CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Descripción Sumaria del Plan
y
Reglas y reglamentos para
los participantes activos y sus dependientes

PLANES A, B, R Y DE TARIFA FIJA

Revisada el 1.° de noviembre de 2016

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
(510) 633-0333 • Línea telefónica sin costo (888) 547-2054
www.carpenterfunds.com

FIDEICOMISARIOS DEL EMPLEADOR
Don Dolly
Randy Jenco
Mike Mencarini
Larry Nibbi
Chuck Palley
Joseph R. Santucci
Roy Van Pelt

FIDEICOMISARIOS DEL SINDICATO
Robert Alvarado
Augie Beltran
Frank Crim
William Feyling
Curtis Kelly
Timothy Lipscomb
Tom Mattis

ASESORES LEGALES
Kraw Law Group
y
Weinberg, Roger & Rosenfeld

CONSULTOR
The Segal Company

AUDITOR
Hemming Morse, LLP

OFICINA ADMINISTRATIVA
Carpenter Funds Administrative Office
of Northern California, Inc.
Gene H. Price, Administrador

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 1
INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO 6
INSCRIPCIONES Y ELEGIBILIDAD 9
COBRA: CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA BAJO LA LEY FEDERAL 29
BENEFICIOS MÉDICOS DE UNA HMO DE KAISER 37
PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN/REDES MÉDICAS 38
PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN 44
PROGRAMA DE REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN 66
EXCLUSIONES DEL PLAN MÉDICO 69
BENEFICIO DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA 72
COBERTURA DEL PLAN DE LA VISTA 78
COBERTURA DEL PLAN DENTAL 82
BENEFICIOS DE ORTODONCIA PARA LOS HIJOS DEPENDIENTES 83
BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA: PARA LOS PLANES A, B Y DE TARIFA FIJA 84
BENEFICIOS POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES - PARA LOS PLANES A, B Y DE TARIFA FIJA 89
BENEFICIOS SEMANALES SUPLEMENTARIOS POR INCAPACIDAD 91
PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES 93
BENEFICIOS DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD DE TERCEROS DEL PLAN DE INDEMNIZACIÓN 102
DISPOSICIONES GENERALES/INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESO EN LA JUBILACIÓN DEL EMPLEADO DE 1974 (ERISA) 105
REGLAS Y REGLAMENTOS 113
- ARTÍCULO 1. DEFINICIONES 115
- ARTÍCULO 2. ELIGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS 121
- ARTÍCULO 3. BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN 134
- ARTÍCULO 4. BENEFICIOS DE AUDÍFONOS 143
- ARTÍCULO 5. BENEFICIO DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA 144
- ARTÍCULO 6. BENEFICIOS DE ORTODONCIA 147
- ARTÍCULO 7. BENEFICIO SEMANAL POR INCAPACIDAD (SOLO PARA LOS PLANES A, B Y R) 147
- ARTÍCULO 8. EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y REDUCCIONES 149
- ARTÍCULO 9. DISPOSICIONES GENERALES 155
- ARTÍCULO 10. ENMIENDA Y TERMINACIÓN 167
- ARTÍCULO 11. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD 167

INTRODUCCIÓN

Qué información le proporciona este documento

Esta Descripción Sumaria del Plan (Summary Plan Description, SPD)/Reglas y reglamentos está diseñada para ayudarlo a entender los beneficios que tiene a su disposición a través de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. El Fondo de Fideicomiso proporciona diferentes niveles de beneficios que dependen de las contribuciones de su empleador. Los planes que se describen en esta SPD (el Plan A, el Plan B y el Plan de Tarifa Fija, referidos colectivamente como el "Plan") entran en vigencia el 1.° de noviembre de 2016 y reemplazan todas las SPD/Reglas y reglamentos que se le proporcionaron anteriormente

Si no está seguro del plan en el que está inscrito, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso

El Plan ofrece una extensa variedad de beneficios que se describen en esta Descripción Sumaria del Plan (SPD)/Reglas y reglamentos, incluidos los siguientes:

- Plan Médico de Indemnización;
- Beneficios de salud mental y de farmacodependencia;
- Beneficios del Programa de Asistencia a los Miembros (Member Assistance Program, MAP);
- Beneficios de medicamentos de venta con receta;
- Beneficios dentales;
- Beneficios de ortodoncia para los hijos dependientes;
- Beneficios del seguro de vida y del seguro de muerte y desmembramiento accidentales (excepto para los participantes del Plan R);
- Beneficios semanales suplementarios por incapacidad (excepto para los participantes del Plan de Tarifa Fija);
- Cobertura de audífonos; y
- Beneficios de atención de la vista.

Aunque en este documento identificamos muchos de los beneficios asociados con este Plan, también es importante hacer notar que no todos los gastos de atención médica en los que usted incurre están cubiertos por este Plan.

Todas las disposiciones de este documento contienen información importante.

No todas las personas tendrán derechos adquiridos a los beneficios que proporcionan estos planes. Un beneficio con derecho adquirido se refiere a aquel que una persona ha ganado el derecho a recibir y que no se puede perder. Los beneficios del plan médico no tienen derechos adquiridos y no se garantizan.

Si tiene preguntas sobre su cobertura o sus obligaciones en virtud de los términos de su Plan, asegúrese de pedir ayuda o información. Este capítulo contiene una tabla de referencia rápida que indica las fuentes de ayuda o de información sobre el Plan.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California está comprometido a mantener una cobertura médica para los participantes y su familia a un costo asequible; sin embargo, debido a condiciones futuras que no se pueden predecir, la Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de enmendar o terminar coberturas en cualquier momento y por cualquier razón. Conforme se enmiende el Plan de vez en cuando, se le enviará información que explique los cambios. Si esas notificaciones posteriores describen un beneficio o un procedimiento diferente a los que se describen en este documento, debe confiar en esa información posterior.

Asegúrese de conservar este documento, junto con las notificaciones de cualquier cambio al Plan, en un lugar seguro y conveniente donde usted y su familia puedan encontrarlos y consultarlos.

Este Plan se estableció en virtud de, y está sujeto a, la ley federal llamada Ley de Seguridad de Ingreso a la Jubilación del Empleado de 1974, según enmiendas, conocida comúnmente como ERISA. Los beneficios del Plan Médico de Indemnización (que incluyen tratamiento de salud mental y abuso de sustancias, un Programa

de Asistencia a los Miembros y medicamentos de venta con receta), los beneficios de audífonos, dentales, de ortodoncia, de la vista y los beneficios semanales suplementarios por incapacidad, del Plan, están autofinanciados con las contribuciones de los empleadores contribuyentes y de los participante elegibles, y se mantienen en un fideicomiso. Los beneficios de vida y por muerte y desmembramiento accidentales y de la HMO de Kaiser del Plan están totalmente asegurados por compañías aseguradoras cuyo nombre se lista en la tabla de referencia rápida de este documento.

Sobre esta SPD

En esta SPD tratamos de describir sus beneficios tan completamente como fue posible y en un lenguaje común. Esta SPD contiene:

- Una importante sección con la **información de contacto** que incluye los números de teléfono y los sitios web de la Oficina del Fondo de Fideicomiso y de otras organizaciones que proporcionan servicios a través del Plan, incluida la información de contacto para la revisión de la utilización.
- Una sección de **elegibilidad** que resume los requisitos de elegibilidad que debe cumplir para tener derecho a los beneficios.
- Una explicación de su cobertura en **cada programa de beneficios** del Plan, incluido un ***resumen de beneficios*** de cada programa de beneficios que resume la cobertura disponible.
- Una sección que explica **cómo presentar reclamaciones**, que incluye lo que necesita hacer para presentar una apelación en caso de que se le deniegue una reclamación.
- Una sección con **información administrativa** que incluye información general sobre el Plan y sus derechos según la ley.

Este documento contiene una breve descripción de sus derechos a los beneficios del Plan, en inglés. Si tiene dificultad para entender cualquier parte de este documento, comuníquese a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a la dirección y al teléfono que se indica en la tabla de referencia rápida que encontrará en este documento.

Los beneficios de vida y por muerte y desmembramiento accidentales se proporcionan mediante un contrato entre la Junta de Fideicomisarios y Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company.

Los beneficios del Plan Médico de Indemnización (que incluyen tratamiento de salud mental y abuso de sustancias, un Programa de Asistencia a los Miembros y medicamentos de venta con receta), los beneficios semanales por incapacidad, de la vista, audífonos, dentales y de ortodoncia no están asegurados por ningún contrato de seguro, y ni la Junta de Fideicomisarios ni ninguna persona o entidad tiene la responsabilidad de hacer pagos que excedan la cantidad existente en el Fondo de Fideicomiso recaudadas y disponibles para tal propósito.

Solamente la Junta de Fideicomisarios completa está autorizada para interpretar el Plan. La Junta tiene el criterio para tomar decisiones sobre todas las preguntas acerca del Plan, incluidas aquellas sobre su elegibilidad para recibir los beneficios y la cantidad de cualquiera de los beneficios pagaderos a usted. Ningún fideicomisario individual, empleador o representante del sindicato tiene autoridad para interpretar este Plan en nombre de la Junta, ni de actuar como un agente de la misma.

La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho de cambiar o suspender tanto el tipo como las cantidades de los beneficios de este Plan y las reglas de elegibilidad, incluidas las que proporcionan elegibilidad extendida o acumulada, aunque la elegibilidad extendida ya se haya acumulado. La naturaleza y la cantidad de los beneficios del Plan siempre están sujetas a los términos vigentes del Plan según existan en el momento de presentar una reclamación.

Por favor note

La Junta ha autorizado a la Oficina del Fondo de Fideicomiso para que responda por escrito a sus preguntas por escrito. Si tiene preguntas sobre sus beneficios, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso. Como cortesía hacia usted, la Oficina del Fondo de Fideicomiso también puede responder informalmente y de buena fe a las preguntas verbales. Sin embargo, la información y las respuestas verbales no obligan a la Junta de Fideicomisarios y no se puede recurrir a ellas en caso de disputas relacionadas con sus beneficios.

De vez en cuando las reglas y los beneficios del Plan pueden cambiar. Si esto sucede, recibirá una notificación por escrito en la que se explique el cambio. Por favor asegúrese de leer todas las cartas del Plan relacionadas con los cambios en los beneficios y consérvelas junto con este documento. Le recomendamos enfáticamente que lea detenidamente este documento antes de obtener atención médica, para que se entere de los beneficios que están a disposición de usted y de sus dependientes. Si tiene preguntas sobre los beneficios que se describen en este documento, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso, nos complacerá ayudarle.

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina con base en raza, color, país de origen, edad, incapacidad o sexo.

Los programas Revisión de la Utilización y Proveedores Participantes del Plan Médico de Indemnización continúan siendo elementos críticos en los esfuerzos para contener los crecientes costos de la atención médica. Recibirá incentivos financieros si aprovecha estos programas de contención de costos.

¿No sabe el significado de un término?

Si ve una palabra de cuyo significado no está seguro, revise la sección Definiciones en el Artículo I de las Reglas y reglamentos que se encuentra después de la SPD. Esta sección contiene las definiciones de las palabras que se usan en la SPD.

Sin embargo, como los siguientes términos son tan importantes, proporcionamos aquí las definiciones para que entienda el significado de estos términos cuando los vea en la SPD. Puede ver una definición legal completa de los términos en el Artículo I de las Reglas y reglamentos.

Cargo permitido: significa la cantidad menor entre:

a. La cantidad en dólares que este Fondo ha determinado permitir por los servicios o suministros médicamente necesarios cubiertos proporcionados por proveedores no participantes. La cantidad del cargo permitido por el Fondo no se basa en, ni pretende reflejar, las cuotas que son o pueden ser descritas como usuales y acostumbradas (usual and customary, U&C), usuales, acostumbradas y razonables (usual, customary and reasonable, UCR), prevalentes, o cualquier término similar. Un cargo facturado por un proveedor puede exceder el cargo permitido por el Fondo. El Fondo se reserva el derecho de que una compañía de revisión médica independiente revise la cantidad facturada de una reclamación para asistir en la determinación de la cantidad que el Fondo permitirá en las reclamaciones presentadas. **Cuando se utilizan los servicios de proveedores no participantes, la persona elegible es responsable de pagar cualquier diferencia entre el cargo facturado real y el cargo máximo permitido por el Fondo, además de cualquier copago y porcentaje del coseguro que el Plan requiera.**

b. El cargo realmente facturado por el proveedor.

c. El Fondo ha adoptado una estrategia de reembolso basada en Medicare para los hospitales no participantes, instituciones no participantes y otros proveedores no participantes, en la que la cantidad máxima pagadera por este Plan es un porcentaje de la cantidad que hubiera sido pagadera según los pagos permitidos por Medicare.

Procedimiento experimental o de investigación: significa un medicamento o dispositivo, tratamiento o procedimiento médico si:

(1) El medicamento o dispositivo no se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos, y no se ha otorgado la aprobación para su comercialización en el momento que se suministra el medicamento o el dispositivo; o

(2) El medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado con el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la instalación que proporciona el tratamiento o por otra entidad con funciones similares, o si la ley federal requiere tal revisión o aprobación; o

(3) La **evidencia confiable** muestra que el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico está sujeto a ensayos clínicos de fase I o fase II en marcha, que es la rama investigativa, experimental, de estudio o de investigación de ensayos clínicos de fase III en marcha, o de otra manera se encuentra bajo estudio para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico; o

(4) La **evidencia confiable** muestra que la opinión dominante entre los expertos en relación con el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que se necesitan estudios o ensayos clínicos adicionales para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Para los propósitos de esta definición, **"evidencia confiable"** significa sólo informes y artículos publicados en literatura médica y científica acreditada revisada por colegas; el protocolo o protocolos escritos usados por la instalación que brinda el tratamiento o el protocolo o protocolos de otra instalación que esté estudiando substancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado escrito usado por la instalación encargada del tratamiento o por otra instalación que esté estudiando substancialmente el mismo fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

Médicamente necesario: significa para el propósito de determinar los beneficios cubiertos no reducidos pagaderos por el Fondo por servicios recibidos para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios que no sean médicamente necesarios (excepto los servicios preventivos de rutina específicamente cubiertos por el Plan) no son gastos permitidos.

Los servicios o suministros médicamente necesarios son aquellos que se determina que:

- Son apropiados y necesarios para los síntomas, diagnóstico o tratamiento de la afección, y
- Son proporcionados para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directos de la afección, y
- Están dentro de las normas de buenas prácticas médicas de la comunidad médica organizada, y
- No son principalmente para la comodidad o conveniencia personal del paciente, la familia del paciente, cualquier persona encargada del cuidado del paciente, cualquier profesional de atención médica o cualquier hospital o instalación de atención médica especializada. El hecho de que su médico pueda proporcionar, ordenar, recomendar o aprobar un servicio o suministro **no significa** que el servicio o suministro se considerará médicamente necesario para la cobertura médica dispuesta por el Plan; y
- Constituyen el suministro o el nivel de servicio más apropiado que se pueda proporcionar de manera segura. Respecto a las estancias en el hospital, esto significa que es necesaria la atención intensiva como paciente en cama debido a la clase de servicios que el paciente está recibiendo o la gravedad de su afección, y que no puede recibir un cuidado seguro y adecuado como paciente ambulatorio o en un entorno médico menos intenso, según lo determine la Organización de Revisión Profesional.

Autoridad prevalente de las Reglas y reglamentos

Las disposiciones del Plan están sujetas a, y controladas por, el documento legal o las Reglas y reglamentos del Plan. En caso de que exista un conflicto entre esta Descripción Sumaria del Plan y las disposiciones de las Reglas y reglamentos, predominarán las disposiciones contenidas en las Reglas y reglamentos. Las Reglas y reglamentos están impresos en la parte posterior de esta SPD y también están disponibles en el sitio web del Fondo (www.carpenterfunds.com).

Plan médico protegido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección del Paciente (la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio)

Este plan médico de grupo cree que todos los planes médicos de indemnización que ofrece el Fondo son "planes médicos protegidos" por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección del Paciente (la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio). Según lo permite la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, un plan médico protegido puede conservar cierta cobertura médica básica que ya estaba vigente cuando se aprobó la ley. Ser un plan médico protegido significa que su plan puede no incluir ciertas protecciones para el consumidor de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio que aplican a otros planes; por ejemplo, el requisito del suministro de servicios médicos preventivos sin ninguna participación de costos. Sin embargo, los planes médicos protegidos deben cumplir con ciertas otras protecciones para el consumidor de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, por ejemplo la eliminación de límites de por vida en los beneficios.

Puede dirigir sus preguntas referentes a las protecciones que aplican y las que no aplican a un plan médico protegido, y lo que pudiera causar que un plan cambiara su estado de plan médico protegido, a la Oficina del Fondo de Fideicomiso al (888) 547-2054 o al (510) 633-0333.

También puede comunicarse a la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de EE. UU. (U.S. Department of Labor) al 1-866-444-3272 o en http://www.dol.gov/ebsa/healthreform/. En este sitio web encontrará una tabla que resume las protecciones que aplican y las que no aplican a los planes médicos protegidos.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO

El Plan es patrocinado y administrado por la Junta de Fideicomisarios. Sin embargo, los fideicomisarios han delegado ciertas responsabilidades administrativas a otras personas u organizaciones, de la manera siguiente:

- **Oficina del Fondo de Fideicomiso:**
  - Mantiene los expedientes de elegibilidad;
  - Es responsable de las contribuciones del empleador y las de pago por cuenta propia;
  - Administra las reclamaciones médicas de indemnización, de audífonos, de beneficios semanales suplementarios por incapacidad y de ortodoncia;
  - Contesta las preguntas de los participantes; y
  - Realiza otras funciones administrativas de rutina.
- **Kaiser Foundation Health Plan** ofrece un plan HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) con beneficios médicos y de medicamentos de venta con receta.
- **Plan Médico de Indemnización:**
  - **Anthem Blue Cross of California** proporciona acceso a una red de proveedores participantes para recibir beneficios médicos de indemnización y proporciona el programa de revisión de la utilización de ciertos beneficios médicos.
  - **Express Scripts** proporciona acceso a las farmacias participantes y administra el programa de servicio por correo del Plan y el programa de farmacia especializada (para los participantes del Plan Médico de Indemnización).
  - **Vision Service Plan (VSP)** administra y proporciona acceso a los proveedores participantes para recibir los beneficios de cuidado de la vista.
- **Delta Dental of California** administra los beneficios dentales del Plan. (La Oficina del Fondo de Fideicomiso administra los beneficios de ortodoncia.)
- **Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company** asegura y administra los beneficios del seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales del Plan. El número de la póliza de grupo es 62523-0GAT.

