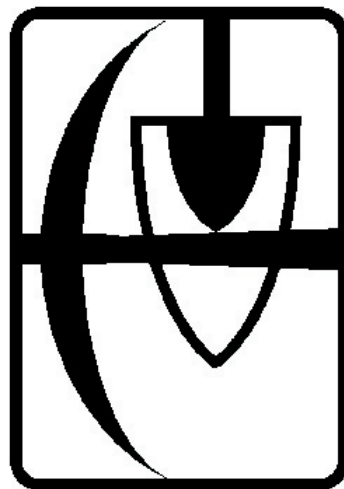


**FONDO FIDEICOMISO
DE SALUD Y BIENESTAR
DEL NORTE DE CALIFORNIA**



**PLAN ESPECIAL III
Y BENEFICIOS OPCIONALES DE
LOS EMPLEADOS ACTIVOS**

MARZO 2006

**FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR
DEL 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
Mike Muesing
Oscar De La Torre
Ray Recinos

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 Especial III

A Todos los Empleados 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 y por muerte que están a disposición de todos los Empleados, 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 su familia, 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 o 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 2006

Contenido

Elegibilidad	6
Elegibilidad Inicial y Continua	6
Sus Dependientes Elegibles	7
Orden Calificada de Sostén Médico de un Niño (QMCSO)	7
Inscripción en los Beneficios	7
Cuándo Termina la Elegibilidad del Empleado	7
Cuándo Termina la Elegibilidad de sus Dependientes	7
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
Extensión de la Cobertura COBRA en Casos de Incapacidad	10
Extensión de la Cobertura COBRA al Ocurrir un Segundo Evento Calificatorio	10
Efecto del Derecho a Medicare Antes de la Terminación del Empleo o la Reducción de las Horas	10
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
Cómo Obtener 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	14
Añadidura de Nuevos Dependientes	14
Cambio de Planes Médicos Bajo COBRA	14
Terminación de la Cobertura de Continuación COBRA	15
Cobertura Posterior a COBRA en un Plan HMO	15
Conversión a una Cobertura Individual	16
Más Información sobre las Opciones HMO	16
Mantenga Notificada a la Oficina del Fondo	16
Beneficios Dentales y Ópticos Opcionales	17
Delta Dental of California	17
DeltaCare	17
Bright Now!	18
Pacific Union Dental	18
Vision Service Plan	18
Solución de Quejas con Proveedores Dentales y Ópticos	18
Programa de Asistencia para los Empleados (EAP)	19
Beneficios por Muerte	20
Beneficio por Muerte del Empleado	20
Beneficios por Muerte Durante una Incapacidad Total	20
Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental del Empleado	20
Nombramiento de su Beneficiario	21

Beneficio por Muerte de un Dependiente.....	21
Beneficiario del Beneficio por Muerte de un Dependiente	21
Extensión del Beneficio por Muerte de un Dependiente	21
Selección de Plan Médico	22
Plan de Pago Directo del Fondo	22
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.....	22
Cuándo Puede Cambiar Planes.....	23
Tabla de Beneficios – Plan de Pago Directo	24
Beneficios de Hospital y Médicos	26
Beneficios de Hospital.....	26
Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes	26
Beneficios para Residentes del Área	27
Beneficios para Residentes de Fuera del Área	27
Beneficios en Institución de Enfermería Especializada (SNF).....	27
Número Máximo de Días Combinados en un Hospital o Institución de Enfermería Especializada	27
Período de Incapacidad	28
Limitaciones de los Beneficios en Hospital e Institución de Enfermería Especializada	28
Revisión de Utilización	28
Revisión de Utilización de Hospitalizaciones Electivas que No Son de Emergencia.....	28
Revisión de Utilización de Hospitalizaciones de Emergencia	29
Costos del Propio Bolsillo por No Cumplir con la Revisión de Utilización.....	29
Beneficios que Exige la Ley	30
Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Mamás.....	30
Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres	30
Beneficios Médicos Amplios.....	30
Pagos	30
Beneficio Máximo de por Vida.....	31
Deducible del Año Plan	31
Copago por Visita al Consultorio del Doctor.....	32
Copago por Sala de Emergencia en Hospital	32
Pago Máximo del Propio Bolsillo	32
Gastos Cubiertos.....	32
Programa de Administración de Casos	35
Beneficio de Examen Físico Anual.....	35
Beneficio de Recetas de Medicina.....	36
Al Menudeo	36
Servicio por Correo	37
Beneficios de Tratamiento de Abuso de Substancias	38
Beneficio para Adultos Hospitalizados	38
Beneficio para Adolescentes Hospitalizados	38
Curso de Tratamiento.....	38
Beneficios en Consulta Externa para Adultos y Adolescentes	39
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
Tiempo 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 mi 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 la Información de Salud de Usted 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 por Muerte de Empleados	75
Artículo IV Beneficios por Muerte de Dependientes de Empleados	78
Artículo V Beneficios de Hospital y Médicos	79
Artículo VI Beneficios de Medicinas	88
Artículo VII Beneficios de Salud de la Conducta	91
Artículo VIII Información Protegida de Salud por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud	92
Artículo IX Exclusiones, Limitaciones y Reducciones	97
Artículo X Disposiciones Generales	101
Artículo XI Procedimientos de Reclamo y Apelación	103
Artículo XII Enmienda y Cancelación	111
Artículo XIII Aclaración	112
Apéndice 1 – Beneficios Dentales Opcionales	113
Apéndice 2 – Beneficios Ópticos Opcionales	114

Elegibilidad

Elegibilidad Inicial y Continua

(Artículo II, Subsecciones 2.a.(1) y (2), página 69)

Usted es elegible para la cobertura del Plan Especial III durante cualquier mes por el que su Empleador Especial haga una contribución al Fondo a nombre de usted. Su Empleador Especial tiene obligación de hacer una contribución mensual al Fondo si usted estuvo en la nómina del Empleador Especial durante el mes anterior (Consulte el Artículo II, Sección 1.a., página 69 para ver la definición de “Empleador Especial”).

Sus dependientes son elegibles durante cualquier mes en que usted sea elegible para la cobertura del Plan Especial III.

Sus Dependientes Elegibles

(Artículo I, Sección 7, página 64)

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 64)

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.

Cuándo Termina la Elegibilidad del Empleado

(Artículo II, Subsección 2.b.(1), página 69)

La cobertura del Empleado termina al final del mes:

- por el que se haya hecho la última contribución mensual al Fondo a nombre suyo; o
- en que usted desempeñe el tipo de trabajo cubierto por el convenio de negociación colectiva para un empleador que no sea un empleador contribuyente.

Cuándo Termina la Elegibilidad de sus Dependientes

(Artículo II, Subsección 2.b.(2), página 69)

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

- la fecha en que termine su elegibilidad; o
- la fecha en que su dependiente ya no cumpla la definición de dependiente (vea en el Artículo I, Sección 7, página 67 la definición de “Dependientes” según el Plan).

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 III. 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 usted o alguno de sus dependientes elige la Cobertura de Continuación COBRA (que se cubre en la sección siguiente), se envía otro *Certificado de Cobertura* a usted (o 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 57. 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 se inscribe 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 69 - 74)

Eventos Calificatorios

En el caso de que usted pierda la cobertura, usted y sus Dependientes elegibles tienen el derecho de continuar la cobertura de salud de grupo en el Plan Especial III. 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 son Eventos Calificatorios.

1. Su Empleador Especial deja de hacer contribuciones a nombre de usted
2. Usted se divorcia
3. Usted fallece
4. Su hijo Dependiente pierde su situación de “Dependiente” de acuerdo al Plan

Un “Beneficiario Calificado” es una persona que esté cubierta bajo el Plan Especial III en el día anterior en que ocurra el “Evento Calificatorio”. Los Beneficiarios Calificados incluyen al Empleado, su Cónyuge 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 el Empleado tenga la Cobertura de Continuación COBRA también es un “Beneficiario Calificado”.

Duración de la Cobertura de Continuación COBRA

Usted podrá elegir la Cobertura de Continuación COBRA por hasta 18, 29 ó 36 meses, dependiendo del Evento Calificatorio:

- **18 Meses** – Usted y sus Dependientes pueden continuar la cobertura hasta 18 meses desde la fecha del Evento Calificatorio si pierde la cobertura debido a que su Empleador Especial deja de hacer contribuciones a nombre de usted.
- **29 Meses** – Usted o su Dependiente pueden prolongar el período de 18 meses por 11 meses a un total de 29 meses si se incapacita, según lo determine la Administración del Seguro Social, antes o durante los primeros 60 días de la Cobertura de Continuación COBRA. Vea “Extensión de la Cobertura COBRA en Casos de Incapacidad” en la página 10.
- **36 Meses** – Los Eventos Calificatorios de 2 a 4 según se muestran arriba, le dan derecho a sus Dependientes hasta 36 meses de Cobertura de Continuación COBRA a partir de la fecha del Evento Calificatorio. (En el caso de que su hijo pierda su situación de Dependiente, solamente el hijo afectado es elegible para los 36 meses de cobertura).

Extensión de la Cobertura COBRA en Casos de Incapacidad

Si usted o alguno de sus Dependientes elegibles está incapacitado o se incapacita totalmente antes o durante los primeros 60 días de la Cobertura de Continuación COBRA, usted podrá extender la cobertura COBRA por 11 meses adicionales hasta 29 meses. Para calificar a la extensión de 11 meses, la persona incapacitada deberá considerarse totalmente incapacitada por la Administración del Seguro Social y deberá reportar la determinación de incapacidad del Seguro Social a la Oficina del Fondo antes del final de los 18 meses iniciales de cobertura COBRA y dentro de los 60 días siguientes a la determinación del Seguro Social. **Todos los familiares de la persona incapacitada tienen derecho a la extensión de 11 meses adicionales de cobertura COBRA.**

Las primas por los 11 meses adicionales serán aproximadamente 50% más altas que las que se cobren durante el período inicial de 18 meses.

Extensión de la Cobertura COBRA al Ocurrir un Segundo Evento Calificadorio

Si durante un período de 18 meses de Cobertura de Continuación COBRA a causa de horas insuficientes de trabajo, ocurre la muerte del Empleado, su divorcio o un hijo Dependiente pierde su situación de “Dependiente” bajo el Plan, el período máximo de Cobertura de Continuación COBRA para el Cónyuge del Empleado y los hijos Dependientes puede extenderse a 36 meses a partir de la fecha del Evento Calificadorio inicial.

Esta extensión del período no está a disposición de una persona que se convierta en Cónyuge del Empleado después del Evento Calificadorio inicial. Sin embargo, este período de extensión sí está disponible a los niños que nazcan, sean adoptados o colocados para su adopción o que sean adquiridos por medio de una tutoría legal con el Empleado durante el período de 18 meses de la Cobertura de Continuación COBRA.

Efecto del Derecho a Medicare Antes de la Terminación del Empleo o la Reducción en las Horas de Trabajo

Si usted es un Empleado y el reporte de horas insuficientes de trabajo ocurre menos de 18 meses *después* de la fecha en que adquiriera derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas), el período máximo de Cobertura de Continuación COBRA para sus Dependientes será de 36 meses *después* de la fecha de su derecho a Medicare.

El derecho a Medicare no es un Evento Calificadorio de acuerdo a este Plan. El derecho a Medicare *después* de la terminación del empleo o del reporte de horas insuficientes no extenderá la cobertura COBRA de un Beneficiario Calificado más allá de los 18 meses.

Beneficios de la Cobertura de Continuación COBRA

Podrá continuar sólo su cobertura de hospital y médica y la de recetas de medicina (Cobertura Núcleo) o las coberturas de hospital/médicas, recetas de medicina, óptica y dental (Cobertura Núcleo *Plus*). Las coberturas dentales y ópticas no tienen que continuarse; pero sólo podrá elegir las si tenía esas coberturas en la fecha del Evento Calificadorio. **Los Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental no están disponibles por medio de la Cobertura de Continuación COBRA.**

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

Costo de la Cobertura de Continuación COBRA

La Cobertura de Continuación COBRA está disponible solamente a su propio costo. Si usted o sus Dependientes eligen la cobertura COBRA, se cobrará el costo completo más un cargo administrativo del 2% (en el caso de una extensión debida a una incapacidad, el cargo es el costo completo más el 50%). Si cambia el costo, el Fondo de Fideicomiso revisará el cargo que usted tiene obligación de pagar. Además, si los beneficios cambian para los Empleados, los beneficios de la Cobertura de Continuación COBRA también cambiarán.

Elección de la Cobertura de Continuación COBRA

After receiving notice of a Qualifying Event, the Fund Office will send you a notice of your right to choose COBRA Continuation Coverage, along with an election form. If you do not qualify for COBRA Continuation Coverage, a Notice of Unavailability of COBRA Continuation Coverage will be sent. These notices will be sent within 14 days from the date the Fund Office receives notice of a Qualifying Event.

DEBE FIRMAR Y DEVOLVER EL FORMULARIO DE ELECCIÓN A LA OFICINA DEL FONDO A MÁS TARDAR 60 DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE PIERDA LA ELEGIBILIDAD O LA FECHA EN QUE RECIBA LA NOTIFICACIÓN COBRA DE LA OFICINA DEL FONDO, LA QUE SEA MÁS TARDE, O NO SERÁ ELEGIBLE A LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN. SI USTED O SUS DEPENDIENTES NO ENTREGAN EL FORMULARIO DE ELECCIÓN COBRA EN DEL PERÍODO DE 60 DÍAS, USTED O SUS DEPENDIENTES PERDERÁN SUS DERECHOS SEGÚN LA LEY COBRA.

Si usted no escoge la Cobertura de Continuación COBRA, su cobertura de seguro de salud terminará. Sin embargo, su Cónyuge y sus Dependientes elegibles podrán elegir la cobertura COBRA, independientemente de que usted la rechace.

