a usted de la solicitud o para obtener una orden protegiendo la información que se solicita.

Actividades Policías. Si así lo solicita un funcionario de la policía, un miembro del equipo podrá divulgar su Información de Salud bajo ciertas circunstancias en respuesta a una orden del tribunal, citatorio, convocación, emplazamiento o proceso similar.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Los miembros del equipo podrán divulgar su Información de Salud a un médico forense o a un examinador médico. Pudiera ser necesario, por ejemplo, para identificarlo en caso de que fallezca o para determinar la causa de su muerte. Los miembros del equipo también podrán divulgar su Información de Salud a los directores de funeraria como sea necesario para que realicen sus deberes.

Sus Derechos Respecto a la Información de Salud que el Plan Mantiene de Usted

Tiene los siguientes derechos respecto a la Información de Salud que el Plan mantiene de usted:

Derecho a Inspeccionar y a Copiar. Tiene el derecho a inspeccionar y a copiar su Información de Salud que pudiera usarse para tomar decisiones sobre sus beneficios del Plan. Para inspeccionar y copiar la información médica que pudiera usarse para tomar decisiones acerca de usted, deberá completar el formulario intitulado “Solicitud de Acceso a la Información Protegida de Salud” y presentar el Formulario intitulado HIPAA Compliance Director, Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc., 220 Campus Lane, Fairfield, CA, 94534. Si solicita una copia de la información se le pudiera hacer un cargo por los costos de copiado, correo o suministros que se relacionen con su solicitud.

Derecho a Enmendar. Si siente que el Plan tiene información de usted que es incorrecta o incompleta, puede pedir al Plan que enmiende la información. Tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras que la información sea mantenida por el Plan o a nombre del Plan.

Para solicitar una enmienda, debe completar el formulario intitulado “Solicitud de Enmienda de la Información Protegida de Salud”. Este formulario está a su disposición pidiéndolo a HIPAA Compliance Director, Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc., 220 Campus Lane, Fairfield, CA, 94534. Su solicitud de enmienda podría negarse si no completa el formulario. Además, su solicitud podrá negarse si nos pide enmendar información que:

1. No forme parte de la información médica que mantiene el Plan o para el Plan;
2. No fue creada por el Plan;
3. No forme parte de la información que usted tendría permiso de inspeccionar y copiar; o
4. Sea precisa y completa.

Derecho a una Cuenta de las Divulgaciones. Tiene el derecho de solicitar una “cuenta de las divulgaciones” cuando éstas hayan sido para algún fin que no haya sido el Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención de la Salud.

Para solicitar esta lista de cuenta de las divulgaciones, debe completar el formulario intitulado “Solicitud de Cuenta de las Divulgaciones de Información Protegida de Salud” y enviarlo a HIPAA Compliance Director, Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc. Su solicitud debe señalar un período que no podrá ser más de seis (6) años y no podrá incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué formato quiere la lista (por ejemplo, impresa o electrónica). La primera lista que solicite en un período de doce (12) meses será gratuita. Si solicita listas adicionales, el Plan le podrá cobrar los costos de darle la lista. Se le notificará del costo y usted podrá decidir retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra ningún costo.

Derecho a Solicitar Restricciones. Tiene el derecho de solicitar una restricción o limitación de la información médica que el Plan utiliza o divulga acerca de usted para el Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención de la Salud. También tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que el Plan divulga acerca de usted a alguien que participe en su atención

o en el Pago de su atención, por ejemplo un familiar o amistad. Por ejemplo, nos pudiera pedir que no usemos ni divulguemos a su cónyuge información de una cirugía anterior que haya tenido. Para solicitar restricciones, complete el formulario intitulado “Solicitud de Restricción de la Información Protegida de Salud” y envíelo al HIPAA Compliance Director, Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc., 220 Campus Lane, Fairfield, CA, 94534. Debe entender que el Director de Observancia con la ley HIPAA no tiene obligación de cumplir con su solicitud.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Si cree que la forma normal de comunicación de la información de beneficios lo pudiera poner en peligro, tiene el derecho de solicitar que el Plan se comuniquen con usted sobre sus asuntos médicos de una cierta manera o en una cierta localidad. Por ejemplo, puede pedir que sólo nos pongamos en contacto con usted en el trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales debe completar el formulario intitulado “Solicitud de Comunicaciones Confidenciales de la Información Protegida de Salud” y enviarlo a HIPAA Compliance Director, Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc., 220 Campus Lane, Fairfield, CA, 94534. El Plan no le preguntará la razón de su solicitud y dará acomodo a todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo y dónde quiere que se haga contacto con usted.

Podrá obtener una copia de esta notificación o de cualquier formulario de solicitud en nuestra página de Internet www.norcalaborers.org, o, para obtener una copia impresa, póngase en contacto con HIPAA Compliance Director, Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc., 220 Campus Lane, Fairfield, CA, 94534.

Cambios en la Notificación de Privacidad

El Plan se reserva el derecho de cambiar esta notificación.

Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, podrá presentar una queja al Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros de Norte de California (Plan de Obreros Activos). Para presentar una queja a los Planes, póngase en contacto con HIPAA Compliance Director, Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc., 220 Campus Lane, Fairfield, CA, 94534. Todos las quejas deben presentarse por escrito.

Otros Usos de la Información Médica

Los otros usos y divulgaciones de la información médica que no estén cubiertos por esta notificación o por las leyes que se aplican al Plan se harán sólo con su autorización escrita. Si usted da al Plan autorización para usar o divulgar información médica acerca de usted, podrá revocar tal autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, el Plan ya no utilizará ni divulgará la información médica suya por las razones cubiertas en su autorización por escrito. Usted entiende que el Plan no podrá retirar ninguna divulgación que ya haya hecho con autorización suya. Para solicitar la autorización para usar o divulgar su Información de Salud, complete el formulario intitulado “Autorización para Uso o Divulgación de la Información Protegida de Salud” y enviarlo a HIPAA Compliance Director, Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc., 220 Campus Lane, Fairfield, CA, 94534

Información que Requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud

De acuerdo con los requisitos de información de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996, a continuación se mencionan los nombres y direcciones de todos los Proveedores de Salud del Plan de Obreros Retirados.

Blue Cross of California
21555 Oxnard Street, M/S 10-H2
Woodland Hills, CA 91367
Provides utilization review, provider network services, and case management.

CuraScript Pharmacy, Inc.
6272 Lee Vista Blvd.
Orlando, FL 32822
Provides specialty medications.

Delta Dental of California
100 First Street
San Francisco, CA 94105
Provides optional dental plan for Retired Laborers.

Health Net
21600 Oxnard Street
Woodland Hills, CA 91367-4975
Provides prepaid medical plan for Retired Laborers.

Kaiser Foundation Health Plan Northern California Region
1950 Franklin Street
Oakland, CA 94612
Provides prepaid medical plan for Retired Laborers.

PacificCare Health Systems
5856 Corporate Avenue M/S 5230
Cypress, CA 90630
Provides prepaid medical plan for Retired Employees.

Podiatry Plan Organization of California
203 Willow Street Suite 204
San Francisco, CA 94109
Provides podiatry network services.

Prescription Solutions
3515 Harbor Blvd.
Costa, Mesa, CA 92626
Administers retail and mail-service prescription drug benefits.

Vision Service Plan
3333 Quality Drive
Rancho Cordova, CA 95670
Administers optional vision plan for Retired Employees.

La Ley también requiere que le informemos a usted del domicilio del Departamento del Trabajo en Washington, D.C. Por lo tanto, si usted tuviera alguna pregunta acerca de sus derechos según la ley ERISA, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos o escriba a la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. Hay información adicional respecto a sus derechos según la ley ERISA en las páginas 56 a 57 de este folleto.

Información que Requiere la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en el Retiro de 1974

1. El Plan es administrado y mantenido por un Consejo Conjunto de Fideicomisarios que tiene el siguiente domicilio.

*Board of Trustees
Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California
220 Campus Lane
Fairfield, California 94585-1498
(707) 864 2800*

Lo anterior es el nombre, domicilio y número telefónico del Administrador del Plan.

2. La Oficina del Fondo dará a cualquier participante o beneficiario del Plan, previa solicitud por escrito, información de si una empresa en particular está contribuyendo a este Fondo con respecto al trabajo de los participantes en el Fondo y, si el empleador contribuye, la dirección de la empresa.
3. El Número de Identificación de Empresa expedido al Consejo de Fideicomisarios por el Servicio de Ingresos Internos es 94-1235152.
4. Número del Plan: 501
5. Se trata de un Plan de Bienestar que proporciona beneficios de hospital, médicos, medicinas, dentales y ópticos así como por muerte y muerte y desmembramiento accidental,.
6. La persona designada como agente para recibir los documentos legales es:

*Mr. Edward J. Smith, Secretary
Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California
220 Campus Lane
Fairfield, California 94585-1498*

La entrega de documentos legales también se podrá hacer al Fideicomisario del Plan o al Administrador del Plan.

7. Los nombres, títulos y direcciones de negocio de los Fideicomisarios son:

<u>EMPLOYEE TRUSTEES</u>	<u>EMPLOYER TRUSTEES</u>
Mr. José Moreno, Co-Chairman Northern California District Council of Laborers 4780 Chabot Drive Suite #200 Pleasanton, CA 94588-3322	Mr. Larry Totten, Chairman Johnson Western Gunitite Co. 940 Doolittle Drive San Leandro, CA 94577-1021
Mr. Doyle Radford Laborers Local Union No. 185 1320 West National Drive Sacramento, CA 95834-1908	Mr. Terence Street Roebbelen Contracting, Inc. 1241 Hawks Flight Court El Dorado Hills, CA 95762-9648
Mr. Oscar De La Torre Laborers Local Union No. 261 3271 - 18th Street San Francisco, CA 94110	Ms. Claire Koenig McNely Construction Co. 2081 Adams Avenue San Leandro, CA 94577-1074
Mr. Raymond Recinos Laborers Local Union No. 73 2841 East Myrtle Street Stockton, CA 95205	Mr. Robert Chrisp Chrisp Company 43650 Osgood Road Fremont, CA 94539-5631
David George Laborers Local Union No. 139 81 Barham Avenue Santa Rosa, CA 95407	Mr. Bryon C. Loney Teichert Construction Company P. O. Box 15002 Sacramento, CA 95851-1002

8. Este programa se mantiene de acuerdo a diversos convenios de negociación colectiva. Las copias de los convenios de negociación colectiva están disponibles para su inspección en la Oficina del Fondo durante las horas hábiles regulares y, previa solicitud, se enviarán por correo. También estará disponible una copia de los convenios de negociación colectiva que prevean contribuciones a este Fondo para su inspección dentro de los 10 días calendario siguientes al recibo de una solicitud por escrito en cualquiera de las Oficinas Locales de la Unión o en la oficina de un empleador que contribuya a la cual se presenten diariamente por lo menos 50 participantes del Plan.
9. Los requisitos de elegibilidad para los beneficios se señalan en las páginas 6 a 8 de este folleto y en el Artículo II de las Reglas y Reglamentos del Plan.
10. Las circunstancias que pudieran resultar en la descalificación, inelegibilidad, o negativa, pérdida, abandono o suspensión de los beneficios se señalan en las páginas 6 a 10 y de este folleto y en el Artículo II de las Reglas y Reglamentos del Plan.

11. Todas las contribuciones al Fondo son hechas por empleadores individuales de acuerdo con los convenios de negociación colectiva que estén en vigencia con el Consejo del Distrito del Norte de California de los Obreros, afiliados con una Unión Local, u otra entidad relacionada al Fondo, con respecto a ciertos de sus empleados y de acuerdo a los reglamentos del Consejo.
12. Los beneficios se proporcionan con un fideicomiso y contratos de seguro con Health Net, Kaiser Foundation Health Plan Northern California Region y PacifiCare Health Systems.
13. El final del año para los fines los registros fiscales del Fondo es el 31 de mayo.
14. El proceso para la presentación de reclamos se señala de las páginas 39 a 46 de este folleto.

Derechos Bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en el Retiro de 1974 (ERISA)

Como participante del Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California, tiene derecho a ciertos derechos y protecciones de acuerdo a la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en el Retiro de 1974 (ERISA). La ley ERISA indica que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

Recibir Información Acerca del Plan y los Beneficios

- Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del administrador del plan y en otros lugares que se especifican, por ejemplo en centros de trabajo y en las salas de la unión, todos los documentos del plan, incluyendo los contratos de seguro, convenios de negociación colectiva y copias de todos los documentos presentados por el plan al Departamento de Trabajo de Estados Unidos, por ejemplo los reportes anuales detallados y las descripciones de los planes.
- A obtener copias de todos los documentos del plan y demás información del plan previa solicitud por escrito al administrador del plan. El administrador del plan podrá hacer un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del reporte financiero anual del plan. El administrador del plan tiene obligación por ley de entregar a cada participante una copia de este reporte anual resumido.

Continuar la Cobertura del Plan de Salud de Grupo

- Continuar la cobertura de salud para usted, su Cónyuge o hijos Dependientes si hay una pérdida de la cobertura del Plan como resultado de un evento calificadorio. Usted o sus Dependientes podrían tener que pagar tal cobertura. Revise esta Descripción Resumida del Plan y los documentos que rigen el Plan respecto a las reglas de sus derechos de Cobertura de Continuación COBRA.
- Reducir o eliminar los períodos de exclusión de la cobertura por condiciones pre-existentes en su plan de salud de grupo, si tiene cobertura acreditable en otro plan. Se le debe entregar un certificado de cobertura acreditable, sin cargo alguno, de parte del plan de salud de grupo o la compañía de seguros de salud cuando pierda su cobertura del plan, cuando adquiera derechos a elegir la Cobertura de Continuación COBRA o cuando cese su Cobertura de Continuación COBRA, si lo solicita antes de perder la cobertura o si lo solicita hasta 24 meses después de perder la cobertura. Sin la evidencia de cobertura acreditable, usted pudiera quedar sujeto a una exclusión por condiciones pre-existentes durante 12 meses (18 meses en el caso de inscripciones tardías), después de su fecha de inscripción en la cobertura.

Acciones Prudentes de parte los Fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone deberes a las gentes que son responsables de la operación del plan de beneficios de los empleados. Las personas que operan su plan, conocidos como “fiduciarios” del plan, tienen el deber de hacerlo prudentemente y para el bien de usted y de los demás participantes y beneficiarios del plan. Nadie, incluyendo a

su empleador, su unión ni ninguna otra persona lo podrá despedir ni discriminarle de ninguna otra manera para evitar que usted obtenga un beneficio de bienestar o que ejerza sus derechos de acuerdo a la ley ERISA.

Hacer Valer sus Derechos

Si su reclamo de un beneficio de bienestar es negado, en todo o en parte, usted tiene el derecho de saber porqué se hizo, de obtener copias de los documentos relacionados a la decisión sin cargo alguno y de apelar la negativa, todo dentro de ciertos plazos.

De acuerdo a ERISA, hay pasos que usted puede tomar para hacer valer los derechos anteriores. Por ejemplo, si usted solicita documentos del plan o el último reporte anual del Plan y no los recibe dentro de 30 días, podrá presentar una demanda en el tribunal federal. En tal caso, el tribunal podrá exigir al administrador del plan que le entregue los materiales y que le pague hasta \$110 al día hasta que usted reciba los materiales a menos que estos no le hayan sido enviados debido a razones más allá del control del administrador. Si usted tiene un reclamo de beneficios que es negado o ignorado, en todo o en parte, podrá presentar una demanda en un tribunal estatal o federal una vez que haya utilizado plenamente el proceso de apelación descrito en “Procedimientos de Reclamos y Apelaciones” de este folleto. Además, si usted no está de acuerdo con una decisión del Plan, o la falta de decisión, en cuanto a la situación calificada de una orden de sostén médico de un niño, podrá presentar una demanda en el tribunal federal. Si sucediera que los fiduciarios del plan malversaran el dinero del plan o si se le discrimina por hacer valer sus derechos, podrá buscar la ayuda del Departamento de Trabajo de Estados Unidos o podrá presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos de la corte y los honorarios legales. Si usted tiene éxito, el tribunal pudiera ordenar a la persona que usted demandó que pague esos costos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal le pudiera ordenar a usted que pague esos costos y honorarios, por ejemplo, si encuentra que su reclamo es frívolo.

Ayuda con sus Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre el plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre este escrito o acerca de sus derechos de acuerdo a la ley ERISA o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, debe ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (EBSA) (antiguamente la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar, Departamento de Trabajo de Estados Unidos que se encuentra en el directorio telefónico. Alternativamente, puede obtener ayuda llamando a EBSA gratuitamente al 1-866-444-EBSA (3272) o escribiendo al siguiente domicilio:

Division of Technical Assistance and Inquiries
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue N.W.
Washington, D.C. 20210

Podrá obtener ciertas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades según la ley ERISA llamando a la línea abierta de publicaciones de EBSA. Para obtener números sueltos de las publicaciones, póngase en contacto con la línea de solicitud de folletos de EBSA al 1-800-998-7542 ó póngase en contacto con la oficina de campo de EBSA más cercana a usted.

También podrá encontrar respuestas a sus preguntas sobre el plan y una lista de las oficinas de campo de EBSA en su página de Internet en www.dol.gov/ebsa.

**FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS
OBREROS DEL NORTE DE CALIFORNIA**

REGLAS Y REGLAMENTOS

**PLAN DE PAGO DIRECTO PARA EL
PLAN DE OBREROS RETIRADOS**

**ENMENDADO Y REEXPRESADO CON VIGENCIA
DEL 1° DE MARZO DE 2007**

**ARTÍCULO I.
DEFINICIONES**

Sección 1. El término “**Centro Quirúrgico Ambulatorio**” significa una centro quirúrgico independiente que tiene licencia bajo los estatutos estatales aplicables o, en ausencia de un estatuto de licencia del estado, se conforma con todos los demás requisitos que se imponen a los centros quirúrgicos independientes en esa jurisdicción.