Cuando necesite información, primero consulte este documento. Si requiere ayuda adicional, llame a las personas listadas en la siguiente tabla de referencia rápida:

► *Cuándo comunicarse con la Oficina del Fondo de Fideicomiso*	
Cuando tenga preguntas sobre: elegibilidad, beneficios, cobertura de continuación COBRA, contribuciones del empleador y por cuenta propia, extensión del periodo de incapacidad, beneficios semanales suplementarios por incapacidad, Programa de Asistencia a los Miembros, seguro de vida, reclamaciones por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D), beneficios de ortodoncia y otras funciones administrativas de rutina.	Línea telefónica directa: (510) 633-0333 Línea telefónica sin costo: (888) 547-2054 Dirección electrónica: benefitservices@carpenterfunds.com www.carpenterfunds.com

►*Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre su Plan Médico de Indemnización*	
Reclamaciones y apelaciones del Plan Médico de Indemnización	**Oficina del Fondo de Fideicomiso:** Línea telefónica directa: (510) 633-0333 Línea telefónica sin costo: (888) 547-2054 Dirección electrónica: claimservices@carpenterfunds.com www.carpenterfunds.com
Beneficios del Plan Médico de Indemnización	
Beneficio de audífonos	

►*Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre su Plan Médico de Indemnización (continuación)*	
Parte D de Medicare Notificación de cobertura acreditable	**Oficina del Fondo de Fideicomiso** Línea telefónica directa: (510) 633-0333 Línea telefónica sin costo: (888) 547-2054 Dirección electrónica: benefitservices@carpenterfunds.com www.carpenterfunds.com
Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC)	
Notificación de privacidad de la HIPAA	
Cómo encontrar a un proveedor participante (del Plan Médico de Indemnización)	Dentro de California: **Anthem** (800) 810-2583 www.anthem.com Fuera de California: **Blue Card** (800) 810-2583 www.bcbs.com o
Para recibir respuesta a sus preguntas sobre problemas médicos que no sean de emergencia	**Nurse Line (línea de enfermería) de Anthem 24/7** (800) 700-9184
Organización de Revisión para revisiones de la utilización requeridas – Dentro o fuera de California	**Anthem** (800) 274-7767 (solo médicos)
Medicamentos de venta con receta - Farmacias de la red, servicio por correo y servicios de medicamentos especializados (los participantes de la HMO de Kaiser se deben comunicar con Kaiser para preguntar sobre sus beneficios de medicamentos de venta con receta)	**Express Scripts** (800) 939-7093 www.express-scripts.com (800) 473-3455 (para pedir reabastecimientos) (800) 753-2851 (para médicos que solicitan una revisión de la utilización) **Oficina del Fondo de Fideicomiso:** (888) 547-2054
Beneficios de la vista	**Vision Service Plan (VSP)** (800) 877-7195 www.vsp.com

► *Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre sus beneficios de Kaiser HMO*
Departamento de Servicio a los Miembros de Kaiser (800) 464-4000 www.kp.org

►*Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre su Programa de Asistencia a los Miembros (Member Assistance Program, MAP) para el Plan Médico de Indemnización y la HMO de Kaiser*
Anthem MAP (800) 999-7222 www.anthemeap.com (Inicio de sesión para los miembros: Carpenters Trust)

► *Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre su cobertura de continuación COBRA*
Oficina del Fondo de Fideicomiso Línea telefónica directa: (510) 633-0333, línea telefónica sin costo: (888) 547-2054 Dirección electrónica: benefitservices@carpenterfunds.com www.carpenterfunds.com
► *Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales*
Delta Dental (Delta Preferred Option) (800) 765-6003 www.deltadentalins.com
► *Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre el mercado de seguros médicos*
Residentes de California: Covered California www.coveredca.com/ **Residentes de otros estados: Health Insurance Marketplace** www.healthcare.gov

INSCRIPCIONES Y ELEGIBILIDAD

Procedimiento de inscripción

Cada participante que trabaje para un empleador contribuyente debe rellenar un formulario de inscripción. Puede encontrar formularios de inscripción en línea en www.carpenterfunds.com o en la Oficina del Fondo de Fideicomiso. Se requiere la inscripción apropiada para tener la cobertura de este Plan. Si se solicitó la inscripción, pero no se ha completado el proceso apropiado (que incluye la presentación de documentos de apoyo, no será posible considerar el pago de las reclamaciones hasta que tal inscripción se complete y se presente a la oficina del Fondo de Fideicomiso.

Si un participante presenta un formulario de inscripción incompleto (p. ej., si no elige el plan de Kaiser o el Plan Médico de Indemnización), toda la familia será asignada por omisión al Plan Médico de Indemnización hasta que complete su inscripción.

Kaiser tiene un periodo retroactivo limitado que podría limitar su acceso a la opción de beneficios de Kaiser.

El formulario de inscripción es también el medio por el cual usted designa a su beneficiario de los beneficios del seguro de vida y del seguro por muerte y desmembramiento accidentales (si participa en el Plan A, R o de Tarifa Fija) y puede usarse para designar a un beneficiario bajo otros programas proporcionados por Carpenter Funds.

Debe permanecer en cualquier plan que haya elegido por al menos 12 meses (a menos que esté inscrito en Kaiser y se mude fuera del área de servicio). Entonces se puede cambiar a otro plan presentando un nuevo formulario de inscripción en el que indique el cambio a la Oficina del Fondo de Fideicomiso. El cambio entrará en vigencia el primer día del segundo mes calendario posterior a la fecha en que el Fondo reciba su formulario de inscripción.

Comprobante del estado de dependiente

El Plan requerirá documentación específica para comprobar el estado de dependiente, y esta puede incluir un acta de nacimiento, acta de matrimonio, comprobante de la edad del dependiente y el número de seguro social del dependiente. Más abajo se indican otros documentos que el Plan podría solicitar para comprobar el estado de dependiente. **Tenga en cuenta que si no proporciona de manera oportuna un comprobante del estado de dependiente, no será posible considerar para su pago las reclamaciones de los dependientes presentadas al Plan sino hasta que se proporcione tal comprobante.**

- **Matrimonio:** el acta de matrimonio certificada.
- **Nacimiento:** el acta de nacimiento certificada que muestre al hijo biológico del participante.
- **Hijastro:** el acta de nacimiento, la sentencia de divorcio y el acta de matrimonio certificadas.
- **Adopción o colocación para adopción**: orden jurídica firmada por el juez que muestre que el participante ha adoptado o intenta adoptar al niño, acta de nacimiento.
- **Tutela legal:** documentos de la tutela legal designada por los tribunales y acta de nacimiento certificada, y comprobante de que el niño se considera su dependiente para fines de la declaración de impuestos federales sobre el ingreso.
- **Hijo dependiente incapacitado:** Declaración por escrito actualizada del médico del niño que indique que el hijo dependiente está actualmente incapacitado mental o físicamente, siempre y cuando el niño estaba incapacitado y era elegible para este Plan antes de cumplir la edad limitante.
- **Orden de manutención médica infantil calificada** (QMCSO): Una QMCSO firmada por un juez o una notificación nacional de manutención médica (National Medical Support Notice).
- **Pareja de hecho**: Declaración jurada y comprobante de responsabilidad financiera conjunta del participante y de la pareja de hecho que muestren que cumplen los requisitos de elegibilidad de este Plan referentes a la pareja de hecho.

SE NECESITAN LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL DE LOS DEPENDIENTES

Para cumplir con los reglamentos de coordinación de beneficios de Medicare federal y ciertas reglas de declaración del IRS, debe presentar oportunamente al Administrador del Plan o a la persona por este designada, el número de seguro social (Social Security Number, SSN) de sus dependientes elegibles para quienes haya elegido, o esté eligiendo, cobertura del Plan, e información sobre si usted o cualquiera de tales dependientes están actualmente inscritos en Medicare o han cancelado su inscripción en Medicare. Esta información se le pedirá cuando se inscriba por primera vez en la cobertura del Plan, pero también se le puede solicitar en una fecha posterior.

Si uno de sus dependientes aún no tiene un número de seguro social, puede visitar este sitio web para rellenar un formulario de solitud de un SSN. http://www.socialsecurity.gov/online/ss-5.pdf. La solicitud de un número de seguro social es GRATUITA.

Si no se proporciona el SSN o no se rellena el formulario modelo de CMS (disponible con el Administrador de Reclamaciones o en http://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Downloads/New-Downloads/RevisedHICNSSNForm081809.pdf), las reclamaciones de las personas elegibles podrían no considerarse pagaderas para las personas afectadas.

Opción de rechazar la cobertura del plan dental y/o del plan de atención de la vista

De acuerdo con los reglamentos de la Reforma a la Atención Médica, usted tiene la opción de rechazar la cobertura dental y de la vista del Plan.

- Tenga en cuenta que no recibirá una compensación adicional si decide rechazar o renunciar a la cobertura dental y/o de la vista.
- Si desea rechazar la cobertura dental y/o de la vista, notifique por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

Se permite hacer cambios a su inscripción en la cobertura del plan dental y/o del plan de la vista una vez cada periodo de 12 meses.

Beneficios del Plan

Dependiendo de si usted y sus dependientes cubiertos tienen la cobertura del **Plan A, Plan B, Plan R o del Plan de Tarifa Fija**, se le ofrece una variedad de beneficios. La siguiente tabla describe los beneficios disponibles para usted y sus dependientes cubiertos en cada opción del Plan.

Tipo de beneficio	Plan A	Plan B	Plan R	Plan de Tarifa Fija
Plan(es) médico(s) (incluidos medicamentos de venta con receta y tratamiento de salud mental y farmacodependencia)	Los Planes **A, B, R y de Tarifa Fija** le ofrecen opciones entre el: • Plan Médico de Indemnización; o el • Plan HMO Kaiser Dentro de cada opción, los beneficios médicos serán ligeramente diferentes en cada opción del Plan. Por favor note: • Los participantes de Kaiser tienen su cobertura de medicamentos de venta con receta a través de la HMO de Kaiser. • Los participantes del Plan Médico de Indemnización tienen su cobertura de medicamentos de venta con receta a través de Express Scripts PMB.			
Audífonos	Para los participantes y los dependientes elegibles de los Planes A, B, R y de Tarifa Fija que están inscritos en el Plan Médico de Indemnización. Los participantes de Kaiser tienen beneficios de audífonos a través de la HMO de Kaiser.			

Tipo de beneficio	Plan A	Plan B	Plan R	Plan de Tarifa Fija
Programa de Asistencia a los Miembros (Member Assistance Program, MAP)	Sí	Sí	Sí	Sí
Plan dental	Sí	Sí	Sí	Sí
Ortodoncia (hijos elegibles menores de 19 años)	Sí	Sí	Sí	Sí
Plan de atención de la vista	Para los participantes y los dependientes elegibles de los Planes A, B, R y de Tarifa Fija que están inscritos en el Plan Médico de Indemnización hay un plan de atención de la vista disponible. Los participantes de Kaiser tienen beneficios del plan de atención de la vista a través de la HMO de Kaiser.			
Seguro de vida	Sí	Sí	No corresponde	Sí
Seguro de muerte y desmembramiento accidentales (AD&D)	Sí	Sí	No corresponde	Sí
Beneficio semanal suplementario por incapacidad (todos los participante, excepto las partes interesadas)	Sí	Sí	Sí	No corresponde

Opción de beneficios internacionales

La opción de beneficios internacionales se desarrolló para aquellos participantes que emigraron a Estados Unidos pero que tienen dependientes en su país de origen. Debido a las dificultades para presentar las reclamaciones de estos dependientes al Fondo, los participantes pueden comprar para sus dependientes cobertura de un seguro médico del gobierno de su país de origen.

- Si elige la opción de beneficios internacionales, usted (el participante) quedará cubierto con el Plan Médico de Indemnización.
- Sus dependientes no estarán cubiertos, pero usted recibirá un reembolso por la cantidad que haya pagado al gobierno extranjero por la cobertura médica de sus dependientes, hasta $100 por año calendario por dependiente. Usted puede recibir sólo un reembolso por dependiente elegible en cualquier periodo de 12 meses consecutivos.

Para tener derecho al reembolso:

- Debe ser elegible para recibir los beneficios del Fondo en el momento en que paga al gobierno extranjero el seguro médico;
- Sus dependientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad de dependientes del Plan; y
- Debe elegir la cobertura del Plan Médico de Indemnización para usted.

Si selecciona esta opción y luego decide que desea cubrir a sus dependientes en Estados Unidos, puede cambiar la opción de reembolso por la cobertura del dependiente con el Fondo. Cualquiera de tales cambios estaría sujeto a las reglas del Plan que rigen el momento de los cambios en la cobertura del Plan médico.

Elegibilidad para la cobertura

Los requisitos de elegibilidad son diferentes dependiendo de si usted tiene la cobertura del Plan A, Plan B, Plan R o del Plan de Tarifa Fija. A continuación se describen los requisitos de elegibilidad de cada Plan.

Requisitos de elegibilidad para los participantes del Plan A

A continuación se describen los requisitos de elegibilidad para los participantes del Plan A.

Elegibilidad inicial

Usted y sus dependientes cubiertos serán elegibles el primer día del segundo mes calendario después de un periodo de no más de 6 meses calendario consecutivos durante los cuales haya trabajado al menos 400 horas para un empleador contribuyente. Puede tener derecho a los beneficios si trabaja para uno o más empleadores contribuyentes, y se requiere que se hagan contribuciones al Fondo por un acuerdo de negociación colectiva o un contrato del suscriptor. En algunos casos, si su empleador no paga sus contribuciones, sus beneficios resultarán demorados o suspendidos.

Mes de demora

A fin de que haya suficiente tiempo para que la Oficina del Fondo de Fideicomiso reciba y procese los informes del empleador, se usará un mes de "demora" para determinar su elegibilidad mensual. El mes de demora es el mes que transcurre entre el periodo de nómina en el que se trabajaron las horas y el mes de elegibilidad proporcionado por tales horas.

Continuación de la elegibilidad

Las horas trabajadas para los empleadores contribuyentes son acreditadas a su "banco de horas". Por cada mes de elegibilidad se deducen 100 horas de su banco de horas (aplica el mes de demora). Puede acumular hasta un máximo de 600 horas en su banco de horas. Esto proporcionará hasta 6 meses de elegibilidad futura que se aplican a cualquier periodo de continuación de COBRA.

Cancelación del banco de horas

Su banco de horas se reducirá inmediatamente a cero cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- Si no reporta la existencia de otra cobertura médica de grupo (según se describe en las disposiciones de Coordinación de Beneficios) en cualquier formulario de reclamación de beneficios presentado al Plan.
- Si a sabiendas permite que un empleador contribuyente contribuya al Fondo una cantidad menor que el total de las horas trabajadas para tal empleador (excepto como se disponga en el acuerdo de negociación colectiva).
- Si desempeña un tipo de trabajo que esté cubierto por un acuerdo de negociación colectiva que requiera contribuciones a este plan de un empleador que no sea un empleador contribuyente.
- Si han transcurrido cuatro meses consecutivos en los que se reportaron horas para usted, y el empleador no paga las contribuciones requeridas.
- Si tiene derecho a recibir una cobertura médica para jubilados bajo el Fondo de Fideicomiso, el primer día del 4.° mes posterior a la fecha de su jubilación, independientemente de su eligió o no inscribirse en la cobertura como participante jubilado o si usted demora la inscripción en la cobertura médica para jubilados porque tiene otra cobertura médica disponible.

Terminación de la elegibilidad

Su elegibilidad terminará en una de las siguientes fechas, *la primera* que ocurra:

- El primer día del mes posterior a la terminación de la cobertura proporcionada por su banco de horas (consulte "Cancelación del banco de horas en el Plan A" que aparece arriba); o
- La fecha de terminación de este Plan; o
- El primer día del mes posterior a la fecha en que se notifique al Fondo que usted ha desempeñado un trabajo que no está contemplado en un acuerdo de negociación colectiva o contrato del subscriptor, que requiere contribuciones al Fondo correspondientes a ese trabajo (definido como "empleo no calificado");
- Para los participantes inscritos en la cobertura de continuación COBRA, la fecha en que no haga un pago de la cobertura de COBRA; o
- El primer día del mes en el que se vuelva elegible para la cobertura del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados proporcionada por el Fondo.

- Cuando de alguna manera usted no cumpla con los requisitos de elegibilidad del Plan.

Restitución de la cobertura

Cuando se termine su elegibilidad, usted se volverá elegible otra vez al cumplir con los requisitos de elegibilidad inicial.

Si se termina la elegibilidad de un participante, su elegibilidad se restituirá el primer día del segundo mes calendario después del mes en el que el saldo de su banco de horas, cuando se combine con las horas trabajadas reportadas durante los siguientes 2 meses posteriores a la terminación de la elegibilidad, equivalgan al menos a 100 horas.

A un participante que esté incapacitado y que haya agotado cualquier cobertura proporcionada a través de una extensión del periodo de incapacidad, se le restituirá su elegibilidad el primer día del segundo mes calendario después de que su banco de horas muestre un total de al menos 100 horas, suponiendo que esas horas se trabajaron durante el periodo de 4 meses inmediatamente posterior al mes en el que de un médico ya no certifique su incapacidad.

Un participante que no cumpla con los requisitos de restitución de la elegibilidad, debe cumplir los requisitos de elegibilidad como si fuera un participante nuevo.

Requisitos de elegibilidad para los participantes del Plan B

A continuación se describen los requisitos de elegibilidad para los participantes del Plan B.

Elegibilidad inicial

Usted y sus dependientes cubiertos serán elegibles el primer día del segundo mes calendario después de un periodo de no más de 3 meses calendario consecutivos durante los cuales haya trabajado al menos 280 horas para un empleador contribuyente. Puede tener derecho a los beneficios si trabaja para uno o más empleadores contribuyentes, y se requiere que se hagan contribuciones al Fondo por un acuerdo de negociación colectiva o un contrato del suscriptor. En algunos casos, si su empleador no paga sus contribuciones, sus beneficios resultarán demorados o suspendidos.

Mes de demora

A fin de que haya suficiente tiempo para que la Oficina del Fondo de Fideicomiso reciba y procese los informes del empleador, se usará un mes de "demora" para determinar su elegibilidad mensual. El mes de demora es el mes que transcurre entre el periodo de nómina en el que se trabajaron las horas y el mes de elegibilidad proporcionado por tales horas.