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

- Si tiene una interrupción en la cobertura de salud de 63 días o más, pierde el derecho de aplicar la cobertura de salud anterior como crédito en condiciones pre-existentes que pudieran ser excluidas por otros planes de salud en los que se inscriba. (La elección de la Cobertura de Continuación COBRA pudiera evitar la interrupción de la cobertura).
- Si no obtiene la Cobertura de Continuación COBRA por el período máximo a disposición de usted, perderá el derecho garantizado de comprar pólizas de seguro de salud individual que no tengan exclusiones por condiciones pre-existentes.
- Usted tiene el derecho de solicitar una inscripción especial en otro plan de salud de grupo para el cual sea elegible de otra manera. Los derechos especiales de inscripción según esta disposición se permiten dentro de los 30 días después de que termine su cobertura de salud de grupo debido a los Eventos Calificatorios enumerados en la página 9, o cuando termine la Cobertura de Continuación COBRA si está inscrito en la Cobertura de Continuación COBRA por el período máximo que esté a disposición suya.

Pago de la Cobertura de Continuación COBRA

La Oficina del Fondo le notificará a usted del costo de la cobertura cuando reciba su notificación del derecho a la Cobertura de Continuación COBRA. El costo de esta cobertura podrá estar sujeto a aumentos futuros durante el período que permanezca en vigencia.

Hay un período inicial de gracia de 45 días para pagar la primera prima que se deba a partir de la fecha en que se elija la cobertura COBRA. Si no se hace el pago inicial al vencerse, la cobertura COBRA no entrará en vigencia. Después del primer pago, los pagos siguientes se vencen en el primer día del mes en que haya cobertura. Hay un período de gracia de 30 días para pagar las primas mensuales. Si no paga la prima antes del final del período de gracia, terminará la cobertura COBRA.

Su pago inicial debe cubrir desde la fecha en que haya terminado la cobertura hasta la cobertura del mes actual. Por ejemplo, si su cobertura del plan del grupo terminó el 28 de febrero de 2006 y usted envía su formulario de elección el 28 de abril de 2006, y va a hacer su pago inicial el 9 de junio de 2006, debe pagar los meses de marzo, abril y mayo de 2006. Además, al pagar la cobertura de junio de 2006, su prima debe recibirse a más tardar el 30 de junio que es el final del período de gracia.

Cómo Obtener la Cobertura de Continuación COBRA

Su Empleador es responsable de notificar a la Oficina del Fondo dentro de los 30 días de la fecha en que la cobertura terminaría por una de las razones siguientes:

- la muerte de usted o
- la terminación de su empleo

La Oficina del Fondo determinará cuando su Empleador deje de hacer contribuciones a nombre suyo. Sus Dependientes también deben notificar a la Oficina del Fondo cuando usted fallezca para que no afecten adversamente sus derechos según la ley COBRA. La Oficina del Fondo tiene 14 días para notificarle a usted de su derecho de continuar la cobertura.

Su Deber de Notificar a la Oficina del Fondo

Usted y sus Dependientes son responsables de dar a la Oficina del Fondo una notificación oportuna de los siguientes Eventos Calificatorios:

1. que usted (el Empleado) se divorcie de su Cónyuge,
2. que su hijo pierda la situación de "Dependiente" de acuerdo al Plan, o
3. que ocurra un segundo Evento Calificadorio mientras que sus Dependientes estén en el período de Continuación COBRA de 18 meses (vea "Extensión de la Cobertura COBRA al Ocurrir un Segundo Evento Calificadorio" en la página 10).
4. usted y sus Dependientes tengan un Evento Calificadorio que les de derecho a la Cobertura de Continuación COBRA con una duración máxima de 18 meses y la Administración del Seguro Social determine que uno de ustedes está incapacitado, o
5. la Administración del Seguro Social determine que la persona ya no está incapacitada.

Asegúrese que usted o sus Dependientes notifiquen a la Oficina del Fondo al ocurrir alguno de los 5 eventos antes mencionados. Si no entrega esta notificación dentro de los plazos que después se describen, esto impedirá que usted o sus Dependientes obtengan o extiendan la Cobertura de Continuación COBRA.

Cómo Notificar a la Oficina del Fondo

Debe notificar a la Oficina del Fondo al ocurrir alguno de los 5 eventos antes mencionados. Debe enviar una carta a la Oficina del Fondo que contenga la siguiente información:

- nombre del Beneficiario Calificado
- nombre y número del seguro social del Empleado
- el evento por el que usted entrega la notificación y la fecha del evento (por ejemplo, la fecha en que un hijo Dependiente cumple 19 años de edad),
- una copia de la disolución matrimonial final en el caso de un divorcio (avise a la Oficina del Fondo de la fecha de terminación del matrimonio y entregue prueba escrita)
- si su hijo ya no es estudiante de tiempo completo, la fecha en que él o ella asistió por última vez a la escuela

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

Dónde Enviar su Notificación

La notificación del Evento Calificadorio debe enviarse a la Oficina del Fondo al este 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 entrega notificación de un divorcio, de que un hijo Dependiente pierda la elegibilidad, o de un segundo Evento Calificadorio, debe enviar la notificación a más tardar 60 días después de la fecha del Evento Calificadorio. Si entrega notificación de una determinación de incapacidad de la Administración del Seguro Social, la notificación debe enviarse a más tardar al final de los primeros 18 meses de Cobertura de Continuación COBRA. Si entrega notificación de una determinación de la Administración del Seguro Social de que usted o su Dependiente ya no está incapacitado, ésta debe enviarse a más tardar 30 días desde la fecha de la determinación de la Administración del Seguro Social. **SI USTED NO NOTIFICA A LA OFICINA DEL FONDO DENTRO DE ESTOS PLAZOS, PERDERÁ SUS DERECHOS SEGÚN LA LEY COBRA.**

Quién Puede Notificar a la Oficina del Fondo

La notificación puede ser dada por usted o sus Dependientes o cualquier representante que actúe a nombre suyo o de sus Dependientes.

La notificación de una persona cumplirá el requisito de notificación por todos los Beneficiarios Calificados relacionados afectados por el mismo Evento Calificatorio. Por ejemplo, si su Cónyuge notifica a la Oficina del Fondo que su hijo ya no cumple con la definición de "Dependiente" del Plan, esta sola notificación cumpliría con el requisito de notificación.

Añadidura de Nuevos Dependientes

Si, mientras tenga la Cobertura de Continuación COBRA, usted se casa, le nace un niño, se coloca un niño con usted para su adopción o asume la tutoría legal de un niño, podrá inscribir a su nuevo Cónyuge o al niño por el resto del período de su Cobertura de Continuación COBRA enviando un formulario de inscripción completado a la Oficina del Fondo dentro de los 30 días después del nacimiento, matrimonio, colocación para adopción o tutoría legal.

Cualquier Beneficiario Calificado puede agregar a su nuevo Cónyuge o a un hijo a su Cobertura de Continuación COBRA, pero los familiares que se agreguen tienen los derechos de un Beneficiario Calificado, por ejemplo el derecho a extender la Cobertura COBRA al ocurrir un segundo Evento Calificatorio, solamente si son los hijos propios, adoptados o en tutoría legal del antiguo Empleado.

También se permiten inscripciones especiales por el resto de su período COBRA en el caso de Dependientes que pierdan otra cobertura. Para que esto ocurra:

- Su Dependiente debe haber sido elegible para la Cobertura de Continuación COBRA en la fecha del Evento Calificatorio pero la declinó cuando se ofreció la inscripción porque tenía cobertura en otro plan de salud de grupo o alguna otra cobertura de seguro de salud,
- Su Dependiente debe haber utilizado toda la otra cobertura, perder la elegibilidad para ella o perder las contribuciones del empleador al respecto, y
- Usted debe inscribir a ese Dependiente enviando 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.

Cambio en los Planes Médicos Bajo COBRA

Si desea cambiar su plan médico, lo podrá hacer hasta 2 veces al año. Para cambiar su plan médico, póngase en contacto con la Oficina del Fondo para que se le envíe un Formulario de Solicitud de Beneficios. Complete y entregue un nuevo Formulario de Solicitud de Beneficios a la Oficina del Fondo. Si su solicitud se recibe en la Oficina del Fondo para el día 15 del mes, su plan entrará en vigencia en el primer día del mes siguiente. Si su solicitud se recibe después del día 15 del mes, el cambio entrará en vigencia en el primer día del segundo mes después de que se reciba su solicitud.

Terminación de la Cobertura de Continuación COBRA

La Cobertura de Continuación COBRA terminará al final del período máximo de contribución que se permite (18, 29 ó 36 meses). La Cobertura de Continuación COBRA terminará antes del final del período de 18, 29 ó 36 meses si ocurre alguno de los eventos siguientes:

1. Usted o sus Dependientes no remiten los pagos de la prima que se requiere en su totalidad y a tiempo (dentro de los 45 días siguientes a la entrega del formulario de elección COBRA inicial, incluyendo el costo de la cobertura retroactivo al primer día en que su cobertura hubiera terminado de otra manera, o dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento para los pagos mensuales posteriores);
2. Usted o sus Dependientes quedan cubiertos en otro plan de salud de grupo después de la fecha en que usted elija la cobertura COBRA; sin embargo, si el otro plan de salud de grupo no cubrirá una condición de salud pre-existente, la Cobertura de Continuación COBRA no terminará;
3. Usted o sus Dependientes adquieren derechos a la Parte A o a la Parte B de Medicare después de la fecha de su elección de la cobertura COBRA;
4. Su empleador ya no proporciona cobertura de salud de grupo a ninguno de sus empleados; o
5. Usted o sus Dependientes han continuado la cobertura por meses adicionales debido a una incapacidad y ha habido una determinación final del Seguro Social que usted o sus Dependientes ya no están incapacitados.

La Cobertura de Continuación COBRA terminará en el primer día del mes siguiente a que ocurra alguno de los eventos mencionados antes del 1 al 5.

Si termina la cobertura COBRA antes del final del período máximo de cobertura, la Oficina del Fondo le enviará una notificación escrita tan pronto como sea prácticamente posible después de su determinación que terminará la cobertura de continuación.

Cobertura Posterior a COBRA en un Plan HMO

Ley COBRA de California (las disposiciones se aplican sólo a Empleados en el plan HMO)

Si usted tiene la cobertura COBRA y está inscrito en un HMO, la ley de California tiene una disposición que afecta la duración de tiempo que puede continuar la cobertura. La ley se aplica solamente a su cobertura médica en un HMO, no a los demás beneficios de salud usualmente disponibles por medio de COBRA. Los pagos más allá del período de la ley federal COBRA pueden hacerse directamente al plan HMO.

- Si su Evento Calificadorio fue la terminación de su empleo o que se reporten menos del mínimo número de horas de trabajo que se requieren para un mes y usted usa toda la cobertura de 18 meses normalmente disponible después de ese tipo de Evento Calificadorio (o los 29 meses disponibles en caso de incapacidad), podrá continuar su cobertura médica HMO por 18 meses adicionales (o 7 meses adicionales en caso de incapacidad).

Para aprovechar esta disposición, deberá permanecer en el plan HMO.

Conversión a una Cobertura Individual

Al final del período de Cobertura de Continuación COBRA, usted o sus Dependientes elegibles podrán inscribirse en un plan de conversión individual que ofrezca un Plan HMO como se describa en el folleto de Evidencia de Cobertura del plan HMO, siempre y cuando usted esté inscrito en el plan HMO antes de que termine su cobertura.

Usted también tiene la opción de comprar la cobertura de conversión individual del HMO en lugar de la cobertura COBRA, pero solamente si estaba inscrito en el plan HMO al terminar su cobertura del Fondo de Fideicomiso.

Más Información sobre las Opciones HMO

Verifique la Evidencia de Cobertura de su plan HMO para más información sobre cómo elegir la extensión de la cobertura después de COBRA según la ley de California o inscribirse en un plan de conversión HMO. También podrá llamar a Servicios a los Miembros de su plan HMO.

Mantenga Notificada a la Oficina del Fondo

Si usted tiene un cambio en su estado civil, o usted o su Cónyuge u otros Dependientes han cambiado su domicilio, póngase en contacto con la Oficina del Fondo. Notifique a la Oficina del Fondo de cualquier Evento Calificatorio, incluso si su Empleador tiene obligación de dar la notificación a la Oficina del Fondo.

Si la ley federal o estatal alterara las disposiciones actuales de la ley COBRA que estén en vigencia en el momento en que se imprimió esta Descripción Resumida del Plan, se avisará a los Empleados de las modificaciones, según se requiera.

Beneficios Dentales y Ópticos

Si su Empleador Especial hace al Fondo las contribuciones que se requieren, usted y sus dependientes son elegibles a los beneficios dentales opcionales. Automáticamente quedará inscrito en Delta Dental of California, el plan dental principal del Fondo. Usted podrá ya sea permanecer en ese plan, o inscribirse en uno de los planes opcionales tipo HMO que se describen posteriormente. Sin importar qué plan escoja, sus dependientes elegibles quedarán cubiertos en el mismo plan dental. No podrá dividir la cobertura – es decir, no podrá inscribirse en *DeltaCare* e inscribir a uno o más de sus dependientes en Bright Now! Cada mes de marzo el Fondo tiene inscripciones abiertas y en esas fechas podrá cambiar de plan dental.

La Oficina del Fondo o su Oficina de la Unión Local tienen folletos disponibles que describen cada uno de los planes dentales y de los planes ópticos opcionales.