Sección 2. El término “**Consejo de Fideicomisarios**” o “**Consejo**” significa el Consejo de Fideicomisarios que establece el Convenio de Fideicomiso.

Sección 3. El término “**Convenio de Negociación Colectiva**” significa (a) el Convenio Maestro de los Obreros entre los Empleadores y la Unión por los 46 Condados del Norte de California de fecha del 4 de junio de 1952, incluyendo las enmiendas, extensiones y renovaciones de ese Convenio y el Convenio Maestro de Túnel entre los Empleadores y la Unión de fecha 18 de junio de 1952, incluyendo las enmiendas, extensiones y renovaciones de ese Convenio, y (b) todos los demás convenios de negociación colectiva entre la Unión o cualquiera de sus uniones locales filiales, y cualquier organización de empleadores o Empleador Individual que establezca que se paguen Contribuciones al Fondo de Salud y Bienestar..

Sección 4. El término “**Revisión Concurrente**” significa el proceso por medio del cual una Organización de Revisión Profesional (PRO) determina el número de días autorizados que se consideran Médicamente Necesarios que son elegibles para Beneficios de Hospital de acuerdo con las disposiciones del Plan una vez que una Persona Elegible ha quedado confinada en un Hospital bajo la recomendación de una Organización de Revisión Profesional (PRO).

Sección 5. El término “**Cuidado de Custodia**” significa asistencia general para desempeñar las actividades de la vida diaria que incluyen pero sin limitación, bañarse, vestirse, usar el baño, preparación de alimentos, comer, limpieza de la casa, alimentos, alojamiento y otros servicios proporcionados a largo plazo, pero que no incluyen atención o tratamiento médico.

Sección 6. El término “**Dentista**” significa:

- Un Dentista legalmente calificado, o
- Un médico autorizado por su licencia a realizar, en el momento y lugar de que se trate, el procedimiento dental en particular que haya realizado.

Sección 7. El término “**Dependiente**” significa:

- a. El cónyuge legal del Empleado Retirado.
- b. Los hijos solteros del Empleado Retirado si:
 - (1) son hijos propios o adoptados (los hijos adoptados quedan cubiertos desde la fecha en que sean colocados bajo la custodia del Empleado Retirado) menores de 19 años de edad; o
 - (2) son hijastros menores de 19 años, siempre y cuando estos hijos dependan principalmente del Empleado Retirado y residan en la casa del Empleado Retirado; o
 - (3) son adquiridos por medio de una tutoría legal y tienen menos de 19 años de edad, siempre y cuando estos hijos dependan principalmente del Empleado Retirado y residan en la casa del Empleado; o
 - (4) tienen 19 pero menos de 23 años de edad, siempre y cuando estos hijos sean estudiantes en una institución educativa acreditada y estén inscritos por lo menos en 8 unidades de crédito por semestre (o créditos equivalentes), dependan del Empleado Retirado para su sostén; o
 - (5) son mayores de 19 años y no pueden ganarse la vida debido a un impedimento mental o físico (siempre y cuando esos hijos hayan estado incapacitados y hayan sido elegibles como Dependientes antes de la edad de 19 años) y dependan principalmente del Empleado Retirado para su sostén.
- c. En ningún caso podrá un niño ser Dependiente elegible de más de un Empleado Retirado ni tampoco podrá un Dependiente ser elegible como Dependiente en este Plan si también es un Empleado Activo, o Dependiente de un Empleado Activo con derecho a los beneficios del Plan de Pago Directo de los Empleados Activos.

De acuerdo con la Sección 609(a)(2)(A) de la ley ERISA, este Plan proporcionará cobertura a un hijo Dependiente de un Empleado Retirado si lo exige una Orden Calificada de Sostén Médico de un Niño.

Sección 8. El término “**Medicina**” significa un artículo que pueda surtirse legalmente, como lo indique la Ley Federal de Alimentos, Medicinas y Cosméticos, incluyendo sus enmiendas, sólo por medio de una receta escrita o verbal de un doctor o un dentista con licencia legal para recetarla.

Sección 9. El término “**Equipo Médico Duradero**” significa el equipo médico que puede soportar el uso repetido, no es desechable, y se relaciona sólo al cuidado de una condición médica. Los ejemplos de equipo médico duradero incluyen, pero sin limitación, monitores de apnea, sillas de ruedas, camas de hospital y oxígeno.

Sección 10. El término “**Persona Elegible para Medicare**” significa que la Persona Elegible es elegible para la Parte A de Medicare sin el pago de las primas mensuales a la Administración del Seguro Social y es elegible a la Parte B de Medicare ya sea que la Persona Elegible haya calificado a los beneficios de la Parte B de Medicare por inscripción u otros procedimientos que estén a su disposición.

Sección 11. El término “**Persona Elegible**” significa cada Empleado Retirado y cada uno de sus Dependientes Elegibles.

Sección 12. El término “**Servicios de Emergencia**” significa tratamiento Médicamente Necesario que se requiera como resultado de una condición que amenace la vida que, sin una intervención inmediata, causaría un serio peligro a la salud de la Persona Elegible o un impedimento serio de las funciones corporales o una disfunción grave de alguna parte del cuerpo. Algunos ejemplos de condiciones que amenazan la vida que requieren servicios de emergencia incluyen, pero sin limitación, ataques al corazón, ataques cerebrales, envenenamientos y apendicitis.

Sección 13. El término “Procedimientos Experimentales o de Investigación” significa una medicina, aparato, tratamiento o procedimiento médico si:

- a. la medicina o dispositivo no puede comercializarse legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicinas (FDA) de Estados Unidos y
 - (1) no se ha dado aún la aprobación para comercializarla en el momento de recetarse o proporcionarse la medicina o el dispositivo; o
 - (2) la FDA no ha dado su aprobación para el diagnóstico, enfermedad o condición para la que la medicina o dispositivo se recete o se proporcione; o
- b. la medicina, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del paciente que se utilice con la medicina, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fue revisado y aprobado por el Consejo de Revisión Institucional de la institución que da el tratamiento o algún otro cuerpo que preste una función similar, o si la ley federal requiere una revisión o aprobación; o
- c. La Evidencia Confiable muestra que la medicina, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es objeto de la fase I o de la fase II continua de pruebas clínicas, es la rama de investigación, experimental, de estudio o de investigación de una prueba clínica de fase III continua o de alguna manera está bajo estudio para determinar su máxima dosis tolerada, su toxicidad, su seguridad o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o de diagnóstico; o
- d. La Evidencia Confiable muestra que la opinión prevaleciente entre los expertos respecto a la medicina, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que se necesitan más estudios o pruebas clínicas para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o de diagnóstico.

Para los fines de esta Sección “Evidencia Confiable” significará solamente los reportes y artículos médicos y científicos en publicaciones prestigiosas sujetos a revisión de los colegas. El protocolo o protocolos escritos usados por la institución que atiende o los protocolos de otra institución que estudie substancialmente la misma medicina, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico o el consentimiento informado por escrito utilizado por la institución que atiende o por alguna otra institución que estudie substancialmente la misma medicina, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

Sección 14. El término “**Programa Medicare Federal**” o “**Medicare**” significa los beneficios proporcionados de acuerdo al Título XVIII de la Ley del Seguro Social con sus Enmiendas de 1965.

Sección 15. El término “**Fondo**” significa el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California.

Sección 16. El término “**Plan de Grupo**” significa cualquier Plan que proporcione beneficios del tipo proporcionado por este Plan que sea apoyado en todo o en parte por los pagos de los empleadores.

Sección 17. El término “**Atención de Salud en Casa**” significa los servicios de enfermería especializada prestados por una Agencia de Atención de Salud en Casa, que es una organización que proporciona atención de salud en casa, aprobada por Medicare, o que tiene licencia como Agencia de Atención de Salud en Casa por parte de la autoridad regulatoria que tenga la responsabilidad y la licencia de acuerdo a las leyes de la jurisdicción en que esté ubicada.

Sección 18. El término “**Hospicio**” significa una organización que administra un programa de servicios de salud paliativos y de apoyo para personas con enfermedad de muerte que se evalúa que tienen una expectativa de vida de 6 meses o menos y está aprobado por Medicare o tiene licencia como Hospicio de parte de la autoridad regulatoria que tiene responsabilidad por las licencias en la jurisdicción en que esté ubicada.

Sección 19. El término “**Hospital**” significa cualquier hospital general de atención aguda que tiene licencia bajo los estatutos de estado aplicable y que debe proporcionar: (a) atención a pacientes internado las 24 horas, y (b) los siguientes servicios básicos en sus instalaciones: servicios médicos, quirúrgicos, de anestesia, de laboratorio, radiológicos, de farmacia y de dietas. El término “Hospital” también incluye un centro psiquiátrico independiente, pero solamente si la institución es un Hospital Participante en la red del Plan de Comprador Prudente.

Sección 20. El término “**Farmacólogo con Licencia**” significa una persona quien tiene licencia para ejercer la farmacología por parte de la autoridad gubernamental con jurisdicción sobre las licencias y prácticas de farmacia.

Sección 21. El término “**Medicamento Necesario**”, como se aplica a los servicios y suministros recibidos por el tratamiento de una enfermedad o lesión, y con el fin de determinar la elegibilidad para los beneficios del Plan, significa los servicios y suministros que se consideran ser:

- a. Apropriados y necesarios para los síntomas, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión; y
- b. Proporcionados para el diagnóstico o atención directa y tratamiento de la enfermedad o lesión; y
- c. Dentro de las normas de la buena práctica médica dentro de la comunidad médica organizada; y
- d. No principalmente para el confort personal o conveniencia del paciente, la familia del paciente, o cualquier otra persona que cuide al paciente, un Doctor u otro profesional de la salud o algún Hospital o centro de atención de salud especializado. El hecho de que un Doctor pudiera proporcionar, ordenar, recomendar o aprobar un servicio o suministro no significa que el servicio o suministro será considerado Medicamento Necesario para la cobertura médica proporcionada por el Plan, y
- e. El suministro o nivel de servicio más apropiado que pueda proporcionarse con seguridad. Para un confinamiento en Hospital, esto significa que la atención aguda como paciente de cama es necesaria debido a la clase de servicios que el paciente está recibiendo o la gravedad de la condición del paciente, y que no se podrá recibir una atención segura y adecuada en consulta externa o en un entorno médico menos intenso.

Sección 22. El término “**Hospital No Participante**” significa un Hospital que no forma parte del Plan de Proveedores Preferentes del Fondo.

Sección 23. El término “**Proveedor No Participante**” significa un Laboratorio o Centro de Radiología, Médico o Centro Quirúrgico Ambulatorio o proveedor de salud con licencia que no forma parte del Plan de Proveedores Preferentes del Fondo.

Sección 24. El término “**Edad Normal de Retiro**” significa la edad de 65 años.

Sección 25. El término “**Hospital Participante**” significa un Hospital que forma parte del Plan de Proveedores Preferentes del Fondo.

Sección 26. El término “**Proveedor Participante**” significa un Laboratorio o Centro de Radiología, Médico o Centro Quirúrgico Ambulatorio o proveedor de salud con licencia que forma parte del Plan de Proveedores Preferentes del Fondo.

Sección 27. El término “**Doctor**” significa:

- a. Un doctor o cirujano (M.D. o D.O.) que tiene licencia para ejercer la medicina en el estado en el que ejerza.
- b. Cualquier otro practicante de las artes de la curación que proporciona atención o tratamiento dentro de los límites señalados en la licencia que se le haya expedido por la agencia correspondiente del estado en que preste la atención o tratamiento.

Sección 28. El término “**Año del Plan**” significa el 1º de marzo de cualquier año a 1º de marzo del año siguiente.

Sección 29. El término “**Revisión Previa a la Admisión**” significa el proceso por el cual una Organización de Revisión Profesional determina la necesidad médica del confinamiento electivo de una Persona Elegible en un Hospital y, de ser médicamente necesario, el número de días autorizados previamente elegibles para la cobertura sin reducción de beneficios de acuerdo con las disposiciones del Plan antes de que de hecho ocurra el confinamiento electivo en un Hospital.

Sección 30. El término “**Plan de Proveedores Preferentes**” significa un programa por medio del cual los Hospitales, Laboratorios y Centros de Radiología, Médicos y Centros Quirúrgicos Ambulatorios bajo contrato proporcionan todos y cada uno de los servicios necesarios de hospitalización y médicos a las Personas Elegibles pagaderos en base a tarifas de contrato.

Sección 31. El término “**Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes**” significa la lista agregada de códigos postales de los 46 Condados del Norte de California en que residen las Personas Elegibles y están sujetas a las disposiciones de reembolso del Plan de Proveedores Preferentes.

Sección 32. El término “**Organización de Revisión Profesional (PRO)**” significa una organización que tiene contrato con el Fondo, que es responsable de determinar si el confinamiento de una persona elegible en un Hospital es Médicamente Necesaria. Si es Médicamente Necesaria, la Organización de Revisión Profesional determina el número de días Médicamente Necesarios para el confinamiento.

Sección 33. El término “**Terapia de Rehabilitación**” significa la terapia física, ocupacional o del habla que es recetada por un doctor para mejorar o restaurar el funcionamiento corporal que

había quedado restringido o disminuido como resultado de una enfermedad, lesión o cirugía y que es desempeñado por un terapeuta con licencia actuando dentro del alcance de su licencia.

Sección 34. El término “**Empleado Retirado**” significa cualquier persona que cumple con las reglas de elegibilidad del Artículo II., Sección 2.

Sección 35. El término “**Revisión Retrospectiva**” significa el proceso por medio del cual una Organización de Revisión Profesional determina el número de días autorizados considerados Médicamente Necesarios y que son elegibles para la cobertura de beneficios de Hospital. Esta revisión ocurre después de que la Persona Elegible haya sido dada de alta del Hospital con la aprobación de un Médico.

Sección 36. El término “**Centro de Enfermería Especializada**” significa una institución, cuya actividad principal es proporcionar a personas internadas atención de enfermería especializada y servicios relacionados para pacientes que requieran servicios de rehabilitación para recuperación de una lesión, incapacidad o enfermedad y que cumple con todos los siguientes requisitos:

- se ocupa regularmente de proporcionar atención de enfermería especializada a personas enfermas y lesionadas bajo la supervisión las 24 horas del día de un Médico (M.D.) o una Enfermera Registrada graduada (R.N.);
- tiene disponible en todo momento los servicios de un Doctor (M.D.) que es miembro del personal de un Hospital general;
- tiene en turno, las 24 horas del día, a una Enfermera Registrada graduada (R.N.), una Enfermera Vocacional con Licencia (L.V.N.), o una enfermera práctica capacitada y tiene una Enfermera Registrada graduada (R.N.) al menos 8 horas al día;
- mantiene un registro clínico de cada paciente;
- no es, a menos de serlo incidentalmente, un lugar para el descanso, un lugar para la atención de custodia, un lugar para los ancianos, un lugar para los drogadictos, un lugar para alcohólicos, un hotel o institución similar;
- cumple con todos los requisitos de licencia y demás requisitos legales, y está reconocido como un “centro de enfermería especializada” por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de acuerdo al Título XVIII de las Enmiendas al Seguro Social de 1965.

Sección 37. El término “**Convenio de Fideicomiso**” significa el Convenio de Fideicomiso que establece el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California, incluyendo sus enmiendas, extensiones o renovaciones.

Sección 38. El término “**Cuota o Cargo Usual, Acostumbrado y Razonable (UAR)**” significa la cuota usual o acostumbrada cobrada por un Hospital, Doctor, Dentista u otro profesional con licencia que proporcione servicios, tratamientos o suministros médicos que no pasen del nivel de cargos generales hechos por otros que proporcionen servicios, tratamientos o suministros similares dentro de la misma área de servicio. Los cargos incurridos deberán ser comparables, en base a la gravedad y naturaleza de la lesión corporal, enfermedad o condición dental a la que se dé tratamiento. Los cargos facturados no siempre son iguales que las cuotas o cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables.

Sección 39. El término “**Programa de Revisión de Utilización**” significa un programa por medio del cual la Persona Elegible que se hospitaliza, o que está programada para hospitalizarse, debe hacer que su Doctor obtenga la opinión de la Organización de Revisión Profesional con respecto a la necesidad médica del confinamiento, con el fin de recibir el máximo de Beneficios de Hospital.

ARTÍCULO II. ELIGIBILITY FOR BENEFITS

Sección 1. Definiciones. Las siguientes definiciones regirán en este Artículo:

- a. El término “**Empleador Individual**” significa un empleador que tiene obligación por medio de un convenio de negociación colectiva con la Unión de hacer contribuciones al Fondo.
- c. El término “**Unión**” significa el Consejo de Obreros del Distrito del Norte de California de la Unión Internacional de Obreros de América del Norte, AFL-CIO y sus uniones locales afiliadas.