Continuación de la elegibilidad

Las horas trabajadas para los empleadores contribuyentes son acreditadas a su "banco de horas". Por cada mes de elegibilidad se deducen 100 horas de su banco de horas (aplica el mes de demora). Puede acumular hasta un máximo de 300 horas en su banco de horas. Esto proporcionará hasta 3 meses de elegibilidad futura que se aplican a su periodo de continuación de COBRA.

Cancelación del banco de horas

Su banco de horas se reducirá inmediatamente a cero cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- Si no reporta la existencia de otra cobertura médica de grupo (según se describe en las disposiciones de Coordinación de Beneficios) en cualquier formulario de reclamación de beneficios presentado al Plan.
- Si a sabiendas permite que un empleador contribuyente contribuya al Fondo una cantidad menor que el total de las horas trabajadas para tal empleador (excepto como se disponga en el acuerdo de negociación colectiva).
- Si desempeña un tipo de trabajo que esté cubierto por un acuerdo de negociación colectiva que requiera contribuciones a este Plan de un empleador que NO sea un empleador contribuyente.
- Si han transcurrido cuatro meses consecutivos en los que se reportaron horas para usted, y el empleador no paga las contribuciones requeridas.
- Si tiene derecho a recibir una cobertura médica para jubilados bajo el Fondo de Fideicomiso, el primer día del 4.° mes posterior a la fecha de su jubilación, independientemente de su eligió o no inscribirse en la cobertura como participante jubilado o si usted demora la inscripción en la cobertura médica para jubilados porque tiene otra cobertura médica disponible.

Terminación de la elegibilidad

Su elegibilidad terminará en una de las siguientes fechas, *la primera* que ocurra:

- El primer día del mes posterior a la terminación de la cobertura proporcionada por su banco de horas (consulte "Cancelación del banco de horas en el Plan B" que aparece arriba); o
- La fecha de terminación de este plan; o
- El primer día del mes posterior a la fecha en que se notifique al Fondo que usted ha desempeñado un trabajo que no está contemplado en un acuerdo de negociación colectiva o contrato del subscriptor, que requiere contribuciones al Fondo correspondientes a ese trabajo (definido como "empleo no calificado");
- Para los participantes inscritos en la Cobertura de Continuación COBRA, la fecha en que no haga un pago de la cobertura de COBRA; o
- El primer día del mes en el que se vuelva elegible para la cobertura del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados proporcionada por el Fondo.
- Cuando de alguna manera usted no cumpla con los requisitos de elegibilidad del Plan.

Restitución de la cobertura

Cuando se termine su elegibilidad, usted se volverá elegible otra vez al cumplir con los requisitos de elegibilidad inicial.

Requisitos de elegibilidad para los participantes del Plan R

A continuación se describen los requisitos de elegibilidad para los participantes del Plan R.

Elegibilidad inicial

Usted y sus dependientes cubiertos adquirirán derecho a los beneficios el primer día del segundo mes calendario posterior al mes en el que haya trabajado al menos 110 horas para un empleador contribuyente. Puede tener derecho a los beneficios (excepto los beneficios del seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales) si trabaja para uno o más empleadores contribuyentes, y se requiere que se hagan contribuciones al Fondo por un acuerdo de negociación colectiva o un contrato del subscriptor. En algunos casos, si su empleador no paga sus contribuciones, sus beneficios resultarán demorados o suspendidos.

Mes de demora

A fin de que haya suficiente tiempo para que la Oficina del Fondo de Fideicomiso reciba y procese los informes del empleador, se usará un mes de "demora" para determinar su elegibilidad mensual. El mes de demora es el mes que transcurre entre el periodo de nómina en el que se trabajaron las horas y el mes de elegibilidad proporcionado por tales horas.

Elegibilidad inicial

Usted y sus dependientes cubiertos adquirirán derecho a los beneficios el primer día del segundo mes calendario posterior al mes en el que haya trabajado al menos 110 horas para un empleador contribuyente. Puede tener derecho a los beneficios (excepto los beneficios del seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales) si trabaja para uno o más empleadores contribuyentes, y se requiere que se hagan contribuciones al Fondo por un acuerdo de negociación colectiva o un contrato del subscriptor. En algunos casos, si su empleador no paga sus contribuciones, sus beneficios resultarán demorados o suspendidos.

Mes de demora

A fin de que haya suficiente tiempo para que la Oficina del Fondo de Fideicomiso reciba y procese los informes del empleador, se usará un mes de "demora" para determinar su elegibilidad mensual. El mes de demora es el mes que transcurre entre el periodo de nómina en el que se trabajaron las horas y el mes de elegibilidad proporcionado por tales horas.

Continuación de la elegibilidad

Una vez que se establezca la elegibilidad, usted continuará siendo elegible por cada mes en el que trabaje al menos 110 horas para un empleador contribuyente, suponiendo que su empleador haga las contribuciones requeridas al Fondo en su nombre (aplica el mes de demora).

Terminación de la elegibilidad

Su elegibilidad terminará en una de las siguientes fechas, *la primera* que ocurra:

- El último día del mes posterior al mes en el que no haya trabajado un mínimo de 110 horas para un empleador contribuyente; o
- La fecha de terminación de este Plan; o
- El primer día del mes posterior a la fecha en que se notifique al Fondo que usted ha desempeñado un trabajo que no está contemplado en un acuerdo de negociación colectiva o contrato del subscriptor, que requiere contribuciones al Fondo correspondientes a ese trabajo (definido como "empleo no calificado");
- Para los participantes inscritos en la cobertura de continuación COBRA, la fecha en que no haga un pago de la cobertura de COBRA; o
- El primer día del mes en el que se vuelva elegible para la cobertura del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados proporcionada por el Fondo.
- Cuando de alguna manera usted no cumpla con los requisitos de elegibilidad del Plan.

Restitución de la cobertura

Cuando se termine su elegibilidad, usted se volverá elegible otra vez al cumplir con los requisitos de elegibilidad inicial.

Requisitos de elegibilidad para los participantes del Plan de Tarifa Fija

A continuación se describen los requisitos de elegibilidad del Plan de Tarifa Fija.

Elegibilidad inicial

Si usted es empleado de tiempo completo y participa en el Plan de Tarifa Fija de un empleador contribuyente que haya firmado un acuerdo del subscriptor para proporcionar el Plan de Tarifa Fija, usted y sus dependientes serán elegibles el primer día del cuarto mes calendario posterior a la fecha de su contratación. Los participantes asalariados que no estén sujetos a un acuerdo de negociación colectiva se vuelven elegibles para la cobertura el primer día del mes inmediatamente posterior a la fecha de su contratación. Los participantes no asalariados de tiempo completo que no estén sujetos a un acuerdo de negociación colectiva se vuelven elegibles para la cobertura el primer día del cuarto mes posterior a la fecha de su contratación. Usted será elegible para recibir todos los beneficios, excepto los beneficios semanales suplementarios por incapacidad

Un empleado de tiempo completo participante del Plan de Tarifa Fija se define como un participante que ha estado trabajando para un empleador contribuyente en un trabajo que no está cubierto por ningún acuerdo de contratación colectiva de la industria de la construcción por un mínimo de 17.5 horas a la semana dentro de los 46 condados del Norte de California.

Mes de demora

El Plan de Tarifa Fija no tiene un mes de demora como se describe en los Planes A, B y R. En el Plan de Tarifa Fija, las contribuciones para la cobertura se pagan cada mes antes del mes de elegibilidad.

Continuación de la elegibilidad

Una vez que se establezca la elegibilidad, su elegibilidad para recibir cobertura continuará, si trabaja un mínimo de 17.5 horas semanales y su empleador continúa haciendo las contribuciones requeridas al Fondo en su nombre.

Terminación de la elegibilidad

Su elegibilidad terminará en una de las siguientes fechas, *la primera* que ocurra:

- El último día del mes posterior al mes en que termine su empleo con un empleador individual; o
- El día en que su empleador no remita las contribuciones totales para la cobertura del Plan de Salud y Bienestar; o
- La fecha de terminación de este Plan; o
- El primer día del mes posterior a la fecha en que se notifique al Fondo que usted ha desempeñado un trabajo que no está contemplado en un acuerdo de negociación colectiva o contrato del subscriptor, que requiere contribuciones al Fondo correspondientes a ese trabajo (definido como “empleo no calificado”);
- Para los participantes inscritos en la cobertura de continuación COBRA, la fecha en que no haga un pago de la cobertura de COBRA; o
- El primer día del mes en el que se vuelva elegible para la cobertura del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados proporcionada por el Fondo.
- Cuando de alguna manera usted no cumpla con los requisitos de elegibilidad del Plan.

Requisitos de elegibilidad de las partes interesadas

Una parte interesada es un propietario, socio, interesado, miembro de la junta de directores de una corporación, funcionario o empleador individual, superintendente con rango superior al de supervisor o supervisor general, u otra persona que esté en alguna otra manera interesada en los ingresos del empleador, excepto el salario por hora ganado o pagado en virtud de un acuerdo de negociación colectiva.

A continuación se describen los requisitos de elegibilidad de las partes interesadas. Tenga en cuenta que una parte interesada **no es elegible** para recibir beneficios de extensión del periodo de incapacidad, beneficios semanales suplementarios por incapacidad ni cobertura de continuación COBRA.

Elegibilidad inicial

Si usted es una parte interesada, cumplirá con los requisitos de elegibilidad solo si:

- Todas las contribuciones debidas por todas las horas de todos los participantes están al corriente; y
- Todas las morosidades se resuelven.

Las horas reportadas en nombre de una parte interesada deben equivaler o exceder un promedio de 145 horas durante los tres meses de trabajo más recientes.

Continuación de la elegibilidad

Debe tener un promedio que equivalga o exceda 145 horas durante los tres meses de trabajo más recientes para tener elegibilidad continua.

Cancelación del banco de horas

Si está realizando trabajo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva, su banco de horas se reducirá inmediatamente a cero cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- El primer día del segundo mes calendario posterior a un periodo que no exceda tres meses calendario consecutivos durante los cuales haya trabajado un promedio de menos de 145 horas por mes.
- El primer día del mes posterior a la falla del empleador en resolver morosidades o remitir todas las contribuciones debidas por todas las horas reportadas de todos los participantes.
- El primer día del segundo mes calendario, si después de un periodo durante el cual se le reportó anteriormente como parte interesada, el empleador deja de reportar horas para tal persona que permanece en el empleo del empleador en cualquier capacidad.

Terminación de la elegibilidad

La elegibilidad de una parte interesada terminará en la primera de las siguientes fechas:

- El primer día del mes posterior a la terminación de la cobertura proporcionada por su banco de horas; o
- El día en que su empleador no remita las contribuciones totales para la cobertura del Plan de Salud y Bienestar; o
- La fecha de terminación de este Plan; o
- El primer día del mes posterior a la fecha en que se notifique al Fondo que usted ha desempeñado un trabajo que no está contemplado en un acuerdo de negociación colectiva o contrato del subscriptor, que requiere contribuciones al Fondo correspondientes a ese trabajo (definido como “empleo no calificado”);
- Para los participantes inscritos en la cobertura de continuación COBRA, la fecha en que no haga un pago de la cobertura de COBRA; o
- El primer día del mes en el que se vuelva elegible para la cobertura del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados proporcionada por el Fondo.
- Cuando de alguna manera usted no cumpla con los requisitos de elegibilidad del Plan; o
- Si desempeña un trabajo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva, la elegibilidad terminará el primer día del segundo mes calendario posterior a un periodo que no exceda tres meses calendario consecutivos durante los cuales haya trabajado un promedio de menos de 145 horas por mes; o
- El primer día del mes posterior a la falla del empleador en resolver morosidades o remitir todas las contribuciones debidas por todas las horas reportadas de todos los empleados; o

- El primer día del segundo mes calendario, si después de un periodo durante el cual un empleador individual lo reportó como parte interesada, el empleador deja de reportar horas para esta persona, que permanece en el empleo del empleador en cualquier capacidad.

Extensión del periodo de incapacidad en el Plan A, Plan B y Plan R

Si se incapacita temporalmente mientras tiene la cobertura del Plan (como se define en el capítulo Definiciones), podría tener derecho a una **extensión de la elegibilidad.** Un participante del Plan A podría tener derecho a hasta 9 meses de elegibilidad extendida dentro del periodo de 24 meses. Los participantes elegibles del Plan R y del Plan B podrían tener derecho a hasta 4 meses de extensión de la elegibilidad. Los participantes del Plan de Tarifa Fija y las partes interesadas no tienen derecho a esta extensión de la elegibilidad.

- Para tener derecho a esta extensión del periodo de incapacidad, debe presentar una solicitud en la Oficina del Fondo de Fideicomiso **no después de 12 meses del primer día de la incapacidad**.
- Si se aprueba su solicitud, entonces podría otorgarse una extensión del periodo de incapacidad para extender la elegibilidad **existente** (hasta un máximo de 4 meses para el Plan R y el Plan B o 9 meses para el Plan A), pero no para establecer la elegibilidad.

Aplicará el "mes de demora". Por lo tanto, para tener derecho a la extensión del periodo de incapacidad, debe ser elegible el mes en que quede incapacitado ***y*** el mes siguiente.

Por ejemplo, si es elegible en abril, queda incapacitado en abril, y tiene al menos 100 horas restantes en su banco de horas para que se le deduzcan de su cobertura de mayo, podría recibir la extensión por incapacidad para extender su banco de horas por un mes adicional (para la cobertura de junio). Sin embargo, si tiene menos de 100 horas en su banco de horas y no fuese elegible para mayo, no se le otorgaría una extensión del periodo de incapacidad.

No se proporcionará una extensión del periodo de incapacidad por lo siguiente:

- Un participante que no ha sido elegible bajo el Plan A, B o R por un mínimo de 12 meses calendario, con base en las horas de trabajo o en una deducción del banco de horas de las horas del banco acumuladas como resultado de horas de trabajo (no de una extensión del periodo de incapacidad), dentro de los 24 meses calendario inmediatamente anteriores al primer día de incapacidad, según se define en la sección Definiciones de esta SPD.
- Más de 9 meses (Plan A) y más de 4 meses (Planes B y R) dentro del periodo de 24 meses.
- Cualquier periodo de incapacidad por el cual no se haya proporcionado al Fondo un comprobante de recibo de los beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo o beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad.
- Una incapacidad por la cual el Plan no haya recibido una notificación de reclamación dentro de los 12 meses a partir del primer día de la incapacidad (según la definición).
- Cualquier período de incapacidad que comience mientras el participante esté recibiendo una cobertura de continuación bajo COBRA.
- Un participante que no haya trabajado para un empleador contribuyente al menos un día en el periodo de 30 días antes del comienzo del primer día de incapacidad.
- Las partes interesadas no tienen derecho a beneficios en la extensión del periodo de incapacidad.

Si se incapacita, debe remitir **inmediatamente** un formulario Certificación de Incapacidad a la Oficina del Fondo de Fideicomiso para su consideración. Puede comunicarse con la Oficina del Fondo de Fideicomiso por teléfono para solicitar el formulario o visitar www.carpenterfunds.com.

Un participante que no resida en un estado que proporcione beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad también es elegible para recibir el beneficio descrito arriba si proporciona al Plan un certificado por escrito de un médico aprobado por el Plan que indique que está incapacitado de acuerdo con la definición del Plan.

La cobertura podría terminar antes de las fechas indicadas arriba si:

- Un participante evoluciona de una incapacidad temporal a una incapacidad permanente; o
- Un participante deja de estar incapacitado.

Extensión de los beneficios por incapacidad del Plan de Indemnización

Si la cobertura termina mientras la persona elegible está incapacitada, los beneficios del Plan Médico de Indemnización se extenderán temporalmente para cubrir los gastos cubiertos incurridos después de la fecha de terminación. Estos beneficios extendidos están sujetos a los mismos términos que aplicarían si esta cobertura hubiese permanecido vigente. Estos beneficios extendidos son pagaderos sólo por gastos cubiertos incurridos:

- Por el tratamiento de la enfermedad o lesión específica que causó la incapacidad; y
- Mientras la persona permanece incapacitada; y
- Durante los primeros 6 meses después de la fecha de terminación de esta cobertura.

Para propósitos de esta disposición, el término "incapacitado" significa:

- Para un participante, que el participante no puede tener ningún empleo a cambio de un salario o ganancia; o
- Para un dependiente, que el dependiente no puede, debido a una incapacidad, realizar las actividades regulares y acostumbradas usuales para una persona de edad y estado familiar similar.

Las partes interesadas no tienen derecho a la extensión de beneficios por incapacidad del Plan de Indemnización.

Elegibilidad de los dependientes

Si usted elige cobertura para usted, también es elegible para recibir cobertura médica, dental y de la vista para sus dependientes elegibles en la última de las siguientes fechas, el día en que se vuelve elegible para su propia cobertura o el día en el que adquiere a un dependientes elegible, ya sea por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, pero solo si presentó un formulario de inscripción por escrito cumplimentado obtenido de la Oficina del Fondo de Fideicomiso y siempre y cuando esta haya recibido el comprobante de estado de dependiente requerido por el Plan.

Un dependiente no se puede inscribir en la cobertura a menos que el participante también esté inscrito. El Plan requerirá documentación específica que apoye el estado de dependiente. Los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal;
- Su pareja de hecho calificada (como se describe abajo)
- Su hijo que es:
  - (1) un hijo biológico, hijastro, niño legalmente adoptado, o un niño que requiere tener la cobertura en virtud de una orden de manutención médica infantil calificada (Qualified Medical Child Support Order) o de una notificación nacional de manutención médica (National Medical Support Notice), que sea menor de 26 años de edad, ya sea casado o soltero. Los hijos adoptivos son elegibles bajo este Plan cuando se colocan para adopción.
  - (2) un hijo soltero de quien usted ha sido nombrado tutor legal, suponiendo que el niño sea menor de 19 años y se considere su dependiente para los fines de la declaración de impuestos federales sobre el ingreso;
  - (3) un hijo soltero de su pareja de hecho calificada, suponiendo que el niño sea menor de 19 años y que sea principalmente dependiente de usted para su manutención financiera;
  - (4) un hijo soltero elegible en virtud del párrafo (2) o del párrafo (3) anteriores, que tenga al menos 19 pero menos de 23 años de edad y sea estudiante de tiempo completo en una institución educativa acreditada, siempre y cuando el hijo cumpla los requisitos del párrafo (2) o del párrafo (3) anteriores; o
  - (5) un hijo soltero suyo o de su cónyuge o de su pareja de hecho calificada, de cualquier edad, que no puede ganarse la vida debido a una incapacidad física o mental, suponiendo que el hijo estaba incapacitado y era elegible como dependiente en este Plan antes de cumplir la edad limitante descrita en los párrafos (1), (2), (3) o (4) anteriores, y siempre y cuando el hijo sea dependiente principalmente del participante para su manutención financiera.