Delta Dental of California

Más de 9,000 dentistas del Norte de California son dentistas de Delta. En el plan Delta Dental, 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. Para reducir sus gastos dentales aún más, podrá escoger a un dentista que participe en una organización de proveedores preferentes de Delta conocida como la Opción *DeltaPreferred (DPO)*. DPO 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 *DPO*, 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 \$100 por persona hasta \$300 por familia; el beneficio anual máximo es de \$1,500 por persona; los servicios de diagnóstico y preventivos se pagan totalmente y el deducible se dispensa. Todos los demás 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

DeltaCare

DeltaCare es un plan dental tipo HMO que le ofrece a usted y a su familia beneficios dentales de calidad a un costo a su alcance. No hay deducibles; los costos del propio bolsillo se definen claramente y no hay un máximo anual en dólares (excepto para el tratamiento de una lesión accidental). Al inscribirse, usted selecciona un dentista bajo contrato para que le proporcione todos los servicios dentales. Si necesita un especialista, su dentista bajo contrato manejará la referencia. *DeltaCare* es administrado por el Plan de Salud Dental PMI. Para información adicional acerca de este plan, llame a 1-800-422-4234.

Excepto en el caso de los servicios de emergencia, cualquier servicio dental que usted reciba de un dentista que no sea su dentista bajo contrato seleccionado no será pagado por *DeltaCare* ni por el Fondo de Fideicomiso

Programa de Asistencia para los Empleados (EAP)

Las preocupaciones personales pueden tener un impacto grande en su trabajo, rendimiento y funcionamiento en general. El Programa de Asistencia para los Empleados (EAP) ayuda a los individuos a resolver problemas personales antes de que se hagan más serios y difíciles de manejar. Los empleados y sus familiares pueden recibir consejería profesional y confidencial sin ningún costo. El plan EAP también da acceso a recursos que le pueden ayudar a hacer frente a cualquier preocupación o pregunta personal.

¿En qué le Puede Ayudar el Programa EAP?

- Problemas matrimoniales/de relación
- Referencias a cuidado de dependientes
- Violencia en el hogar
- Ansiedad/depresión
- Asuntos financieros
- Problemas en el trabajo
- Problemas como padre o madre
- Abuso de sustancias
- Problemas legales
- La mayoría de demás preocupaciones personales

¿Qué se Incluye?

El programa EAP ofrece tres visitas de consejería sin cargo alguno con un proveedor participante para cualquier problema personal, incluso: conflictos matrimoniales y familiares, preocupaciones como padre o madre, abuso de sustancias, estrés en el trabajo, depresión y otros problemas que afecten su calidad de vida.

Después de usar sus tres visitas gratuitas del programa EAP, puede continuar viendo al consejero pagando usted mismo con una tarifa de descuento si está inscrito en el Plan de Pago Directo del Fondo. Revise los beneficios de salud mental del Plan en la página 34, # 13. (Los miembros de Kaiser, pueden hacer arreglos para tener consejería por medio de su doctor de atención primaria de Kaiser).

¿Quién Proporciona el Programa EAP?

Claremont Behavioral Services, una firma de profesionales selectos que pueden ayudarle con los retos de la vida, administra el programa EAP. Se le referirá con un consejero o recurso ubicado cómodamente y con pericia en su área de preocupación. Claremont reconoce su necesidad de tener ayuda pronta y útil. El programa EAP es un servicio confidencial. Claremont entiende la importancia de mantener su privacidad y todo lo que usted les diga se mantendrá confidencial. Sus contactos con Claremont reciben la confidencialidad máxima que permite la ley.

¿Cuál es el Primer Paso?

Llame al **1-800-834-3773** para hablar de su problema con un consejero experimentado. Él o ella le ayudará a desarrollar un plan de acción y a referirlo con recursos que sean los más apropiados para sus necesidades.

Beneficios por Muerte

Beneficios por Muerte del Empleado

(Artículo III, Subsección 1.a., página 75)

El Fondo pagará a su beneficiario designado \$15,000 en caso de que usted fallezca por cualquier causa (en el trabajo o fuera del trabajo) mientras sea elegible o dentro de los 31 días después de que haya terminado su elegibilidad.

Beneficios por Muerte Durante una Incapacidad Total

(Artículo III, Subsección 1.c., página 75)

La cobertura del Beneficio por Muerte continuará para usted hasta que tenga 65 años si está totalmente incapacitado y:

- tiene menos de 60 años cuando se incapacite totalmente y
- pierda su elegibilidad del Plan debido a su incapacidad total

En el caso de su muerte, el Fondo le pagará a su beneficiario designado la cantidad completa si su incapacidad total continúa hasta que usted cumpla la edad de 65 años. Una vez que cumpla 65 años, la cobertura del Beneficio por Muerte ya no continuará para usted. De vez en cuando se requerirá evidencia de su incapacidad total mientras continúe la cobertura a nombre suyo.

Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental del Empleado

(Artículo III, Sección 2, página 76)

Se le pagará a usted o a su beneficiario designado la cantidad que se indica abajo si, mientras sea elegible y como resultado de un accidente, usted sufre una de las siguientes pérdidas dentro del año siguiente al accidente:

Muerte Accidental (además del Beneficio por Muerte de \$15,000)	\$15,000
Desmembramiento Accidental:	
• Pérdida de una mano, pierna, o la vista de un ojo	\$7,500
• Pérdida de más de uno de estos miembros	\$15,000

No se pagarán más de \$15,000 por todas las pérdidas sufridas por un Empleado en un accidente. La pérdida de una mano o de un pie significa el desmembramiento por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la vista significa la pérdida irrevocable de la vista.

Los Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental no se pagarán por ninguna pérdida causada por lesiones sufridas como resultado de una de las siguientes situaciones:

- suicidio o lesiones causadas a sí mismo;
- dolencia, enfermedad corporal o mental o tratamiento médico o quirúrgico;
- ptomaína o infecciones con bacterias (excepto infecciones que ocurran debido a una cortada o herida accidental);
- guerras o actos de guerra o servicio en cualquier fuerza militar, naval o aérea; o
- la comisión de una felonía.

Nombramiento de su Beneficiario

(Artículo III, Subsecciones 3.a. y b., página 76 - 77)

Podrá nombrar a cualquier persona que desee como su beneficiario y podrá cambiar su beneficiario en cualquier momento llenando un nuevo formulario de inscripción y enviándolo a la Oficina del Fondo. El formulario de inscripción, nombrando a su beneficiario deberá estar en los expedientes de la Oficina del Fondo para que el Fondo de Fideicomiso pague un beneficio por muerte a su beneficiario designado.

Si no se ha designado a ningún beneficiario, o si su beneficiario designado fallece antes de que se pague el Beneficio por Muerte y el Beneficio por Muerte Accidental, estos beneficios se pagarán a su cónyuge legal de estar con vida, o si no está con vida su cónyuge legal en el momento del pago, el pago podrá hacerse a uno o más de los siguientes familiares sobrevivientes: hijo o hijos, madre, padre, hermano o hermanos, o su herencia patrimonial como designe el Consejo a su sola discreción.

Un beneficiario designado que sea encontrado culpable de causar, criminal e intencionalmente, la muerte de un Empleado por cuya vida se vayan a pagar beneficios quedará descalificado de recibir el pago de beneficios por muerte que pudieran ser pagaderos bajo el Plan.

Beneficio por Muerte de un Dependiente

(Artículo IV, Sección 1, página 78)

En el caso de que fallezca el cónyuge legal del Empleado, se pagará a éste un beneficio de \$7,500.

En el caso de que fallezca un hijo dependiente del Empleado, el beneficio por muerte se basará en la edad del hijo dependiente en el momento de la muerte y se pagará de acuerdo a la siguiente tabla:

- | | |
|---|---------|
| • 24 horas pero menos de 2 años de edad | \$500 |
| • 2 años, pero menos de 5 años de edad | \$750 |
| • 5 años, pero menos de 19 años de edad | \$1,000 |

Beneficiario del Beneficio por Muerte del Dependiente

(Artículo IV, Sección 2, página 78)

El Beneficio por Muerte del Dependiente se pagará al Empleado, de estar con vida; de otra manera, el pago se hará a uno o más de los familiares sobrevivientes del Empleado como sigue: cónyuge legal, hijo o hijos, madre, padre, hermanos o hermanas o la herencia patrimonial del Empleado, como designe el Consejo de Fideicomisarios a su sola discreción.

Extensión del Beneficio por Muerte de un Dependiente

(Artículo IV, Sección 3, página 78)

Si la elegibilidad del Empleado termina debido a que fallece, y la muerte de su dependiente ocurre dentro de 6 meses de la terminación de la elegibilidad del Empleado, los beneficios descritos anteriormente serán pagados al beneficiario del Empleado.

Selección de Plan Médico

Al hacerse elegible para los beneficios, usted tiene la oportunidad de escoger qué plan médico encaja mejor con las necesidades de usted y de su familia. Podrá inscribirse en el Plan de Pago Directo del Fondo o en Kaiser Permanente, que es una organización de mantenimiento de la salud (HMO). Sus dependientes elegibles quedarán cubiertos por el mismo plan médico. No podrá dividir la cobertura – es decir, no podrá inscribirse usted en el Plan de Pago Directo del Fondo ni inscribir a sus dependientes elegibles en Kaiser Permanente.

Sin importar qué plan médico escoja, los beneficios del programa EAP, por muerte y por muerte y desmembramiento accidental, y los dentales y ópticos opcionales, de ser aplicables, son proporcionados por el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros. Estos beneficios se 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. Su tarjeta de identificación funciona tanto como tarjeta del plan de salud de grupo como tarjeta de recetas de medicina. Guarde su tarjeta de identificación incluso en el caso en que pierda su elegibilidad porque si vuelve a ser elegible, el Fondo de Fideicomiso reactivará su tarjeta de identificación

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Kaiser Permanente le proporciona atención médica amplia por medio de los doctores y personal médico en las instalaciones de Kaiser. Es diferente de los planes tradicionales de pago por servicio en el sentido de que usted queda limitado a una selección de doctores y hospitales. Los miembros deben usar a un doctor de Kaiser Permanente y trabajar con ese doctor al buscar referencias con especialistas. Excepto en el caso de emergencia y en ciertas referencias con especialistas externos, toda la atención médica deberá recibirse de Kaiser Permanente. Para ser elegible a inscribirse en este plan, usted deberá residir o trabajar dentro del área de servicio de Kaiser.

El plan médico de Kaiser Permanente se describe en un folleto separado que está disponible 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. Para cambiar de planes médicos, 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 E Plan de Pa

Esta tabla subraya los beneficios proporcionados por el Plan de Pago Directo. No tiene por objeto presentar una lista de todos los beneficios. Los números aparecen en esta tabla en la columna extrema izquierda. Estas páginas le llevarán a las secciones del Plan de Pagos y Reglamentos del Plan.

Página	Característica/Beneficio del Plan	Cobertura	
31	Deducible anual	\$150 por persona, hasta \$450 por familia	
32	Máximo gasto del propio bolsillo	\$3,000 por persona, hasta \$6,000 por familia	
31	Beneficio máximo por vida	\$1,000,000 por persona	
		Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
26	Hospital	90% de los primeros \$10,000 de la tarifa negociada, 100% después en los primeros 30 días de confinamiento por periodo de incapacidad	70% de los primeros \$10,000 de la tarifa negociada, 100% después en los primeros 20 días de confinamiento por periodo de incapacidad
27	Institución de enfermería especializada	Igual que el beneficio de hospital excepto que 2 días en institución de enfermería especializada cuentan como un día en hospital	Igual que el beneficio de hospital excepto que 2 días en institución de enfermería especializada cuentan como un día en hospital
26 & 27	Máximo número de días combinados en hospital e institución de enfermería especializada	30 días (2 días en institución de enfermería especializada equivalen a un día en hospital)	20 días (2 días en institución de enfermería especializada equivalen a un día en hospital)
32 & 33	Ciugía y anestesiología	90% de la tarifa negociada	70% de UAR ¹
30 & 32	Visita al consultorio del doctor	100% de la tarifa negociada después de \$15 de copago	70% of UAR después de \$15 de copago
32 & 34	Sala de emergencia de hospital	90% de la tarifa negociada después de \$25 de copago	70% of UAR después de \$50 de copago
33	Diagnóstico, rayos X y laboratorio	90% de la tarifa negociada	70% de UAR
32	Quiropráctico	\$40 por visita, límite de 20 visitas por año calendario, \$100 máximo por rayos X tomados por un quiropráctico	
33	Equipo médico duradero	90% de la tarifa negociada	70% de UAR
34	Atención de salud en casa	90% de los gastos cubiertos al ser referido por Administración de Casos	
34	Hospicio	90% de los gastos cubiertos al ser referido por Administración de Casos	
26	Salud mental internado	Igual que el beneficio de hospital	
34	Salud mental en consulta externa	50% de la tarifa negociada, límite 40 visitas por año plan	50% de UAR, límite 40 visitas por año plan

¹UAR significa Usual, Acostumbrado y Razonable (definición Artículo I., Sección 38, página 68).

Beneficios Pago Directo

explicación detallada de los beneficios del Plan. Para una presentación más completa, consulte las páginas cuyos folleto que explican más plenamente los beneficios y, de ser necesario, le referirán al texto mismo de las Reglas y

Página	Característica/Beneficio del Plan	Cobertura	
38	Tratamiento de Abuso de Sustancias DEBE SER PROPORCIONADO POR CLAREMONT BEHAVIORAL SERVICES		
38	Adulto internado	100% de la tarifa bajo contrato por el primer curso de tratamiento, sin pasar de 30 días; 50% de la tarifa bajo contrato por el 2° curso de tratamiento, sin pasar de 30 días	
38	Beneficio por vida Máximo por adulto	\$10,000 por persona	
38	Adolescente internado	100% de la tarifa bajo contrato por un curso de tratamiento, sin pasar de 45 días	
38	Beneficio por vida Máximo por adolescente	\$12,500 por persona	
39	Tratamiento de abuso de sustancias - consulta externa	Visitas 1-10 100% de la tarifa bajo contrato Visitas 11-25 85% de la tarifa bajo contrato Visitas 26-40 70% de la tarifa bajo contrato Visitas 41-50 50% de la tarifa bajo contrato	
35	Examen físico rutinario (un examen por año plan)	\$200 por el obrero o su cónyuge \$100 por cada hijo dependiente mayor de 24 meses de edad	
		Proveedores Participantes	Proveedores No Participantes
33	Atención de niños en salud	100% de la tarifa negociada después de \$15 de copago	70% de UAR después de \$15 de copago
34	Ayuda auditiva	\$750 por aparato para cada oído, una vez cada 36 meses	
Recetas de Medicina		(Comprados por medio de farmacias bajo contrato)	
36	Farmacia al menudeo Surtido de 30 días	\$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	
37	Farmacia de Servicio por correo Surtido de 90 días	\$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	
		Podiatría en la Red PPOC	Podiatría No en la Red PPOC
31	Podiatría	90% de la tarifa negociada después de \$15 de copago	70% de UAR después de \$15 de copago

Beneficios 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 Especial III. 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 confinamiento fue de una naturaleza electiva y no de emergencia o si se trata de una 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 mayor de beneficios si usted se interna en un hospital del Plan de Comprador Prudente y obtuvo la autorización de la Organización de Revisión Profesional (PRO) antes de su confinamiento.

Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes

(Artículo I, Sección 32, página 67)

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 su dependiente requieren una hospitalización, el Plan pagará el nivel de beneficios descritos en la sección intitulada “Beneficios para Residentes del Área”.

Beneficios para Residentes del Área

(Artículo V, Subsecciones 1.a. y b. y 1.c.(2), página 79)

Si usted o su dependiente residen dentro del Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes y requieren de hospitalización, el Plan pagará el 90% de los primeros \$10,000 **de las tarifas negociadas** y el 100% posteriormente por los servicios del hospital que sean médicamente necesarios y que se reciban en cualquier hospital participante durante los primeros 30 días de confinamiento en un período de incapacidad. Si no utiliza un hospital participante, el Plan pagará el 70% de los primeros \$10,000 de Cargos Cubiertos incurridos y 100% después durante los primeros 20 días de confinamiento durante un período de incapacidad. Los Cargos Cubiertos se describen bajo “Beneficios para Residentes de Fuera del Área” enseguida.

Si usted o sus dependientes residen dentro del Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes y son internados por un médico 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 abajo. Sin embargo, el Fondo podrá exigir que la persona elegible sea transferida a un hospital participante si un doctor indica que es seguro médicamente hacer la transferencia.

Beneficios para Residentes de Fuera del Área

(Artículo V, Subsección 1.c.(1), página 79)

Si usted o su dependiente residen fuera del Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes y requiere hospitalización, el Plan pagará el 90% de los primeros \$10,000 de Cargos Cubiertos incurridos y el 100% posteriormente durante los primeros 20 días de confinamiento durante un período de incapacidad.

Los Cargos Cubiertos incluyen la tarifa más baja que cobre el hospital por alojamiento en una habitación semi-privada o el 80% de la tarifa más baja que cobre por alojamiento en habitación privada, si se utiliza, por cada día que usted o sus dependientes estén internados en el hospital. Si se recibe atención en una unidad de terapia intensiva, los gastos cubiertos incluirán la tarifa más baja que cobre el hospital por esa unidad.

Beneficios en Institución de Enfermería Especializada (SNF)

(Artículo V, Sección 2, página 82)

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

Número Máximo Combinado de Días en Hospital o Institución de Enfermería Especializada

(Artículo V, Subsecciones 1.a. y b. y Sección 2, páginas 79 and 82, respectivamente)

El Plan cuenta un día en el hospital por cada 2 días que esté internado en una institución de enfermería especializada. Por ejemplo, si está internado en un hospital durante 2 días y luego se le transfiere a una Institución de Enfermería Especializada durante 10 días, habrá usado 7 días de hospital en ese período de incapacidad (2 días de hospital y 10 días en institución de enfermería especializada [10 días en institución de enfermería especializada = 5 días en hospital]).

Período de Incapacidad

(Artículo V, Subsección 1.e., página 81)

Se considera que todos los confinamientos en un hospital o en una institución de enfermería especializada ocurrieron durante un período de incapacidad, a menos que los confinamientos se deban a causas totalmente sin relación o al menos (1) en el caso de un Empleado, los confinamientos queden separados por un regreso al trabajo o disponibilidad para el trabajo, o (2) en el caso de un dependiente, los confinamientos estén separados por 3 ó más meses.

Si usted utiliza totalmente su Beneficio en Hospital/Institución de Enfermería Especializada en un período de incapacidad, usted y sus dependientes elegibles pudieran tener beneficios adicionales de hospital e institución de enfermería especializada bajo los Beneficios Médicos Amplios, vea el punto 3 bajo “Gastos Cubiertos” en la página 33.

Limitaciones en los Beneficios de Hospital e Institución de Enfermería Especializada

(Artículo V, Subsección 1.f., página 82)

No se pagan beneficios por ningún día de confinamiento más allá del período de hospitalización aprobado por la Organización de Revisión Profesional (PRO) o por cualquier día de confinamiento que sea solamente para la comodidad del individuo.

Revisión de Utilización

(Artículo V, Subsección 1.d., páginas 80 - 81)

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”.

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 interna 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 30% (10% 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 50% (30% 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 30% 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.

Cualquier pago que usted tenga obligación de hacer por no cumplir con la Revisión de Utilización no se aplicará al Máximo Gasto del Propio Bolsillo, vea la página 32.

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 o 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 debe 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 recordatorios 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 Médicos Amplios

(Artículo V, Sección 3, página 82)

Pagos

(Artículo V, Sección 3.e., página 83)

Si usted o alguno de sus dependientes tiene Gastos Cubiertos descritos de la página 34 a la 37 en relación con el tratamiento de una enfermedad o lesión, el Plan pagará el 90% de las tarifas negociadas por contrato con los proveedores participantes del Plan de Comprador Prudente o el 70% de los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UAR) con los 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:

- *Visita de Rutina al Consultorio* – Si usted o su dependiente utiliza los servicios de un proveedor del Plan de Comprador Prudente para una Visita Rutinaria al Consultorio, el Plan pagará el 100% de la tarifa bajo contrato después de que usted haya pagado el deducible del Año del Plan y el copago que se requiera.

- Servicios en Sala de Emergencia – Si usted o su dependiente recibe tratamiento en una sala de emergencias de un hospital participante de un médico que lo atienda que no sea un proveedor participante, el Plan pagará el 90% de los cargos UAR por los servicios profesionales prestados por el médico que lo atienda.
- 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 90% de la tarifa negociada. Si no utiliza un Podiatra de la red PPOC, el Plan pagará el 70% de los cargos UAR.

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

- Servicio de Ambulancia Profesional – Si usted o su dependiente requiere Servicios de Emergencia por una enfermedad o lesión que amenace su vida, el Plan pagará el 90% de los cargos facturados o los cargos UAR, lo que sea menos, por el transporte por un servicio de ambulancia profesional no participante, si lo solicita un hospital o el personal paramédico.

Beneficio Máximo de por Vida

(Artículo V, Sección 3.e., página 83)

Cada Persona Elegible tiene un beneficio máximo de por vida de \$1,000,000. 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 pagadero durante un Año Plan a más de \$1,000,000 por cada persona elegible.

Deducible del Año Plan

(Artículo V, Sección 3.b., página 82)

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.

Si 2 Empleados Activos en el Plan Especial pueden reclamarse uno al otro como Dependiente (ver en el Artículo I, Sección 7, página 67 la definición de “Dependiente”), entonces se aplicarán los deducibles del Año Plan que normalmente se aplicarían. Sin embargo, si alguno de los Empleados Activos en el Plan Especial posteriormente pierde su elegibilidad, se reinstalarán todos los deducibles que hayan sido dispensados durante el Año Plan.

Copago por Visita al Consultorio del Doctor

(Artículo V, Sección 3.c., página 83)

Usted paga un copago de \$15 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.

Copago por Uso de Sala de Emergencia en Hospital

(Artículo V, Sección 3.d., página 83)

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.

Pago Máximo del Propio Bolsillo

(Artículo V, Sección 3.f., página 84)

El pago máximo del propio bolsillo es la cantidad total del gasto del propio bolsillo que usted es responsable de pagar cada Año Plan. El máximo pago del propio bolsillo es de \$3,000 por Persona Elegible hasta \$6,000 por familia. Todos los gastos del propio bolsillo se aplicarán respecto a satisfacer su máximo gasto del propio bolsillo con la excepción de los cargos siguientes:

- Copagos por visita al consultorio del Doctor
- Copagos por uso de sala de emergencia de hospital
- Pago de coseguro hecho a un proveedor que no sea del Plan de Comprador Prudente
- Cargos por cualquier servicio o suministro médico excluido o limitado por el Plan
- Sanciones por no cumplir con el Programa de Revisión de Utilización del Plan.

Gastos Cubiertos

(Artículo V, Sección 3.g., página 84 - 87)

1. Cargos por los servicios médicos o quirúrgicos prestados por un médico excepto que:
 - los pagos de beneficios por atención en consulta externa de los trastornos mentales son pagaderos al 50% de las tarifas negociadas con proveedores participantes ó 50% de los cargos usuales, acostumbrados y razonables (UAR) con proveedores no participantes, hasta 40 visitas por Año Plan y
 - el tratamiento por un quiropráctico se limita al pago máximo de \$40.00 por visita y 20 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 por la habitación y alimentación que no pasen de la tarifa más baja que cobre el Hospital por alojamiento en una habitación semi-privada, o el 80% de la tarifa más baja que cobre por alojamiento en habitación privada de utilizarse, o si la atención se recibe en una unidad de terapia intensiva, la tarifa más baja que se cobre por esa unidad.
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 \$100.00 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. El equipo médico duradero también incluye aparatos ortóticos, por ejemplo corsés, abrazaderas para piernas o férulas especialmente diseñadas 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. Visitas a un recién nacido y a niños en salud, incluyendo inmunizaciones rutinarias desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad de acuerdo con el Programa de la Academia Americana de Pediatría.
 - i. Terapia intravenosa en consulta externa cuando la autorice y sea bajo la supervisión de 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 una Institución Quirúrgica Ambulatoria.
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 cubiertos por el Beneficio de Medicinas de Receta, página 95), 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 anormalidades 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. Gastos en relación con la compra de un aparato de ayuda auditiva recetado por un Doctor, hasta un máximo de \$750 por cada dispositivo de ayuda auditiva por cada oído una vez cada 36 meses.

El Plan pagará los cargos por una prueba de oído después de que se cubra el 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 una institución 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 V, Sección 4, página 87)

El Plan pagará la cantidad realmente cobrada por el Doctor por un examen físico y las pruebas de rayos X y laboratorio realizadas en relación con un examen físico hasta el máximo que se muestra abajo durante cada Año Plan:

- \$200 por usted o su cónyuge, y
- \$100 por cada uno de sus hijos dependientes mayores de 24 meses de edad.

Beneficios de Recetas de Medicina

(Artículo VI, página 88 - 90)

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”.

Se ahorrará 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 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.

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

Beneficios de Tratamiento de Abuso de Substancias

(Artículo VII, página 91)

El Plan tiene un contrato con Claremont Behavioral Services para proporcionar tratamiento de abuso de substancias a los Empleados y a sus dependientes elegibles. Este programa está diseñado para dar incentivos financieros importantes a usted y a sus dependientes elegibles para que usen solamente las instituciones y proveedores participantes que tienen contrato con Claremont Behavioral Services. **Si usted o sus dependientes elegibles utilizan una institución de tratamiento de abuso de substancias que no tenga contrato con Claremont Behavioral Services, el Plan no pagará ninguno de los cargos. Usted será responsable del costo total.**

Cuando tome la decisión de buscar tratamiento para el abuso de substancias, póngase en contacto con Claremont Behavioral Services a su número gratuito que es 1-800-834.3773 para una autorización y referencia con una institución o proveedor participante en su área.

A continuación se da una descripción de los Beneficios de Tratamiento de Abuso de Substancias que están a disposición de usted y de sus dependientes elegibles:

Beneficio Internado para Adultos

Si usted o su cónyuge utilizan una institución de tratamiento de abuso de substancias participante, el Plan pagará el 100% de la tarifa del contrato por el primer curso de tratamiento sin pasar de 30 días. Si ingresa al programa por un segundo curso de tratamiento, el Plan pagará el 50% de la tarifa bajo contrato sin pasar de 30 días. Usted será responsable de un copago del 50%. **El Plan cubrirá sólo 2 cursos de tratamiento de por vida hasta un máximo de \$10,000.**

Beneficio Internado para Adolescentes

Si su hijo dependiente usa una institución de tratamiento de abuso de substancias participante, el Plan pagará el 100% de la tarifa bajo contrato por un curso de tratamiento sin pasar de 45 días. **El Plan cubrirá sólo un curso de tratamiento de por vida, hasta un máximo de \$12,500.**

Curso de Tratamiento

Un curso de tratamiento se inicia en el primer día en que una persona elegible participe en un tratamiento de abuso de substancias hasta 6 meses después de que se complete la atención autorizada. Si una persona solicita un tratamiento adicional dentro de 6 meses de la atención previamente autorizada, la atención autorizada nuevamente se considerará parte del "Primer Curso de Tratamiento". Después de 6 meses, cualquier atención adicional que se autorice se considerará un "Segundo Curso de Tratamiento".

Beneficios en Consulta Externa para Adultos y Adolescentes

Si utiliza los servicios de un proveedor de tratamiento de abuso de sustancias participante en consulta externa, el Plan pagará en cada Año Plan de acuerdo con la siguiente tabla:

- 100% de la tarifa del contrato por las visitas 1 a 10
- 85% de la tarifa del contrato por las visitas 11 a 25
- 70% de la tarifa de contrato por las visitas 26 a 40
- 50% de la tarifa de contrato por las visitas 41 a 50

SI USTED O SU DEPENDIENTE ELEGIBLE NO UTILIZA UNA INSTITUCIÓN O PROVEEDOR DE ABUSO DE SUBSTANCIAS PARTICIPANTE, EL PLAN NO PAGARÁ NINGÚN CARGO INCURRIDO POR SERVICIOS PRESTADOS POR UNA INSTITUCIÓN O PROVEEDOR DE ABUSO DE SUBSTANCIAS QUE NO SEA PARTICIPANTE.