Sección 2. Reglas de Elegibilidad para los Empleados Retirados

a. Establecimiento y Mantenimiento de la Elegibilidad

- (1) Una persona que hace los pagos que requiere el Fondo en una cantidad que determina el Consejo de Fideicomisarios y que recibe una Pensión Regular por Retiro Anticipado, por Incapacidad, por Servicio o Recíproca (la porción más grande del Servicio Acreditado Combinado habiendo sido el Servicio Acreditado en el Norte de California), y que recibiría una Pensión si no estuviera recibiendo una Pensión Conjunta y de Sobreviviente se hará elegible como un Empleado Retirado e iniciará su participación en este Plan en la fecha posterior entre las fechas siguientes:
 - (a) en el primer día del mes en que sea pagadera una Pensión a él del Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros del Norte de California; o
 - (b) en la fecha en que termine su elegibilidad en el “Plan de Pago Directo de los Empleados Activos”.
- (2) Una persona que hace los pagos que requiere el Fondo, en una cantidad que determine el Consejo de Fideicomisarios, y que esté recibiendo una Pensión con Derechos Diferidos del Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros del Norte de California iniciará su participación en el Plan de acuerdo con la Subsección 2.a.(1) de este Artículo si trabaja 2,000 horas para Empleadores Individuales en el período de 48 meses anterior a su Fecha de Inicio de Renta Vitalicia.
- (3) Una persona que hace los pagos requeridos al Fondo, en una cantidad que determine el Consejo de Fideicomisarios y que esté recibiendo un Beneficio de Retiro del Plan de Retiro para Ciertos Empleados de Laborers Fund Administrative Office of Northern California, Inc. iniciará su participación en este Plan en la fecha posterior entre las siguientes fechas:
 - (a) en el primer día del mes en el que sea pagadero un Beneficio de Retiro a él del Plan de Retiro para Ciertos Empleados de Laborers Fund Administrative Office of Northern California, Inc., o
 - (b) en la fecha en que termine su elegibilidad en el “Plan de Pago Directo para los Empleados Activos”.
- (4) Una persona que hace los pagos que requiere el Fondo, en la cantidad que determine el Consejo de Fideicomisarios y que sea elegible al Plan Especial III ó V durante al menos 60 meses, incluyendo 12 meses dentro de los 48 meses inmediatamente anteriores al retiro, iniciará su participación en este Plan en la fecha efectiva de su retiro o en la fecha

en que termine su cobertura en el Plan Especial III o V.

- (5) Una persona que hace los pagos que requiere el Fondo en una cantidad que determine el Consejo de Fideicomisarios y que puede recibir una Pensión Recíproca pero no es elegible de acuerdo a la Subsección 2.a.(1) de este Artículo a pesar de que tiene al menos 10 Años de Servicio Acreditado en el Norte de California, iniciará la participación en este Plan en la fecha posterior entre las fechas que se especifican en la Subsección 2.a.(1). Para considerarse elegible como Empleado Retirado, deberá haber solicitado y le deberán haber negado los beneficios como una persona retirada en un plan de salud y bienestar que proporcione beneficios a los participantes en un Plan Relacionado.
- (6) Una persona que hace los pagos requeridos al Fondo, en una cantidad que determine el Consejo de Fideicomisarios y que es elegible al Plan de Obreros Activos por al menos 60 meses con el mismo empleador, incluyendo 12 meses dentro de los 48 meses inmediatamente anteriores al retiro, iniciará su participación en este Plan en la fecha efectiva de su retiro o en la fecha en que termine su cobertura en el Plan de Obreros Activos. Para que se le considere elegible como Empleado Retirado, no deberá ser elegible bajo ninguna otra cobertura de salud y bienestar apoyada por un empleador.
- (7) El Dependiente de un Empleado Retirado se hace elegible en la fecha en que entre en vigencia la elegibilidad del Empleado Retirado o en la fecha en que adquiera al Dependiente, lo que sea más tarde.

b. Subsidio para los Empleados Retirados

El Consejo de Fideicomisarios proporciona un subsidio para contrarrestar el costo de la cobertura de salud y bienestar de los Empleados Retirados y de sus Dependientes. El subsidio se basa en la edad del Empleado Retirado a la Fecha de Inicio de su Renta Vitalicia y/o sus Años de Servicio Acreditado en el Plan de Pensión de los Obreros.

Se hará un ajuste en el Subsidio del Empleado Retirado en el primer día del mes siguiente a los eventos que se enumeran enseguida:

- (1) el Empleado Retirado cumple la edad de 55 años,
- (2) el Empleado Retirado cumple la edad de 70 años, o
- (3) el Empleado Retirado recibe una determinación de la Administración del Seguro Social que tiene derecho a un Beneficio del Seguro Social.

El Subsidio del Empleado Retirado, como se describe en esta Subsección, también se aplicará a los Empleados Retirados que establezcan su elegibilidad de acuerdo a las Subsecciones 2.a.(3), 2.a.(4), 2.a.(5), o 2.a.(6) de este Artículo.

La tabla de Subsidios de Empleados Retirados aparece en la página siguiente:

Retired Employee Subsidy

<i>Edad del Empleado Retirado a la Fecha de Inicio de la Anuidad</i>	<i>Requisito del Servicio Acreditado</i>	<i>Porcentaje de SUBSIDIO que Paga el Plan</i>	<i>Porcentaje que Paga el Empleado Retirado</i>
Menos de 55 años de edad	Sin importar los Años de Servicio Acreditado	0%	100%
Sin importar la edad	Menos de 10 Años de Servicio Acreditado	0%	100%
55 Años de Edad	Al menos 10 años pero menos de 25 Años de Servicio Acreditado en el Norte de California	25%	75%
55 Años de Edad	25 o más Años de Servicio Acreditado en el Norte de California	50%	50%
55 Años de Edad	Al menos 15 pero menos de 20 Años de Servicio Acreditado en el Norte de California más Servicio Acreditado de una Pension Reciproca para un Servicio Acreditado Combinado de 25 años	25%	75%
55 Años de Edad	Al menos 20 años pero menos de 25 Años de Servicio Acreditado en el Norte de California más Servicio Acreditado de una Pension Reciproca para un Servicio Acreditado Combinado de 25 años	50%	50%
55 Años de Edad	Recibe una Pension Reciproca con al menos 10 Años de Servicio Acreditado en el Norte de California. Solicito y se le nego la cobertura de salud y bienestar como persona retirada en un Plan Relacionado	0%	100%
70 Años de Edad	Sin importar sus Años de Servicio Acreditado	50%	50%
Sin importar la edad	Recibe un Beneficio de Incapacidad de la Administración del Seguro Social	50%	50%

c. Terminacion de la Elegibilidad

- (1) La elegibilidad de un Empleado Retirado se terminará el último día del mes:
- (a) anterior al mes en que no le sea pagadera una Pensión del Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros del Norte de California; o
 - (b) en que no cumpla los requisitos de la Sección 2.a. anterior; o
 - (c) en que el Empleado Retirado, antes de la Edad Normal de Retiro (65 años) participe en:
 - (i) un empleo cubierto por el Convenio de Negociación Colectiva; o
 - (ii) cualquier empleo para la Unión o una Unión Local Afiliada; o

- (iii) en cualquier empleo o auto-empleo a cambio de un sueldo o lucro en la Industria de Edificios y Construcción o en la Industria de la Piedra, Arena y Grava en la jurisdicción geográfica del Plan de Pensión del Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros del Norte de California o un Plan Relacionado con que el Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros tenga un Convenio Recíproco; o
- (d) en que el Empleado Retirado, después de su Edad Normal de Retiro (65 años), tenga un empleo o auto-empleo a cambio de un sueldo o lucro, por 40 horas o más durante un mes calendario:
 - (i) en una industria en que, en el momento en que el pago de los beneficios de pensión al Empleado Retirado comiencen o hubieran comenzado si no hubiera permanecido o regresado al empleo, había empleados acumulando beneficios de acuerdo al Plan de Pensión del Fondo de Fideicomiso de Pensión de los Obreros del Norte de California como resultado de su empleo; y
 - (ii) en un empleo u oficio en que el Empleado Retirado estuvo empleado en cualquier momento bajo el Plan de Pensión; y
 - (iii) en el Estado de California; o
- (e) antes del mes en que deje de hacer un pago que se requiera después de la entrega de su notificación anticipada de 60 días para terminar su elegibilidad en el Plan. Una vez que termine su elegibilidad de acuerdo con la Subsección (e), no podrá ser restaurada en una fecha futura.

Los Empleados Retirados que elijan las coberturas dentales y ópticas, deberán mantener esa cobertura por un mínimo de 6 meses.

- (2) La elegibilidad de los Dependientes de un Empleado Retirado terminará en la fecha primera entre las siguientes:
 - (a) la fecha en que termine la elegibilidad del Empleado Retirado, excepto como se señala en la Subsección (3) siguiente.
 - (b) la fecha en que ya no califique como Dependiente, según lo define el Artículo I, Sección 7.
- (3) En el caso de la muerte de un Empleado Retirado, el cónyuge sobreviviente podrá continuar la cobertura para sí misma y los dependientes elegibles hasta el primer día del mes que siga a la primera de las siguientes fechas:
 - (a) la fecha en que se vuelva a casar el cónyuge;
 - (b) la fecha en que obtenga cobertura en otro plan de salud de grupo;
 - (c) la fecha en que no se haga un pago que se requiera;
 - (d) la muerte del cónyuge; o
 - (e) la fecha en que ya no esté disponible una Pensión. Esta disposición no se aplica a los cónyuges sobrevivientes de Empleados Retirados que establecieron su elegibilidad de acuerdo con la Subsección 2.a.(3), 2.a.(4), ó 2.a.(6) de este Artículo.

d. Disposición de Inscripción Especial

A pesar de las disposiciones de las Subsecciones 2.a. y 2.c. de este Artículo, un Empleado Retirado podrá posponer la inscripción o restablecer su elegibilidad en el Plan para sí mismo

y los Dependientes elegibles bajo cualquiera de las siguientes circunstancias:

- (1) Un Empleado Retirado que adquiera un nuevo cónyuge o hijos dependientes podrá inscribirse a sí mismo y a sus Dependientes recién adquiridos en el Plan de Obreros Retirados pero no más tarde que 31 días a partir de la fecha en que adquiera al nuevo Dependiente.
- (2) Un Empleado Retirado que posponga o termine su elegibilidad debido a que su cónyuge dependiente tiene otra cobertura de salud bajo cualquier otro seguro o póliza de seguro (incluso la cobertura de continuación COBRA, un seguro individual, Medicare u otro programa público) podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes elegibles en el Plan de Obreros Retirados dentro de los 31 días siguientes si él ya no está cubierto por ningún otro seguro de salud debido a:
 - (a) la pérdida de elegibilidad en la otra cobertura de salud como resultado de la terminación del empleo o la reducción en el número de horas de empleo, o la muerte, divorcio o separación legal, o
 - (b) la terminación de las contribuciones del empleador por la otra cobertura de salud, o
 - (c) el uso total de la Cobertura de Continuación COBRA. (COBRA se considera utilizado “totalmente” si cesa por cualquier razón que no sea la falta del pago oportuno de una prima que se requiera).

Sección 3. Cobertura de Continuación por medio de COBRA

Las disposiciones de la cobertura de continuación de salud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en el Retiro, Sección 601 y siguientes, con sus enmiendas, requiere que al terminar la cobertura bajo ciertas circunstancias, los beneficios del plan de salud deben ponerse a disposición de los Dependientes de los Empleados Retirados por medio del pago propio. En la medida en que se aplique la ley COBRA a los Dependientes de los Empleados Retirados de este Plan, estos beneficios se ofrecerán según esta Sección.

- a. Puntos Generales.** Los Dependientes de los Empleados Retirados que pierdan la elegibilidad de acuerdo al Plan podrán continuar la cobertura del Plan con apego a los términos de esta Sección. Esta Sección tiene por objeto cumplir con las disposiciones de la continuación de la cobertura de salud de la ley COBRA, incluyendo los reglamentos que queden incorporados por referencia y que regirán en el caso de un conflicto entre estas disposiciones y los términos de esta Sección.
- b. Cobertura de Continuación.** Los Dependientes de los Empleados Retirados cuya elegibilidad termine podrán continuar la cobertura por medio de COBRA al ocurrir un “Evento Calificadorio”.

Un “Evento Calificadorio” se define como cualquiera de los siguientes:

- (1) la muerte del Empleado Retirado;
- (2) el divorcio del Empleado Retirado de su cónyuge Dependiente;
- (3) el cese el carácter de Dependiente de un hijo dependiente.

- c. Beneficiario Calificado.** Un Beneficiario Calificado se define bajo la ley COBRA como una persona que en el día anterior al Evento Calificadorio estaba cubierta por este Plan como cónyuge o como hijo Dependiente de un Empleado Retirado.
- d. Duración de la Cobertura.**
- (1) Un Beneficiario Calificado cuya cobertura termine debido a un Evento Calificadorio podrá elegir la cobertura de continuación hasta por 36 meses a partir de la fecha del Evento Calificadorio.
- e. Terminación de la Cobertura de Continuación.** Sin importar la duración máxima de la cobertura que se describe en los párrafos anteriores, la cobertura de continuación de un Beneficiario Calificado terminará en la primera fecha entre las siguientes:
- (1) cuando el Plan del Beneficiario Calificado deje de proporcionar cobertura de salud de grupo a ningún Empleado Retirado;
 - (2) cuando la prima descrita en la Subsección g. siguiente no se pague de manera oportuna;
 - (3) cuando el Beneficiario Calificado quede cubierto bajo otro Plan de Grupo después de elegir la Cobertura de Continuación COBRA (como empleado o de alguna otra manera) y que no tenga una exclusión o limitación respecto a condiciones pre-existentes;
 - (4) el Beneficiario Calificado (después del Evento Calificadorio), se inscribe ya sea en la Parte A o en la Parte B de Medicare;
- f. Tipos de Beneficios que se Proporcionan.** Un Beneficiario Calificado recibirá una cobertura de salud de acuerdo al Plan idéntica a la cobertura de salud que se proporcione a otras personas elegibles que no hayan tenido un Evento Calificadorio. Un Beneficiario Calificado tendrá la opción de recibir la “Cobertura Núcleo” en lugar de la cobertura completa. La “Cobertura Núcleo” se refiere a los beneficios de salud que el Beneficiario Calificado estaba recibiendo inmediatamente antes del Evento Calificadorio con la excepción de los seguros opcionales dental y óptico.
- g. Primas.** Se cobrará una prima por la cobertura de continuación a los Beneficiarios Calificados en las cantidades que establezca el Consejo de Fideicomisarios. La prima será pagadera en pagos mensuales. El primer pago de la prima debe hacerse dentro de los 45 días de la fecha en que su Beneficiario Calificado elija la cobertura de continuación y debe incluir el pago de todos los meses de cobertura COBRA hasta la fecha. De ahí en adelante, los pagos de la prima mensual se vencen en el primer día del mes para el que se elija la cobertura de continuación. Habrá un período de gracia de 30 días para pagar los pagos mensuales de la prima. Si el pago de la cantidad que se deba no se hace antes del mes del período de gracia aplicable, terminará la Cobertura de Continuación COBRA. El Consejo de Fideicomisarios podrá, al mostrarse una causa justificada, extender la fecha de vencimiento del pago de la prima.
- h. Requisitos de Notificación de los Beneficiarios Calificados.**
- (1) El Beneficiario Calificado es responsable de entregar a la Oficina del Fondo una notificación escrita oportuna de cualquiera de los siguientes eventos; sin embargo el Empleado Retirado también es responsable de entregar notificación de los Eventos Calificadorios (b) y (c) siguientes:

- (a) La muerte del Empleado Retirado.
- (b) El divorcio del Empleado Retirado de su Cónyuge.
- (c) Que un hijo pierda su carácter de Dependiente de acuerdo al Plan.

En el caso de cualquiera de los eventos descritos en las Subsecciones (a), (b) y (c) anteriores, el Beneficiario Calificado debe notificar a la Oficina del Fondo por escrito a más tardar 60 días después de la fecha del Evento Calificadorio.

- (2) La notificación escrita debe incluir la siguiente información: nombre del Beneficiario Calificado, nombre del Empleado Retirado y su número de identificación, el Evento Calificadorio por el cual se entrega la notificación y la fecha del Evento Calificadorio. Si el Evento Calificadorio es un divorcio, notifique a la Oficina del Fondo de la fecha tan pronto como el divorcio sea final y entregue la prueba escrita en cuanto se reciba.
- (3) La notificación debe ser entregada por el Beneficiario Calificado respecto al Evento Calificadorio, o por cualquier representante que actúe a nombre del Beneficiario Calificado. La notificación de parte de una persona satisfará el requisito de notificación de todos los Beneficiarios Calificados afectados por el mismo Evento Calificadorio.
- (4) De no entregarse a la Oficina del Fondo la notificación escrita de los eventos descritos en la Subsección (1) anterior y dentro de los plazos requeridos, impedirá que la persona obtenga la extensión de la Cobertura de Continuación COBRA. Además, de no entregarse a la Oficina del Fondo la notificación escrita dentro de los plazos requeridos, pudiera causar que Empleado Retirado tenga obligación de reembolsar al Fondo los reclamos pagados a nombre de un Dependiente que no sea elegible.

i. Requisitos de Notificación para el Plan.

- (1) A más tardar 14 días después de la fecha en que la Oficina del Fondo reciba una notificación escrita del Beneficiario Calificado, el Plan enviará una notificación escrita al Beneficiario Calificado afectado por el Evento Calificadorio de sus derechos a la cobertura de continuación.

Sin importar el párrafo inmediatamente anterior, la notificación escrita del Plan a un Beneficiario Calificado que sea un cónyuge Dependiente será considerada como una notificación a todos los demás Beneficiarios Calificados que residan con esa persona en el momento en que se haga la notificación.

j. Procedimiento de Elección.

- (1) Un Beneficiario Calificado debe elegir la cobertura de continuación dentro de los 60 días después del último evento entre los siguientes:
 - (a) la fecha en que el Beneficiario Calificado pierda la cobertura bajo el Plan como resultado de un Evento Calificadorio; o
 - (b) la fecha en que el Beneficiario Calificado reciba la notificación de la Cobertura de Continuación COBRA de la Oficina del Fondo.
- (2) La fecha en que se haga una elección por parte del Beneficiario Calificado que sea el cónyuge Dependiente a nombre de cualquier otro Beneficiario Calificado será obligatoria.