Por favor note: La edad limitante para la cobertura de ortodoncia de todos los hijos dependientes es 19 años.

Para los hijos de una pareja de hecho o hijos que requieren tener cobertura debido a una tutela legal: Si el Plan recibe una certificación por escrito del médico que trata al niño que indique que (1) el niño sufre una enfermedad o lesión grave, y que (2) es médicamente necesario un permiso de ausencia (u otro cambio en la

inscripción) de una institución postsecundaria, y que la pérdida del estado de estudiante daría como resultado la pérdida de la cobertura del Plan, el Plan extenderá la cobertura del niño por hasta un año. Esta extensión máxima de un año de la cobertura comienza el primer día del permiso de ausencia médicamente necesario (u otro cambio en la inscripción) y termina en la primera de las siguientes fechas: (i) un año después, o (ii) la fecha en que la cobertura hubiese terminado según los términos del Plan (por ejemplo, cuando el niño cumple la edad limitante del Plan). Usted o su dependiente debe presentar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso un certificado de un médico de la necesidad médica del permiso al menos 30 días antes de que se prevea la ausencia por razones médicas, o 30 días después del inicio del permiso de ausencia en cualquier otro caso.

Órdenes de manutención médica infantil calificadas (QMCSO): De acuerdo con la sección 609(a) de ERISA, el Fondo proporcionará cobertura para el hijo de un participante si así lo requiere una orden de manutención médica infantil calificada (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO), incluida una notificación nacional de manutención médica (National Medical Support Notice, NMSN). Una QMCSO o una NMSN sustituirá cualquier requisito en la definición de dependiente del Plan, que se indica arriba. El Plan inscribirá a cualquier hijo de un participante del Plan que se especifique en la orden y de acuerdo con esta. Una *orden de manutención médica infantil calificada* es cualquier fallo, sentencia u orden judicial (incluida la aprobación de un acuerdo de conciliación de relaciones domésticas o notificación nacional de manutención médica) emitido por un tribunal que:

- Proporcione manutención infantil al hijo de un participante del Plan, u ordene al participante que proporcione cobertura al niño con un Plan de beneficios médicos, o bien
- Haga cumplir una ley estatal relacionada con la manutención médica del niño de acuerdo con la sección 1908 de la Ley del Seguro Social, que estipula en parte que si el progenitor participante no inscribe al niño, entonces el progenitor no participante o la agencia estatal podrían inscribir al niño.
- Una orden de manutención médica infantil no calificará si requiere que el Plan proporcione algún tipo o forma de beneficio o cualquier opción que no se ofrezca de otra manera en este Plan, excepto en la medida necesaria para cumplir con la sección 1908 de la Ley del Seguro Social.

Cuando reciba una QMCSO o una NMSN, el Fondo requiere inscribir al hijo o hijos en el Plan.

A ningún hijo de un participante elegible cubierto por una orden de manutención médica infantil calificada se le negará la inscripción debido a que el niño no fue declarado como dependiente en la declaración de impuestos federales sobre el ingreso del progenitor o porque no reside con el progenitor.

Los procedimientos que rigen las QMCSO están disponibles en la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

Parejas de hecho calificadas*:* El término "pareja de hecho calificada" significa una persona que vive con el participante en la misma residencia, tiene al menos 18 años de edad y su relación con el participante cumple con los siguientes requisitos:

- La pareja de hecho y el participante han tenido una relación íntima y comprometida de interés mutuo por un periodo de al menos 6 meses y cada uno de ellos es la única pareja de hecho del otro;
- La pareja de hecho y el participante comparten la responsabilidad por el bienestar común y las obligaciones financieras mutuas y pueden proporcionar un comprobante de tal relación según lo requiere la Junta de Fideicomisarios;
- Ni la pareja de hecho ni el participante son casados;
- Tanto la pareja de hecho como el participante son competentes para establecer un contrato;
- La pareja de hecho y el participante no tienen una relación consanguínea más cercana de lo que prohibiría un matrimonio legal en el estado de California;
- Cualquier relación de hecho anterior de cualquiera de las personas terminó al menos 6 meses antes de la fecha de la firma de la declaración final de relación de hecho en la Oficina del Fideicomiso; y
- Se presentó apropiadamente una solicitud de relación de hecho con el participante, según lo requiere la Junta de Fideicomisarios.

Terminación de la elegibilidad de un dependiente

- En la fecha que termine la elegibilidad del participante, o en el evento del fallecimiento del participante, en la fecha que su elegibilidad hubiese terminado si no hubiera ocurrido su fallecimiento; o

- En la fecha en que ya no califique como dependiente, excepto que la elegibilidad de los hijos biológicos, hijastros e hijos legalmente adoptados dependientes terminará al final del mes en el que el dependiente cumpla 26 años de edad.

Inscripción especial

Cónyuge y/o hijo(s) dependiente(s) recién adquiridos

- Si adquiere un cónyuge por matrimonio, o adquiere a cualquier hijo dependiente por nacimiento, adopción o colocación para adopción o matrimonio, puede solicitar la inscripción de su nuevo cónyuge y/o cualquier hijo dependiente a más tardar 31 días después de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. (Nota: Se dice que un niño "se coloca para adopción" con usted la fecha en que usted se vuelve legalmente obligado por primera vez a proporcionar la manutención total o parcial del niño que planea adoptar.)
- **Si no inscribió a su cónyuge en la cobertura** dentro de 31 días de la fecha en que este se volvió elegible para la cobertura de este Plan, y si posteriormente usted adquiere uno o más hijos dependientes por nacimiento, adopción o colocación para adopción o matrimonio, y usted es elegible para la cobertura, usted podría solicitar la inscripción de su cónyuge y/o de su nuevo hijo o hijos dependientes y/o de cualquier hijo o hijos dependientes a más tardar 31 días después de la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción de su(s) nuevo(s) hijo(s) dependiente(s).

Pérdida de otra cobertura

Si usted no solicitó inscripción en este Plan para usted, su cónyuge y/o cualquiera de sus hijos dependientes dentro de **31 días** después de la fecha en la que se ofreció anteriormente la cobertura de este Plan porque usted o ellos tenían cobertura médica en otro plan médico de grupo o póliza de seguro médico (incluida la cobertura de continuación COBRA, ciertos tipos de seguro médico individual, Medicare u otro programa público) **y** usted, su cónyuge y/o cualquiera de sus hijos dependientes **pierden la cobertura** de ese otro plan médico de grupo o póliza de seguro médico; y usted es elegible para la cobertura de este Plan, puede solicitar inscripción para usted y/o para su cónyuge y/o cualquiera de sus hijos dependientes dentro de **31 días** después de la terminación de su cobertura con ese otro plan médico de grupo o póliza de seguro médico **si** esta otra cobertura terminó debido a:

- la pérdida de elegibilidad para esa cobertura, incluida la pérdida resultante de divorcio, fallecimiento, terminación voluntaria o involuntaria del empleo o reducción de horas (pero no incluye pérdida debido a que el participante no pagó las primas oportunamente o la terminación de la otra cobertura por una causa justificada); o
- la terminación de las contribuciones del empleador para la otra cobertura (la reducción, no la suspensión, de las contribuciones del empleador no activa un derecho de inscripción especial); o
- el seguro médico proporcionado con la cobertura de continuación COBRA, y tal cobertura COBRA se **"agotó"**; o
- se muda fuera del área de servicio de la HMO si la cobertura HMO terminó por esa razón y, para la cobertura de grupo, no había otra opción disponible en el otro plan; o
- el otro plan deja de ofrecer cobertura a un grupo de personas de situación similar; o
- la pérdida del estado de dependiente según los términos del otro plan; o
- la terminación de una opción de paquete de beneficios en el otro plan, a menos que sustituya la cobertura ofrecida.

La cobertura de continuación COBRA se **"agota"** si termina por cualquier razón que no sea que la persona no pague la prima de COBRA aplicable de manera puntual, o una causa justificada (como la presentación de una reclamación fraudulenta o la declaración falsa de hechos materiales relacionados con esa cobertura de continuación COBRA). El agotamiento de la cobertura de continuación COBRA también puede ocurrir si la cobertura cesa:

- debido a que el empleador u otra entidad responsable no remite las primas de manera puntual;
- cuando el empleador u otra entidad responsable termina el plan médico y no hay otra cobertura de continuación COBRA disponible para la persona;
- cuando la persona ya no reside, vive o trabaja en un área de servicio de una HMO o de un programa similar (ya sea o no por la voluntad de la persona) y no hay otra cobertura de continuación COBRA disponible para la persona; o

- porque ha terminado el periodo de 18, 29 o 36 meses (según corresponda) de la cobertura de continuación COBRA.

Medicaid o Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP):

Cuando usted es elegible para los beneficios de este Plan, usted y sus dependientes **también se podrían inscribir en este Plan** si usted (o sus dependientes elegibles):

- tienen la cobertura de **Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (State Children's Health Insurance Program, CHIP)** y usted (o sus dependientes) **pierden la elegibilidad para esa cobertura**. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en este Plan dentro de **60 días** después de que termine la cobertura de Medicaid o de CHIP; o
- se vuelve **elegible para participar en un programa de asistencia con las primas a través de Medicaid o de CHIP**. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en este Plan dentro de **60 días** después de que se determina que usted (o sus dependientes) son elegibles para recibir tal asistencia con las primas.

Inicio de la cobertura después de la inscripción especial:

- **Cobertura de una persona que se inscribe debido a la pérdida de otra cobertura o debido a matrimonio:** Si la persona solicita una inscripción especial dentro de 31 días de la fecha del evento que creó la oportunidad para la inscripción especial (excepto en el caso de un recién nacido, un niño adoptado o a causa de Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP) (del que se trata más adelante), por lo general la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha en que el Plan recibe la solicitud de inscripción especial.
- Si la persona solicita inscripción dentro de 60 días de la fecha del evento que creó la oportunidad para la inscripción especial relacionado con Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP), por lo general la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha del evento que permitió esta oportunidad de inscripción especial.
- **La cobertura de un hijo dependiente recién nacido o recién nacido recientemente adoptado** que se inscribe apropiadamente dentro de 31 días después del nacimiento, entrará en vigencia la fecha del nacimiento del niño.
- **La cobertura de un hijo dependiente recientemente adoptado o de un hijo dependiente colocado para adopción** que se inscribe apropiadamente más de 31 días después del nacimiento, pero dentro de 31 días después de que el niño es adoptado o colocado para su adopción, entrará en vigencia la fecha de la adopción del niño o la fecha de la colocación para adopción, lo que ocurra primero.

Las personas inscritas durante una inscripción especial tienen la misma oportunidad de seleccionar opciones de beneficios del Plan al mismo costo y con los mismos requisitos de inscripción que los de participantes de situación similar en la inscripción inicial.

Ley de Ausencia por Razones Familiares y Médicas (FMLA) u otras ausencias obligatorias

Si su empleador aprueba su ausencia según los términos de la Ley de Ausencia por Razones Familiares y Médicas de 1993 (Family and Medical Leave Act, FMLA) u otras ausencias obligatorias, usted y sus dependientes elegibles continuarán estando cubiertos por este Plan, suponiendo que usted era elegible al inicio de la ausencia y que su empleador haga las contribuciones requeridas al Fondo durante la ausencia. Cuando un empleador aprueba una ausencia según la FMLA, la contribución pagadera es la cantidad requerida por el acuerdo de negociación colectiva por siete horas de trabajo al día durante el periodo de la ausencia.

No es función del Fondo determinar si usted tiene o no tiene derecho a ausencia con cobertura médica según FMLA. Cualquier pregunta que tenga referente a sus derechos de ausencia en virtud de FMLA con la continuación de los beneficios médicos la debe resolver con su empleador en el momento en que solicite la ausencia según la FMLA.

Servicio militar

Si usted ingresa en el servicio militar con los Servicios Uniformados de Estados Unidos puede continuar su elegibilidad bajo las disposiciones de la Ley de Derechos de Empleo y Recontratación de los Servicios Uniformados de 1994 (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, USERRA), suponiendo que era elegible bajo el Plan cuando comenzó el servicio militar. El término "Servicios Uniformados" significa las Fuerzas Armadas (incluido el Servicio de Guardacostas), la Guardia Nacional del Ejército y la Guardia Nacional de las Fuerzas Aéreas cuando estén participando activamente en actividades de entrenamiento, entrenamiento inactivo o asignación a tiempo completo a la Guardia Nacional, al cuerpo comisionado del Servicio de Salud Pública, y a cualquier otra categoría de personas designadas por el presidente en tiempos de guerra o de emergencia.

Continuación de la elegibilidad

- Si su periodo de servicio militar es menor de 31 días podrá continuar su elegibilidad durante el periodo de servicio militar sin necesidad de hacer pagos.
- Si su periodo de servicio militar es de 31 días o más, su elegibilidad puede continuar por hasta 24 meses, pero se le requerirá que usted pague esta cobertura continuada. Durante los primeros 18 meses de la cobertura continuada bajo USERRA usted tendrá los mismos derechos que si hubiera elegido la "continuación de la cobertura bajo COBRA". Sin embargo, las disposiciones de COBRA, como el derecho de elegir meses adicionales de cobertura en el caso de un segundo evento que califica o una determinación de incapacidad por el Seguro Social, no aplican durante los últimos seis meses del periodo de 24 meses. (Nota: La cobertura de continuación bajo USERRA es una alternativa a la cobertura de COBRA; corre simultáneamente con la cobertura de COBRA, no consecutivamente.)

No se proporcionan beneficios por una enfermedad o lesión que el Departamento de Asuntos de los Veteranos determine que fue incurrida, o agravada, durante su servicio militar.

Congelamiento del banco de horas de los participantes del Plan A y del Plan B

Si participa en el Plan A o en el Plan B y elige pagar usted mismo su cobertura durante su servicio militar, o si opta por no tener cobertura del Fondo durante su servicio, su banco de horas será congelado. (También puede usar su banco de horas para continuar teniendo la cobertura del Fondo durante su servicio. Si hace esto, no se hará ningún cargo por el periodo de la cobertura proporcionado por el banco de horas.) **Tenga en cuenta que esta disposición no aplica a los participantes inscritos en el Plan R o el Plan de Tarifa Fija porque estos planes no incluyen elegibilidad para el banco de horas.**

Al final de su servicio militar, tendrá derecho a la elegibilidad con base en las horas existentes en su banco de horas congelado, suponiendo que regrese a trabajar para un empleador contribuyente en los 46 condados del norte de California dentro de los periodos descritos bajo "Reanudación de la elegibilidad perdida después del servicio militar" y que proporcione al Fondo las notificaciones por escrito requeridas.

Requisito de notificación del servicio militar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso

Debe notificar por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso su ingreso en el servicio militar tan pronto como sea posible, pero no más de 60 días después del inicio del mismo. Su notificación debe indicar si usted desea:

- hacer pagos personales para continuar bajo la cobertura del Fondo durante el servicio militar,
- no tener la cobertura del Fondo durante su servicio militar, o
- usar su elegibilidad acumulada en su banco de horas para continuar su cobertura bajo el Fondo durante su servicio militar (si es participante del Plan A)

Reanudación de la elegibilidad perdida después del servicio militar

Si durante el servicio militar se termina su elegibilidad bajo el Plan por cualquier razón, cuando regrese a trabajar para un empleador contribuyente en los 46 condados del norte de California se reanudará su elegibilidad, siempre y cuando regrese al empleo y notifique al fondo dentro de:

- 90 días después de la terminación del servicio militar si su servicio duró más de 180 días, o
- 14 días después de la terminación del servicio militar si su servicio duró entre 31 y 180 días.

La elegibilidad se reanudará sin exclusión ni periodo de espera, excepto que el Plan no cubrirá enfermedades o lesiones que el Departamento de Asuntos de los Veteranos determine que están relacionadas con su servicio militar.

Reservistas llamados al servicio activo (que no sea un recorrido temporal de servicio de 30 días o menos)

Si pertenece a la reserva militar de los Servicios Uniformados de Estados Unidos y se le llama al servicio militar activo:

- **si pertenece al Plan A**, se acreditará a su banco de horas 100 horas el primer día de cada mes de la duración de su recorrido de servicio (a menos que la Junta de Fideicomisarios lo revoque) o
- **si pertenece al Plan R**, continuará siendo elegible bajo el Plan por cada mes de su recorrido de servicio militar activo (a menos que la Junta de Fideicomisarios lo revoque).

En cualquier caso, usted debe ser elegible bajo el Plan cuando se reporte al servicio militar activo.

Debe dirigir a la Oficina del Fondo de Fideicomiso todas las preguntas sobre su derecho a permisos de ausencia según USERRA y sobre la continuación de la cobertura médica.

Reciprocidad: elegibilidad de los participantes cuyas horas se dividen entre fondos

De acuerdo con la regla de reciprocidad, se le puede proporcionar elegibilidad si de otra manera no fuese elegible para recibir los beneficios debido a que las horas de su empleo se dividieron entre diferentes Fondos médicos y de bienestar. La regla aplica sólo si los fondos signatarios (en lo sucesivo denominados fondos de cooperación) en cuya jurisdicción usted trabaja han adoptado el *Acuerdo Maestro Recíproco de Fondos de Salud y Bienestar de la Fraternidad Unida de Carpinteros y Ebanistas de América (United Brotherhood of Carpenters and Joiners of America Master Reciprocal Agreement for Health and Welfare Funds*).

Fondo local

El término "fondo local" significa:

- Si usted es miembro de un sindicato local, el fondo de cooperación en el cual participa su sindicato local por virtud de su acuerdo de negociación colectiva con los empleadores; o
- Si no es miembro de un sindicato local, o está empleado principalmente dentro de la jurisdicción de un sindicato local que no es el sindicato del cual es miembro, el fondo de cooperación es el fondo bajo el cual ha trabajado la mayoría de las horas en los cinco años calendario más recientes.

Fondo externo:
El término "Fondo externo" significa cualquier fondo de cooperación bajo el cual usted trabaja y que no sea su fondo local.