Exclusiones y Limitaciones Generales

(Artículo IX, Secciones 1 y 2, páginas 97 - 100)

(Estas Exclusiones y Limitaciones no se aplican a los Beneficios por Muerte y los Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental).

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 sustancias, excepto como se indica en el Artículo VII.
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 V, Sección 3.g. (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 V., Sección 3.g. (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 V,, Sección 3.g. (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 V., Subsecciones 3.g.(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 V., Subsección 3.g.(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 V., 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 IX, Sección 3, página 98 - 100)

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 X, Sección 8, página 102)

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 XI, páginas 103 - 110)

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 Kaiser Permanente, debe consultar la Evidencia de Cobertura de Kaiser. Podrá solicitar la Evidencia de Cobertura de Kaiser 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.

Las indagaciones y las preguntas NO son reclamos.

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.

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
- Tratamiento de abuso de sustancias (llame a Claremont Behavioral Services al 1-800-834-3773 para hacer arreglos para el tratamiento)

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 empleado
- Nombre del paciente
- Fecha de nacimiento del paciente
- Número de seguro social del empleado
- 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.

Timing of Notice of Decision on Appeal

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.
- Si la determinación se basó en la necesidad médica o debido a que el tratamiento es experimental o de investigación, o alguna exclusión similar, 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 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 Información de Salud

(Artículo VIII, páginas 92 - 96)

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 mantiene el Plan Especial III de 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 Especial III que es miembro de un "Arreglo Organizado de Atención de Salud". Por lo tanto, los términos "Plan", "Equipo de Administración del Plan" y "Miembro del Equipo", se aplican al Plan mencionado arriba en el cual usted es un empleado.

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 empresas 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 (Plan Especial III) 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 pudieran 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 la Información de Salud de usted 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 Especial III 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 auditoría 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 de Empleados 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 Especial III 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, auditorías, 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 Policiacas. 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 comunique 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 Especial III). 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 Especial III.

Blue Cross of California
21555 Oxnard Street, M/S 10-H2
Woodland Hills, CA 91367
Proporciona servicios de revisión de utilización, de la red de proveedores así como de administración de casos.

Bright Now! Newport Dental Plan
201 E. Sandpointe #200
Santa Ana, CA 92707
Proporciona un plan dental plenamente asegurado a los Empleados

Delta Dental of California
100 First Street
San Francisco, CA 94105
Administra el plan dental de los Empleados.

Private Medical-Care, Inc. (PMI)
DeltaCare Group Dental Service
12898 Towne Center Drive
Cerritos, CA 90703
Proporciona un plan dental plenamente asegurado a los Empleados

Pacific Union Dental
1390 Willow Pass Road
Concord, CA 94520-5240
Proporciona un plan dental plenamente asegurado a los Empleados.

Kaiser Foundation Health Plan Northern California Region
1950 Franklin Street
Oakland, CA 94612
Proporciona un plan médico prepago a los Empleados.

Claremont Behavioral Services
1050 Marina Village Parkway Suite 203
Alameda, CA 94501
Proporciona tratamiento para el abuso de sustancias a los Empleados.

Prescription Solutions
3515 Harbor Blvd.
Costa Mesa, CA 92626.
Administra el beneficio de medicinas de receta al menudeo y por correo.

Vision Service Plan
3333 Quality Drive
Rancho Cordova, CA 95670
Administra el plan óptico para los Empleados

Podiatry Plan Organization of California
203 Willow Street Suite 204
San Francisco, CA 94109
Proporciona servicios de una red de pediatría.

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 60 a 62 de este folleto.

Informacion 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 empleado 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 empleados en el Fondo y, si la empresa 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, Chairman Northern California District Council of Laborers 4780 Chabot Drive Suite #200 Pleasanton, CA 94588-3322	Mr. Larry Totten, Co-Chairman Johnson Western Gunit 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. Mike Muesing Laborers Local Union No. 294 5431 East Hedges Avenue Fresno, CA 93727-2296	Ms. Claire Koenig McNely Construction Co. 2081 Adams Avenue San Leandro, CA 94577-1074
Mr. Oscar De La Torre Laborers Local Union No. 261 3271 - 18th Street San Francisco, CA 94110	Mr. Robert Chrisp Chrisp Company 43650 Osgood Road Fremont, CA 94539-5631
Mr. Ray Recinos Laborers Local Union No. 73 2871 E. Myrtle Street Stockton, CA 95205	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 7 y 8 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 Kaiser Foundation Health Plan, Newport Dental Plan (Bright Now!), Private Medical Care, Inc. (PMI) y Pacific Union Dental.
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 45 a 52 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 calificador. 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 ESPECIAL III Y BENEFICIOS OPCIONALES

ENMENDADO Y REEXPRESADO CON VIGENCIA DEL 1º DE MARZO DE 2006

ARTÍCULO I. DEFINICIONES

Sección 1. El término “**Centro Quirúrgico Ambulatorio**” significa una institución quirúrgica 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 Especial 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 .

b. Los hijos solteros del Empleado si:

- (1) son hijos propios o adoptados (los hijos adoptados quedan cubiertos desde la fecha en que sean colocados bajo la custodia del Empleado) menores de 19 años de edad; o
- (2) son hijastros menores de 19 años, siempre y cuando estos hijos dependan principalmente del Empleado y residan en la casa del Empleado; 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 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 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 para su sostén.

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

Sección 8. El término “**Medicina**” significa un artículo que pueda surtir 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**” significa cada Empleado y cada uno de sus Dependientes elegibles.

Sección 11. 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 12. El término “**Empleado**” significa cualquier persona que trabaja de acuerdo a un Convenio de Negociación Colectiva que requiere pagos mensuales de los Empleadores Especiales y que cumple con las reglas de elegibilidad de Artículo II, Sección 2.

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 una institución psiquiátrica independiente, pero solamente si la institución es un Hospital Participante en la red del Plan de Comprador Prudente.

Sección 20. El término “**Farmacólogo**” 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 institución de atención de salud especializada. 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 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 esté 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 “**Beneficios Opcionales**” significa los beneficios dentales y ópticos opcionales que están a disposición de los Empleados y sus Dependientes Elegibles cuyos Empleadores Especiales haga la contribución correspondiente al Fondo por esta cobertura. Los Beneficios Opcionales se describen en los Apéndices 1 y 2 que se adjuntan a estas Reglas y Reglamentos.

Sección 26. El término “**Hospital Participante**” significa un Hospital que forma parte del Plan de Proveedores Preferentes del Fondo.

Sección 27. 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 28. El término “**Doctor**” significa:

- a. Un doctor o cirujano (M.D.) 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 29. El término “**Año del Plan**” significa el 1º de marzo de cualquier año a 1º de marzo del año siguiente.

Sección 30. 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 31. 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 32. El término “**Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes**” significa la lista agregada de códigos postales en los 46 Condados del Norte de California en que residen las Personas Elegibles y estén sujetos a las disposiciones de reembolso del Plan de Proveedores Preferentes.

Sección 33. 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 34. 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 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 “**Institución 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 una “institución 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. ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS

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

- a. El término “**Empleador Especial**” significa un empleador que tiene obligación por medio de un convenio de negociación colectiva con la Unión de proporcionar los beneficios del Plan Especial III haciendo contribuciones al Fondo.
- b. 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

a. Establecimiento y Mantenimiento de la Elegibilidad

- (1) Una persona empleada por un Empleador Especial, y a cuyo nombre se hagan contribuciones al Fondo para el mantenimiento del Plan Especial III y los Beneficios Opcionales indicados en el Convenio de Negociación Colectiva que cubra el empleo de la persona será elegible durante cualquier mes en que el Empleador Especial haga una contribución mensual a nombre del Empleado.
- (2) Los Dependientes de un Empleado son elegibles en cualquier mes en que el Empleado es elegible.

b. Terminación de la Elegibilidad

- (1) La elegibilidad de un Empleado terminará en la primera fecha entre las siguientes:
 - (a) El último día del mes en que se haga la última contribución mensual al Fondo..
 - (b) Al final del mes calendario en que desempeñe trabajo del tipo cubierto por el convenio de negociación colectiva por una empresa que no sea el Empleador Especial como se define en la Sección 1.a. de este Artículo.
- (2) La elegibilidad de un Dependiente de un Empleado terminará en la fecha primera entre las siguientes fechas:
 - (a) La fecha en que termine la elegibilidad del Empleado.
 - (b) En la fecha en que ya no califique como Dependiente, como se definen el Artículo I, Sección 7.

Sección 3. Continuación de la Cobertura por medio de COBRA

Las disposiciones de continuación de la cobertura de salud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en el Retiro, Sección 601 y siguientes, con sus enmiendas, requieren

que cuando la cobertura termine bajo ciertas circunstancias, los beneficios del plan de salud se deberán poner a disposición de las Personas Elegibles por medio del pago propio. En la medida en que la ley COBRA se aplique a una Persona Elegible bajo este Plan, estos beneficios se ofrecerán de acuerdo con esta Sección.

- a. **General.** Los Empleados o sus Dependientes que pierdan la elegibilidad de acuerdo al Plan podrán continuar su cobertura en el Plan con apego a los términos de esta Sección. Esta Sección tiene intención de cumplir con todas las disposiciones de continuación de la cobertura de salud de COBRA, incluso los reglamentos que se hayan incorporado por referencia y que controlarán en caso de un conflicto entre esas disposiciones y los términos de esta Sección.
- b. **Continuación de la Cobertura.** Los Empleados o sus Dependientes cuya elegibilidad termine podrán continuar la cobertura (excepto los Beneficios por Muerte y los Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental), por medio de COBRA al ocurrir un “Evento Calificadorio”.

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

- (1) El Empleador del Empleado no hace la contribución que se requiere como se muestra en la Sección 2.a.(1);
- (2) la muerte del Empleado ;
- (3) el divorcio del Empleado de su cónyuge Dependiente;
- (4) que el hijo Dependiente cese de tener el carácter de dependiente.

- c. **Beneficiario Calificado.** Un Beneficiario Calificado se define de acuerdo a la ley COBRA como un individuo que en el día anterior al Evento Calificadorio estaba cubierto en este Plan como Empleado , cónyuge de un Empleado o hijo Dependiente de un Empleado . Un hijo que haya nacido o haya sido colocado para su adopción con el Empleado durante el período de Continuación COBRA también será un Beneficiario Calificado.

d. Duración de la Cobertura.

- (1) El Beneficiario Calificado cuya cobertura termine debido a un Evento Calificadorio como se describe en esta Subsección 3.b.(1) podrá elegir la continuación de la cobertura hasta 18 meses desde la fecha de la terminación de la elegibilidad. Este período de 18 meses se expandirá a un máximo de 36 meses desde la fecha del Evento Calificadorio si ocurre un segundo Evento Calificadorio (que no sea el Evento Calificadorio descrito en la Subsección b.(1) de esta Sección) con respecto a ese Beneficiario Calificado durante el período original de 18 meses y mientras el Beneficiario Calificado esté cubierto por el Plan.
- (2) Si la cobertura termina debido a un Evento Calificadorio descrito en la Sección 3.b.(1), el período de 18 meses podrá prolongarse hasta un total de 29 meses por cualquier Beneficiario Calificado que el Seguro Social determine esté totalmente incapacitado en cualquier momento antes o durante los primeros 60 días de la Cobertura de Continuación COBRA, la persona incapacitada y la familia podrá prolongar la Cobertura de Continuación COBRA más allá de los 18 meses originales hasta 29 meses. Para calificar para los 11 meses adicionales, un Beneficiario Calificado deberá reportar la determinación de incapacidad del Seguro Social a la Oficina del Fondo por escrito antes de que termine el período original de 18 meses y dentro de los 60 días después de la fecha de la determinación. Las primas que se cobren por el período de 11 meses adicionales serán aproximadamente 50% mayores que la prima por el período inicial de 18 meses.

- 3) Si el Evento Calificadorio descrito en la Sección 3.b.(1) ocurre menos de 18 meses después de la fecha en que el Empleado se haga elegible a Medicare (Parte A, Parte B o ambas), el período máximo de cobertura de continuación para los Dependientes del Empleado será de 36 meses a partir de la fecha en que el Empleado adquiera derecho a Medicare.
 - (4) El derecho a Medicare no es un Evento Calificadorio de acuerdo al Plan. El derecho a Medicare después de la terminación del empleo de un Empleado o la reducción en horas no extenderá la cobertura COBRA del Dependiente de un Beneficiario Calificado más allá del período de 18 meses que permite el Evento Calificadorio descrito en la Sección 3.b.(1).
 - (5) Un Beneficiario Calificado cuya cobertura de otra manera terminaría debido a un Evento Calificadorio que no sea el descrito en la Sección 3.b.(1) podrá elegir 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 máxima duración 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 en que:
- (1) el empleador del Beneficiario Calificado deje de proporcionar cobertura de salud de grupo a los Empleados;
 - (2) la prima descrita en la Subsección g. siguiente no se pague a tiempo;
 - (3) el Beneficiario Calificado quede cubierto por otro Plan de Grupo después de elegir la Cobertura de Continuación COBRA (como empleado o de otra manera) que no contenga 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;
 - (5) el Empleado o Dependiente ha continuado la cobertura por meses adicionales debido a una incapacidad y ha habido una determinación final de parte del Seguro Social que la persona ya no está incapacitada.
- f. Tipos de Beneficios Proporcionados.** Se proporcionará a un Beneficiario Calificado la cobertura de salud bajo el Plan que sea idéntica a la cobertura de salud que se proporciona a otras Personas Elegibles que no han tenido un evento calificadorio. El Beneficiario Calificado tendrá la opción de tomar la “Cobertura Núcleo” solamente 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, excepto los beneficios dentales, ópticos, por muerte y por muerte y desmembramiento accidental.
- 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 mensual de la prima deberá hacerse dentro de 45 días de la fecha en que el Beneficiario Calificado elija la cobertura de continuación y deberá incluir el pago de todos los meses de cobertura COBRA hasta la fecha. De ahí en adelante, los pagos de la prima mensual deben hacerse en el primer día del mes para el cual se elija la cobertura de continuación. Habrá un período de gracia de 30 días para hacer los pagos mensuales de la prima. Si el pago de la cantidad que se deba no se hace antes del final

del período de gracia correspondiente, terminará la Cobertura de Continuación COBRA. El Consejo de Fideicomisarios podrá, al presentarse una causa justa, prolongar la fecha en que se vence el pago de la prima.

h. Requisitos de Notificación de los Beneficiarios Calificados.