Sin embargo, cada Beneficiario Calificado debido al Evento Calificador tiene un derecho independiente de elegir la cobertura COBRA. Si el cónyuge Dependiente no elige la cobertura COBRA no evitará que los demás Beneficiarios Calificados tengan el mismo período de 60 días para elegir o rechazar la cobertura.

k. Tipos de Beneficios que se Proporcionan. Un Beneficiario Calificado recibirá la cobertura de salud de acuerdo al Plan idéntica a la cobertura de salud que tenía en el día anterior al Evento Calificador y que se ofrece a los demás Beneficiarios que no hayan tenido un Evento Calificador.

l. Añadidura de Nuevos Dependientes.

- (1) Si, mientras esté inscrito en la Cobertura de Continuación COBRA, un Beneficiario Calificado se casa, tiene un niño recién nacido, se coloca a un niño con él para su adopción o asume la tutela legal de un niño, podrá inscribir a su nuevo cónyuge o al niño en la cobertura por el resto del período de la Cobertura de Continuación COBRA si lo hace dentro de los 30 días siguientes al nacimiento, matrimonio, colocación para adopción o la tutela legal. Agregar a un hijo o cónyuge podría causar un aumento en la cantidad que debe pagarse por la Cobertura de Continuación COBRA.
- (2) Un Beneficiario Calificado podrá agregar al nuevo cónyuge o hijo a su Cobertura de Continuación COBRA.

ARTÍCULO III. BENEFICIOS PARA LOS EMPLEADOS RETIRADOS Y DEPENDIENTES (NO ELEGIBLES A MEDICARE)

Seccion 1. Beneficios de Hospital

a. Beneficios por Confinamiento en un Hospital Participante

Si una Persona Elegible queda confinada en un Hospital Participante con la aprobación de una Organización de Revisión Profesional, el Fondo pagará con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el 85% de los primeros \$10,000 de la tarifa negociada por contrato del hospital participante en el Plan de Proveedores Preferentes del Fondo y el 100% posteriormente por todos los servicios necesarios incluyendo, pero sin limitación, habitación y alimentos y atención de enfermería rutinaria.

b. Beneficios por Confinamiento en un Hospital No Participante

Si una Persona Elegible queda confinada en un Hospital No Participante con la aprobación de la Organización de Revisión Profesional, el Fondo pagará con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el 65% de los primeros \$10,000 de Cargos Cubiertos para el empleado y el 100% de ahí en adelante.

Para los fines de este Artículo III., Sección 1., “Cargos Cubiertos” se definen como: Cuarto y alimentos y enfermería rutinaria hasta una cantidad igual a la tarifa más baja que cobre un Hospital No Participante por el alojamiento en cuarto semi-privado, o el 80% de la tarifa más baja que se cobre por alojamiento en cuarto privado. Si la Persona Elegible recibe atención en una Unidad de Terapia Intensiva, se pagará el costo completo, en base a la tarifa más baja que se cobre por atención en dicha unidad.

c. Excepciones al Plan de Proveedores Preferentes

- (1) Si una Persona Elegible que no reside dentro del Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes del Fondo queda confinada en un Hospital No Participante con la aprobación de la Organización de Revisión Profesional, el Fondo pagará al Empleado Retirado el 85% de los primeros \$10,000 de Cargos Cubiertos incurridos y el 100% de ahí en adelante.
- (2) Si una Persona Elegible que reside dentro del Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes del Fondo queda confinada en un Hospital No Participante debido a una emergencia grave o que amenace la vida, el Fondo pagará los cargos cubiertos del Empleado Retirado incurridos según se señala en la Subsección c.(1) anterior. Sin embargo, el Fondo pudiera requerir que la Persona Elegible sea transferida a un Hospital Participante con la opinión del doctor de que es médicamente seguro hacer la transferencia.

d. Revisión de Utilización

- (1) Si una Persona Elegible queda confinada en un Hospital de manera electiva o no de emergencia, el Doctor que le atienda deberá obtener una Revisión Previa a la Admisión de parte de la Organización de Revisión Profesional para determinar antes de la

hospitalización la necesidad médica del confinamiento en el Hospital y el número de días pre-autorizados, de ser el caso, que determine la Organización de Revisión Profesional como Médicamente Necesarios para el confinamiento.

- (a) Si el Médico de una Persona Elegible no obtiene la Revisión Previa a la Admisión de parte de la Organización de Revisión Profesional, y la Persona Elegible queda confinada en un Hospital Participante, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el 65% de los primeros \$10,000 de beneficios y el 100% de los beneficios de ahí en adelante.
 - (b) Si el Doctor de una Persona Elegible no obtiene la Revisión Previa a la Admisión de parte de la Organización de Revisión Profesional, y la Persona Elegible queda confinada en un Hospital No Participante, el fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan el 45% de los primeros \$10,000 de beneficios y el 100% de beneficios de ahí en adelante.
 - (c) Si el Doctor de una Persona Elegible no obtiene la Revisión Previa a la Admisión de parte de la Organización de Revisión Profesional, y ésta determina que el confinamiento en un Hospital no es Médicamente Necesario, y sin embargo la Persona Elegible se interna en el Hospital, el Fondo no tendrá obligación de proporcionar beneficios por los servicios o suministros médicos no razonablemente necesarios para la atención o tratamiento de las lesiones corporales o enfermedades.
 - (d) Si el Médico de una Persona Elegible obtiene la Revisión Previa a la Admisión de parte de la Organización de Revisión Profesional y ésta autoriza un número específico de días como Médicamente Necesarios para el confinamiento y la Persona Elegible sin embargo se interna en el Hospital por un número mayor de días que los que autorizó previamente la Organización de Revisión Profesional, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, los beneficios que de otra manera hubiera pagado por el número de días pre-autorizados por la Organización de Revisión Profesional por un confinamiento en un Hospital Participante o No Participante, según se describe en las Subsecciones 1a. y 1b. Sin embargo, el Fondo no tendrá obligación de pagar los servicios o suministros médicos prestados por ningún día que pase de los autorizados por la Organización de Revisión Profesional.
- (2) Si una Persona Elegible queda confinada en un Hospital de una manera electiva y no de emergencia, el Doctor que lo atienda deberá obtener una revisión concurrente de parte de la Organización de Revisión Profesional una vez que la Persona Elegible quede internada en el Hospital, para determinar el número de días autorizados por la Organización de Revisión Profesional como Médicamente Necesarios, o para cualquier cambio en el número de días autorizados como Médicamente Necesarios por la Organización de Revisión Profesional si ya se hizo la Revisión Previa a la Admisión.
- (a) Si una Persona Elegible está internada en un Hospital, y el Doctor que le atiende no obtiene la Revisión Concurrente por parte de la Organización de Revisión Profesional, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, los beneficios reducidos que se describen en la Subsección d.(1)(a) o d.(1)(b) si la Revisión Previa a la Admisión no se llevó a cabo. Además, con el fin de determinar el número de días autorizados como Médicamente Necesarios de no haber Revisiones Previas a la Admisión o Concurrentes, el Fondo solicitará a la Organización de Revisión Profesional que conduzca una Revisión Retrospectiva. Si esta Revisión Retrospectiva determina

que algunos de los días de confinamiento no eran Médicamente Necesarios, el Fondo no estará obligado a proporcionar beneficios por los servicios o suministros médicos que no sean razonablemente necesarios para la lesión o tratamiento de las lesiones corporales o enfermedades por ninguno de los días que pasen de los autorizados por la Revisión Retrospectiva de la Organización de Revisión Profesional.

- (b) Si una Persona Elegible queda confinada en un Hospital y el Doctor que le atiende obtiene una Revisión Concurrente de parte de la Organización de Revisión Profesional que determine un número de días mayor o menor de confinamiento como Médicamente Necesario de lo que se había determinado anteriormente en la Revisión Previa a la Admisión, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, los beneficios que de otra manera hubiera pagado por el número de días determinados por la Organización de Revisión Profesional como Médicamente Necesarios por la Revisión Concurrente para confinamiento en un Hospital Participante o No Participante según se describe en las Subsección 1a. y 1b. Sin embargo el Fondo no quedará obligado a proporcionar beneficios por servicios o suministros médicos no razonablemente necesarios para la atención o tratamiento de lesiones corporales o enfermedades por ningún día que pase de los autorizados por la Revisión Concurrente de la Organización de Revisión Profesional.
- (3) Si una Persona Elegible queda confinada en un Hospital de Emergencia, el Doctor que le atiende deberá obtener una Revisión Concurrente de parte de la Organización de Revisión Profesional una vez que la Persona Elegible haya sido internada en el Hospital para determinar el número de días autorizados por la Organización de Revisión Profesional como Médicamente Necesarios.
- (a) Si una Persona Elegible está confinada en un Hospital Participante y el Doctor que le atiende no obtiene la Revisión Concurrente de parte de la Organización de Revisión Profesional, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el 65% de los primeros \$10,000 de beneficios y el 100% de los beneficios posteriormente. Además, con el fin de determinar el número de días autorizados como Médicamente Necesarios de no haber una Revisión Concurrente, el Fondo solicitará que la Organización de Revisión Profesional conduzca una Revisión Retrospectiva. Si la Revisión Retrospectiva determina que algunos de los días de confinamiento no eran Médicamente Necesarios, el Fondo no quedará obligado a pagar los servicios y suministros médicos proporcionados por ningún día que pase de los autorizados por la Revisión Retrospectiva de la Organización de Revisión Profesional.
 - (b) Si una Persona Elegible queda confinada en un Hospital No Participante y el Doctor que lo atiende no obtiene la Revisión Concurrente de parte de la Organización de Revisión Profesional, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el 45% de los primeros \$10,000 de beneficios y el 100% de beneficios posteriormente. Además, con el fin de determinar el número de días autorizados como Médicamente Necesarios de no haber una Revisión Concurrente, el Fondo solicitará que la Organización de Revisión Profesional conduzca una Revisión Retrospectiva. Si ésta determina que algunos de los días de confinamiento no eran Médicamente Necesarios, el Fondo no quedará obligado a proporcionar beneficios por servicios o suministros médicos que no sean razonablemente necesarios para la atención o tratamiento de las lesiones corporales o enfermedades por ningún día que pase de los autorizados por la Revisión Retrospectiva de la Organización de Revisión Profesional.

e. Limitación

Ningún beneficio es pagadero por un período de confinamiento que se extienda más allá del período aprobado por la Organización de Revisión Profesional o por ningún período de confinamiento que sea solamente para la comodidad de la Persona Elegible.

Sección 2. Beneficios en Centros de Enfermería Especializada

Si una Persona Elegible queda confinada en un Centro de Enfermería Especializada con la aprobación de la Organización de Revisión Profesional, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, al Empleado Retirado el 85% de los primeros \$10,000 y el 100% posteriormente de la cantidad de gastos incurridos por:

- a. Cuarto y alimentación y cargos de enfermería rutinaria hasta una cantidad igual a la tarifa más baja que cobre el Centro de Enfermería Especializada por alojamiento en cuarto semi-privado o el 80% de la tarifa más baja que se cobre por alojamiento en cuarto privado, de utilizarse.

Sección 3. Beneficios Médicos Amplios

- a. **Gasto Cubierto.** El término “Gasto Cubierto” se refiere a los puntos de los gastos médicos descritos en esta Sección que pudieran ser pagaderos de acuerdo a los Beneficios Médicos amplios del Plan con apego a todas las demás disposiciones del Plan.

- b. **Deducible**

- (1) Cada Persona Elegible es responsable de los primeros \$150 de Gastos Cubiertos. Este Deducible es el costo del propio bolsillo por Gastos Cubiertos incurridos durante un Año del Plan antes de que sean pagaderos los Beneficios Médicos Amplios. Cuando un total de \$450 en Gastos Cubiertos en Deducibles haya sido pagado por los familiares cubiertos durante un Año del Plan, el Plan dispensará más Deducibles a esa familia durante el resto del Año del Plan.

- (a) El Deducible no se aplica a los confinamientos en Hospitales Participantes o No Participantes.

- (2) Si un Gasto Cubierto se incurre durante los últimos 3 meses del Año del Plan (diciembre, enero y febrero) y se aplica respecto al Deducible de ese Año del Plan, el gasto se transferirá y se aplicará en contra de la cantidad del Deducible del Año Plan anterior.

- c. **Copago por Visita al Consultorio del Doctor.** Excepto como se señala enseguida, se requiere un copago de \$20.00 por cada visita al consultorio del doctor antes de que sean pagaderos los Beneficios Médicos Amplios. Hay las excepciones siguientes:

- (1) visitas a un quiropráctico;

- (2) visitas en relación con el tratamiento de trastornos mentales o nerviosos;

- (3) visitas por consultas con la referencia de su doctor de atención primaria;

- (4) visitas hechas por una persona elegible que sea elegible para Medicare.

- d. **Copago por Uso de Sala de Emergencia en Hospital.** Si una Persona Elegible tiene gastos en la sala de emergencia de un Hospital, se requerirá un pago de \$25.00 si se utiliza un Hospital Participante o de \$50 si se utiliza un Hospital No Participante antes de que sean

pagaderos los Beneficios Médicos Amplios. El copago se dispensará bajo las siguientes circunstancias:

- (1) la visita a la sala de emergencia tiene como resultado una estadía del paciente en el hospital por toda la noche;
- (2) los servicios de la sala de emergencia se prestan como resultado de una intervención de los paramédicos;
- (3) el paciente es declarado muerto a su llegada o fallece mientras esté recibiendo servicios en la sala de emergencia;
- (4) visitas hechas por una persona elegible que sea elegible para Medicare.

El Copago por la Sala de Emergencia en Hospital es además del Deducible que se describe en la Subsección 3.b. anterior.

- e. **Pago.** Si una Persona Elegible recibe tratamiento terapéutico por una enfermedad o lesión o embarazo, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan los Gastos Cubiertos que se indican enseguida hasta el máximo del Plan de \$750,000. El tratamiento, servicios o suministros deberán ser certificados por un Doctor como requeridos para el tratamiento de la enfermedad, lesión o embarazo.

Si se han pagado los Beneficios Médicos Amplios por una Persona Elegible, una cantidad igual a los beneficios pagados hasta \$2,000 se reinstalará automáticamente en el 1º de marzo de cada Año Plan, pero la cantidad total reinstalada en un Año Plan no podrá aumentar los Beneficios Médicos Amplios pagaderos durante el Año Plan a más de \$750,000.

- (1) Por Gastos Cubiertos incurridos con un Proveedor Participante, el Fondo pagará el 75% de la tarifa negociada del contrato.
- (2) Por Gastos Cubiertos incurridos con un Proveedor No Participante, el Fondo pagará la cantidad menor entre la que realmente sea cobrada o 75% de los Cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UAR).

Excepciones:

- **Centro Quirúrgico Ambulatorio** – Si una Persona Elegible recibe tratamiento en un centro quirúrgico ambulatorio participante, el Plan pagará el 85% de la tarifa negociada. Si una Persona Elegible recibe tratamiento en un centro quirúrgico ambulatorio no participante, el Plan pagará el 65% de los cargos UAR.
- **Hospital** – Si una Persona Elegible se interna en un hospital participante, el Plan pagará el 85% de los primeros \$10,000 de la tarifa negociada y el 100% posteriormente. Si una Persona Elegible se interna en un hospital no participante, el Plan pagará el 65% de los primeros \$10,000 en cargos cubiertos, que se describen en la Sección 1.b. de este Artículo y el 100% posteriormente.
- **Sala de Emergencia de Hospital** – Si una Persona Elegible recibe tratamiento en una sala de emergencias de un hospital participante, el Plan pagará el 90% de la tarifa negociada. Si recibe tratamiento en la sala de emergencias de un hospital no participante, el Plan pagará el 90% de los cargos UAR.
- **Atención de Salud en Casa o en Hospicio** – Si una Persona Elegible recibe servicios ya sea de Atención de Salud en Casa o en Hospicio, el Plan pagará el 90% de los cargos cubiertos.