Contribuciones

Las contribuciones al Plan de Salud y Bienestar que los empleadores deben hacer, se harán a la tarifa, en el momento, en la manera y en los lugares requeridos por el acuerdo de negociación colectiva que cubre el área geográfica en la que usted desempeña realmente su trabajo.

Transferencia de las contribuciones al fondo local

Los participantes que trabajen fuera del área cubierta por su fondo local pueden autorizar a éste para que solicite a un fondo externo que transmita a su fondo local el dinero entregado por los empleadores al fondo externo. Si hace tal solicitud, usted renuncia a todos sus derechos de elegibilidad para recibir beneficios que pueda tener en el fondo externo. Su solicitud y renuncia continuarán hasta que las revoque por escrito y entregue su revocación a su fondo local. El fondo local enviará al fondo externo una copia de la revocación por escrito.

El fondo local presentará al fondo externo una fotocopia de su renuncia y la solicitud para que se le transmitan al fondo local las contribuciones del empleador que recibió el fondo externo. Al final de cada trimestre que termine un 31 de marzo, 30 de junio, 30 de septiembre y 31 de diciembre, el fondo externo transferirá al fondo local todo el dinero recibido a cuenta de su trabajo y pagará esta transmisión con sus propios fondos. La transmisión irá acompañada por un informe apropiado. Sin embargo, no se hará la transmisión de los pagos por un periodo anterior a un año calendario a partir de la fecha en que el fondo externo reciba su renuncia y solicitud.

Créditos de elegibilidad

Las reglas de elegibilidad de los fondos de cooperación estipularán que los participantes reciban los créditos de elegibilidad ganados después de la conversión de las contribuciones entrantes transferidas de un fondo externo a su fondo local. Solo su fondo local le otorgará créditos. Para determinar la cantidad que se debe acreditar, las contribuciones que reciba un fondo local de un fondo externo se convertirán en horas, con base en la tasa de contribución vigente en ese momento con el fondo local.

Cambio de fondo local

Pueden surgir situaciones en las que el participante cambie su fondo local por una causa justificada. Si usted desea cambiar su fondo local de un fondo de cooperación a otro, aplicarán las siguientes reglas:

- Debe presentar una solicitud por escrito tanto al fondo local existente como al fondo de cooperación que usted desea designar como su nuevo fondo local.
- Esta solicitud debe hacerse en un formulario, y contener toda la información que requieran ambos fondos de cooperación.

- El cambio de fondos locales entrará en vigencia cuando ambos fondos de cooperación lo aprueben.

Opciones disponibles cuando termine la cobertura de este Plan

Cuando termine la cobertura de este Plan, usted podría tener la opción de comprar la continuación temporal de esta cobertura del plan médico de grupo eligiendo COBRA, o puede analizar sus opciones para comprar en el **mercado de seguros médicos** una póliza de seguro médico individual para tener cobertura médica.

Además, usted podría tener derecho a recibir un crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales de coberturas que compre en el mercado. Su elegibilidad para participar en COBRA no limita su elegibilidad para comprar cobertura con un crédito fiscal. Si desea más información sobre el mercado de seguros médicos, visite www.coveredca.com/ (si es residente de California) o www.healthcare.gov. Además, usted podría tener derecho a una oportunidad de inscripción especial en otro plan médico de grupo en el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), si solicita la inscripción en ese otro plan dentro de 30 días de perder la cobertura de este Plan.

Cuando termine la cobertura de este Plan, recuerde que hay opciones que puede considerar para evitar la sanción del Mandato Individual. Si desea más información sobre el Mandato Individual, hable con su asesor de impuestos o visite www.healthcare.gov.

COBRA: CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA BAJO LA LEY FEDERAL

Según una ley que se conoce como "COBRA", usted tiene derecho de continuar su cobertura médica. Si su empleo termina o le reducen las horas de trabajo y esto ocasiona que pierda elegibilidad, ha experimentado un "evento que califica", y por lo tanto, tiene derecho a 18 meses adicionales de cobertura del Plan a partir de la fecha del evento que califica, siempre y cuando la elección de COBRA y el pago de las primas se presenten dentro de los límites de tiempo que se describen en esta sección.

Otras alternativas de cobertura médica en lugar de COBRA

Tenga en cuenta que también podría tener disponibles otras alternativas de cobertura médica en lugar de COBRA que podría comprar a través del **mercado de seguros médicos** (*el mercado ayuda a las personas que no tienen cobertura médica a encontrar un plan médico y a inscribirse en él [si es residente de California, consulte: www.coveredca.com. Las personas que no residan en California deben consultar su mercado de seguros médicos o visitar www.healthcare.gov*)].

Además, usted podría tener derecho a recibir un crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales de coberturas que compre en el mercado. Su elegibilidad para participar en COBRA no limita su elegibilidad para comprar cobertura con un crédito fiscal. Además, usted podría tener derecho a una oportunidad de inscripción especial en otro plan médico de grupo en el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), si solicita la inscripción en ese otro plan dentro de 30 días de perder la cobertura de este Plan, aunque el otro plan por lo general no acepte suscriptores tardíos.

Eventos que califican

Si ocurre cualquiera de los siguientes eventos (conocidos como eventos que califican) y esto ocasiona la pérdida de la cobertura, usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a continuar la cobertura médica que estaba vigente en el momento en que ocurrió el evento que califica, de acuerdo con una ley federal conocida como "COBRA". La cobertura de continuación COBRA está disponible a través de Carpenters Health and Welfare Trust Fund para aquellas personas que reúnen los requisitos. Para recibir esta cobertura de continuación, debe pagar al Fondo las primas mensuales correspondientes.

Los siguientes son eventos que califican:

1. Su(s) empleador(es) reporta(n) al Fondo, en su nombre, menos horas de trabajo al mes que el número mínimo requerido En el caso de un participante del Plan de Tarifa Fija, la terminación de su empleo.
2. Divorcio del participante y el cónyuge
3. Fallecimiento del participante
4. La pérdida del estado como hijo dependiente

Duración de la cobertura de COBRA

La cobertura de COBRA puede continuar por hasta 18, 29 o 36 meses, dependiendo del evento que califica según COBRA:

- **18 meses**: Usted y/o sus dependientes pueden continuar la cobertura por hasta 18 meses a partir de la ocurrencia del evento que califica si de otra manera perdería la cobertura debido a que se reportó en su nombre un número de horas trabajadas menor que el mínimo en determinado mes.
- **29 meses**: Un periodo de cobertura de 18 meses se puede extender hasta un total de 29 meses si usted o su dependiente queda incapacitado (según lo determine la Administración del Seguro Social) antes o durante los primeros 60 días de la cobertura de COBRA. Véase "Extensión de la cobertura de COBRA en casos de incapacidad".
- **36 meses**: Cada uno de los eventos que califican mencionados (del 2 al 4) da derecho a sus dependientes a 36 meses de cobertura a partir de la fecha de la ocurrencia del evento que califica. (En el caso de un niño que pierda su estado de dependiente, sólo el hijo afectado es elegible para 36 meses de cobertura.)

Extensión de la cobertura de COBRA en casos de incapacidad

Si usted y/o sus dependientes tienen derecho a la cobertura de COBRA durante un periodo de 18 meses, ese periodo se puede extender para una persona elegible que se determine que tiene derecho a recibir los beneficios de ingresos por incapacidad proporcionados por el Seguro Social, y para todos los demás miembros de la familia elegibles, durante hasta 11 meses adicionales (por un total de 29 meses) si se satisfacen todas las condiciones siguientes:

- La incapacidad ocurre en o antes del inicio de la cobertura de COBRA o dentro de los primeros 60 días de la cobertura de COBRA.
- La persona incapacitada recibe una determinación de derecho a recibir los beneficios de ingresos por incapacidad proporcionados por la Administración del Seguro Social.
- El participante, la persona incapacitada u otro miembro de la familia notifica a la Oficina del Fondo de Fideicomiso que se recibió la determinación. Consulte la sección "Su obligación de notificar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso" que aparece en la página 31 para ver las fechas límites de notificación.

Sírvase notar que las primas para los 11 meses adicionales serán aproximadamente un 50 % más que la prima de la cobertura de COBRA de los 18 meses iniciales.

Extensión de la cobertura de COBRA en caso de que ocurra un segundo evento que califica

Si durante un periodo de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA resultante de horas de trabajo insuficientes, el participante fallece, se divorcia, o si un hijo cubierto deja de ser un hijo dependiente bajo el Plan, el periodo máximo de cobertura de COBRA para el cónyuge y/o el hijo afectado se extiende a 36 meses a partir de la fecha del primer evento que califica.

Este periodo extendido de la cobertura de COBRA **no** está disponible para nadie que se haya convertido en cónyuge del participante después del primer evento que califica. Sin embargo, este periodo extendido de la cobertura de COBRA está disponible para cualquier hijo que haya nacido, sido adoptado o colocado para su adopción con el participante durante el periodo de 18 meses de la cobertura de COBRA.

Consulte la sección "Su obligación de notificar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso" que aparece en la página 31 sobre su responsabilidad para notificar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso la ocurrencia de un segundo evento que califica.

Efecto del derecho a Medicare antes de una terminación del empleo o una reducción de horas

Si usted es participante y tuvo un evento que califica según COBRA debido a una reducción de horas, o en el caso del Plan de Tarifa Fija se termina su empleo, dentro de 18 meses de adquirir el derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas), el periodo máximo de cobertura de continuación para sus dependientes será de 36 meses después de la fecha en que adquiera el derecho a Medicare, pero su periodo de COBRA seguirá siendo de 18 meses a partir del evento que califica.

Nota: El derecho a Medicare no es un evento que califica bajo este Plan. El derecho a Medicare *después* de un evento que califica no extenderá la cobertura COBRA del beneficiario calificado de un dependiente más allá del periodo de cobertura de 18 meses, y su periodo de COBRA terminará la fecha de vigencia de Medicare.

Costo de la cobertura de continuación: beneficios que podrían continuar

La cobertura de continuación COBRA está a su disposición sólo si usted paga los costos. Si usted o sus dependientes eligen continuar la cobertura, se cobrará el costo total más un cargo administrativo del 2 % (en el caso de la extensión debido a una incapacidad, es el costo total más 50 %).

- Puede optar por continuar solamente la cobertura médica y de medicamentos de venta con receta (cobertura Core); o
- La cobertura médica, de medicamentos de venta con receta, y la cobertura de atención de la vista y dental (cobertura Core Plus).

Sólo para participantes del Plan A y del Plan B: No hay cargos por ninguna porción del período de cobertura de COBRA durante el cual el Fondo de Fideicomiso extiende la cobertura después del evento que califica, con base en las reglas del Plan A o del Plan B sobre el banco de horas.

- Los meses de cobertura extendida que resulten de las horas remanentes en su banco de horas subsidiarán un 100 % del costo de su cobertura de continuación COBRA para esos meses, y contarán hacia el periodo de cobertura de continuación COBRA de 18 meses.
- Además de proporcionar la cobertura de continuación Core Plus de COBRA, el banco de horas proporcionará seguro de vida, beneficios por muerte y desmembramiento accidentales y beneficios semanales por incapacidad. Sin embargo, el seguro de vida, los beneficios por muerte y desmembramiento accidentales y los beneficios semanales por incapacidad no están incluidos en la cobertura de continuación COBRA por la que usted paga.

El pago de la cobertura de COBRA

La Oficina del Fondo de Fideicomiso le notificará el costo de la cobertura en el momento en que usted reciba la notificación de su derecho a la cobertura de COBRA, y de cualquier cambio en la cantidad de la prima mensual de la cobertura de COBRA.

- Habrá un periodo de gracia inicial de 45 días para pagar la primera prima vencida, que comenzará a partir de la fecha en que se elija la cobertura de COBRA.
- Si participa en el Plan A y elige la cobertura de COBRA mientras se le está acabando la cobertura de su banco de horas, debe pagar la primera prima dentro de un plazo de 45 días a partir de la fecha en que elija la cobertura de COBRA o el primer día del primer mes después de que se agote el banco de horas, lo que suceda después.

Si no se hace el primer pago cuando se venza, la cobertura de COBRA no entrará en vigencia. Después del primer pago, los pagos subsiguientes se vencen el primer día de cada mes.

Primas: Se cobrará una prima por la cobertura de continuación al participante o a los dependientes, o a ambos, en una cantidad establecida por la Junta de Fideicomisarios. La prima es pagadera en plazos mensuales. El costo de la cobertura de continuación COBRA puede estar sujeto a aumentos futuros durante el periodo de su vigencia.

Si hace un pago después del primer día del mes de la cobertura al cual aplica, pero antes de que termine el periodo de gracia de ese mes, sus beneficios bajo el Plan se suspenderán el primer día del mes de la cobertura y luego se restablecerán retroactivamente (comenzando el primer día del mes de la cobertura) cuando se reciba el pago. Esto significa que cualquier reclamación que presente para recibir beneficios mientras su cobertura esté suspendida se podría denegar y se podría tener que volver a presentar una vez que se restablezca su cobertura.

Cómo obtener su cobertura de continuación COBRA

Su empleador tiene la responsabilidad de notificar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso en un lapso de 30 días a partir de la fecha en que de otra manera se perdería la cobertura por las siguientes razones:

- su fallecimiento o
- la terminación del empleo

La Oficina del Fondo de Fideicomiso determinará cuándo su empleador informa al Fondo menos horas de trabajo que el número mínimo requerido en su nombre.

Habrá un periodo de gracia de 30 días para hacer los pagos mensuales de la prima. Si no se paga la cantidad vencida al final del periodo de gracia aplicable, se terminará su cobertura de COBRA.

La Oficina del Fondo de Fideicomiso tiene 60 días después de que recibe la notificación por escrito de su empleador, o después de que determine que su empleador reportó menos del número mínimo requerido de horas de trabajo, para notificarle su derecho a continuar la cobertura.

Su obligación de notificar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso

Usted o sus dependientes son responsables de proporcionar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso una notificación oportuna de los siguientes eventos que califican:

- dentro de 60 días de su divorcio (es decir, el divorcio del participante) de su cónyuge,
- dentro de 60 días de la pérdida del estado de dependiente de un hijo, o
- dentro de los primeros 18 meses de la cobertura de continuación si su dependiente tiene un segundo evento que califica.

También debe proporcionar oportunamente una notificación por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso

- Dentro de 60 días después de recibir una determinación de incapacidad de la Administración del Seguro Social, o
- Dentro de 30 días después de que la Administración del Seguro Social determine que la persona ya no está incapacitada.

Nota: Si no se proporciona esta notificación dentro de estos periodos es posible que usted y/o sus dependientes no obtengan la cobertura de COBRA o su extensión.

Debe asegurarse de que la Oficina del Fondo de Fideicomiso reciba la notificación de cualquiera de las cinco ocurrencias listadas arriba.

Usted o sus dependientes también deben notificar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso sobre estos eventos para asegurar el procesamiento oportuno de sus derechos en virtud de COBRA.

Cómo notificar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso

Se debe notificar por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso sobre cualquiera de las cinco situaciones que se indican arriba. Su notificación por escrito debe contener la siguiente información:

- nombre del beneficiario calificado,
- nombre y número de identificación o número de seguro social del participante,
- el evento sobre el cual está proporcionando la notificación y la fecha del evento (por ejemplo, la fecha en que un hijo dependiente cumpla 26 años de edad), y
- una copia de la disolución matrimonial final si el evento es un divorcio,
- si su hijo ya no es estudiante a tiempo completo, su carta debe incluir la fecha en que él o ella asistió por última vez a la escuela.

Si tiene preguntas sobre cómo notificar al Fondo sobre uno de estos eventos, envíe un mensaje electrónico a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a benefitservices@carpenterfunds.com o llame al teléfono (510) 633-0333 o al teléfono (888) 547-2054.

Dónde debe enviar su notificación

La notificación de eventos que califican debe enviarse a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a la siguiente dirección:

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Attention: Benefit Services

También puede enviar su notificación por vía electrónica a benefitservices@carpenterfunds.com.

Quién puede notificar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso

La notificación puede ser proporcionada por usted o sus dependientes o por cualquier representante que actúe en nombre de usted o de sus dependientes.

La notificación recibida de una persona satisfará el requisito de notificación para todos los beneficiarios calificados relacionados afectados por el mismo evento que califica.

Elección de la cobertura de continuación

Después de recibir su notificación de un evento que califica, la Oficina del Fondo de Fideicomiso le enviará una notificación de su derecho de seleccionar la cobertura de continuación mediante un formulario de elección, o, si no califica para una cobertura de continuación, le enviará una notificación de indisponibilidad de la cobertura de COBRA. Estas notificaciones se enviarán dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha en que la Oficina del Fondo de Fideicomiso reciba su notificación.

La Oficina del Fondo de Fideicomiso le enviará una notificación después de que su empleador reporte en su nombre menos de las horas de trabajo mínimas requeridas en un mes, y si parece que su banco de horas se ha agotado. Para los participantes del Plan A, la notificación se enviará en este momento independientemente de si tiene o no tiene

Aunque usted piense que regresará a trabajar y que no necesitará cobertura de continuación COBRA, es muy importante que devuelva su formulario de elección a la Oficina del Fondo de Fideicomiso dentro de un plazo de 60 días.

elegibilidad remanente en el banco de horas. En la notificación se le indicará cuándo se termina su elegibilidad y se le pedirá que complete y devuelva el formulario si quiere pagar usted mismo la cobertura de continuación COBRA después de la terminación de su elegibilidad.

No será elegible para la cobertura de continuación COBRA a menos que firme y devuelva el formulario de elección a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a más tardar 60 días después de la fecha en que pierda la elegibilidad o la fecha de la notificación de la Oficina del Fondo de Fideicomiso sobre la elección de COBRA (lo que ocurra después).

Si no desea la cobertura de continuación, se terminará la cobertura de su seguro médico de Carpenter. Sin embargo, su cónyuge y/o sus dependientes elegibles podrían optar por la cobertura de continuación, independientemente de que usted la haya rechazado o no.

Su cobertura de continuación inicial debe ser idéntica a la cobertura proporcionada a participantes similarmente situados bajo el Plan en el día anterior al evento que califica, aunque se puede modificar si la cobertura cambia para otros participantes o miembros de la familia.