- (1) El Beneficiario Calificado es responsable de proporcionar a la Oficina del Fondo una notificación escrita oportuna de cualquiera de los siguientes eventos:
 - (a) El divorcio del Empleado de su Cónyuge.
 - (b) Que el hijo pierda su situación de Dependiente de acuerdo al Plan.
 - (c) Si un segundo Evento Calificadorio ocurre después de que el Beneficiario Calificado haya tenido derecho a COBRA por un máximo de 18 (ó 29) meses.

En el caso de que ocurra alguno de los eventos descritos en las Subsecciones (a), (b) y (c) anteriores, el Beneficiario Calificado deberá notificar a la Oficina del Fondo por escrito no más tarde que 60 días después de la fecha del Evento Calificadorio.

- (d) Cuando la Administración del Seguro Social determine que un Beneficiario Calificado con derecho a recibir la Cobertura COBRA por un máximo de 18 meses está incapacitado, el Beneficiario Calificado deberá entregar notificación escrita a la Oficina del Fondo de la determinación de incapacidad antes del final de la cobertura de continuación inicial de 18 meses y dentro de los 60 días después de la fecha de la determinación.
 - (e) Cuando la Administración del Seguro Social determine que un Beneficiario Calificado ya no está incapacitado, la notificación escrita deberá ser entregada a la Oficina del Fondo no más tarde que 30 días después de la fecha de la determinación de parte del Seguro Social de que la persona ya no está incapacitada.
- (2) La notificación escrita deberá contener la información siguiente: nombre del Beneficiario Calificado, nombre y número de identificación del Empleado, el Evento Calificadorio por el cual se da la notificación, la fecha del Evento Calificadorio, copia de la disolución final del matrimonio en el caso de un divorcio.
 - (3) La notificación podrá ser proporcionada por el Empleado, el Beneficiario Calificado con respecto al Evento Calificadorio o cualquier representante que actúe a nombre del Empleado o Beneficiario Calificado. La notificación de una persona satisfará el requisito de notificación de todos los Beneficiarios Calificados afectados por el mismo Evento Calificadorio.
 - (4) Si no se entrega a la Oficina del Fondo la notificación escrita de los eventos descritos en la Subsección (1) anterior, y dentro de los plazos de tiempo que se requieren, esto evitará que la persona obtenga o extienda la Cobertura de Continuación COBRA.

i. Requisitos de Notificación para los Empleados y el Plan.

- (1) Si el Evento Calificadorio es la muerte del Empleado, el Empleador deberá notificar a la Oficina del Fondo por escrito del Evento Calificadorio dentro de los 30 días siguientes al Evento Calificadorio.
- (2) Si el Evento Calificadorio es una reducción de las horas, la determinación de que

el Empleador del Empleado no ha hecho la contribución que se requiere a la que se hace referencia en la Sección 3.b.(1) a nombre del Empleado será hecha por la Oficina del Fondo.

- (3) No menos de 14 días después de la fecha en que la Oficina del Fondo reciba una notificación escrita del Beneficiario Calificado o del Empleador, o después de que la Oficina del Fondo haya determinado que se han reportado menos del número de horas requeridas por el Empleador, 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 el cónyuge Dependiente será tratada como una notificación a todos los demás Beneficiarios Calificados que residen con esa persona en el momento en que se haga la notificación.

j. Procedimiento de Elección.

- (1) El Beneficiario Calificado deberá elegir la cobertura de continuación dentro de 60 días de la fecha más tardía entre:
 - (a) la fecha en que el Beneficiario Calificado pierda la cobertura del 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) Una elección hecha por un Beneficiario Calificado que sea un Empleado o el cónyuge Dependiente a nombre de cualquier otro Beneficiario Calificado será obligatoria. Sin embargo, cada persona que sea un Beneficiario Calificado respecto al Evento Calificadorio tiene el derecho independiente de elegir la cobertura COBRA. Si un Empleado o un cónyuge Dependiente no elige la cobertura COBRA no impedirá que cualquier otro Beneficiario Calificado tenga el mismo período de 60 días para elegir o rechazar la cobertura.

k. Tipos de Beneficios Proporcionados. El Beneficiario Calificado recibirá la cobertura de salud del Plan idéntica a la cobertura de salud que tenía en el día anterior del Evento Calificadorio y que se ofrece a otros Beneficiarios que no han tenido un Evento Calificadorio.

l. Añadidura de Nuevos Dependientes.

- (1) Si, mientras esté inscrito en la Cobertura de Continuación COBRA, un Beneficiario Calificado se casa, tiene un hijo recién nacido, se coloca a un hijo con él para su adopción o asume la tutoría legal de un niño, podrá inscribir al 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 de asumir la tutoría legal. La añadidura de un hijo o cónyuge pudiera causar un aumento en la cantidad que deba pagarse por la Cobertura de Continuación COBRA.
- (2) Cualquier Beneficiario Calificado podrá agregar a su nuevo cónyuge o hijo a su Cobertura

de Continuación COBRA. Los únicos familiares agregados recientemente que tienen los derechos de un Beneficiario Calificado, por ejemplo el derecho de permanecer en la cobertura COBRA más tiempo en caso de que ocurra un segundo Evento Calificador son los hijos propios adoptados del Participante anterior o los hijos de los cuales el antiguo Participante sea tutor legal.

ARTÍCULO III. BENEFICIOS POR MUERTE DE EMPLEADOS

Sección 1. Beneficio por Muerte

- a. Si un Empleado fallece mientras sea elegible o dentro de los 31 días siguientes a la terminación de su elegibilidad, el Fondo pagará, con sujeción a todas las demás disposiciones del Plan, un Beneficio por Muerte de \$15,000.

b. Facilidad de Pago

- (1) Si algún beneficiario es un menor o es legalmente incompetente o incapaz de manejar sus propios asuntos, el Fondo se reserva el derecho de hacer el pago en plazos mensuales sin pasar de \$1,000 a la persona o personas o institución que esté cuidando o sosteniendo al beneficiario hasta que haga un reclamo por el resto un tutor debidamente nombrado, albacea u otro representante legal del beneficiario.
- (2) El Fondo podrá, a su opción, pagar una cantidad que no pase de \$2,500 del Beneficio por Muerte a la persona que haya tenido gastos en relación al entierro del Empleado .
- (3) Cualquier pago hecho de acuerdo a la Subsección b. descargará al Fondo de su obligación en la medida de este pago.

c. Pago del Beneficio por Muerte al Fallecer un Empleado Anteriormente Totalmente Incapacitado

La cantidad de Beneficio por Muerte pagadera, de acuerdo a la Subsección 1.a. anterior, en la fecha en que haya terminado la elegibilidad será pagadera al beneficiario de un Empleado antiguo totalmente incapacitado bajo las siguientes circunstancias:

- (1) Deberá, mientras era elegible y antes de cumplir la edad de 60 años, haberse incapacitado totalmente de manera de no poder participar en ninguna ocupación a cambio de un sueldo o lucro; y
- (2) Si un Empleado antiguo fallece dentro de un año de la fecha de que su elegibilidad hubiera terminado de acuerdo al Artículo II, Subsección 2.b., y se entrega evidencia de que existía una incapacidad total ininterrumpida al Consejo de Fideicomisarios dentro de un año después de su muerte; o
- (3) Si un Empleado antiguo fallece un año o más después de que su elegibilidad hubiera terminado de acuerdo al Artículo II, Subsección 2.b., y se entregó la prueba de la incapacidad total ininterrumpida al Consejo de Fideicomisarios dentro de 9 meses a un año después de esa fecha y anualmente de ahí en adelante; y
- (4) Si el Empleado antiguo estuvo totalmente incapacitado durante 2 años, se sometió a un examen médico por un Médico pero no más de una vez al año, si lo exigió el Consejo de Fideicomisarios.
- (5) En el caso de los Empleados que se incapacitaron totalmente del 1º de junio de 1994 en adelante, bajo ninguna circunstancia será pagadero un Beneficio por Muerte de acuerdo a la Sección 1.c. después de que el Empleado llegue a la Edad Normal de Retiro (65 años).

Sección 2. Beneficios por Muerte y Desmembramiento Accidental

a. Beneficio por Muerte Accidental

Si un Empleado sufre una lesión corporal solamente por medios externos, violentos y accidentales y fallece como resultado de esas lesiones dentro del año siguiente al accidente en que se sufrieron las lesiones, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, un Beneficio por Muerte Accidental de \$15,000.

b. Beneficios por Desmembramiento Accidental

Si un Empleado sufre lesiones corporales solamente por medios externos, violentos o accidentales y dentro del año siguiente al accidente en que se sufrieron las lesiones sufre alguna de las pérdidas enumeradas enseguida, el Fondo pagará al Empleado, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, un Beneficio por Desmembramiento en la cantidad siguiente:

- (1) \$7,500 por (a) la pérdida de una mano por corte en o por encima de la muñeca, (b) la pérdida de un pie por corte en o por encima del tobillo, o (c) la pérdida no recuperable de la vista de un ojo.
- (2) \$15,000 por más de uno de los miembros identificados en la Subsección b.(1).

c. Limitaciones

- (1) No se pagarán más de \$15,000 de acuerdo a las Subsecciones a. y b. anteriores como resultado de un solo accidente.
- (2) No se pagará ningún beneficio por una pérdida que resulte de lesiones corporales sufridas como resultado de:
 - (a) enfermedad o dolencia corporal o mental, o tratamiento médico o quirúrgico, infecciones ptomáinas o bacteriales (excepto las infecciones que ocurran por cortada o herida accidental); o
 - (b) suicidio, intento de suicidio o una lesión intencionalmente causada a sí mismo; o
 - (c) guerra o acto de guerra, o el servicio en cualquier fuerza militar, naval o aérea de cualquier país que esté participando en una guerra o por deberes policíacos como miembro de cualquier organización militar, naval o aérea; o
 - (d) participación en la comisión de una felonía o como consecuencia de haber participado en ella.

Sección 3. Beneficiarios

a. Designación de Beneficiario

Un Empleado podrá designar a un beneficiario o beneficiarios para recibir el Beneficio por Muerte o el Beneficio por Muerte Accidental pagadero de acuerdo a este Artículo enviando la designación a la Oficina del Fondo en un formulario aceptable al Consejo de Fideicomisarios. El Empleado tiene derecho a cambiar su designación de beneficiario sin consentimiento del beneficiario, pero ningún cambio entrará en vigencia ni obligará al Fondo a menos que sea recibido por la Oficina del Fondo antes del momento en que se

haga algún pago al beneficiario cuya designación esté en los expedientes del Fondo. Si usted designa a más de un beneficiario, y no se especifican cuáles son sus respectivos intereses, compartirán en partes iguales.

Si un beneficiario designado es encontrado culpable de causar de manera criminal e intencional la muerte del Empleado , el beneficiario será descalificado de recibir el pago de los beneficios por muerte que serían pagaderos de acuerdo a este Artículo. Si no se ha beneficiado ningún otro beneficiario, entonces los beneficios por muerte pagaderos se pagan de acuerdo con la Sección 3.b. siguiente.

b. Falta de un Beneficiario Designado

Si no se ha designado a un beneficiario o si el beneficiario designado fallece antes de que se pague el Beneficio por Muerte o el Beneficio por Muerte Accidental, el Beneficio por Muerte o el Beneficio por Muerte Accidental se pagará al cónyuge legal del Empleado si está con vida, o si no está con vida un cónyuge legal en el momento del pago, el pago se hará a uno o más de los siguientes familiares sobrevivientes del Empleado: hijo o hijos, madre, padre, hermanos o hermanas o a la herencia patrimonial del Empleado, como pudiera designarlo el Consejo de Fideicomisarios a su sola discreción.

ARTICLE IV. DEATH BENEFITS FOR DEPENDENTS OF EMPLOYEES

Sección 1. Beneficio por Muerte de los Dependientes

Al ocurrir la muerte de un Dependiente de un Empleado, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el Beneficio por Muerte de un Dependiente al Empleado o al Beneficiario, lo que sea aplicable, de acuerdo con la siguiente tabla:

	Cantidad de Beneficio por Muerte del Dependiente
Cónyuge Dependiente	\$7,500
Hijos Dependientes:	
• 24 horas, pero menos de 2 años de edad	\$500
• 2 años, pero menos de 5 años de edad	\$750
• 5 años, pero menos de 19 años de edad	\$1,000

Sección 2. Beneficiarios

El Beneficio por Muerte de Dependientes se pagará al Empleado, de estar con vida. De otra manera, el Beneficio por Muerte de Dependientes se pagará a uno o más de los siguientes familiares sobrevivientes del Empleado: cónyuge legal, niño o niños, madre, padre, hermanos o hermanas o a la herencia patrimonial del Empleado como lo pudiera designar el Consejo de Fideicomisarios a su sola discreción.