- Tratamiento de Podiatría – Si una Persona Elegible requiere los servicios de un Podiatra (DPM) si usa los servicios de un Podiatra de la red PPOC, el Plan pagará el 75% de la tarifa negociada. Si no utiliza un Podiatra de la red PPOC, el Plan pagará el 75% de los cargos UAR.

f. Se Incluyen en los Gastos Cubiertos:

- (1) Cargos por servicios médicos o quirúrgicos prestados por un Doctor excepto que:
 - (a) el tratamiento por un quiropráctico se limita al pago máximo de \$10.00 por visita y 12 visitas por Año Plan;
 - (b) los cargos hechos por un quiropráctico por rayos X se limitan a \$65.00 por cada Año Plan
- (2) Cargos por servicios de enfermería de parte de una enfermera graduada registrada o una enfermera vocacional con licencia.
- (3) Cargos hechos por un Hospital o Centro de Enfermería Especializada como se describe en las Subsecciones 1.a., b., y c. y la Sección 2. de este Artículo.
- (4) Cargos hechos por Terapia de Rehabilitación dada por un terapeuta con licencia, que no esté relacionado con la Persona Elegible sanguíneamente o por matrimonio. Los servicios cubiertos incluyen la terapia ocupacional o física activa y progresiva a corto plazo. La terapia del habla se cubre si es para restaurar el habla normal o los defectos disfágicos o al tragar debidos a una enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico.
- (5) Cargos por los siguientes servicios y suministros médicos:
 - (a) Anestesia y su administración
 - (b) Sangre y productos sanguíneos.
 - (c) Vendajes, férulas, yesos quirúrgicos y otros dispositivos para el tratamiento de quemaduras o la reducción de fracturas y dislocaciones.
 - (d) Pruebas de diagnóstico, rayos X y servicios de laboratorio prestados en relación con el tratamiento terapéutico de una Persona Elegible. Los rayos X de parte de un quiropráctico se limitan a \$65.00 por Año Plan.
 - (e) Terapia de radiación.
 - (f) Equipo médico duradero incluyendo pero sin limitación, monitores de apnea, cómodas, camas de hospital, sillas de ruedas eléctricas y manuales, nebulizadores y oxígeno. El equipo médico duradero incluye prótesis, por ejemplo extremidades artificiales, marcapasos o lentes correctivos que se requieran después de una cirugía de cataratas y aparatos ortóticos diseñados para apoyar una parte débil del cuerpo, por ejemplo corsés, abrazaderas para piernas o férulas para las extremidades.
 - (g) Servicio de ambulancia profesional cuando se utilice para transportar a la Persona Elegible pero solamente si la Persona Elegible requiere apoyo paramédico:
 - (i) directamente del lugar en que se lesionó por un accidente o fue afectado por una enfermedad al consultorio de un Doctor; o
 - (ii) de ida y vuelta al Hospital; o

- (iii) por ambulancia aérea con licencia si los cargos no exceden los cargos UAR y si el Fondo determina en base a la ubicación y naturaleza de la enfermedad o lesión que el transporte aéreo es eficaz en costo o médicamente necesario para evitar la posibilidad de complicaciones graves o la pérdida de la vida.
- (h) Terapia intravenosa en consulta externa cuando la autorice un Doctor, para el tratamiento de una enfermedad que de otra manera requeriría hospitalización (la terapia incluye la administración de quimioterapia para el cáncer y cualquier otra medicina que requiera administración bajo la supervisión de un Doctor).
- (6) Cargos hechos por un Centro Quirúrgico Ambulatorio.
- (7) Cargos hechos por la sala de emergencia de un Hospital.
- (8) Cargos hechos por un Hospicio con licencia al ser referido por el Programa de Administración de Casos del Plan.
- (9) Cargos hechos por una Agencia de Salud en Casa con licencia al ser referido por el Programa de Administración de Casos del Plan.
- (10) Cargos hechos por un Doctor por servicios y suministros anticonceptivos, incluso exámenes, inyecciones, implantes y aparatos (excepto diafragmas que estén cubiertos por el Beneficio de Medicinas de Receta, página 80) o por un procedimiento quirúrgico que resulte en la infertilidad voluntaria.
- (11) Cargos en relación con la mastectomía, incluso la reconstrucción del seno en que se hizo la mastectomía, cirugía del otro seno para producir una apariencia simétrica y prótesis y tratamiento de complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.
- (12) Cargos en relación con el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida si el Índice de Masa Corporal de la Persona Elegible es mayor de 35 y complicado por cualquiera de las siguientes condiciones:
 - (a) condiciones cardiopulmonares que amenacen la vida;
 - (b) dificultad para controlar la diabetes melitus o la hipertensión;
 - (c) enfermedad renal de etapa final con diálisis;
 - (d) apnea grave en el sueño documentada por un estudio del sueño realizado por una clínica certificada del sueño;
 - (e) edema grave de las extremidades inferiores con úlceras;
 - (f) enfermedad sintomática degenerativa de las articulaciones que resulte en dificultades para deambular (caminadora, silla de ruedas); o
 - (g) incontinencia por estrés con anomalías ginecológicas.

Solamente uno de los siguientes procedimientos quirúrgicos bariátricos se considerará durante la vida – circunvalación gástrica en Y Roux-en, engrapado o bandas gástricas o circunvalación biliopancreática. Se requiere aprobación previa de parte de un Consultor Médico seleccionado por el Fondo, que incluye una revisión del historial médico de la

persona durante los últimos 2 años, la evaluación de parte de un Dietista Registrado de que la persona está lista y puede cumplir con las restricciones dietéticas posteriores a la cirugía y documentación de intentos fallidos de pérdida de peso usando otras medidas conservadoras.

- (13) Cargos por tratamiento en consulta externa de trastornos mentales o psiquiátricos, incluyendo pero sin limitación, psicoterapia y pruebas psicológicas proporcionadas por un psiquiatra, psicólogo o trabajador clínico social con licencia, hasta el 50% de las tarifas negociadas con proveedores participantes o el 50% de los cargos UAR con proveedores no participantes, sin pasar de 40 visitas en un Año Plan.
- (14) Los gastos en relación con la compra de un aparato de ayuda auditiva recetado por un Doctor, hasta un máximo de \$750 por cada aparato de ayuda auditiva por cada oído una vez cada 36 meses. El Plan pagará los cargos por un prueba del oído después del Copago por Visita al Consultorio del Doctor.
- (15) Cargos de un Dentista por lo siguiente:
 - (a) Tratamiento necesario para aliviar el daño a los dientes quebrados o lesionados como resultado de una lesión corporal accidental (no se hará ningún pago por la reposición de los dientes, en todo o en parte) y
 - (b) Cirugía médicamente necesaria que no esté cubierta por los beneficios dentales del Fondo.

Sección 4. Beneficio de Examen Físico anual

Si un Empleado Retirado o su cónyuge Dependiente recibe un examen físico rutinario de parte de un Doctor, el Plan pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, al Empleado Retirado por Año Plan la cantidad que de hecho se haya cobrado al Empleado Retirado por el examen y por los rayos X y las pruebas de laboratorio:

1. hasta un máximo de \$200 por Empleado Retirado, y
2. hasta un máximo de \$200 por el cónyuge dependiente del Empleado Retirado.

Los hijos dependientes no quedan cubiertos por el Beneficio de Examen Físico Anual.

ARTÍCULO IV

BENEFICIOS DE MEDICINA

Sección 1. Definiciones

- a. **Farmacia bajo Contrato.** El término “Farmacia bajo Contrato” significa una farmacia que tiene contrato para proporcionar servicios de medicinas de receta a las Personas Elegibles.
- b. **Formulario.** El término “Formulario” significa una lista preferente de medicinas de calidad y eficacia en costo establecidas por el Administrador de Beneficios de Farmacia. El uso de medicinas del Formulario tiene como resultado un copago menor. El Formulario incluye tanto medicinas genéricas como de marca; sin embargo, las genéricas tienen un copago menor que las de marca.
- c. **Farmacia Sin Contrato.** El término “Farmacia Sin Contrato” significa una farmacia que no tiene un contrato para proporcionar servicios de recetas de medicina a las Personas Elegibles.
- d. **No del Formulario.** El término “No del Formulario” significa medicinas de marca que no están todavía reconocidas por el Administrador de Beneficios de Farmacia como incluidas en el Formulario. Las medicinas de marca No del Formulario tienen el copago más alto.
- e. **Administrador de Beneficios de Farmacia.** El término “Administrador de Beneficios de Farmacia” significa una organización bajo contrato con el Fondo para administrar los beneficios de medicina para los Empleados y sus Dependientes.
- f. **Farmacia de Especialidades.** El término “Farmacia de Especialidades” significa una farmacia que proporciona medicamentos que pueden ser autoadministrados o administrados en el consultorio del doctor para el tratamiento de enfermedades crónicas o agudas. La Farmacia de Especialidades ofrece servicios para el manejo de medicinas de especialidad incluyendo la capacitación de los farmacólogos y enfermeras en el uso correcto de dichas medicinas. Las medicinas de especialidad a menudo requieren un almacenamiento y manejo especial que no siempre está disponible en una farmacia al menudeo.

Sección 2. Beneficios. Si una Persona Elegible obtiene cualquiera de los artículos enumerados en “Cargos Cubiertos” en la Subsección 3. de este Artículo, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, la cantidad aplicable como se indica enseguida, hasta un máximo de \$7,500 por año calendario:

- a. Si el artículo se obtiene de acuerdo con los procedimientos establecidos en una Farmacia al menudeo bajo Contrato, el Fondo pagará a la Farmacia Bajo Contrato como sigue:
 - (1) por medicinas genéricas, la cantidad de gasto incurrido por el artículo menos un copago de \$10.00 hasta un surtido de 30 días por receta, el cual es pagadero por la Persona Elegible a la Farmacia bajo Contrato;
 - (2) por medicinas de marca del Formulario, la cantidad del gasto incurrido por el artículo menos un copago de \$20.00 hasta por un surtido de 30 días por receta, el cual es pagadero por la Persona Elegible a la Farmacia bajo Contrato.
 - (3) para medicinas de marca que no estén en el formulario, la cantidad de gasto incurrido

por el artículo menos un copago de \$30 hasta por un surtido de 30 días por receta, el cual es pagadero por la Persona Elegible a la Farmacia bajo Contrato.

Si la medicina de receta es una medicina de mantenimiento, es decir, una medicina que la Persona Elegible está tomando para tratar una condición crónica a largo plazo, y la Persona Elegible ha surtido la receta 3 veces en una Farmacia al menudeo bajo Contrato, el copago por el 4º surtido será el doble de los copagos mencionados anteriormente.

- b. Si el artículo es obtenido en una Farmacia que No está bajo Contrato, la Persona Elegible será responsable del pago a la Farmacia que No esté bajo Contrato por el costo total del artículo. La Persona Elegible luego recibirá un reembolso de acuerdo con los beneficios pagaderos en a.(1),(2) o (3) al presentar un reclamo al Administrador de Beneficios de Farmacia.
- c. Si el artículo es obtenido de acuerdo con procedimientos establecidos por medio del servicio por correo de la Farmacia bajo Contrato, el Fondo pagará a la Farmacia bajo Contrato como sigue:
 - (1) por medicinas genéricas, la cantidad de gasto incurrido por el artículo menos un copago de \$20.00 hasta un surtido de 90 días por receta, el cual es pagadero por la Persona Elegible a la Farmacia bajo Contrato;
 - (2) por medicinas de marca del Formulario, la cantidad del gasto incurrido por el artículo menos un copago de \$40.00 hasta por un surtido de 90 días por receta, el cual es pagadero por la Persona Elegible a la Farmacia bajo Contrato.
 - (3) para medicinas de marca que no estén en el formulario, la cantidad de gasto incurrido por el artículo menos un copago de \$60 hasta por un surtido de 90 días por receta, el cual es pagadero por la Persona Elegible a la Farmacia bajo Contrato.

Ya sea que las medicinas de receta se obtengan al menudeo o por medio del servicio por correo, si la Persona Elegible o su Doctor solicitan una medicina de marca cuando esté disponible una genérica, la Persona Elegible será responsable de la diferencia en costo entre la medicina genérica y la de marca, además del pago del copago apropiado.

Sección 3 Cargos Cubiertos. Los Cargos Cubiertos que se incluyen son:

- a. Los cargos de un Farmacólogo con Licencia por Medicinas recetadas por un Doctor con la licencia de ley para administrar o recetar Medicinas.
- b. Cargos hechos por un Farmacólogo con Licencia por insulina o estuche de inyección de insulina.
- c. Cargos hechos por un Doctor con licencia de ley para administrar Medicinas o insulina o estuche de inyección de insulina:
 - (1) que sean suministrados al paciente en el consultorio del Doctor, y
 - (2) por los que se haga un cargo por separado de cualquier otro artículo o gasto.
- d. Cargos hechos por un Hospital por Medicinas o por estuches de inyección de insulina que sean para uso fuera del Hospital en relación con un tratamiento recibido en el Hospital siempre y cuando, con respecto a las Medicinas sean recetadas por un Doctor que tenga la licencia de ley para administrar o recetar las Medicinas.

- e. Cargos hechos por un Farmacólogo con Licencia por preparaciones dermatológicas compuestas recetadas por un Doctor.
- f. Cargos hechos por un Farmacólogo con Licencia por vitaminas terapéuticas, mezclas para la tos, antiácidos, medicinas para los ojos y los oídos recetados por un Doctor para el tratamiento de una enfermedad o queja específica.
- g. Cargos hechos por medicinas inyectables autoadministradas para tratar una condición médica crónica o aguda que puedan ser administradas de manera segura en la casa del paciente. Si la medicina está incluida en la lista de medicinas de especialidad del Plan, que requieren supervisión clínica continua, las medicinas deben obtenerse y ser distribuidas por medio de un programa administrado por Curascript, la Farmacia de Especialidades del Plan. Las medicinas inyectables autoadministradas como la insulina e Imitrex®, no son medicinas de especialidad que requieran ser distribuidas por la Farmacia de Especialidades del Fondo; se pueden obtener en farmacias al menudeo con o sin contrato.
- h. Cargos hechos por un Farmacólogo con Licencia por anticonceptivos que sean recetados por un Doctor.

Sección 4. Exclusiones. No se pagan beneficios por:

- a. Medicinas tomadas o administradas mientras sea paciente de un Hospital.
- b. Medicinas de patente o privadas que no requieran una receta, excepto la insulina.
- c. Aparatos, dispositivos, vendas, lámparas térmicas, abrazaderas o férulas.
- d. Vitaminas múltiples y no terapéuticas, cosméticos, suplementos dietéticos, ayudas de salud y de belleza.
- e. Medicinas inyectables (excepto la insulina y estuches de inyección, o como se proporcionen en relación con la terapia intravenosa en consulta externa como se describe en la Sección 3.f.(5)(h) del Artículo III, o como se señala en la Sección 3.g de este Artículo) y sangre y productos de la sangre.
- f. Medicinas para las cuales hay un reembolso por parte de alguna agencia gubernamental federal, estatal o local.
- g. Cargos por recetas de medicina por un surtido de más de 30 días si se obtienen por medio de una Farmacia al Menudo con contrato o sin contrato, o un surtido de más de 90 días si se obtienen por medio de la Farmacia por Correo con Contrato.

ARTÍCULO V. BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS AL PROGRAMA MEDICARE FEDERAL PARA EMPLEADOS RETIRADOS Y DEPENDIENTES ELEGIBLES A MEDICARE

Sección 1. Beneficios Suplementarios de Hospital

Si una Persona Elegible que es Elegible para Medicare, queda confinada en un Hospital o en un Centro de Enfermería Especializada, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, al Empleado Retirado durante el Período de Beneficios de Medicare la cantidad del Deducible de la Parte A de Medicare más cualquier copago o coseguro por gastos de Hospital del tipo descrito en el Artículo III., Sección 1.

Sección 2. Período de Beneficios de Medicare

Se considerará que todos los confinamientos en Hospital o en Centros de Enfermería Especializada ocurrieron en un Período de Beneficios de Medicare, a menos que la Persona Elegible no haya estado confinada en un Hospital o Centro de Enfermería Especializada por 60 días consecutivos.

Sección 3. Beneficios Médicos Suplementarios

Si una Persona Elegible recibe tratamiento médico, servicios médicos o suministros o servicios de atención de salud en casa del tipo proporcionados por la Parte B de Medicare, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, al Empleado Retirado la cantidad de Deducible de la Parte B de Medicare más la cantidad de los beneficios del Plan pagaderos de acuerdo con el Artículo III., Sección 3.f. que pasen de la cantidad pagadera por Medicare.

Sección 4. Inscripción en Medicare

En el primer día del mes en que una Persona Elegible se haga Elegible a las Partes A y B de Medicare (vea en el Artículo I., Sección 10., una definición de "Elegible a Medicare") la cantidad de los beneficios pagaderos por Medicare se deducirá del pago del Fondo, ya sea que la Persona Elegible se haya inscrito o no en Medicare. En otras palabras, Medicare se convierte en el pagador principal y el Fondo de Fideicomiso se convierte en el pagador secundario.

Si una Persona Elegible no se inscribe en Medicare cuando sea elegible por vez primera pudiera pagar más de su propio bolsillo por la atención médica.

ARTÍCULO VI

EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y REDUCCIONES

Sección 1. Exclusiones

El Fondo no dará beneficios por:

- a. Cualquier lesión corporal accidental que surja de o en el transcurso del empleo de una Persona Elegible o en relación con una enfermedad o dolencia por la cual la Persona elegible tenga derecho a una indemnización de acuerdo con las disposiciones de cualquier ley de Compensación de los Trabajadores o una ley similar.
- b. Cargos incurridos por confinamiento o tratamiento médico que se reciba de un Hospital de la Administración de Veteranos o la atención o tratamiento por medio de una agencia o programa federal, estatal o del gobierno local cuando la atención o tratamiento esté disponible sin ningún costo para la Persona Elegible excepto en la medida en que los beneficios tengan que ser pagados por el Fondo de acuerdo a la ley.
- c. El confinamiento o atención obtenidos en un hospital que sea propiedad o sea operado por una agencia o programa gubernamental federal, estatal o local se excluye a menos que haya un requisito incondicional de que la Persona Elegible pague el confinamiento o atención sin importar cualquier derecho en contra de otros, de un contrato o de otro tipo.
- d. Condiciones causadas o que surjan de un acto de guerra, invasión armada o agresión.
- e. Una condición para la cual la Persona Elegible no esté bajo la atención de un Doctor por un período de confinamiento más allá de lo que apruebe la Organización de Revisión Profesional.
- f. Refracciones de la vista, anteojos y aparatos de ayuda auditiva.
- g. Corte de callos o juanetes; recorte de las uñas de los pies; tratamiento de condiciones crónicas del pie, por ejemplo arcos débiles o caídos, metatarsalgia de los pies planos o pronatos o tensión en los pies.
- h. Servicios para revertir la infertilidad inducida voluntariamente de manera quirúrgica.
- i. Cargos por gastos incurridos fuera de Estados Unidos y de sus Territorios y Posesiones, excepto por Servicios de Emergencia.
- j. Tratamiento por abuso de sustancias.
- k. Cualquier servicio relacionado con la cirugía de los senos a menos que sea en relación con el tratamiento de un absceso, una enfermedad de quistes, tumores (benignos o malignos), o como se señala en el Artículo III. Sección 3.f.(11).
- l. Servicios por suministros de Hospital o médicos en relación con el tratamiento de la obesidad o el control de peso, excepto como se señala en el Artículo III., Sección 3.f.(12).
- m. Servicios o suministros de Hospital o médicos en relación con el tratamiento de un desorden social de agresividad, desórdenes del comportamiento o de la conducta como lo define la Asociación Psiquiátrica Americana.