Al considerar la posible elección de la cobertura de continuación COBRA, debe tomar en cuenta que si no continúa con su cobertura médica de grupo, sus derechos futuros bajo la ley federal se verán afectados. Usted tiene derecho de solicitar una inscripción especial en otro plan médico de grupo para el cual usted es elegible de otra manera (como un plan patrocinado por el empleador de su cónyuge). Se permite la inscripción especial bajo esta disposición dentro de un plazo de 30 días después de que termine su cobertura médica de grupo debido a los eventos que califican listados arriba o al final de la cobertura de continuación COBRA si obtiene esta cobertura por el tiempo máximo disponible para usted.

Crédito fiscal para la cobertura médica (HCTC)

La Ley de Comercio de 2002 (The Trade Act of 2002) creó un crédito fiscal (llamado el crédito fiscal para la cobertura médica [Health Coverage Tax Credit, HCTC]) que aplica a ciertas personas que se vuelven elegibles para recibir asistencia por el ajuste del comercio, y para ciertos empleados jubilados que reciben pagos de pensión de Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC). Las personas elegibles pueden tomar, o un crédito fiscal, u obtener un pago por anticipado del 72.5 % de las primas pagadas por un seguro médico calificado, incluida COBRA. Aunque el HCTC expiró el 1.° de enero de 2014, se restableció para entrar en vigencia en periodos de cobertura hasta 2019. Si desea más información, visite www.irs.gov/HCTC.

Adición de dependientes nuevos

Si durante su inscripción en la cobertura de continuación COBRA, usted se casa, tiene un hijo, un niño es colocado con usted para su adopción o asume la tutoría legal de un niño, podría inscribir a tal cónyuge o niño para que quede cubierto durante el resto del periodo de su cobertura de continuación, enviando un formulario de inscripción cumplimentado a la Oficina del Fondo de Fideicomiso dentro de un plazo de 30 días después del nacimiento, matrimonio o colocación para adopción.

También se permite la inscripción especial durante el resto de su periodo de cobertura de COBRA para aquellos dependientes que pierdan otra cobertura. Para que esto ocurra:

- Su dependiente debe haber sido elegible para la cobertura de COBRA en la fecha del evento que califica, pero debe haber rechazado la inscripción cuando se le ofreció previamente debido a que tenía cobertura bajo otro plan médico de grupo o tenía otra cobertura de seguro médico,
- Su dependiente debe haber agotado la otra cobertura, perdido su elegibilidad para ella, o perdido las contribuciones del empleador para la misma, y
- Usted debe inscribir a tal dependiente enviando un formulario de inscripción a la Oficina del Fondo de Fideicomiso en un lapso de 30 días después de la terminación de la otra cobertura o de las contribuciones.

Cambio de planes médicos durante la cobertura de continuación COBRA

Si desea cambiar su plan médico, debe cumplir los mismos requisitos que los participantes del Plan, lo que significa que debe permanecer en su plan médico durante al menos 12 meses antes de que se pueda cambiar a un plan médico diferente. Sólo se hacen excepciones si usted pertenece a Kaiser y se muda fuera de su área de servicio o si la Junta de Fideicomisarios aprueba un cambio. Si es elegible para un cambio, podría presentar un nuevo formulario de inscripción indicando el cambio a la Oficina del Fondo de Fideicomiso. El cambio entrará en vigencia el primer día del segundo mes calendario posterior a la fecha en que el Fondo reciba su formulario de inscripción.

Terminación de la cobertura de continuación COBRA

La cobertura de continuación COBRA terminará al final del periodo máximo de continuación permitido (18, 29 o 36 meses, según corresponda). La cobertura de continuación COBRA se terminará antes de que termine el periodo de 18, 29 o 36 meses de la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

1. Usted o sus dependientes no envían total y oportunamente los pagos requeridos de la prima (dentro de un plazo de 45 días después de la presentación del formulario de elección de COBRA inicial, incluido el costo de la cobertura retroactivamente al primer día que su cobertura hubiese terminado de otra manera, o dentro de un plazo de 30 días después de la fecha de vencimiento de los pagos mensuales subsiguientes);
2. Usted o sus dependientes adquieren la cobertura de otro plan médico de grupo después de la fecha en la que elige la cobertura de COBRA.
3. Usted o sus dependientes adquieren el derecho a Medicare después de la fecha de su elección de COBRA (derecho a Medicare significa ser elegible para inscribirse ya sea en la Parte A o en la Parte B de Medicare, lo que ocurra primero);
4. Su empleador ya no proporciona una cobertura médica de grupo a ninguno de sus participantes; o
5. Usted o sus dependientes tienen cobertura de continuación por meses adicionales debido a una incapacidad, y el Seguro Social tomó la determinación final de que usted o sus dependientes ya no están incapacitados.

La cobertura de continuación COBRA terminará el primer día del mes posterior a los eventos mencionados en los apartados del 1 al 5.

Si la cobertura de COBRA se termina antes del final del periodo máximo de cobertura, la Oficina del Fondo de Fideicomiso le enviará una notificación por escrito tan pronto como sea práctico después de que determine que se terminará la cobertura de continuación.

Cobertura de Kaiser después de COBRA – Ley de California sobre COBRA

Esta opción sólo aplica a los miembros de Kaiser.

Si usted es participante de COBRA y está inscrito en Kaiser, la ley de California tiene una disposición que afecta el tiempo que usted puede continuar la cobertura. Esta ley aplica sólo a su cobertura médica de Kaiser, no a otros beneficios médicos usualmente disponibles bajo COBRA.

- Si su evento que califica era la terminación de su empleo o el informe de un número de horas de trabajo menor que el mínimo requerido durante un mes, y usted agota los 18 meses de cobertura normalmente disponibles después de tal evento que califica (o los 29 meses disponibles en caso de incapacidad), usted puede continuar su cobertura médica con Kaiser durante 18 meses adicionales (o 7 meses adicionales en caso de una incapacidad).
- Para poder aprovechar esta disposición, debe permanecer en el plan de Kaiser.

Todos los trámites para los meses adicionales de cobertura bajo la ley COBRA de California se deben hacer directamente con Kaiser. El Fondo no está involucrado.

Revise la Confirmación de Cobertura (Evidence of Coverage) de Kaiser si desea más información sobre cómo elegir la extensión de la cobertura después de COBRA según las leyes de California o sobre cómo inscribirse en un plan de conversión de Kaiser. También puede llamar al Departamento de Servicio a los Miembros de Kaiser.

Conversión a una cobertura individual

Al final del periodo de la cobertura de continuación COBRA, usted o sus dependientes elegibles se podrían inscribir en cualquier plan de conversión individual que ofrezca Kaiser, como se describe en el documento Confirmación de Cobertura de Kaiser, suponiendo que estaba inscrito en Kaiser antes de que terminara su cobertura de continuación.

Nota: También tiene la opción de comprar una cobertura de conversión individual de Kaiser en lugar de la cobertura de COBRA, pero sólo si estaba inscrito en Kaiser cuando terminó su cobertura del Fondo de Fideicomiso.

Notificación a la Oficina del Fondo de Fideicomiso

- Si ha cambiado su estado civil, o si usted, su cónyuge u otros dependientes se han mudado, por favor comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso.
- Sírvase notificar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso cualquier evento que califica, aunque su empleador sea el que debe enviar la notificación.

Cobertura de continuación COBRA: tabla de referencia rápida

Evento que califica	Beneficiario calificado	Periodo máximo de continuación
Reducción de las horas de trabajo mínimas requeridas	Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes	18 meses después de la fecha del evento que califica*
Terminación de su empleo	Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes	18 meses después de la fecha del evento que califica*
Su fallecimiento	Su cónyuge y sus hijos dependientes	36 meses después de la fecha del evento que califica
Su divorcio	Su ex cónyuge y sus hijos dependientes	36 meses después de la fecha del evento que califica
La pérdida del estado de dependiente de su hijo en el Plan	El hijo afectado si está cubierto bajo el Plan	36 meses después de la fecha del evento que califica

* Si usted o uno de sus dependientes elegibles está incapacitado, la cobertura de continuación COBRA podría continuar para esa persona incapacitada y para los miembros elegibles de la familia durante hasta 29 meses. **Se cobrará una prima más alta en los 11 meses adicionales de la cobertura.**

Si durante el primer periodo de 18 meses ocurre un segundo evento que califica, que diese como resultado un periodo de continuación de la cobertura de 36 meses, la cobertura de continuación COBRA para los dependientes se podría extender hasta un máximo de 36 meses a partir de la fecha del primer evento que califica.

Continuación de la cobertura para parejas de hecho e hijos de parejas de hecho

Las parejas de hecho elegibles de los participantes y los hijos elegibles de las parejas de hecho que pierdan la elegibilidad bajo el Plan podrían continuar la cobertura del Plan haciendo ellos los pagos durante un periodo limitado de tiempo. La pareja de hecho y los hijos de la pareja de hecho que pierdan la elegibilidad bajo el Plan podrían continuar la cobertura del Plan (excepto los beneficios del seguro de vida de los dependientes) cuando la elegibilidad se pierda debido a una de las siguientes razones:

- Su(s) empleador(es) reporta(n) al Fondo, en su nombre, menos horas de trabajo que el número mínimo requerido en cualquier mes
- Su fallecimiento
- La terminación de la relación de la pareja de hecho con usted
- Terminación del estado de dependiente del niño según el Plan.

Primas. Se cobrará una prima por la cobertura de continuación a la pareja de hecho, al hijo dependiente, o a ambos, en una cantidad establecida por la Junta de Fideicomisarios. La prima es pagadera en plazos mensuales. El costo de la cobertura de continuación COBRA podría estar sujeto a aumentos futuros durante el periodo de su vigencia.

Duración de la cobertura de continuación de la pareja de hecho

- En el caso de la reducción de sus horas de trabajo o de la terminación del empleo, la cobertura se puede continuar, pagando usted las primas, durante hasta 18 meses a partir de la fecha del evento que dio como resultado la pérdida de la elegibilidad.
- En todas las demás circunstancias, la cobertura se puede continuar por hasta 36 meses a partir de la fecha del evento que dio como resultado la pérdida de la elegibilidad.

La cobertura de continuación se terminará antes de que termine el periodo de 18 o de 36 meses de la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- El pago requerido de la prima por la cobertura de continuación no se paga oportunamente.

- Su empleador ya no proporciona una cobertura médica colectiva a ninguno de sus empleados.
- La pareja de hecho o el hijo dependiente queda cubierto bajo algún otro plan de grupo (como participante o de otra manera) o adquiere el derecho a una cobertura de Medicare.

Procedimiento de elección y notificación de la cobertura de continuación para una pareja de hecho

La pareja de hecho, su hijo, o ambos, deben elegir la cobertura de continuación dentro de 60 días después de uno de los siguientes eventos, el que ocurra después:

- La fecha de cualquiera de los eventos descritos anteriormente bajo la sección “Cobertura de continuación”; o
- La fecha de la notificación de la Oficina del Fondo de Fideicomiso en la que se indica a la persona que tiene derecho a la cobertura de continuación.

BENEFICIOS MÉDICOS DE UNA HMO DE KAISER

Si tiene beneficios médicos, de medicamentos de venta con receta y de la vista con una HMO de Kaiser Permanente, la siguiente sección que describe los beneficios del Plan Médico de Indemnización no le corresponde a usted. Sin embargo, podría tener derecho a recibir beneficios adicionales a través del Fondo, entre ellos:

- Beneficios dentales como se explica a partir de la página 82.
- Beneficios de ortodoncia para hijos dependientes como se explica a partir de la página 83.
- Beneficios del seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales para los participantes del Plan A, Plan B y Plan de Tarifa Fija, como se explica a partir de la página 84.
- Beneficios del Programa de Asistencia a los Miembros (Member Assistance Program, MAP), como se explica a continuación:

Si desea una copia de su Confirmación de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), comuníquese con el Departamento de Servicio a los Miembros de Kaiser al (800) 464-4000 o visite el sitio web, www.kp.org.

Programa de Asistencia a los Miembros (MAP)

El Programa de Asistencia a los Miembros (Member Assistance Program, MAP) ofrece servicios tales como asesoramiento en relaciones, asistencia legal, asesoramiento financiero, recuperación de la identidad, cesación del uso de tabaco, atención de dependientes y recursos para la vida diaria.

Este Plan ofrece hasta **4 visitas de asesoramiento MAP en persona** por incidente, por miembro de la familia, sin costo para usted; también ofrece otros servicios gratuitos o con descuento, como asistencia legal y asesoramiento financiero. El número de teléfono de MAP es el (800) 999-7222 y el sitio web es www.AnthemEAP.com (Inicie la sesión con "Carpenters Trust").

Se prohíbe la discriminación de proveedores

Se prohíbe que los planes no protegidos, como Kaiser, discriminen a proveedores médicos que actúan dentro del ámbito de su licencia o certificación en acatamiento con la ley estatal correspondiente. Aunque Kaiser no requiere establecer contratos con todos los proveedores, no debe discriminar respecto a la cobertura de gastos cubiertos por servicios brindados por un proveedor médico que actúe dentro del ámbito de su licencia.

Designación de un proveedor de atención primaria y autorización previa para recibir servicios de obstetricia y ginecología (OB-GIN).

Por lo general, Kaiser requiere la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) que participe en la red de Kaiser y que esté disponible para aceptarlo a usted o a sus dependientes cubiertos. En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como el proveedor de atención primaria. Si desea información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria, y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria que pertenecen a la red, comuníquese con Kaiser.

En Kaiser usted no necesita autorización previa ni una referencia del Plan o de otra persona (incluido el médico de atención primaria) para recibir atención de proveedores médicos que se especializan en obstetricia y ginecología. Sin embargo, el profesional médico podría requerir obtener autorización previa para brindar ciertos servicios y seguir un plan de tratamiento preaprobado, o seguir los procedimientos para hacer referencias.

PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN/REDES MÉDICAS

Por favor note: Los beneficios de este capítulo no corresponden a los miembros de una HMO de Kaiser. Si usted y sus dependientes elegibles tienen la cobertura de una HMO de Kaiser, comuníquese con Kaiser (al número de teléfono indicado en la tabla de referencia rápida) para solicitar una copia de su Confirmación de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) que describe sus beneficios médicos de la HMO de Kaiser.

Los participantes del Plan podrían obtener servicios médicos de proveedores participantes o de proveedores no participantes. Pero la cantidad que usted paga por tales servicios podría variar.

Programa de asesores y asistentes

El Plan ofrece un servicio de asesoramiento para orientarlo en actividades tales como encontrar a un proveedor participante, ayudarlo a encontrar las instalaciones de imágenes, exploración y cirugía más eficientes. Lo ayudarán a comparar calidad y costos de muchos hospitales de su vecindario, y le advertirán sobre aquellos proveedores que podrían requerir pagos personales o contratos. Si desea la asistencia de un asesor, llame al (844) 437-0488.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

La Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) del Plan es una red de hospitales, médicos, laboratorios y otros proveedores participantes que se encuentran dentro de un área de servicio y que han acordado brindar servicios y suministros médicos por una tarifa de descuento negociada favorable que solo aplica a los participantes del Plan PPO. Si usted recibe servicios o suministros médicamente necesarios de un proveedor participante pagará un deducible y un coseguro más bajos que si recibiera esos servicios o suministros médicamente necesarios de un proveedor no participante. Además, el proveedor participante ha acordado aceptar el pago del Plan más cualquier coseguro aplicable que usted sea responsable de pagar como pago total.

Directorio de proveedores participantes

Puede encontrar un directorio de proveedores médicos participantes en internet en www.anthem.com.

NOTA IMPORTANTE

Como periódicamente durante el año se añaden y se quitan proveedores de la red de la PPO, es mejor que cuando sea posible pregunte a su proveedor si todavía participa en la red, o que se comunique con la red de la PPO antes de solicitar los servicios.

Puede solicitar una lista de proveedores participantes en:

- **Dentro de California: Anthem (800) 810-2583 o www.anthem.com**
- **Fuera de California: Blue Card (800) 810-2583 o www.bcbs.com o**

Proveedores participantes y no participantes

Proveedores participantes

Si recibe servicios o suministros médicos de un proveedor que participa en la red médica del Plan, usted será responsable de pagar menos dinero de su bolsillo. Los proveedores que participan en la red han acordado aceptar la cantidad con descuento que el Plan paga por los servicios cubiertos. Usted deberá pagar los deducibles y coseguro correspondientes pendientes después de que se paguen los beneficios del Plan hasta la cantidad con descuento.

Instalaciones de menor costo

Los beneficios hospitalarios del Plan como paciente interno estarán limitados a $30,000 por la cirugía de reemplazo de una articulación de cadera o de reemplazo de una articulación de rodilla. El máximo aplica a todos los costos de la instalación hospitalaria, pero no incluye honorarios profesionales como anestesia o cirugía. Hay hospitales PPO específicos en todo California en los que se pueden realizar estas cirugías y que minimizarán sus costos de su bolsillo además del deducible y del coseguro del Plan. Si necesita una cirugía de reemplazo de cadera o de rodilla, visite el sitio web de la Oficina del Fondo de Fideicomiso en www.carpenterfunds.com o llámenos al (888) 547-2054 para solicitar una lista de los hospitales que le pueden proporcionar servicios a un costo menor.

Proveedores no participantes

El término "Proveedores no participantes" se refiere a aquellos proveedores que no tienen un contrato con la red de PPO del plan médico y que generalmente no ofrecen al participante o al Plan ningún descuento en sus tarifas. Estos proveedores no participantes **podrían facturar a un participante del Plan una cantidad sin descuento** por cualquier saldo que podría ser pagadero en adición al cargo permitido por el Plan.

Se pagarán beneficios limitados, o no se pagarán beneficios, por los servicios brindados por un proveedor no participante que no haya completado la inscripción en el programa Medicare o que no haya presentado una declaración jurada a Medicare expresando su decisión de no participar en el programa Medicare. El Plan limita los servicios médicamente necesarios para *pacientes externos* de proveedor no participantes que no estén registrados con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) a un cargo permitido máximo de $100 por cita, sujeto al deducible y al coseguro fuera de la PPO. Los beneficios pagados por servicios a *pacientes internos* brindados por un proveedor no participante se basan en un porcentaje de la tarifa del proveedor registrada en CMS; no habrá beneficios disponibles por los servicios a pacientes internos brindados por un proveedor no participante que no esté registrado en CMS.