Sección 3. Prolongación de los Beneficios

Si un Dependiente de un Empleado difunto fallece dentro de los 6 meses de la fecha en que el Empleado hubiera dejado de ser elegible a los beneficios, el Fondo pagará al beneficiario, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el Beneficio por Muerte de Dependientes aplicable que se indica en la Sección 1. de este Artículo.

ARTÍCULO V. BENEFICIOS DE HOSPITAL Y MÉDICOS

Sección 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 (PRO), el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, al Hospital Participante el 90% de los primeros \$10,000 de la tarifa negociada del contrato de acuerdo al Plan de Proveedores Preferentes del Fondo y el 100% después por todos los servicios necesarios prestados durante los primeros 30 días de confinamiento durante un período de incapacidad, incluyendo pero sin limitación la habitación y alimentos y la 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 (PRO), el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, al Empleado el 70% de los primeros \$10,000 de los Cargos Cubiertos incurridos y el 100% después durante los primeros 20 días de confinamiento en un período de incapacidad.

Para los fines de este Artículo V., Sección 1., los “Cargos Cubiertos” se definen como: cargos por habitación y alimentos y enfermería rutinaria hasta la cantidad igual por la tarifa más baja que cobre un Hospital No Participante por alojamiento en habitación semi-privada y el 80% de la tarifa más baja cobrada por alojamiento en habitación privada. 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 la atención en esa unidad.

c. Excepciones al Plan de Proveedores Preferentes

(1) Si una Persona Elegible que no resida dentro del Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes del Fondo es confinada en un Hospital No Participante con la aprobación de un Doctor, el Fondo pagará al Empleado el 90% de los primeros \$10,000 de gastos incurridos y el 100% de ahí en adelante, durante los primeros 20 días de confinamiento por un período de incapacidad.

(2) Si una Persona Elegible que resida en del Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferentes del Fondo queda confinada en un Hospital No Participante por una emergencia grave o que amenace la vida, el Fondo pagará al Empleado la cantidad de gastos incurridos, como se indica en la Subsección c.(1) anterior. Sin embargo, el Fondo podrá requerir que la Persona Elegible se transfiera a un Hospital Participante, por consejo de un Doctor, cuando sea seguro desde el punto de vista médico hacer la transferencia.

d. Revisión de Utilización

- (1) Si una Persona Elegible va a ser confinada en un Hospital de manera electiva, no de emergencia con aprobación de un Doctor, el Doctor deberá obtener la Revisión Previa a la Hospitalización de una Organización de Revisión Profesional para determinar, antes de la hospitalización, la necesidad médica del confinamiento en el Hospital y el número de días autorizados previamente, de haberlos, que determine la Organización de Revisión Profesional sean médicamente necesarios para el confinamiento.
 - (a) Si el Doctor de una Persona Elegible no obtiene la Revisión Previa a la Admisión de parte de la Organización de Revisión Profesional (PRO) y la Persona Elegible queda confinada en un Hospital Participante, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, 70% de los primeros \$10,000 de beneficios y el 100% de 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 (PRO), y la Persona Elegible queda confinada en un Hospital No Participante, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el 50% de los primeros \$10,000 de los beneficios y el 100% de los beneficios de ahí en adelante.
 - (c) Si el Doctor de una Persona Elegible no obtiene la Revisión Previa a la Admisión de una Organización de Revisión Profesional, y ésta determina que el confinamiento en un Hospital no es médicamente necesario, y la Persona Elegible a pesar de ello queda confinada en el Hospital, el Fondo no estará obligado a proporcionar beneficios por servicios y suministros médicos que no sean razonablemente necesarios para la atención o tratamiento de lesiones o enfermedades corporales.
 - (d) Si el Doctor de una Persona Elegible obtiene la Revisión Previa a la Admisión de una Organización de Revisión Profesional, y ésta autoriza previamente un número específico de días como médicamente necesarios para el confinamiento, y la Persona Elegible a pesar de ello queda confinada en un Hospital por un número mayor de días que los autorizados previamente por 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 los números de días autorizados previamente por la Organización de Revisión Profesional por el confinamiento en un Hospital Participante o No Participante como se indica en las Subsecciones 1a. y 1b. Sin embargo, el Fondo no estará obligado a pagar servicios o suministros médicos proporcionados por días que pasen de los autorizados previamente por la Organización de Revisión Profesional.
- (2) Si una Persona Elegible queda confinada en un Hospital de manera electiva y no de emergencia con la aprobación de un Doctor, el Doctor deberá obtener la Revisión Concurrente de la Organización de Revisión Profesional una vez que la Persona Elegible sea hospitalizada, para determinar el número de días autorizados por la Organización de Revisión Profesional como médicamente necesarios, o cualquier cambio en el número de días autorizados como médicamente necesarios por la Organización de Revisión Profesional si la Revisión Previa a la Admisión ya se llevó a cabo.
 - (a) Si una Persona Elegible es confinada en un Hospital con la aprobación de un Doctor y el Doctor de la Persona Elegible no obtiene la Revisión Concurrente 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 no se hizo la Revisión Previa a la Admisión. Además, para determinar el número de días autorizados como médicamente necesarios no habiendo una Revisión Previa a la Admisión y Concurrente, el Fondo solicitará que la Organización de Revisión Profesional haga una Revisión Retrospectiva. Si la Revisión Retrospectiva determina que alguno de los días de confinamiento no eran médicamente necesarios, 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 por ningún día que pase de los que hayan sido autorizados por la Revisión Retrospectiva de la Organización de Revisión Profesional.

- (b) Si una Persona Elegible queda confinada en un Hospital con la aprobación de un Doctor, y el Doctor de la Persona Elegible obtiene una Revisión Concurrente de la Organización de Revisión Profesional que determine un mayor o menor número de días de confinamiento como médicamente necesarios de los que se habían determinado en la Revisión Previa a la Admisión, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el 100% de los beneficios que hubiera pagado por el número de días determinados por la Organización de Revisión Profesional como médicamente necesarios en la Revisión Concurrente para el confinamiento en un Hospital Participante o No Participante, como se indica en las Subsecciones 1a. y 1b. Sin embargo, el Fondo no estará obligado a proporcionar beneficios por servicios y suministros médicos que no sean razonablemente necesarios para la atención o tratamiento de lesiones o enfermedades corporales 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 de emergencia en un Hospital con la aprobación de un Doctor, el Doctor deberá obtener la Revisión Concurrente de la Organización de Revisión Profesional una vez que la Persona Elegible haya sido hospitalizada para determinar el número de días autorizados por la Organización de Revisión Profesional como Médicamente Necesarios.
- (a) Si una Persona Elegible queda confinada en un Hospital, con la aprobación de un Doctor y el Doctor de la Persona Elegible no obtiene la Revisión Concurrente de la Organización de Revisión Profesional, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el 70% de los primeros \$10,000 de beneficios y el 100% de los beneficios de ahí en adelante. Además, para determinar el número de días autorizados como médicamente necesarios no habiendo una Revisión Concurrente, el Fondo pedirá a la Organización de Revisión Profesional que haga una Revisión Retrospectiva. Si esta Revisión determina que algunos de los días de confinamiento no eran Médicamente Necesarios, el Fondo no estará obligado a proporcionar beneficios por servicios o suministros médicos por ningún día que pase de los autorizados por la Organización de Revisión Profesional en su Revisión Retrospectiva.
 - (b) Si una Persona Elegible queda confinada en un Hospital No Participante y el Doctor que la hospitalice no obtiene la Revisión Concurrente de una Organización de Revisión Profesional, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el 50% de los primeros \$10,000 de beneficios y el 100%

de beneficios de ahí en adelante. Además, con el fin de determinar el número de días autorizados como Medicamento Necesarios en ausencia de una Revisión Concurrente, el Fondo solicitará que la Organización de Revisión Profesional haga una Revisión Retrospectiva. Si esta Revisión determina que algunos de los días de confinamiento no eran Medicamento Necesarios, el Fondo no estará obligado a proporcionar beneficios por los servicios o suministros médicos que no fueran razonablemente necesarios para la atención o tratamiento de las lesiones corporales o enfermedades por cualquier día que pase de los autorizados por la Organización de Revisión Profesional en su Revisión Retrospectiva.

e. Período de Incapacidad

Se considerará que todos los confinamientos en un Hospital o Institución de Enfermería Especializada han ocurrido durante un período de incapacidad a menos que los confinamientos se deban a causas totalmente sin relación o a menos que: (1) en el caso de un Empleado, estén separados por un regreso al trabajo o una situación de disponibilidad para el trabajo, o (2) en el caso de un Dependiente, estén separados por 3 ó más meses.

f. Limitación

No serán pagaderos beneficios por ningún período de confinamiento que exceda del período aprobado por la Organización de Revisión Profesional ni por ningún período de confinamiento que sea únicamente para la comodidad de la Persona Elegible.

Sección 2. Beneficios en Institución de Enfermería Especializada

Si una Persona Elegible queda confinada en una Institución de Enfermería Especializada con aprobación de la Organización de Revisión Profesional, el Fondo pagará al Empleado, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, la cantidad de gastos incurridos hasta el número máximo de días de confinamiento permitidos durante un período de incapacidad por:

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

(1) Cada 2 días de confinamiento en una Institución de Enfermería Especializada es igual a un día de confinamiento en un Hospital y se incluye en el número máximo de días que se permiten en Beneficios de Hospital.

Un “período de incapacidad” se define en la Subsección 1.e. de este Artículo.

Sección 3. Beneficios Médicos Amplios

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

- b. **Deducible**

(1) Cada Persona Elegible será responsable de los primeros \$150 de Gastos Cubiertos. Este Deducible es un gasto del propio bolsillo por Gastos Cubiertos incurridos durante un Año Plan antes de que sean pagaderos los Beneficios Médicos Amplios. Cuando un

total de \$450 en Gastos Cubiertos Deducibles hayan sido pagados por los miembros de una familia cubierta durante un Año Plan, el Plan dispensará cualquier cantidad adicional de Deducible por esa familia durante el resto del Año Plan.

Los deducibles que normalmente se aplicarían por reclamos incurridos en un mes entre 2 Empleados Activos en el Plan Especial puedan reclamarse uno al otro como Dependientes, que se define en el Artículo I. Sección 7.a., se dispensarán mientras que ambos Empleados Activos en el Plan Especial sigan siendo elegibles para los beneficios del Plan. Si alguno de los Empleados Activos en el Plan Especial posteriormente pierde su elegibilidad de este Plan, el Deducible por el Empleado Activo en el Plan Especial anterior y cualquier Dependiente será reinstalado, menos las cantidades de Deducible previamente pagadas durante el Año Plan.

(2) Si un Gasto Cubierto es incurrido durante los últimos 3 meses de un Año Plan (diciembre, enero y febrero) y se aplica en contra de la cantidad de Deducible de ese Año Plan, el gasto se transferirá para aplicarse respecto a la cantidad de Deducible del siguiente Año Plan.

c. Copago por Visita al Consultorio del Doctor. Excepto como se señala enseguida, se requerirá un copago de \$15.00 por cada visita al consultorio del Doctor antes de que sean pagaderos los Beneficios Médicos Amplios. Las excepciones a este requisito son como sigue:

- (1) Visitas a un quiropráctico.
- (2) Visitas por el tratamiento de desórdenes mentales o nerviosos.
- (3) Visitas para consulta, al ser referido por el Doctor primario de la Persona Elegible.

Este copago de \$15.00 por Visita al Consultorio del Doctor es además del Deducible que se describe en la Subsección 3.b. anterior.

d. Copago por Sala de Emergencias en un Hospital. Si una Persona Elegible incurre gastos en una sala de emergencias de un Hospital, se requerirá un copago de \$25.00 si un Hospital Participante se utiliza o un copago de \$50.00 si se utiliza un Hospital No Participante antes de que sean pagaderos los Beneficios de Gastos Médicos Amplios. Este requisito de copago será dispensado bajo cualquiera de las siguientes circunstancias:

- (1) La visita a la sala de emergencias resulta en un confinamiento por la noche de la Persona Elegible.
- (2) Los servicios de la sala de emergencia se proporcionan como resultado de una intervención paramédica.
- (3) La Persona Elegible llega muerta a la sala de emergencia o fallece mientras esté recibiendo servicios en la sala de emergencia.

El copago por Sala de Emergencias en un Hospital es además del Deducible que fue descrito 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 \$1,000,000. 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 \$1,000,000.

- (1) Por Gastos Cubiertos incurridos con un Proveedor Participante, el Fondo pagará el 90% de la tarifa negociada del contrato. Por Visitas Rutinarias al Consultorio de un Proveedor Participante, el Fondo pagará el 100% de la tarifa negociada después de que se Cubra un Copago de \$15 por Visita al Consultorio del Doctor.
- (2) Por Gastos Cubiertos incurridos con un Proveedor No Participante, el Fondo pagará la cantidad menor entre la que realmente sea cobrada o 70% de los Cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UAR).