- n. Cargos por o en relación con el tratamiento de la infertilidad como lo define el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología, incluyendo pero sin limitación, la fertilización in vitro, la inseminación artificial, la cirugía incluyendo el tratamiento para aliviar las adhesiones pélvicas (a menos que se determine ser Medicamento Necesaria), y otros servicios relacionados a la infertilidad.
- o. Cargos por Procedimientos Experimentales o de Investigación.
- p. Lesiones o enfermedades que resulten de la participación o como consecuencia de haber participado en la comisión o comisión intentada de un ataque o felonía.
- q. Gastos por o en relación con la cirugía cosmética, excepto si la cirugía cosmética no es principalmente para fines de belleza, sino que se lleva a cabo para corregir o mejorar una función corporal, una malformación congénita o como lo señala el Artículo III. Sección 3.f.(11).
- r. Tratamiento médico recibido en relación con el embarazo de una Hija Dependiente.
- s. Aparatos dentales, puentes, coronas, tapas u otras prótesis dentales, servicios dentales, extracción de dientes o tratamiento de los dientes o las encías, excepto como se señala específicamente en el Artículo III. Sección 3.f.(15).
- t. Servicios y suministros relacionados a la reasignación del sexo, incluyendo medicinas, implantes, terapia de hormonas, cirugía y atención médica.
- u. Gastos de viaje o transporte, excepto como se señala en el Artículo III. Sección 3.f.(5)(g).
- v. Servicios prestados por una institución que es principalmente una casa de descanso, una casa para ancianos, una casa de enfermería, una casa de convalecencia o cualquier institución de carácter similar que proporcione cuidado de custodia.
- w. Exámenes físicos rutinarios, excepto como se señala en el Artículo III. Sección 4.
- x. Cargos por transporte de ambulancia que es principalmente para la comodidad de la Persona Elegible o transporte de ambulancia por ferrocarril.

Sección 2. Limitaciones

El Fondo no estará obligado a proporcionar beneficios por servicios o suministros médicos que no sean razonablemente necesarios para la atención o tratamiento de lesiones o enfermedades corporales. Además, el Fondo no proporcionará beneficios por servicios, tratamiento o suministros para la atención y tratamiento de lesiones o enfermedades corporales que excedan los cargos UAR o que excedan los cargos que hubieran sido hechos por la atención o tratamiento en ausencia de los beneficios proporcionados por el Fondo.

Sección 3. Coordinación de los Beneficios

Si una Persona Elegible tiene derechos o beneficios de otro Plan de Grupo para gastos de hospital, médicos, dentales u otros de salud para los cuales también este Plan pague beneficios, en tal caso los beneficios proporcionados por este Plan se pagan de acuerdo con las siguientes disposiciones sin pasar del 100% de los cargos UAR que realmente incurra la Persona Elegible.

- a. Si la Persona Elegible es un Empleado Retirado, los beneficios del Fondo se proporcionarán sin ninguna reducción.
- b. Los beneficios de un Plan de Grupo que cubra a la Persona Elegible que no sean como un Dependiente se determinarán antes de los beneficios de un Plan de Grupo que cubra a la persona como Dependiente.
- c. Excepto en los casos de una Persona Elegible por quien se haga un reclamo como hijo Dependiente cuyos padres estén separados o divorciados, los beneficios de un Plan de Grupo que cubra a la Persona Elegible como un Dependiente de un Empleado Retirado cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento, ocurra primero en un año calendario, se determinará antes de los beneficios de un Plan de Grupo que cubra a esa Persona Elegible como Dependiente de un Empleado Retirado cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento, ocurra posteriormente en un año calendario. Si uno de los Planes de Grupo no tiene las disposiciones de esta regla c. con respecto a los Dependientes, que resulte ya sea en que cada Plan de Grupo determine sus beneficios antes del otro o en que cada Plan de Grupo determine sus beneficios después del otro, las disposiciones de este párrafo no se aplicarán, y la regla señalada en el Plan de Grupo que no tiene las disposiciones de este párrafo determinarán el orden de los beneficios.
- d. En el caso de una Persona Elegible por quien se haga un reclamo como hijo Dependiente cuyos padres estén separados o divorciados y el padre con la custodia del niño no se ha vuelto a casar, los beneficios de un Plan de Grupo que cubra al niño como un Dependiente del padre con la custodia del niño se determinarán antes que los beneficios de un Plan de Grupo que cubra al niño como un Dependiente del padre que no tiene la custodia.
- e. En el caso de una Persona Elegible por quien se haga un reclamo como hijo Dependiente cuyos padres estén divorciados y el padre que tenga la custodia del niño se ha vuelto a casar, los beneficios de un Plan de Grupo que cubra al niño como Dependiente del padre con la custodia se determinarán antes que los beneficios de un Plan de Grupo que cubra al niño como Dependiente del padrastro y los beneficios de un Plan de Grupo que cubra al niño como Dependiente del padrastro se determinarán antes que los beneficios de un Plan de Grupo que cubra a ese niño como Dependiente del padre que no tiene la custodia.
- f. En el caso de una Persona Elegible por quien se haga un reclamo como hijo Dependiente cuyos padres estén separados o divorciados, donde haya un decreto del tribunal que de otra manera establecería la responsabilidad financiera para los gastos médicos, dentales y otros gastos de salud con respecto a ese niño, entonces, sin importar lo que dicen los párrafos d. y e. anteriores, los beneficios de un Plan de Grupo que cubra al niño como Dependiente del padre que tiene la responsabilidad financiera se determinarán antes que los beneficios de cualquier otro Plan de Grupo que cubra al niño como un hijo Dependiente.
- g. Cuando las reglas a., b., c., d., e. ó f. no establezcan un orden de la determinación de beneficios, los beneficios de un Plan de Grupo que haya cubierto a la persona por un período más largo se determinarán antes que los beneficios de un Plan de Grupo que haya cubierto a la Persona Elegible por menos tiempo señalándose que:
 - (1) los beneficios de un Plan de Grupo que cubra a la Persona Elegible como un empleado cesado o retirado, o Dependiente de la persona, se determinarán después de los beneficios

de cualquier otro Plan de Grupo que cubra a la persona como empleado, que no sea un empleado cesado o retirado, o Dependiente del Empleado Retirado; y

- (2) si alguno de los Planes de Grupo no tiene una disposición con respecto a los empleados cesados o retirados, que resulte en que cada grupo determine sus beneficios después del otro, en tal caso la disposición (1) anterior no se aplicará.

Para los fines de esta Sección solamente, los términos “empleado cesado” o “empleado retirado” también incluirá a los empleados cubiertos por la ley COBRA.

Sección 4. Coordinación con Medicaid

Los pagos de este Plan por beneficios con respecto a una Persona Elegible se harán en cumplimiento con cualquier asignación de derechos hecha por o a nombre de la Persona Elegible como lo requieren el plan de asistencia médica de California aprobado bajo el Título XIX, Sección 1912(a)(1)(A) de la Ley de Seguridad Social (Medicaid).

Cuando el pago haya sido hecho por el Estado de acuerdo a Medicaid por asistencia médica en cualquier caso en que este Plan tenga una responsabilidad legal de hacer el pago por esa asistencia, el pago de los beneficios se hará de acuerdo con la ley Estatal que establece que el Estado ha adquirido derechos con respecto a una Persona Elegible al pago de esa asistencia, pero en ningún caso, más de un año desde la fecha en que se incurrieron los gastos. El reembolso al Estado, como a cualquier otra entidad que haya hecho un pago por asistencia médica por la cual el Plan tiene responsabilidad legal de hacer el pago, será igual a los beneficios del Plan o la cantidad realmente pagada, lo que sea menos.

ARTÍCULO VII. DISPOSICIONES GENERALES

Sección 1. Pago de los Beneficios

Excepto como se establece en la Subsección 1.a. del Artículo III, todos los beneficios serán pagados por el Fondo al Empleado al ocurrir previa presentación de prueba por escrito, a satisfacción del Fondo, que cubra lo que ocurrió, el carácter y el alcance del evento por el cual se paga un reclamo. (Ver también el Artículo IX)

Sección 2. No se Pueden Enajenar los Beneficios

Los beneficios pagaderos no podrán quedar sujetos de ninguna manera a anticipación, enajenación, venta, transferencia, asignación, prenda, embargo o cargo por ninguna persona. Sin embargo, cualquier Empleado Retirado podrá dar instrucciones para que los beneficios que se le deban pagar a él sean pagados a una institución en la cual él o su Dependiente estén hospitalizados, a cualquier proveedor de servicios médicos o dentales o suministros por esos servicios o suministros o cualquier otra persona o agencia que pudiera haber proporcionado o pagado o haya estado de acuerdo en proporcionar o pagar algún beneficio.

Sección 3. Se Requiere Notificación de los Reclamos

Los beneficios serán pagados por el Fondo solamente si hace una notificación de reclamo dentro de los 90 días de la fecha en que ocurrieron por vez primera los gastos cubiertos a menos que el Empleado Retirado demuestre que no hubiera sido razonablemente posible dar notificación dentro de ese plazo, pero en ningún caso se permitirán los beneficios si la notificación de reclamo se hace más allá de un año en la fecha en que se incurrieron los gastos. (Ver también el Artículo IX.) La prueba de los formularios de reclamo, así como los demás formularios y métodos de administración y procedimientos serán determinados solamente por el Fondo.

Sección 4. Contrarresta y Recuperación

En el caso de que se determine que debido ya sea a un error de hecho o de ley o bajo cualquier otra circunstancia, se ha pagado a un Empleado Retirado más de la cantidad que tiene derecho de acuerdo a los términos del Plan o de acuerdo a la ley, el Consejo podrá contrarrestar y recuperar la cantidad del sobrepago por pagos que se deban o que se lleguen a deber al Empleado Retirado o a su Beneficiario en los plazos y en la medida que el Consejo determine.

Sección 5. Pago en Caso de Incompetencia o Falta de Domicilio

En caso de que el Fondo determine que un Empleado Retirado es incompetente o incapaz de firmar un recibo válido y no se ha nombrado a un tutor, o en el caso de que el Empleado Retirado no haya dado al Fondo un domicilio en el cual se le pueda localizar para el pago, el Fondo podrá pagar, durante la vida del Empleado Retirado, una cantidad que de otra manera sería pagadera al Empleado Retirado, al esposo o esposa o familiar sanguíneo del Empleado Retirado, o a cualquier otra persona o institución que determine el Fondo y tenga derecho a ella equitativamente. En el caso de la muerte del Empleado Retirado y antes de que se paguen las cantidades pagaderas de acuerdo a los Artículos III., IV. y V., el Fondo podrá pagar las cantidades pagaderas a cualquier persona o institución que determine el Fondo y tenga derecho a ella equitativamente. El resto de la cantidad será pagada a uno o más de los siguientes familiares sobrevivientes del Empleado Retirado: cónyuge legal, niño o niños, madre, padre, hermanos o hermanas, o a la herencia

patrimonial del Empleado Retirado, como pudiera designar a su sola discreción el Consejo de Fideicomisarios. Cualquier pago hecho de acuerdo con esa disposición liberará la obligación del Fondo en la medida de tal pago.

Sección 6. Examen Físico o Autopsia

El Fondo, a su propio gasto, tiene el derecho y oportunidad de examinar a cualquier Persona Elegible cuando y con la frecuencia que pudiera razonablemente requerir mientras esté pendiente un reclamo y también el derecho u oportunidad de hacer una autopsia en caso de muerte donde no lo prohíba la ley.

Sección 7. Los Beneficios No son en Lugar del Seguro de Compensación de los Trabajadores

Los beneficios proporcionados por este Fondo no son en lugar de ni afectan cualquier requisito de cobertura de las leyes de Seguro de Compensación de los Trabajadores ni legislaciones similares.

Sección 8. Derechos en Contra de Terceros

Si una Persona Elegible tiene una enfermedad, lesión, dolencia u otra condición por la cual un tercero pudiera ser responsable o legalmente responsable por razón de un acto u omisión, o cobertura de seguro de ese tercero, el Fondo tendrá un gravamen automático sobre cualquier recuperación en contra de terceros por beneficios pagados por el Fondo como resultado de tal enfermedad, lesión, dolencia u otra condición médica. Todas las Personas Elegibles, como una condición que precede su derecho a los beneficios del Fondo, deberán estar de acuerdo por escrito en rembolsar al Fondo cualquier pago hecho por el Fondo a cuenta de gastos de hospital, médicos y otro tipo de gastos en relación o que surjan de esa lesión, enfermedad, dolencia u otra condición médica. El reembolso se hará de los ingresos recibidos por juicio, fallo de arbitraje, liquidación o de alguna otra manera en relación o que surja de cualquier reclamo o derechos a daños por la Persona Elegible en contra de un tercero, su compañía de seguros, aval u otro indemnizante o por razón de tener cobertura como conductor sin seguro o con poco seguro de la Persona Elegible o cualquier otra fuente de recuperación de un tercero. El convenio requerirá que todas las Personas Elegibles prosigan el reclamo de daños diligentemente; que den prioridad al reembolso del Fondo en asignación de los ingresos de cualquier recuperación; que cooperen y ayuden al Fondo a obtener el reembolso de los pagos; que firmen cualquier documento que sea necesario para asegurar el reembolso; y que no participen en ningún acto u omisión que pudiera impedir el reembolso y pudiera contener alguna disposición que el Fondo razonablemente requiera.

Sección 9. Género

Siempre que se utilicen palabras en este Plan en el género masculino, se interpretarán como si también se utilizara el género femenino en todas las situaciones en que esto se aplique; siempre que se utilicen palabras en este plan en singular, se interpretarán como también en la forma plural en todas las situaciones en que esto se aplique, y viceversa.

Sección 10. Rige el Convenio de Fideicomiso

Las disposiciones de estas Reglas y Reglamentos están sujetas y están controladas por las disposiciones del Convenio de Fideicomiso y en caso de que haya un conflicto entre las disposiciones de estas Reglas y Reglamentos y las disposiciones del Convenio de Fideicomiso, regirán las disposiciones del Convenio de Fideicomiso.

ARTÍCULO VIII

LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Sección 1. Definiciones. Las siguientes definiciones regirán en este Artículo:

- a. El término “**Entidad Cubierta**” significa (1) un Plan de Salud; (2) una cámara de información de pagos de salud; o (3) un proveedor de salud que transmite cualquier información de salud en forma electrónica en relación con una Transacción.
- b. El término “**Información de Salud**” significa cualquier información, ya sea oral o registrada en una forma o medio que: (1) es creada o recibida por un proveedor de salud, Plan de Salud, autoridad de salud pública, empleador, compañía de seguros de vida, escuela o universidad, o una cámara de información de salud; y (2) se relaciona a la condición física o mental de salud anterior, presente o futura de una persona; la provisión de atención de salud a una persona; o el pago anterior, presente o futuro por la provisión de atención de salud a una persona.
- c. El término “**Plan de Salud**” significa un plan individual o de un grupo que proporcione o pague el costo de la atención médica (como se define en la Sección 28/79(1)(2) de la Ley PHS, 42 U.S.C. x300gg-91(a)(2)).
- d. El término “**Información de Salud Identificable Individualmente**” significa un subconjunto de Información de Salud, incluyendo información demográfica recogida de una persona, y: (1) es creada o recibida por un proveedor de salud, Plan de Salud, empleador o cámara de información de salud; y (2) se relaciona a la condición de salud física o mental anterior, presente o futura de una persona; la provisión de atención de salud a una persona; o el pago anterior, presente o futuro por la provisión de atención de salud a una persona; y (i) que identifica al individuo; o (ii) existe base razonable para creer que la información podrá usarse para identificar al individuo.
- e. El término “**Función de Administración del Plan**” significa funciones de administración realizadas por el Patrocinador del Plan a nombre del Plan, excluyendo funciones realizadas por el Patrocinador del Plan en relación a cualquier otro beneficio o plan de beneficios del Patrocinador del Plan.
- f. El término “**Información Protegida de Salud**” significa Información de Salud Identificable Individualmente que es transmitida por medios electrónicos, mantenida en cualquier medio descrito en la definición de medios electrónicos de 42 CFR x16.103; o transmitida o mantenida en cualquier otra forma o medio. La Información Protegida de Salud excluye la Información de Salud Identificable Individualmente en: (i) registros Educativos cubiertos por la Ley de Derechos de Educación y Privacidad Familiar, con sus enmiendas, 20 U.S.C. x1232; (ii) registros descritos en 20 U.S.C. x1232g(a)(4)(B)(iv); y (iii) registros de empleo que tenga una Entidad Cubierta en su papel como empleador.
- g. El término “**Información Resumida de Salud**” significa información que (1) resume el historial de reclamos, gastos por reclamos o tipos de reclamos de personas por quienes un patrocinador del plan haya proporcionado beneficios de salud bajo un Plan de Salud; y (2) de los cuales la información descrita en 42 CFR x164.514(b)(2)(i) ha sido retirada.

- h. El término “**Transacción**” significa la transmisión de información entre dos partes para llevar a cabo actividades financieras o administrativas relacionadas a la atención de la salud.