Evite la reducción de beneficios

- Use los hospitales participantes en el Plan cuando usted o sus dependientes elegibles requieran hospitalización.
- Obtenga una revisión de la utilización para las estancias hospitalarias como paciente interno, según se explica en la página 66. Si utiliza un hospital participante, el hospital tramitará la revisión de la utilización por usted. Si utiliza un hospital no participante, es su responsabilidad asegurarse de que Anthem Blue Cross haya preaprobado la internación hospitalaria; de otra manera es posible que no se paguen sus beneficios.
- Utilice médicos, hospitales, laboratorios e instalaciones de radiología participantes y otros proveedores participantes como centros quirúrgicos e instalaciones de atención urgente. Al utilizar los servicios de proveedores participantes, recibirá los máximos beneficios pagaderos, usted ahorrará dinero y le ahorrará dinero al Fondo de Fideicomiso.
- Si usted es un cónyuge elegible que trabaja, inscríbase en el plan médico de su empleador. Un cónyuge que trabaje y al que se le ofrezca la oportunidad de inscribirse en una cobertura médica a través de su empleador, debe inscribirse en esa cobertura, ya que de otra manera se reducirán los beneficios bajo este Plan. **Su cónyuge debe tomar el seguro que se le ofrece aunque se requiera una contribución para esa cobertura.** El requisito sólo aplica para el cónyuge y las parejas de hecho, no para los hijos dependientes.

Si un cónyuge que trabaja no toma la cobertura que se ofrece a través de su empleador, el Plan calculará que el otro plan pagó un 80 % de los gastos incurridos y este Plan sólo pagará hasta un 20 % de los gastos cubiertos que se sometan para pago.

Los cargos máximos permitidos aplican para ciertos procedimientos quirúrgicos

Los cargos por procedimientos quirúrgicos pueden variar extensamente entre hospitales e instalaciones; sin embargo, existe poca evidencia de que una instalación de mayor costo proporcione una atención de más alta calidad. El Fondo limitará los cargos máximos permitidos de los siguientes seis procedimientos quirúrgicos:

1. Reemplazo total rutinario de cadera;
2. Reemplazo total rutinario de rodilla;
3. Cirugías artroscópicas en un entorno hospitalario ambulatorio;
4. Cirugías de cataratas en un entorno hospitalario ambulatorio;
5. Colonoscopias en un entorno hospitalario ambulatorio; y
6. Endoscopias en un entorno hospitalario ambulatorio (el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha).

El pago máximo es la cantidad más alta que su plan pagará por estos procedimientos. Usted deberá pagar cualquier cantidad que exceda el pago máximo.

Procedimiento	* Cargo máximo permitido por cirugía
En estancias hospitalarias como paciente interno	
Cirugía de reemplazo total rutinario de cadera	$30,000
Cirugía de reemplazo total rutinario de rodilla	$30,000
En un entorno hospitalario ambulatorio (en lugar de un centro de cirugía ambulatoria)	
Artroscopia	$6,000
Cirugía de cataratas	$2,000
Colonoscopia	$1,500
Endoscopia (el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)	$1,000

*Por favor note: Las cantidades denegadas que excedan el máximo de un procedimiento no se tomarán en cuenta para el máximo de su coseguro.

Excepciones

Nos damos cuenta que algunas veces no será posible que usted use un proveedor, hospital o centro de cirugía ambulatoria que ha acordado aceptar los cargos máximos permitidos. Por lo tanto, el Fondo podría hacer una excepción en las siguientes situaciones.

- No tiene acceso a un proveedor, hospital o centro de cirugía ambulatoria que acepte los cargos máximos permitidos, o no puede obtener el servicio después de un tiempo de espera o distancia de viaje razonables; y
- La calidad de los servicios para usted o sus dependientes pudiera quedar comprometida con el proveedor, hospital o centro de cirugía ambulatoria (p. ej., si las comorbilidades presentan complicaciones o hay problemas de seguridad para el paciente).

Información sobre los cargos máximos permitidos

Cuando lo solicite, la oficina del Fondo de Fideicomiso le proporcionará:

- Una lista de hospitales que aceptan el beneficio máximo permitido para servicios particulares como paciente interno o ambulatorios relacionados con una cirugía de reemplazo de rodilla y cadera;
- Una lista de proveedores, hospitales y centros de cirugía ambulatoria que aceptarán un precio negociado que exceda los cargos máximos permitidos; y
- Información sobre el proceso y los datos subyacentes usados para asegurarse de que un número adecuado de proveedores, hospitales y centros de cirugía ambulatoria que aceptan los cargos máximos permitidos cumplan con normas de calidad razonables.

Excepciones a deducibles y pagos de proveedores no participantes

La siguiente tabla explica el reembolso especial del Plan por servicios brindados por ciertos proveedores no participantes. Los fideicomisarios del Plan o su designado determinan si y cuándo aplican las siguientes circunstancias de reembolso especial a una reclamación después de que se hayan seguido/investigado procesos normales de adjudicación de reclamaciones. El término cargo permitido se define en el capítulo Definiciones de este documento.

DISPOSICIONES SOBRE LOS REEMBOLSOS ESPECIALES	LO QUE EL PLAN PAGA (para reclamaciones elegibles presentadas por proveedores no participantes)
• Si un anestesiólogo o un médico de la sala de emergencia no participante proporciona servicios en un hospital o instalación participante. • Servicio de ambulancia con licencia de un proveedor no participante. • Atención de emergencia en un hospital no participante cuando el paciente no tuvo la opción de seleccionar el hospital debido a una emergencia o fue admitido en éste directamente de la sala de emergencia. Sin embargo, es posible que el Plan requiera que el paciente sea transferido a un hospital participante si un médico aconseja que el periodo de emergencia aguda ha terminado y que es médicamente seguro transferir al paciente. Si el paciente permanece en un hospital no participante después del periodo de emergencia aguda, aplicará el porcentaje del pago y el deducible del proveedor no participante por el periodo de internación posterior a la terminación del periodo de emergencia. • Si el servicio proporcionado es médicamente necesario y no está disponible de un proveedor participante.	Como si la atención hubiera sido proporcionada por un proveedor participante, incluido el deducible, el coseguro y el máximo del coseguro. La asignación para facturas se reembolsará de acuerdo con el cargo permitido para proveedores no participantes.

Cumplimiento con las normas financieras de los programas interplanes

Servicios fuera del área

Anthem Blue Cross tiene una variedad de relaciones con otros licenciatarios de Blue Cross y/o de Blue Shield generalmente conocidas como "Programas interplanes". Siempre que obtenga servicios médicos fuera del área de servicio de Anthem Blue Cross, las reclamaciones de estos servicios se pueden procesar a través de uno de estos programas interplanes, que incluyen el Programa BlueCard y que podrían incluir acuerdos negociados de cuentas nacionales disponibles entre Anthem Blue Cross y otros licenciatarios de Blue Cross and Blue Shield.

Típicamente, cuando obtiene atención fuera del área de servicio de Anthem Blue Cross, la recibirá de proveedores médicos que tienen un acuerdo contractual (esto es, son "proveedores participantes") con el licenciatario local de Blue Cross y/o Blue Shield en esa otra área geográfica ("anfitrión Blue"). En algunos casos, podría obtener atención de proveedores médicos no participantes. A continuación se describen las prácticas de pago en ambos casos.

Programa BlueCard®

En el programa BlueCard®, cuando usted recibe servicios médicos cubiertos dentro del área geográfica servida por un anfitrión Blue, Anthem Blue Cross seguirá siendo responsable de cumplir con sus obligaciones contractuales. Sin embargo, el anfitrión Blue es responsable de contratar y manejar en general todas las interacciones con sus proveedores médicos participantes.

Siempre que reciba servicios médicos cubiertos fuera del área de servicio de Anthem Blue Cross, y la reclamación se procese a través del Programa BlueCard, la cantidad que usted paga por los servicios médicos cubiertos se calcula con base en la cantidad menor entre las siguientes:

- Los cargos cubiertos facturados por sus servicios cubiertos; o
- El precio negociado que el anfitrión Blue ofrece a Anthem Blue Cross.

Con frecuencia este "precio negociado" será un descuento simple que refleja un precio real que el anfitrión Blue paga a su proveedor médico. Algunas veces, es un precio calculado que toma en consideración acuerdos especiales con su proveedor médico o grupo de proveedores que podrían incluir tipos de convenios, pago de incentivos y/u otros créditos o cargos. Ocasionalmente, podría ser el promedio de un precio, con base en un descuento que da como resultado ahorros medios esperados de tipos similares de proveedores médicos después de considerar el mismo tipo de transacciones que con un precio calculado.

En adelante, el precio calculado y el promedio del precio también tomarán en cuenta ajustes para corregir modificaciones sobrestimadas o subestimadas de precios anteriores de los tipos de modificaciones de transacciones indicados arriba. Sin embargo, tales ajustes no afectarán el precio que Anthem Blue Cross usa para su reclamación porque no los aplicarán retroactivamente a las reclamaciones ya pagadas.

Las leyes de un número pequeño de estados requieren que el anfitrión Blue añada un sobrecargo a su cálculo. Si las leyes de cualquier estado disponen otros métodos para el cálculo de la responsabilidad, incluido un sobrecargo, entonces calcularíamos su responsabilidad por cualquier servicio médico cubierto de acuerdo con la ley aplicable.

Acuerdos negociados de cuentas nacionales (fuera del Programa BlueCard)

Como alternativa al Programa BlueCard, sus reclamaciones por servicios médicos cubiertos se podrían procesar a través de un acuerdo negociado de cuentas nacionales con un anfitrión Blue.

La cantidad que usted paga por los servicios médicos cubiertos en virtud de este acuerdo se calcularán con base en la cantidad menor entre los cargos cubiertos facturados y el precio negociado que el anfitrión Blue ofrece a Anthem Blue Cross.

Servicios cubiertos

El Plan pagará beneficios por los servicios preventivos específicamente listados como cubiertos por el Plan, y por los servicios, suministros, atención y tratamiento médicamente necesarios que se receten, realicen u ordenen por un médico para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Además de la información incluida en la sección "Exclusiones del Plan Médico de Indemnización", el Plan no pagará beneficios por ningún gasto relacionado con una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Por lo general, **el Plan no le reembolsará todos los servicios**. Usualmente, usted tendrá que pagar un deducible y cierto coseguro hacia las cantidades en las que incurra que sean cargos permitidos. Sin embargo,

una vez que alcance su límite máximo del coseguro cada año calendario, durante ese año calendario ya no se aplicarán más coseguros a los servicios de proveedores participantes.

Deducibles

El deducible anual es la cantidad que usted debe pagar por gastos elegibles cada año calendario antes de que el Plan comience a pagar los beneficios. Cada año calendario, usted (**no** el Plan) es responsable de pagar todos sus gastos cubiertos hasta que satisfaga el deducible anual. Una vez que satisfaga el deducible, el Plan comenzará a pagar beneficios por los gastos cubiertos. Hay dos tipos principales de deducibles anuales: El individual y el familiar.

- El **deducible individual** es la cantidad que una persona cubierta tiene que pagar cada año por los gastos cubiertos antes de que el Plan comience a pagar los beneficios. Cantidad del deducible por año calendario para:
  - ***Proveedores participantes***: $128 por persona, sin exceder $256 por familia.
  - ***Proveedores no participantes***: $257 por persona, sin exceder $514 por familia.
- El **deducible familiar** es la cantidad que una familia de dos o más personas es responsable de pagar cada año por los gastos cubiertos antes de que comience a recibir los beneficios del Plan.

El deducible no aplica a los beneficios de medicamentos de venta con receta ni a ciertos otros gastos como se describe en el Programa de Beneficios Médicos.

Coseguro

El coseguro se refiere a cómo usted y el Plan dividen el costo de ciertos gastos médicos cubiertos. Una vez que paga su deducible anual, el Plan generalmente paga un porcentaje de los gastos cubiertos, y usted (**no** el Plan) es responsable de pagar el resto. A la parte que usted paga se le llama coseguro.

La cobertura del Plan para los hijos mayores de 18 años no crea ninguna responsabilidad paterna para los proveedores respecto al coseguro, deducibles o servicios no pagados proporcionados a un hijo adulto.

Máximo de coseguro

Cada año calendario, después de que una persona o una familia alcanza el máximo del coseguro como se describe en el Programa de Beneficios Médicos, ya no aplicarán coseguros a los gastos cubiertos por servicios de proveedores participantes. Como resultado, el Plan pagará 100% de los gastos cubiertos durante el resto del año calendario, **excepto** los gastos que no cuenten para su coseguro máximo como se indica adelante. No tendrá un coseguro máximo por los gastos en los que incurra por servicios recibidos de proveedores no participantes.

Gastos que no cuentan para su coseguro máximo

Este Plan raramente paga beneficios que equivalgan a **todos** los gastos médicos en los que usted podría incurrir. Con frecuencia usted mismo es el responsable de pagar ciertos gastos por los servicios y suministros médicos. En el Plan, cada año usted será responsable de pagar los siguientes gastos de su bolsillo, **y** estos gastos no se toman en cuenta para su coseguro máximo.

- Primas.
- Cargos de saldos facturados.
- Cualquier deducible del Plan.
- Todos los gastos de servicios o suministros médicos que no están cubiertos por el Plan.
- Todos los cargos que excedan los cargos permitidos según lo determine el Plan.
- Todos los cargos que excedan los beneficios máximos del Plan o que excedan cualquier otro límite del Plan.
- Cualquier otra cantidad adicional que tenga que pagar porque no cumplió los requisitos de revisión de la utilización del Plan.
- Medicamentos de venta con receta (incluidos cualquier copago o coseguro).
- Gastos incurridos con proveedores no participantes.
- Cantidades pagadas a un proveedor no participante que excedan la tarifa acordada con Medicare.

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN

En las siguientes páginas encontrará un programa de los beneficios médicos del Plan Médico de Indemnización en formato de tabla. En la primera columna se describe cada uno de los beneficios médicos del Plan. La segunda columna contiene las explicaciones y limitaciones que aplican a cada uno de los beneficios. En las siguientes columnas se explican las diferencias específicas en los beneficios cuando los servicios son brindados por proveedores participantes y por proveedores no participantes.

Tenga en cuenta que los beneficios del siguiente Programa de Beneficios no aplican a los participantes de la HMO de Kaiser. Si usted y sus dependientes elegibles tienen la cobertura de la HMO de Kaiser, comuníquese con Kaiser (al número de teléfono indicado en la tabla de referencia rápida) para solicitar una copia de su EOC que describe los beneficios médicos disponibles en la HMO de Kaiser.

Los deducibles, el máximo del coseguro, los servicios hospitalarios (para pacientes internos) y los servicios de médicos y de profesionales médicos se listan primero porque estas categorías de beneficios aplican a la mayoría (pero no a todos) los servicios médicos cubiertos por el Plan. A menos que se indique específicamente lo contrario en el Programa de Beneficios Médicos, todos los beneficios mostrados están sujetos a los deducibles del Plan.

A continuación le damos algunas sugerencias para que su experiencia con el Plan Médico de Indemnización sea satisfactoria y asequible.

- Independientemente del tratamiento que busque, siempre confirme que los proveedores participen en la PPO para recibir el mejor beneficio posible del Plan. Puede encontrar a un proveedor participante o determinar si el que usted visita actualmente es un proveedor participante visitando el sitio web de Anthem, www.anthem.com. Haga clic en "Find a Doctor" (Encuentre a un médico) y seleccione el tipo de proveedor y lugar en donde busca a un médico, o escriba el nombre de su proveedor actual para verificar que participa en la red. También puede solicitar asistencia llamando a la Oficina del Fondo de Fideicomiso. Envíe un correo electrónico a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a benefitservices@carpenterfunds.com o llame al (888) 547-2054.
- Use el servicio de asesores para evitar pagar facturas médicas personales innecesarias y reducir sus costos personales. Si desea la asistencia de un asesor, llame al (844) 437-0488.
- Regístrese en **www.anthem.com** con un nombre de usuario y contraseña. Cuando se conecte, puede usar el recurso Anthem Care Comparison para investigar el costo y la calidad de los procedimientos realizados en instalaciones cercanas a usted. Por ejemplo, una colonoscopia puede costar entre $450 y $3000, o un proveedor puede tener más experiencia en ese procedimiento que otro proveedor.

  Mientras está conectado en **www.anthem.com**, puede buscar ofertas especiales que podrían ayudarlo a recuperarse, o de bienestar general como programas para perder peso, audífonos o afiliaciones a gimnasios.
- Si su médico le recomienda atención que requiera los servicios de diferentes proveedores, o si le recomienda que reciba enteramente servicios de otro proveedor o instalación, asegúrese de preguntar si el nuevo proveedor pertenece a la red PPO.

Cirugía

- Cuando haga una cita para ver a un cirujano, pregunte si este participa en la red de PPO.
- Si se va a someter a una cirugía, pregunte si requerirá los servicios de un asistente de cirujano, médico anestesiólogo o enfermero anestesista registrado certificado. Si se van a requerir los servicios de un asistente de cirujano, llame a la Oficina del Fondo de Fideicomiso. La Oficina del Fondo de Fideicomiso puede verificar la necesidad de los servicios del asistente cirujano, y le informará los gastos de su bolsillo adicionales en los que puede incurrir si los cargos facturados por el proveedor exceden la asignación del Plan.
- Algunas cirugías como colonoscopias, artroscopias, endoscopias (el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha) y la cirugía de cataratas tienen límites monetarios específicos si usted usa el entorno ambulatorio de

un hospital en lugar de un centro de cirugía ambulatoria. El uso de un centro de cirugía ambulatoria participante para estas cirugías puede reducir en gran medida los gastos de su bolsillo.

- También hay beneficios máximos del Plan específicos por cargos hospitalarios si se somete a una cirugía de reemplazo de rodilla o de cadera. Para reducir los gastos de su bolsillo de una cirugía de rodilla o de cadera, use uno de los hospitales de menor costo específicos para recibir estos servicios. Puede ver una lista de los hospitales de menor costo en el sitio web de la Oficina del Fondo de Fideicomiso: www.carpenterfunds.com.

Pruebas de laboratorio y de patología

- Cuando necesite que le hagan pruebas de laboratorio o de patología, pregunte a su médico si puede obtener estos servicios de un laboratorio independiente participante. Los servicios de estos laboratorios independientes pueden costar 70 a 75 % menos que los mismos servicios brindados por laboratorios de hospitales y otros laboratorios que no pertenecen a la red.

Si necesita asistencia para encontrar al laboratorio participante más cercano, visite **www.anthem.com.**

LÍMITE DE TIEMPO PARA LA PRESENTACIÓN INICIAL DE RECLAMACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Debe presentar todas las demás reclamaciones de atención médica dentro de un plazo de 90 días a partir de que se incurran los gastos, a menos que no sea razonablemente posible hacerlo. **En ningún evento las reclamaciones se pagarán cuando se presenten después de un año a partir de la fecha en que se incurrieron los gastos**. El formulario de reclamación se debe rellenar completamente, y se debe adjuntar la factura o facturas detalladas y documentación que apoye su reclamación.