Excepciones:

- **Servicios en Sala de Emergencias** – Si una Persona Elegible recibe tratamiento en la Sala de Emergencias de un Hospital Participante de un Doctor que la atienda que no sea un Proveedor Participante, el Plan pagará el 90% de los cargos UAR por los servicios profesionales prestados por ese Doctor que lo atienda.
- **Tratamiento de Podiatría** – Si una Persona Elegible requiere los servicios de un Podiatra (DPM), el Fondo pagará el 90% de la tarifa negociada del contrato por el Podiatry Plan Organization of California (PPOC). Si una Persona Elegible utiliza los servicios de un Podiatra que no forme parte de la red PPOC, el Plan pagará el 70% de los cargos UAR.
- **Servicio de Ambulancia Profesional** – Si una Persona Elegible requiere Servicios de Emergencia para una enfermedad o lesión que amenace su vida, el Fondo pagará 90% de la cantidad realmente cobrada o los cargos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UAR) lo que sea menos, por el transporte de parte de un servicio de ambulancia profesional No Participante si lo solicita un Hospital o el personal paramédico.

f. Máximo Gasto del Propio Bolsillo

El máximo gasto del propio bolsillo de los Empleados y sus Dependientes bajo este Artículo será de \$3,000 por Persona Elegible o hasta \$6,000 por familia. Los siguientes cargos incurridos por Personas Elegibles no se aplicarán respecto al Máximo Gasto del Propio Bolsillo:

- (1) Copago por Visita al Consultorio del Doctor
- (2) Copago por Sala de Emergencias de Hospital
- (3) Pago de coseguro por confinamiento en el Hospital cuando la Persona Elegible reciba dentro del Área de Servicio de los Proveedores Preferentes del Fondo y utilice los servicios de un Hospital No Participante, excepto en casos de emergencias graves o que amenacen la vida.
- (4) Pago de coseguro a un Proveedor No Participante
- (5) Cargos por servicios y suministros médicos excluidos o limitados por el Plan

(6) Sanciones por no cumplir con el Programa de Revisión de Utilización del Plan

g. Se incluyen en los Gastos Cubiertos:

- (1) Los cargos por servicios médicos o quirúrgicos de un Doctor, excepto:
 - (a) los cargos hechos por un quiropráctico se limitan a \$40.00 por visita y a 20 visitas en cada Año Plan;
 - (b) los cargos hechos por un quiropráctico por rayos X se limitan a \$100.00 por Año Plan.
- (2) Los cargos por servicios de enfermería prestados por una enfermera graduada registrada o una enfermera vocacional con licencia.
- (3) Los cargos hechos por un Hospital a su propio nombre, excepto los cargos de habitación y alimentos que pasen de la tarifa más baja que cobra el Hospital por habitación semi-privada o el 80% de la tarifa más baja que cobre por habitación privada, de utilizarse, o si la atención se recibe en una unidad de terapia intensiva, la tarifa más baja que se cobre por esa unidad.
- (4) Los cargos por Terapia de Rehabilitación realizada por un terapeuta con licencia que no esté relacionado a la Persona Elegible sanguíneamente o por matrimonio. Los servicios cubiertos incluyen la terapia activa y progresiva ocupacional o física a corto plazo. La terapia del habla se cubre si es para restaurar el habla normal o para corregir defectos de disfagia o al tragar debido a una enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico.
- (5) Los cargos por los siguientes servicios y suministros médicos:
 - (a) Anestesia y su administración.
 - (b) Sangre y plasma de la sangre.
 - (c) Vendas quirúrgicas, férulas, yesos y otros dispositivos para el tratamiento de quemaduras y reducción de fracturas y dislocaciones.
 - (d) Rayos X y exámenes de laboratorio hechos con fines de diagnóstico en relación con el tratamiento terapéutico de una Persona Elegible.
 - (e) Terapia de radiación.
 - (f) Equipo Médico Duradero. El Equipo Médico Duradero incluye, sin limitación, monitores de apnea, cómodas, camas de hospital, sillas de ruedas eléctricas y manuales, nebulizadores y oxígeno. El Equipo Médico Duradero también incluye prótesis designadas para reemplazar toda o una parte faltante del cuerpo, incluyendo sin limitación, extremidades artificiales, marcapasos cardiacos o lentes de corrección que se requieren después de una cirugía de cataratas. El Equipo Médico Duradero también incluye aparatos Ortóticos diseñados para apoyar una parte débil del cuerpo incluyendo, sin limitación, corsés designados especialmente, abrazaderas para las piernas o férulas para las extremidades.
 - (g) Servicio de ambulancia profesional cuando se use para transportar a la Persona Elegible que requiera de ayuda paramédica:
 - (i) directamente del lugar en que se lesionó por un accidente o se enfermó al consultorio del Médico; o

- (ii) de ida y vuelta al Hospital; o
 - (iii) por ambulancia aérea con licencia si los cargos no exceden de los Cargos UAR y el Fondo determina que el lugar y naturaleza de la enfermedad o la lesión hace que el transporte aéreo sea más eficaz en costo o necesario para evitar la posibilidad de complicaciones graves o pérdida de la vida.
- (h) Visitas a recién nacidos o visitas a niños en salud, incluso inmunizaciones de rutina desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad de acuerdo con el programa recomendado por la Academia Americana de Pediatría.
- (i) Terapia intravenosa en consulta externa cuando la autorice y sea bajo la supervisión del Doctor para el tratamiento de una enfermedad que de otra manera requeriría hospitalización. La terapia incluye la administración de medicinas de quimioterapia para el cáncer y cualquier otra medicina que deba administrarse bajo la supervisión de un Doctor.
- (6) Los cargos hechos por un Centro Quirúrgico Ambulatorio.
- (7) Los cargos hechos por la sala de emergencias de un Hospital.
- (8) Los cargos hechos por un hospicio al ser referido por el Programa de Administración de Casos del Plan.
- (9) Los cargos hechos por atención de salud en casa al ser referidos por el Programa de Administración de Casos del Plan.
- (10) Los cargos hechos por un Doctor por servicios y suministros relacionados a la administración de implantes, inyecciones y dispositivos anticonceptivos o un procedimiento quirúrgico que resulte en la infertilidad voluntaria.
- (11) Cargos en relación con la mastectomía, incluyendo la reconstrucción del seno en que se llevó a cabo la mastectomía, la cirugía en el otro seno para producir una apariencia simétrica y la prótesis y complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfedemas.
- (12) Cargos en relación con tratamiento quirúrgico que sea Médicamente Necesario de la obesidad mórbida cuando el índice de Masa Corporal de la Persona Elegible sea mayor de 35 y se vea complicada por cualquiera de las siguientes situaciones:
- (a) condiciones cardiopulmonares que amenacen la vida;
 - (b) dificultad en el control de la diabetes melitus o la hipertensión;
 - (c) enfermedad renal de etapa final con dificultad para diálisis;
 - (d) apnea grave en el sueño documentada por un estudio del sueño realizado por una clínica de sueño certificada;
 - (e) edema grave de las extremidades inferiores con úlceras;
 - (f) enfermedad sistemática degenerativa de las articulaciones que resulte en dificultades ambulatorias (bastón, caminadora, silla de ruedas); o
 - (g) incontinencia por estrés y anormalidades ginecológicas.

Sólo se cubrirá uno de los siguientes procedimientos quirúrgicos bariátricos de por vida – la circunvalación gástrica Roux-en-Y, engrapado gástrico o la circunvalación biliopancreática. Se requiere aprobación previa de un Consultor Médico independiente seleccionado por el Fondo que incluye la revisión del expediente

médico de atención primaria del individuo en 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 clara de los intentos fallidos de pérdida de peso por medio de otras medidas conservadoras.

- (13) Tratamiento en consulta externa de trastornos mentales o psiquiátricos incluyendo sin limitación pruebas de psicoterapia y psicológicas realizadas por un psiquiatra, psicólogo o un trabajador social clínico con licencia que se limita al 50% de la tarifa negociada con Proveedores Participante o el 50% de los cargos UAR con Proveedores No Participantes sin pasar de 40 visitas por Año Plan.
- (14) Gastos incurridos por un aparato de ayuda auditiva recetado por un Doctor. El Fondo pagará hasta \$750 por aparato para cada oído una vez cada 36 meses. Las pruebas del oído se cubren después del Copago de Visita al Consultorio del Doctor. No se cubre la reparación ni reposición de un aparato de ayuda auditiva que se pierda, se rompa o se pierda.
- (15) Cargos de un Dentista por lo siguiente:
 - (a) tratamiento necesario para aliviar el daño a dientes rotos o lesionados como resultado de una lesión corporal accidental (no ha hará ningún pago bajo este Artículo por la reposición de dientes, en todo o en partes) y
 - (b) cirugía Médicamente Necesaria que no esté cubierta por los Beneficios Dentales del Fondo.

Sección 4. Beneficio de Examen Físico

Si una Persona Elegible se hace un examen físico rutinario con un Doctor, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, al Empleado la cantidad realmente cobrada al Empleado por el examen y los rayos X y exámenes de Laboratorio:

- a. hasta un máximo de \$200 por cada Empleado o cónyuge Dependiente de un Empleado;
o
- b. hasta un máximo de \$100 por cada niño Dependiente de un Empleado que tenga más de 24 meses de edad.

ARTÍCULO VI. BENEFICIOS DE MEDICINAS

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.
- 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. 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.

Sección 2. Beneficios. Si una Persona Elegible obtiene cualquiera de los artículos enumerados en “Cargos Cubiertos” en la Sección 3, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, la cantidad aplicable como se indica enseguida:

- 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 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 \$40.00 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 \$60 hasta por un surtido de 30 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 un Farmacólogo con Licencia por substancias inyectables auto administradas que recomiende el Administrador de Recetas de Medicinas del Fondo y que periódicamente revisa y verifica el Consejo de Fideicomisarios.
- 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.g.(5)(I) del Artículo V, o como se señala en la Sección 3.g de este Artículo) 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 VII. BENEFICIOS DE SALUD DE LA CONDUCTA

Sección 1. Beneficios Internado por Abuso de Substancias. (Sólo Empleados en el Plan de Pago Directo).

a. Beneficios de Adultos

- (1) Si un Empleado o su cónyuge Dependiente está participando en un tratamiento internado en una institución de tratamiento de abuso de substancias participante con la aprobación de Claremont Behavioral Services, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan:
- (a) 100% de la tarifa bajo contrato por el primer curso de tratamiento, sin pasar de 30 días, y
 - (b) 50% de la tarifa bajo contrato por el segundo curso de tratamiento, sin pasar de 30 días.

El beneficio máximo de por vida bajo esta Subsección es de \$10,000. Los beneficios no son pagaderos por más de 2 cursos de tratamiento de por vida o por cargos incurridos por tratamiento en una institución que no sea una institución participante para el abuso de substancias.

b. Beneficios de Adolescentes

Si un hijo Dependiente está en un tratamiento internado en una institución de tratamiento de abuso de substancias participante con la aprobación de Claremont Behavioral Services, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, el 100% de la tarifa de contrato por un curso de tratamiento sin pasar de 45 días.

El beneficio máximo de por vida bajo esta Subsección es de \$12,500. El Fondo no pagará más de un curso de tratamiento por cada hijo Dependiente.

Sección 2. Beneficios por Abuso de Substancias en Consulta Externa. (Sólo Empleados en el Plan de Pago Directo).

Si una Persona Elegible utiliza los servicios de un proveedor participante de Claremont Behavioral Services por el tratamiento de abuso de substancias, el Fondo pagará, con apego a todas las demás disposiciones del Plan, de acuerdo con la siguiente tabla en un Año Plan:

- 100% de la tarifa de contrato por las visitas 1 a 10
- 85% de la tarifa de contrato por las visitas de la 11 a la 25
- 70% de la tarifa de contrato por las visitas de la 26 a la 40
- 50% de la tarifa de contrato por las visitas de la 41 a la 50

ARTÍCULO VIII

LEY DE RESPONSABILIDAD Y PORTABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD

INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALU

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 empleados 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 los 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.

ARTICLE IX

EXCLUSIONS, LIMITATIONS, AND REDUCTIONS

(No se aplica al Beneficio por Muerte, al Beneficio por Muerte y Desmembramiento Accidental o al Beneficio por Muerte de los Dependientes).

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.
- r. 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 y lentes.
- 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 reversar 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. Cargos por el tratamiento del alcoholismo o la rehabilitación del abuso de las drogas excepto como se señala en el Artículo VII.
- 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 V. Sección 3.g.(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 V., Sección 3.g.(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 Médicamente 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 V. Sección 3.g.(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 V, Subsección 3.g.(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 V., Subsección 3.g.(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 V., 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 , 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 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 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., o 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 ; 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 X. DISPOSICIONES GENERALES

Sección 1. Pago de los Beneficios

Excepto como se establece en la Subsección 1.a. del Artículo V, 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.

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 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 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 XI.) 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 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 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 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 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, una cantidad que de otra manera sería pagadera al Empleado, al esposo o esposa o familiar sanguíneo del Empleado, 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 y antes de que se paguen las cantidades pagaderas de acuerdo a los Artículos V, VI, VII y VIII, 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: cónyuge legal, niño o niños, madre, padre,

hermanos o hermanas, o al derecho patrimonial del Empleado, 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 Auptosia

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 auptosia 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 XI. 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 Medicamento Necesario o no medicamento 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 Empleado 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 Empleado 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 Empleados 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 Empleado 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. Una “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” incluye 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 Empleado o su capacidad de volver a obtener la función máxima o, en la opinión de un Doctor con conocimiento de la condición médica del Empleado, harían que el Empleado 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 Empleado 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 Empleado 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 entrega 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 empleado 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 Empleado.

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

ARTICLE XII. AMENDMENT AND TERMINATION

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, 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 XIII. 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.

APÉNDICE 1

OPCIONES PARA LA ATENCIÓN DENTAL

Para los Empleados y Dependientes

Opciones de los planes Dentales

Delta Dental of California - Group 2211-0002	Como descrito en el acuerdo de ASO entre Delta Dental y el Fondo.
<i>DeltaCare</i> - Group 00742-0002 HMO-Type Dental Plan	Como descrito en el contrato del servicio del Grupo Dental de <i>DeltaCare</i> entre PMI y el Fondo.
Bright Now! Dental Plan - Group NCLU 02 HMO-Type Dental Plan	Como descrito en el contrato Dental para el Cobertura del Grupo Dental entre Newport Dental y el Fondo.
Pacific Union Dental - Group 95486 HMO-Type Dental Plan	Como descrito en el acuerdo de Group Subscriber Benefit Agreement entre Pacific Union Dental y el Fondo.

APÉNDICE 2

OPCIÓN DEL BENEFICIO ÓPTICO

Para los Empleados y Dependientes:

Servicios Profesionales y Materiales Opticos	Como descrito en el Plan Servicio del Grupo #00860000 División 16, Clase 8 entre Visión Service Plan y el Fondo.
--	--