Sección 2. Uso y Divulgación de Información Protegida de Salud:
Pago y Operaciones del Plan

- a. El Plan utilizará Información Protegida de Salud en la medida y de acuerdo con los usos y divulgaciones permitidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés). Específicamente, el Plan usará y divulgará la Información Protegida de Salud para fines relacionados al tratamiento de salud, pago del tratamiento de la salud y operaciones de atención de salud.

“Pago” incluye actividades emprendidas por el Plan para obtener las primas, para determinar o cumplir con su responsabilidad de cobertura y provisión de los beneficios del Plan que se relacionen a que una persona reciba atención de la salud. Las actividades incluyen, pero sin limitación, las siguientes:

- (1) Determinar la elegibilidad, cobertura y cantidades de compartición de costos (por ejemplo, costo de un beneficio, máximo pago del Plan y copagos por el reclamo de una persona),
- (2) Coordinar los beneficios,
- (3) Adjudicar los reclamos de beneficios de salud (incluye apelaciones y disputas de pago),
- (4) Subrogar los reclamos de beneficios de salud,
- (5) Establecer las contribuciones de los empleados,
- (6) Calcular las cantidades de ajuste de riesgo en base a la situación de salud de una persona inscrita y las características demográficas,
- (7) Facturar, cobrar y el procesamiento de datos relacionados a la atención de la salud,
- (8) Manejar los reclamos y el procesamiento de datos relacionados a la atención de la salud, que incluye el pago, auditorías de pago, investigación de resolución de disputas de pago y respuestas a las indagaciones de los participantes con respecto a los pagos,
- (9) Obtener un pago bajo un contrato de reaseguro (incluyendo seguro de contención de pérdidas y pérdidas excesivas)
- (10) Revisar reclamos para ver su necesidad médica, idoneidad de la atención o justificación de los cargos,
- (11) Conducir revisiones de utilización, incluyendo la certificación previa, autorización previa y revisiones concurrentes y retrospectivas,
- (12) Divulgar a las agencias de reporte de consumo información relacionada a la cobranza de primas o reembolso (para los fines del pago, la siguiente Información Protegida de Salud puede divulgarse: nombre y dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social, historial de pagos, número de cuenta y nombre y dirección del proveedor del Plan de Salud), y

(13) Reembolsar al Plan.

b. Las Operaciones de Atención de la Salud incluyen, pero sin limitación, las siguientes actividades:

- (1) Realizar una evaluación de calidad,
- (2) Conducir actividades basadas en la población relacionadas a la mejoría de la salud o la reducción de los costos de la atención de la salud, desarrollo de protocolos, administración de casos y coordinación de la atención, manejo de enfermedades, contacto con los proveedores de salud y los pacientes con información concerniente a las alternativas de tratamiento y funciones relacionadas.
- (3) Calificar los proveedores y desempeño del Plan, incluyendo acreditación, certificación, licencia o actividades relacionadas a las credenciales,
- (4) Asegurar, fijar las primas y otras actividades relacionadas a la creación, renovación o reposición de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud, y la cesión, aseguramiento o colocación de un contrato de reaseguro de riesgo en relación a reclamos de atención de la salud (incluyendo seguro de contención de pérdidas y seguro de pérdidas excesivas),
- (5) Conducir o hacer arreglos para la revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, incluyendo detección de fraudes y abuso y programas de cumplimiento,
- (6) Planificar y desarrollar los negocios, por ejemplo la conducción de manejo de costos y análisis de planificación relacionadas al manejo y operación de la entidad, incluyendo el desarrollo y administración del formulario, desarrollo o mejoría de métodos de pago o de las pólizas de cobertura,
- (7) Manejar y administrar las actividades de la entidad, incluyendo, sin limitación:
 - (a) Implementación y cumplimiento con los requisitos de la Simplificación Administrativa de la ley HIPAA,
 - (b) Servicio a clientes, incluyendo la provisión de análisis de información para los titulares de la póliza, los patrocinadores del Plan u otros clientes,
 - (c) Resolución de quejas internas, y
 - (d) Diligencia debida en relación con la venta o transferencia de bienes a un sucesor en interés potencial, si estos sucesores en Entidad Cubierta, o si después de completar la venta o transferencia, se convertirán en una Entidad Cubierta.
- (8) Cumplir y preparar todos los documentos que requiere la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en el Retiro de 1974 (ERISA), incluyendo el Formulario 5500, SAR, y otros documentos.

Sección 3. Divulgación de la Información Protegida de Salud: Requerida por Ley o Permitida por Autorización

El Plan solamente utilizará y divulgará la Información Protegida de Salud para fines de Tratamiento, Pago y Operaciones; o como lo requiera la ley y como lo permita la

autorización del empleado o beneficiario. El Plan divulgará la Información Protegida de Salud a personas u organizaciones que se identifican en la lista de Miembros del Equipo de Administración del Plan que se enmienda y actualiza de vez en cuando, para los fines relacionados a la administración del Plan.

Sección 4. Uso y Divulgación de la Información Protegida de Salud: Al Patrocinador del Plan

Para los fines de este Artículo, el Consejo de Fideicomisarios del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California es el "Patrocinador del Plan". El Plan divulgará la Información Protegida de Salud al Patrocinador del Plan, solamente previo recibo de una certificación del Patrocinador del Plan, de que las Reglas y Reglamentos del Plan han sido enmendadas para incorporar las siguientes disposiciones. Con respecto a la Información Protegida de Salud, el patrocinador del Plan queda de acuerdo en:

- (1) No utilizar ni divulgar interiormente la información a menos que esté permitido o lo requieran las Reglas y Reglamentos del Plan o como lo requiera la ley,
- (2) Asegurar que todos los agentes, incluyendo los subcontratistas, a quienes el Patrocinador del Plan proporciona la Información Protegida de Salud que recibe del Plan, queden de acuerdo con las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a la Información Protegida de Salud,
- (3) No usar o divulgar la información para acciones y decisiones relacionadas al empleo, a menos que lo autorice la persona,
- (4) No utilizar ni divulgar la información en relación con ningún otro beneficio o plan de beneficios de los empleados del Patrocinador del Plan, a menos que lo autorice la persona,
- (5) Reportar al Plan, si se llega a conocer, cualquier uso o divulgación de la Información Protegida de Salud que no sea consistente con los usos o divulgaciones que señala la ley HIPAA,
- (6) Poner a disposición de la persona la Información Protegida de Salud de acuerdo con los requisitos de acceso de la ley HIPAA,
- (7) Poner disponible la Información Protegida de Salud para su enmienda e incorporar las enmiendas de la Información Protegida de Salud de acuerdo con la ley HIPAA,
- (8) Poner disponible la información que se requiera para proporcionar una contabilidad de las divulgaciones,
- (9) Poner a disposición del Secretario de Salud y Servicios Humanos las prácticas internas, libros y registros en relación al uso y divulgación de la Información Protegida de Salud que se haya recibido del Plan de Salud de Grupo para los fines de determinar el cumplimiento por parte del Plan con la ley HIPAA, y
- (10) Devolver o destruir (de ser factible) toda la Información Protegida de Salud recibida del Plan que el Patrocinador del Plan sigue manteniendo en cualquier forma y no retener ninguna copia de esa información cuando ya no se requiera para los fines por las que se hizo la divulgación. Si la devolución o destrucción no es factible, limitar los usos y divulgaciones ulteriores a los fines que hacen que la devolución o destrucción no sea factible.

Sección 5. Acceso del Personal del Fondo a la Información Protegida de Salud

- a. Deberá mantenerse una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan. Por lo tanto, de acuerdo con la Ley HIPAA, solamente los siguientes empleados o clases de empleados podrán tener acceso a la Información Protegida de Salud:
 - (1) El Administrador del Plan,
 - (2) El personal designado por el Administrador del Plan y que se identifican en la Lista de Miembros del Equipo de Administración del Plan,
 - (3) Las personas descritas en esta Sección solamente podrán tener acceso al uso y divulgación de la Información Protegida de Salud para las Funciones de Administración del Plan que el Patrocinador del Plan desempeñe para el Plan.
- b. Si las personas descritas en esta Sección no cumplen con las disposiciones de este Artículo, el Patrocinador del Plan proporcionará un mecanismo para resolver los problemas de falta de cumplimiento, incluyendo las sanciones disciplinarias.
- c. Para los fines de cumplir con las reglas de privacidad de la ley HIPAA, este Plan es una “Entidad Híbrida” debido a que tiene funciones tanto de Plan de Salud como funciones que no son de Plan de Salud. Las funciones que no son del Plan de Salud incluyen la administración de un beneficio por muerte y desmembramiento accidental para los empleados y dependientes elegibles. El Plan señala que sus componentes de atención de la salud están cubiertos por las reglas de privacidad e incluyen solamente los beneficios de salud y no la demás funciones o beneficios del Plan.

Sección 6. Protección de la Información Protegida de Salud Electrónica por parte del Patrocinador del Plan

El Consejo de Fideicomisarios del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros del Norte de California que es el Patrocinador del Plan:

- (1) Implementa resguardos administrativos, físicos y técnicos que sean razonables y que apropiadamente protegen la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información Protegida de Salud Electrónica que crea, recibe, mantiene, o transmite a nombre del plan de salud;
- (2) Asegura que la separación adecuada que se mencionó en la Sección 5., específica a la Información Protegida de Salud electrónica, está apoyada por medidas de seguridad razonables y apropiadas;
- (3) Asegura que todos los agentes, incluyendo los subcontratistas, a quienes proporcione Información Protegida de Salud Electrónica quedan de acuerdo en implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la Información Protegida de Salud electrónica; y
- (4) Reporta al Plan cualquier incidente de seguridad de que llegue a enterarse concerniente a la Información Protegida de Salud electrónica.

ARTÍCULO IX. PROCEDIMIENTOS DE RECLAMO Y APELACIÓN

Sección 1. Definiciones. Las definiciones siguientes regirán este Artículo:

- a. Una “**Determinación Adversa de Beneficios**” es cualquier negativa, reducción o terminación de un beneficio por no proporcionar o hacer un pago de un beneficio, en todo o en parte, de acuerdo al Plan. Cada uno de los siguientes es un ejemplo de Determinación Adversa de Beneficios:
- (1) un pago de menos del 100% de un reclamo de beneficios (incluyendo las cantidades de coseguro o copago de menos de 100% y cantidades aplicadas al deducible);
 - (2) una negativa, reducción, terminación de un beneficio o no proporcionar o hacer un pago de un beneficio, en todo o en parte, como resultado de una decisión de revisión de utilización;
 - (3) falta de cubrir un punto o servicio debido a que el Plan considera que es experimental, de investigación, no Médicamente Necesario o no médicamente apropiado;
 - (4) una restricción sobre el reembolso de servicios en particular debido a que los servicios están clasificados como tratamiento de una condición mental o nerviosa en lugar de una condición física; y
 - (5) una decisión que niega un beneficio en base a la determinación de que el reclamante no es elegible para participar en el Plan.

Que una farmacia se niegue a surtir una orden de receta a menos que el Participante pague el costo total de la receta, no se considera una Determinación Adversa de Beneficio si el rechazo se basa en las Reglas y Reglamentos del Plan. De modo similar, si un Proveedor Participante (Doctor u Hospital) se rehúsa a prestar servicios a un Participante a menos que éste pague el costo total de los servicios, no se considera una Determinación Adversa de Beneficios si el rechazo de prestar los servicios se basa en las Reglas y Reglamentos del Plan.

- b. Un “**Reclamo**” es una solicitud de un beneficio hecha por un reclamante de acuerdo con los procedimientos razonables del Plan.

Las indagaciones casuales respecto a los beneficios o bajo qué circunstancias pudieran pagarse los beneficios no se consideran Reclamos. Una solicitud de determinación respecto a si una persona es elegible para los beneficios del Plan no se considera un Reclamo. Sin embargo, si un reclamante presenta un reclamo de beneficios específicos y el Reclamo es negado debido a que la persona no es elegible a los beneficios del Plan, la determinación de la cobertura se considera un Reclamo.

La presentación de una orden de receta a una farmacia no constituye un Reclamo si la farmacia sigue las reglas establecidas por el Plan y no tiene ninguna discreción para actuar a nombre del Plan. De manera similar, las interacciones entre los Participantes y los Proveedores del Plan (Doctores y Hospitales) no constituyen Reclamos en casos en que los proveedores no ejercen ninguna discreción a nombre del Plan. Si un Doctor, Hospital o farmacia declina prestar servicios o se rehúsa a surtir una receta a menos que el Empleado pague el costo total, el Participante podrá presentar un Reclamo Posterior al Servicio por los servicios o receta, como se describe posteriormente en los Procedimientos de Reclamo.

Una solicitud de certificación previa o de autorización previa de un beneficio que no requiere certificación previa o autorización previa de parte del Plan no se considera Reclamo. Sin embargo, las solicitudes de certificación previa o autorización previa de un beneficio en que el Plan sí requiere la certificación previa o la autorización previa se consideran Reclamos y deberán presentarse como Reclamos Previos al Servicio (o Reclamos de Atención de Urgencia, de ser aplicable), como se describe luego en Procedimientos de Reclamo.

- c. Un **“Reclamo Concurrente”** es un Reclamo que se reconsidera después de que se haya dado una aprobación inicial y que resulte en una reducción, terminación o prórroga de un beneficio.
- d. Un **“Reclamo Posterior al Servicio”** es un Reclamo de beneficios que no es Previo al Servicio, de Atención de Urgencia o Concurrente.
- e. Un **“Reclamo Previo al Servicio”** es un Reclamo por un beneficio que requiere certificación previa o autorización previa de parte del Plan antes de que se obtenga la atención médica.
- f. **“Documentos Relevantes”** incluyen los documentos pertinentes a un Reclamo si se apoyaron en ellos para tomar la determinación de beneficios, fueron presentados, considerados o generados en el curso de tomar una determinación de beneficios, demuestran cumplimiento con los procesos y resguardos administrativos que requieren las regulaciones o constituyen la política o guía del Plan con respecto a la opción de beneficio de tratamiento negado. Los Documentos Relevantes también pudieran incluir reglas del Plan, protocolos, criterios, tablas de tarifas, tablas de cargos o listas de verificación y procedimientos administrativos que demuestran que las reglas del Plan se aplicaron apropiadamente a un Reclamo.
- g. Un **“Reclamo de Atención de Urgencia”** es un Reclamo de atención o tratamiento médico que, si se aplicaran las normas de los Reclamos Previos al Servicio, pondrían seriamente en peligro la vida o la salud de un Participante o su capacidad de volver a obtener la función máxima o, en la opinión de un Doctor con conocimiento de la condición médica del Participante, harían que el Participante quedara sujeto a dolor grave que no podría manejarse adecuadamente sin la atención o tratamiento que es sujeto del Reclamo.

Sección 2. Procedimientos de Reclamo

a. Reclamos Previos al Servicio

Un Reclamo Previo al Servicio es un Reclamo de un beneficio que requiere certificación previa o autorización previa del Plan antes de obtenerse la atención médica. Todas las hospitalizaciones electivas que no son de emergencia requieren certificación previa (Revisión Previa a la Admisión). Por lo tanto, la certificación previa de una Hospitalización electiva que no es de emergencia se trata como un Reclamo Previo al Servicio. Deben hacerse arreglos para los Reclamos Previos al Servicio para certificación previa de Hospitalizaciones llamando a Blue Cross.

El Plan requiere autorización previa para varios servicios y recetas de medicina como se describe en este folleto. Los Reclamos Previos al Servicio para autorización previa de estos servicios y las medicinas de receta deben presentarse llamando a Blue Cross o a Prescription Solutions.

Si un Reclamo Previo al Servicio se presenta correctamente, se notificará al reclamante de una decisión dentro de los 15 días del recibo del Reclamo. Si se necesita tiempo adicional, el tiempo de respuesta pudiera prorrogarse hasta 15 días de ser necesario debido a asuntos fuera del control del Plan. Se notificará al reclamante de las circunstancias que requieren la

prórroga y la fecha en que el Plan espera que la decisión esté disponible.

Si es necesaria una prórroga debido a que el Plan requiere información adicional del reclamante, se notificará al reclamante por escrito, antes del final del período inicial de 15 días de la información que se requiere. El reclamante tendrá 45 días desde el recibo de la notificación para entregar la información adicional. Si la información no se entrega dentro de 45 días, el Reclamo será negado. Durante el período en que se permita al reclamante entregar la información adicional, el plazo límite normal para tomar una decisión sobre el Reclamo se suspenderá a partir de la fecha de la notificación de prórroga hasta ya sea 45 días o la fecha en que el reclamante responda a la solicitud (lo que ocurra primero). El Plan luego tendrá 15 días para tomar una decisión sobre el Reclamo y notificar al reclamante de la determinación.

Si un reclamante presenta indebidamente un Reclamo Previo al Servicio al Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros, el Fondo de Fideicomiso o Blue Cross notificará al reclamante lo antes posible pero no más tarde que 5 días después del recibo del reclamo de los procedimientos correctos a seguir al presentar un Reclamo. El reclamante sólo recibirá notificación de un reclamo previo al servicio presentado incorrectamente si el Reclamo incluye (i) el nombre del paciente, (ii) la condición médica o síntoma específico del paciente, y (iii) el tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita la aprobación. A menos que el reclamo se presente nuevamente de manera correcta, no constituirá un Reclamo.

b. Reclamos de Atención de Urgencia

Un Reclamo de Atención de Urgencia es un Reclamo de un beneficio para el cual el Plan requiere certificación previa o autorización previa antes de que se obtenga la atención médica y, si se aplicaran las normas normales Previas al Servicio, la vida o la salud del Participante se pondría en peligro gravemente.

El Plan determinará si un Reclamo es un Reclamo de Atención de Urgencia aplicando el juicio de una persona laica prudente que posea un conocimiento promedio de la salud y medicina. De manera alterna, si un Doctor con conocimiento de la condición médica del paciente determina que el Reclamo es un Reclamo de Atención de Urgencia y notifica al Plan de ello, se tratará como un Reclamo de Atención de Urgencia.

Los Reclamos de Atención de Urgencia, que pudieran incluir certificaciones previas (Revisión Previa a la Admisión) de una Hospitalización y autorizaciones previas de varios servicios y recetas de medicina, deberán presentarse de la misma manera que los Reclamos Previos al Servicio llamando a Blue Cross o a Prescription Solutions.

Para los Reclamos de Atención de Urgencia correctamente presentados, el Plan responderá al reclamante con una determinación por teléfono lo antes posible, tomando en consideración las exigencias médicas, pero no más tarde que 72 horas después del recibo del Reclamo. La determinación también se confirmará por escrito.

Si se recibe un Reclamo de Atención de Urgencia sin la suficiente información para determinar si los beneficios están cubiertos o son pagaderos, o en qué medida, el Plan notificará al reclamante lo antes posible, pero no más tarde que 24 horas después del recibo del Reclamo, de la información específica necesaria para completar el Reclamo. El reclamante deberá entregar la información especificada dentro de 48 horas. Si la información no se entrega dentro de 48 horas, el Reclamo será negado.

Durante el período en que se permita al reclamante entregar la información adicional, el plazo límite normal para tomar una decisión sobre el reclamo se suspenderá a partir de la fecha de notificación de prórroga hasta ya sea 48 horas o la fecha en que el reclamante responda a la solicitud, lo que ocurra primero. La notificación de la decisión será proporcionada no más tarde que 48 horas después de que se reciba la información especificada o el final del período de 48 horas que se da al reclamante para entregar la información, lo que ocurra primero.

Si un reclamante presenta indebidamente un Reclamo de Atención de Urgencia al Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros, el Fondo de Fideicomiso o Blue Cross notificará al reclamante lo antes posible pero no más tarde que 24 horas después del recibo del reclamo, de los procedimientos correctos a seguirse al presentar un Reclamo de Atención de Urgencia. El reclamante sólo recibirá notificación de un Reclamo de Atención de Urgencia presentado incorrectamente si el reclamo incluye (i) el nombre del paciente, (ii) la condición médica o síntoma específico del paciente, y (iii) el tratamiento, servicio o producto específico por el que se solicita la aprobación. A menos que el reclamo se presente de nuevo correctamente, no constituirá un Reclamo.

c. Reclamos Concurrentes

Una reconsideración de un beneficio con respecto a un reclamo concurrente que involucre la terminación o reducción de un beneficio previamente aprobado (que no sea debido a la enmienda o terminación del Plan) será hecha por el Plan lo antes posible. En todos los casos, se dará al Participante el tiempo suficiente para solicitar una apelación y para que se decida la apelación antes que el beneficio se reduzca o se termine.

Cualquier solicitud de un reclamante de prorrogar un Reclamo de Atención de Urgencia será decidido por el Plan dentro de las 24 horas del recibo del Reclamo, siempre y cuando el Reclamo se reciba al menos 24 horas antes del vencimiento del Reclamo de Atención de Urgencia aprobado. Una solicitud de extender el tratamiento aprobado que no involucre un Reclamo de Atención de Urgencia se decidirá de acuerdo con las guías de los reclamos Previos al Servicio o Posteriores al Servicio, como corresponda.

d. Reclamos Posteriores al Servicio

Un Reclamo Posterior al Servicio deberá presentarse a la Oficina del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros por escrito, utilizando el formulario de reclamo correcto, dentro de 180 días después de que se tengan los gastos. Se podrá obtener un formulario de reclamo poniéndose en contacto con el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros. Si no se presenta un Reclamo Posterior al Servicio dentro del tiempo que se requiere esto no invalidará ni reducirá ningún Reclamo si no fue razonablemente posible presentar el Reclamo dentro del tiempo requerido. Sin embargo, en ese caso, el Reclamo deberá presentarse tan pronto como será razonablemente posible.

El formulario de reclamo deberá completarse por completo en las cuentas pormenorizadas al juntarse el formulario de reclamo con el fin de que la solicitud de beneficios sea considerada un Reclamo. El formulario de reclamo y/o las cuentas pormenorizadas, deberán incluir la información siguiente para que la solicitud se considere un Reclamo:

- Nombre del paciente
- Fecha del servicio
- Tipo de servicio o código CPT-4 (el código por servicios de los doctores y otros servicios de salud que se encuentra en la Terminología de Procedimientos Actual, Cuarta Edición, que mantiene y distribuye la Asociación Médica Americana)
- Diagnóstico o código ICD-9 (el código de diagnóstico que se encuentra en la Clasificación

Internacional de Enfermedades, 9ª Edición, Modificación Clínica que mantiene y distribuye el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos)

- Cargos facturados
- Número de unidades (por anestesia y ciertos otros reclamos)
- Número de identificación federal como causante de impuestos (TIN) del proveedor
- Nombre del proveedor que factura y domicilio

Un Reclamo Posterior al Servicio se considera presentado al recibir el Reclamo el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros. Ordinariamente, se notifica a los reclamantes de las decisiones sobre los Reclamos Posteriores al Servicios dentro de 30 días a partir del recibo del Reclamo de parte del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros. El Plan podrá prorrogar este período una vez hasta 15 días si la prórroga es necesaria debido a asuntos más allá del control del Plan. Si es necesaria una prórroga, se notificará al reclamante antes del final del período inicial de 30 días, de las circunstancias que la requieren y de la fecha para la cual el Plan espera que esté disponible una decisión.

Si se requiere una prórroga debido a que el Plan necesita información adicional del reclamante, el Plan expedirá una Solicitud de Información Adicional que especifique la información necesaria. El reclamante tendrá 45 días desde el recibo de la notificación para suministrar la información adicional. Si la información no es entregada dentro de ese período, el Reclamo será negado. Durante el período de 45 días que se dan al reclamante para entregar la información adicional, el plazo límite normal para tomar una decisión sobre el Reclamo se suspenderá. La fecha límite se suspende a partir de la fecha de la Solicitud de Información Adicional hasta ya sea 45 días o hasta la fecha en que el reclamante responda a la solicitud, lo que ocurra primero. El Plan tiene luego 15 días para tomar una decisión sobre el Reclamo y notificará al reclamante de la determinación.

Si el Plan determina que se requiere información adicional del reclamante, podrá expedir una Solicitud de Información Adicional y una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios combinadas. La Determinación de Notificación Adversa de Beneficios sería aplicable sólo si el reclamante no entrega ninguna información dentro de 45 días. En este caso, el Plan no expediría una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios separada si el reclamante no presenta ninguna información dentro de 45 días. La notificación combinada señalará claramente que el Reclamo será negado si el reclamante no presenta ninguna información en respuesta a la solicitud del Plan y cumplirá los requisitos de contenido tanto de la Solicitud de Información Adicional y de la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios. Cuando se utilice la notificación combinada, el plazo para apelar la Determinación Adversa de Beneficios empieza a correr al final del período de 45 días señalado en la notificación combinada para presentar la información solicitada.

e. Representantes Autorizados

Un representante autorizado, por ejemplo el cónyuge o un hijo adulto, podrá presentar un Reclamo o una apelación a nombre del Participante si éste previamente designó a la persona para actuar a nombre suyo. Un formulario de Nombramiento de Representante Autorizado, que se puede obtener del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros, deberá utilizarse para designar a un representante autorizado. El Fondo de Fideicomiso de los Obreros podrá solicitar información adicional para verificar que la persona designada está autorizada para actuar a nombre del Participante.

Un profesional de atención de la salud con conocimiento de la condición médica del Participante podrá actuar como representante autorizado en relación con un Reclamo de Atención de Urgencia sin que el Participante tenga que completar el formulario de

Nombramiento de Representante Autorizado.

f. Notificación Inicial de Determinación de Beneficios

Se dará al reclamante una notificación escrita de la determinación inicial de beneficios. Si la determinación es una Determinación Adversa de Beneficios, la notificación incluirá:

- las razones específicas de la determinación
- referencia a las disposiciones específicas del Plan en que se basó la determinación
- una descripción de cualquier material o información adicional que se necesite para completar su reclamo y una explicación de porqué se necesita ese material o información
- una descripción de los procedimientos de apelación y los límites de tiempo aplicables
- una declaración de su derecho a presentar una acción civil de acuerdo a la Sección 502(a) de la ley ERISA después de una determinación adversa de beneficios en revisión
- si se apoyaron en alguna guía o protocolo interno al decidir su reclamo se le avisará que está disponible una copia previa solicitud por escrito, sin cargo alguno.
- si la determinación adversa de beneficios se tomó debido a que el tratamiento o el servicio no era médicamente necesario o era experimental o de investigación o alguna otra exclusión similar, usted recibirá una declaración que tiene a su disposición previa solicitud y sin cargo alguno una explicación del juicio científico o clínico de la determinación.
- en el caso de Reclamos de Atención de Urgencia, una descripción del proceso de revisión expeditada que se aplica a los Reclamos de Atención de Urgencia. (En el caso de Reclamos de Atención de Urgencia, la determinación puede darse verbalmente, seguida de una notificación por escrito).

Sección 3. Procedimientos de Apelación

a. Apelación de una Determinación Adversa de Beneficios

Si un Reclamo es negado en todo o en parte, o si el reclamante no está de acuerdo con la decisión tomada sobre un Reclamo, el reclamante podrá apelar la decisión.

(1) Reclamos Previos al Servicio

Las Apelaciones de Determinaciones Adversas de Beneficios con respecto a Reclamos Previos al Servicio deberán ser hechos llamando por teléfono a Blue Cross dentro de 180 días después del recibo de la Notificación de la Determinación Adversa de Beneficios.

(2) Reclamos de Atención de Urgencia.

Las Apelaciones de las Determinaciones Adversas de Beneficios con respecto a Reclamos de Atención de Urgencia deberán hacerse llamando por teléfono a Blue Cross dentro de los 180 días después del recibo de la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios de parte de Blue Cross o escribiendo al Fondo de Fideicomiso dentro de los 180 días después del recibo de la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios de parte del Fondo de Fideicomiso. Si una apelación se presenta dentro de las 72 horas del recibo de la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios de parte del Fondo de Fideicomiso, se podrá hacer oralmente llamando al Fondo de Fideicomiso.

(3) Reclamos Concurrentes.

Las Apelaciones de las Determinaciones Adversas de Beneficios con respecto a los Reclamos Concurrentes deberán hacerse llamando por teléfono a Blue Cross si Blue Cross expidió la Determinación Adversa de Beneficios. Para un Reclamo Concurrente que implique la terminación o reducción de atención previamente aprobada, no hay un marco fijo de tiempo para la apelación; sin embargo, la apelación deberá completarse

antes de que se termine o se reduzca la atención. En el caso de un Reclamo de Atención Concurrente respecto a una extensión de la atención, el plazo de la apelación será el plazo para los Servicios Urgentes, Previos al Servicio o Posteriores al Servicio, dependiendo de la categoría que se aplique a la apelación.

(4) Reclamos Posteriores al Servicio

La apelación de un Reclamo Posterior al Servicio deberá presentarse por escrito al Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros dentro de los 180 días siguientes al recibo de la Notificación de la Determinación Adversa de Beneficios y deberá incluir:

- el nombre y dirección del paciente;
- el nombre y dirección del reclamante, de ser diferente;
- una declaración de que se trata de una apelación de una decisión por parte del Consejo de Fideicomisarios;
- la fecha de la Determinación Adversa de Beneficios; y
- la base de la apelación, es decir, las razones por las que el Reclamo no debiera haber sido negado.

b. El Proceso de Apelación

El reclamante deberá tener la oportunidad de presentar comentarios escritos, documentos y demás información para consideración durante la apelación, incluso si la información fue presentada o considerada como parte de la determinación inicial de beneficios. Se dará al reclamante previa solicitud y sin cargo alguno, un acceso razonable y copias de todos los Documentos Relevantes pertinentes a su Reclamo.

Una persona diferente a la persona que originalmente tomó la Determinación Adversa de Beneficios inicial sobre el Reclamo revisará la apelación. El revisor no dará ninguna deferencia a la Determinación Adversa de Beneficios inicial. La decisión se hará en base al expediente, incluyendo los documentos y comentarios adicionales que pudieran haber sido presentados por el reclamante.

Si el Reclamo fue negado en base al juicio médico (por ejemplo la determinación de que el tratamiento o servicio no era Médicamente Necesario o que era de investigación o experimental), un profesional de la salud que tenga la capacitación y experiencia apropiada en un campo relevante a la medicina será consultado. Previa solicitud, se dará al reclamante la identificación del consultor o asesor médico, de haberlo, que asesoró respecto al Reclamo, sin importar si se apoyaron en esa asesoría para decidir el Reclamo.

c. Plazos para Enviar las Notificaciones de Determinación de Apelación

(1) Reclamos Previos al Servicio

La notificación de la determinación de apelación para Reclamos Previos al Servicio será enviada dentro de 30 días del recibo de la Apelación por parte del Plan.

(2) Reclamos de Atención de Urgencia

La notificación de la determinación de apelación por Reclamos de Atención de Urgencia será enviada dentro de 72 horas del recibo de la apelación por parte del Plan.

(3) Reclamos Concurrentes

La notificación de la determinación de apelación de un Reclamo Concurrente que implique una terminación o reducción de atención previamente aprobada será enviada al Plan

antes de que la atención se termine o se reduzca. La notificación de la determinación de apelación de un Reclamo Concurrente que involucre una extensión de la atención será enviada por parte del Plan en base a los plazos para los Reclamos Urgentes, Previos al Servicio o Posteriores al Servicio dependiendo del tipo de reclamo que se aplique a la apelación.

(4) Reclamos Posteriores al Servicio

Las decisiones sobre apelaciones que impliquen Reclamos Posteriores al Servicio serán hechas por los Fideicomisarios no más tarde que la fecha de la junta trimestral del Consejo de Fideicomisarios que inmediatamente siga al recibo de la solicitud de revisión, a menos que la solicitud de revisión se presente dentro de los 30 días anteriores a la fecha de la junta. En tal caso, la decisión se tomará no más tarde que la fecha de la segunda junta después del recibo de la solicitud de revisión. Si circunstancias especiales requieren una extensión mayor de tiempo para el procesamiento, la decisión se tomará no más tarde que la tercera junta después del recibo de la solicitud de revisión. El Consejo de Fideicomisarios dará al reclamante una notificación escrita de la extensión, describiendo las circunstancias especiales y la fecha para la cual se tomará la determinación de beneficios, antes de que se inicie la extensión. El Consejo de Fideicomisarios notificará al reclamante de la determinación de beneficios lo antes posible, pero no más tarde que 5 días después de que se haga la determinación de beneficios.

d. Contenido de las Notificaciones de Determinación de una Apelación

La determinación de una apelación se entregará al reclamante por escrito. La notificación de una negativa en apelación incluirá:

- las razones específicas de la determinación;
- referencia a las disposiciones específicas del Plan en que se basó la determinación;
- una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir un acceso razonable y copias de todos los documentos relevantes al Reclamo, previa solicitud y sin cargo alguno;
- una declaración del derecho del reclamante de presentar una acción civil bajo la Sección 502(a) de la ley ERISA después de una determinación adversa de beneficios en apelación;
- si se apoyaron en una regla interna, guía de protocolo, una declaración de que una copia está disponible previa solicitud sin cargo alguno; y
- si la determinación se basó en necesidad médica, o debido a que el tratamiento era experimental o de investigación, o alguna otra exclusión similar, una declaración de que una explicación del juicio científico o clínico de la determinación está disponible previa solicitud sin cargo alguno.

Sección 4. Cuándo Puede Iniciarse una Demanda

El reclamante no podrá iniciar una demanda para obtener beneficios sino hasta que el reclamante haya solicitado una apelación y se haya llegado a una decisión final, o hasta que el plazo apropiado descrito anteriormente se haya reducido desde que el reclamante presentó una solicitud de revisión y no haya recibido una decisión final o notificación de que será necesaria una extensión para llegar a una decisión final. Si el reclamante no queda satisfecho con la decisión final, tiene el derecho de presentar una acción civil para obtener los beneficios de acuerdo a la Sección 502 de la ley ERISA.

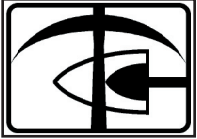
ARTICULO X. ENMIENDA Y CANCELACIÓN

Para que el Fondo pueda llevar a cabo sus obligaciones de mantener, dentro de los límites de sus recursos, un programa dedicado a proporcionar los beneficios máximos posibles a todos los Empleados Retirados, el Consejo de Fideicomisarios expresamente se reserva el derecho, a su sola discreción, en cualquier momento y de manera que no sea discriminatoria:

- a. cancelar o enmendar cualquier cantidad o condición con respecto a cualquier beneficio a pesar de que esa terminación o enmienda afecte a reclamos que ya se hayan acumulado; y
- b. alterar o posponer el método de pago de cualquier beneficio; y
- c. enmendar o rescindir cualquier disposición de estas Reglas y Reglamentos.

ARTICULO XI. ACLARACIÓN

Ninguno de los beneficios proporcionados en estas Reglas y Reglamentos están asegurados por ningún contrato de seguro y no hay ninguna responsabilidad de parte del Consejo de Fideicomisarios ni de ningún individuo o entidad de proporcionar un pago que pase de las cantidades cobradas por el Fondo de Fideicomiso y que estén disponibles para ese fin.



**LABORERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR NORTHERN CALIFORNIA**
220 Campus Lane • Fairfield, California 94534-1498