También puede encontrar más información en el capítulo Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones que comienza en la página 93. Además, revise la sección que se encuentra cerca del final del capítulo sobre las “limitaciones para iniciar una demanda” (en la página 99).

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Deducible • El deducible anual es la cantidad de dinero que usted debe pagar cada año calendario antes de que el Plan comience a pagar los beneficios. • Los deducibles se aplican a los gastos cubiertos en el orden en el que el Plan procesa las reclamaciones. • Solo los gastos cubiertos se pueden usar para satisfacer los deducibles del Plan. • El deducible aplica a todos los gastos cubiertos, excepto si se indica otra cosa en este Programa de Beneficios Médicos.	• Las cantidades se acumulan entre los proveedores participantes y los proveedores no participantes; por ejemplo, un pago de $50 a un proveedor no participante por gastos cubiertos se aplicaría al deducible de $128 pagado a proveedores participantes. • Los cargos que excedan cualquier límite del Plan de beneficios específicos y cualquier cantidad que usted pague por incumplir los requisitos de revisión de la utilización del Plan no cuentan hacia el deducible.	$128 por persona $256 por familia	$257 por persona $514 por familia	$128 por persona $256 por familia	$257 por persona $514 por familia
Máximo de coseguro El máximo de coseguro es lo más que usted paga durante el periodo de un año (el año del Plan) antes de que su plan comience a pagar un 100 % de los gastos cubiertos de proveedores participantes.	Lo siguiente no cuenta hacia el máximo de coseguro: • Las cantidades que paga que se aplican al deducible • Las cantidades que paga por gastos o servicios no cubiertos por el Plan • Los cargos que excedan los límites de beneficios o los máximos del Plan (como las cantidades que excedan el máximo de servicios de quiropráctico del Plan de $25 por visita, el límite de servicios de acupuntura, audífonos, atención de enfermos terminales y límites de exámenes físicos de rutina).	$1,289 por persona $2,578 por familia	Sin máximo de coseguro	$6,445 por persona $12,890 por familia	Sin máximo de coseguro

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Servicios de hospital (pacientes internos) Cuarto y comida y tarifas incidentales de la instalación • En un **hospital no participante**, está cubierto un cuarto con 2 o más camas (o el cargo mínimo por un cuarto con 2 camas en el hospital si se usa un cuarto de mayor precio). • En un **hospital participante** está cubierta la tarifa negociada. • Unidades de atención especializada dentro del hospital (p. ej., la unidad de cuidados intensivos, la unidad de cuidados cardiacos). • Servicios de laboratorio, rayos X y diagnósticos.	• Si no cumple con los requisitos del Plan relacionados con la revisión de la utilización y la notificación de admisiones de emergencia, se reducirán sus beneficios y aumentarán los gastos de su bolsillo. • Se paga un máximo de $30,000 por la instalación hospitalaria asociada con una cirugía de reemplazo de una articulación de la cadera o de una articulación de la rodilla. • **No tienen cobertura** los medicamentos para llevar a casa surtidos por una instalación no participante. • Los cargos de la sala de neonatos **no tienen cobertura** en una instalación no participante.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Servicios quirúrgicos hospitalarios (pacientes ambulatorios) Para ciertas cirugías realizadas en el entorno ambulatorio de un hospital en lugar de un centro de servicios ambulatorios	• Respecto al cargo de un hospital/instalación no participante, se paga un máximo de $6,000 por artroscopia, $2,000 por cirugía de cataratas, $1,500 por colonoscopia y $1,000 por endoscopia (una endoscopia realizada el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha).	**Artroscopia** El Plan paga 90 % hasta un pago máximo de $6,000 Usted paga 10 % de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $6,000 **Cirugía de cataratas** El Plan paga 90 % hasta un pago máximo de $2,000 Usted paga 10 % de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $2,000 **Colonoscopia** El Plan paga 90 % hasta un pago máximo de $1,500 Usted paga 10 % de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $1,500 **Endoscopia** El Plan paga 90 % hasta un pago máximo de $1,000 Usted paga 10 % y cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $1,000	**Artroscopia** El Plan paga 70% hasta un pago máximo de $6,000 Usted paga 30% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $6,000 **Cirugía de cataratas** El Plan paga 70% hasta un pago máximo de $2,000 Usted paga 30% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $2,000 **Colonoscopia** El Plan paga 70% hasta un pago máximo de $1,500 Usted paga 30% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $1,500 **Endoscopia** El Plan paga 70% hasta un pago máximo de $1,000 Usted paga 30% y cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $1,000	**Artroscopia** El Plan paga 80% hasta un pago máximo de $6,000 Usted paga 20% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $6,000 **Cirugía de cataratas** El Plan paga 80% hasta un pago máximo de $2,000 Usted paga 20% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $2,000 **Colonoscopia** El Plan paga 80% hasta un pago máximo de $1,500 Usted paga 20% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $1,500 **Endoscopia** El Plan paga 80% hasta un pago máximo de $1,000 Usted paga 20% y cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $1,000	**Artroscopia** El Plan paga 60% hasta un pago máximo de $6,000 Usted paga 40% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $6,000 **Cirugía de cataratas** El Plan paga 60% hasta un pago máximo de $2,000 Usted paga 40% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $2,000 **Colonoscopia** El Plan paga 60% hasta un pago máximo de $1,500 Usted paga 40% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $1,500 **Endoscopia** El Plan paga 60% hasta un pago máximo de $1,000 Usted paga 40% y cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $1,000

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Sala de emergencia • Sala de emergencia (emergency room, ER) de un hospital si los servicios se requieren debido a una emergencia (según se define este término en este Plan). • Cargos incidentales (como de laboratorio o rayos X) incurridos **durante** la visita a la sala de emergencia. • (También consulte la sección Ambulancia de este programa.)	En el caso de las internaciones subsiguientes (después del tratamiento en una sala de emergencia de un hospital no participante), el Plan podría requerir que el paciente se traslade a un hospital participante cuando el médico indique que es médicamente seguro hacerlo y el periodo de emergencia aguda haya terminado. Si el paciente permanece en un hospital no participante después del periodo de emergencia aguda, cualquier cargo permitido será pagadero a la tarifa de este hospital no participante por el periodo de internación posterior a la terminación del periodo de emergencia.	El Plan paga 90% Usted paga 10% El Plan paga 100 % si el tratamiento de emergencia es por salud mental o farmacodependencia	El Plan paga 70% Usted paga 30 %, excepto cuando la persona elegible no pueda seleccionar el hospital a usar debido a una emergencia, el beneficio pagadero es 90 % de los cargos permitidos El Plan paga 100 % del cargo permitido si el tratamiento de emergencia es por salud mental o farmacodependencia	El Plan paga 80% Usted paga 20% El Plan paga 100 % si el tratamiento de emergencia es por salud mental o farmacodependencia	El Plan paga 60% Usted paga 40%, excepto cuando la persona elegible no pueda seleccionar el hospital a usar debido a una emergencia, el beneficio pagadero es 80% de los cargos permitidos El Plan paga 100 % del cargo permitido si el tratamiento de emergencia es por salud mental o farmacodependencia

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
<u>Servicios del médico o de otro profesional médico</u> • **Médico** • Servicios de un **terapeuta físico o de un terapeuta ocupacional registrado** requeridos para el tratamiento de una afección y recetados por un médico. Los cargos permitidos no incluyen servicios que sean principalmente educativos, relacionados con deportes, o preventivos, como por ejemplo acondicionamiento físico, para hacer ejercicio o exámenes físicos requeridos para regresar a la escuela. • **Podiatra** con licencia • **Enfermera registrada** • **Servicios de una enfermera partera certificada** para la atención obstétrica durante los periodos prenatal, de parto y de postparto, suponiendo que la enfermera partera esté practicando bajo la dirección y supervisión de un médico. • **Servicios de una enfermera profesional con licencia** que esté actuando dentro del alcance legal de su licencia, suponiendo que: ∗ El servicio de la enfermera profesional sea en lugar del servicio de un médico, y ∗ La enfermera profesional esté brindando los servicios bajo la supervisión de un médico con licencia, si es que se requiere tal supervisión. • **Asistente médico con licencia** • **Terapeuta del habla con licencia** • **Servicios de un optometrista con licencia,** pero sólo cuando se proporciona un tratamiento médico médicamente necesario al ojo, que no está cubierto por un plan de la vista.	Si son médicamente necesarios, tendrán cobertura los servicios ambulatorios brindados por un proveedor no participante que no esté registrado con CMS, y el Plan limitará los cargos permitidos a $100 por cita. No tendrán cobertura los servicios para pacientes internos brindados por proveedores no participantes que no estén registrados con CMS. Si un proveedor participante no brinda un servicio médicamente necesario, aplicarán el deducible y el porcentaje pagadero del proveedor participante a los cargos permitidos del proveedor no participante. • La atención de habilitación no tiene cobertura. **Nota:** Siempre que el Plan notifique a una persona elegible, se podría designar a un solo proveedor médico y/o instalación médica como el único proveedor de servicios médicos para una o más afecciones. Los servicios brindados por cualquier otro proveedor o instalación que no sea el indicado en tal notificación **no están cubiertos.**	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Visitas en línea con un médico A partir del 1.° de enero de 2017, puede hablar con un médico a cualquier hora del día, personalmente en su computadora o dispositivo móvil mediante una charla bidireccional por video, sin necesidad de hacer cita.	El sitio web para la visita en línea con un médico es: www.livehealthonline.com Otras visitas en línea con un médico tienen cobertura, sin exceder el pago de beneficios del Plan de $49 por visita.	El Plan paga 100% Usted paga 0%	No corresponde	El Plan paga 100% Usted paga 0%	No corresponde
Servicios de acupuntura	Los servicios de acupuntura están limitados a 20 visitas por año calendario.	El Plan paga 90 % hasta un máximo de $35 por visita Usted paga 10 % de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $35	El Plan paga 70% hasta un máximo de $35 por visita Usted paga 30% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $35	El Plan paga 80% hasta un máximo de $35 por visita Usted paga 20% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $35	El Plan paga 60% hasta un máximo de $35 por visita Usted paga 40% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $35
Servicios de ambulancia • Servicio médicamente necesario de transportación por tierra hacia o desde el hospital más cercano. • Los cargos permitidos de una ambulancia aérea con licencia hacia y desde el hospital más cercano también están cubiertos al cargo permitido si el Fondo determina que la ubicación y la naturaleza de la enfermedad o lesión hacen que la transportación aérea sea económica o necesaria para evitar la posibilidad de complicaciones graves o la pérdida de la vida del paciente. • Los servicios brindados por un técnico de emergencias médicas (Emergency Medical Technician, EMT) sin un subsiguiente transporte de emergencia se pagan de acuerdo con este beneficio de servicios de ambulancia.	• Los gastos por servicios de ambulancia solo están cubiertos cuando esos servicios se brindan debido a una **emergencia**, según la definición de este término en el capítulo Definiciones de este documento bajo el encabezado "Atención de emergencia", o para el transporte médicamente necesario entre instalaciones al hospital más cercano.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 80% Usted paga 20%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Instalación o centro de cirugía ambulatoria (para pacientes ambulatorios) • Instalación o centro de cirugía ambulatoria (para pacientes ambulatorios) (p. ej., un centro quirúrgico, cirugía el mismo día, cirugía ambulatoria).	• Los siguientes máximos pagaderos aplican si la cirugía se realiza en el entorno ambulatorio de un hospital en lugar de un centro de cirugía ambulatoria: • $6,000 por artroscopia • $2,000 por cirugía de cataratas • $1,500 por colonoscopia • $1,000 por endoscopia (el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70 % hasta un máximo de $300 por la instalación de cirugía ambulatoria Usted paga 30% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $300	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% hasta un máximo de $300 por la instalación de cirugía ambulatoria Usted paga 40% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $300
Quimioterapia	• Algunos medicamentos de quimioterapia solo están cubiertos por el Plan de Medicamentos Especializados (Specialty Drug Plan) y los beneficios solo están disponibles de la farmacia de pedidos por correo administradora de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) del Plan.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%
Servicios de quiropráctico (sólo para el participante y su cónyuge)	• Limitado a 20 visitas por año calendario. • Los servicios de quiropráctico no tienen cobertura para los hijos dependientes.	El Plan paga 90 % hasta un máximo de $25 por visita Usted paga 10 % de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $25 por visita	El Plan paga 70% hasta un máximo de $25 por visita Usted paga 30% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $25 por visita	El Plan paga 80% hasta un máximo de $25 por visita Usted paga 20% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $25 por visita	El Plan paga 60% hasta un máximo de $25 por visita Usted paga 40% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de $25 por visita

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Servicios dentales Servicios de un Médico (M.D.) o Dentista (D.D.S.) que trate una Lesión a los dientes naturales.	• Los servicios se deben recibir dentro de 6 meses después de la fecha de la lesión (aplica independientemente de cuando la persona se inscribió en el Plan). • En este beneficio no están cubiertos los daños a los dientes naturales debido a masticación o mordida. • No tienen cobertura las dentaduras postizas, puentes, coronas, recubrimientos u otras prótesis dentales, servicios, extracción de dientes o tratamiento de los dientes o encías que no sean tumores ni lesiones accidentales.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%
Programas de instrucción sobre la diabetes	Hay cobertura disponible para programas de instrucción sobre diabetes reconocidos por la Asociación Estadounidense de Diabetes (American Diabetes Association).	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Medicamentos (medicinas para pacientes ambulatorios) Consulte el capítulo sobre medicamentos de venta con receta que comienza en la página 72.		**PLANES A, B, R Y DE TARIFA FIJA**			
	Farmacia minorista de la red (hasta un suministro de 30 días)	Medicamento genérico del formulario	Copago de $10 (copago de $15 el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)		
		Medicamentos de marca de múltiples fuentes	$10 más la diferencia entre el costo de los medicamentos genéricos y de marca (copago de $15 el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)		
		Medicamento de marca del formulario de una sola fuente	Copago de $40 (copago de $53 el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)		
		Medicamento no incluido en el formulario	$60, suponiendo que el medicamento ha sido preautorizado o que no requiere revisión de la utilización (copago de $80 el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)		
		En el caso de cualquier medicamento de marca nuevo aprobado por la FDA, el copago es el 50 % del costo del medicamento por un mínimo de 24 meses después de la aprobación del medicamento. Si PBM determina que el nuevo medicamento aprobado por la FDA es un medicamento "no se debe añadir", el copago permanecerá al 50 % del costo del medicamento.			
		Usted debe pagar el 100 % si usa una farmacia fuera de la red, a menos que no haya disponibles farmacias de la red dentro de una distancia de 10 millas. El Plan no le reembolsará más de lo que hubiera reembolsado si usted hubiera usado una farmacia de la red.			
	Servicios de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)	Medicamento genérico del formulario	Copago de $20 (copago de $26 el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)		
		Medicamentos de marca de múltiples fuentes	$20 más la diferencia entre el costo de los medicamentos genéricos y de marca (copago de $26 el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)		
		Medicamento de marca del formulario de una sola fuente	Copago de $80 (copago de $106 el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)		
		Medicamento no incluido en el formulario	$100, suponiendo que el medicamento ha sido preautorizado o que no requiere revisión de la utilización (copago de $133 el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)		
	Medicamentos especializados (hasta un suministro de 30 días)	Medicamento genérico del formulario	Copago de $10		
		Medicamentos de marca de múltiples fuentes	$20 más la diferencia entre el costo de los medicamentos genéricos y de marca ($26 el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)		
		Medicamento de marca del formulario de una sola fuente	Copago de $40 (copago de $53 el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)		
		Medicamento no incluido en el formulario	$60, suponiendo que el medicamento ha sido preautorizado o que no requiere revisión de la utilización (copago de $80 el 1.° de enero de 2017 o después de esta fecha)		
		En el caso de cualquier medicamento de marca nuevo aprobado por la FDA (incluidos medicamentos de administración por inyección e infusión), el copago es el 50 % del costo del medicamento por un mínimo de 24 meses después de la aprobación del medicamento. Si PBM determina que el nuevo medicamento aprobado por la FDA es un medicamento "no se debe añadir", la copia permanecerá al 50 % del costo del medicamento.			
	Si el costo del medicamento es menor que el copago, usted pagará solo el costo del medicamento. **Los medicamentos especializados se deben obtener el administrador de beneficios de farmacia o no habrá disponible un beneficio del Plan.**				

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
<u>Equipo y suministros médicos</u> Los beneficios son pagaderos solo si el equipo o suministro: • Son recetados por un médico; • Ya no se usan cuando termina la necesidad médica; • Son usados sólo por el paciente; • No son principalmente para la comodidad o higiene de la persona elegible; • No son para control ambiental; • No son para hacer ejercicio; • Son fabricados específicamente para uso médico; • Son aprobados como un tratamiento eficaz, usual y acostumbrado de una afección, según lo determine el Fondo; y • No son para propósitos de prevención. Se proporciona cobertura por suministros no duraderos médicamente necesarios surtidos y usados por un médico o profesional médico conjuntamente con el tratamiento de la persona cubierta. Se proporciona cobertura de un abastecimiento para hasta 31 días de suministros no duraderos médicamente necesarios para uso en el hogar o personal: • Suministros quirúrgicos estériles usados inmediatamente después de la cirugía. • Suministros necesarios para operar o usar equipo médico duradero o dispositivos correctivos cubiertos. • Suministros necesarios para su uso por personal especializado de atención médica o infusión en el hogar, pero solo en el curso de sus servicios requeridos. • Suministros para diálisis. • Suministros para diabéticos. • Suministros de colostomía y ostomía.	• Los cargos por arrendamiento están cubiertos si no exceden el precio razonable de compra del equipo. • Los zapatos ortopédicos están cubiertos solo si están unidos a un soporte. • Tienen cobertura los aparatos ortopédicos personalizados. • No tienen cobertura los aparatos y dispositivos médicos, vendajes, soportes, férulas y otros suministros o equipo, excepto suministros para diabéticos. • Los suministros que se puedan usar después de que se resuelva la afección no tienen cobertura bajo el beneficio de suministros médicos no duraderos.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Servicios de planificación familiar, reproducción, anticoncepción y fertilidad Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de esterilización (p. ej., vasectomía, ligadura tubárica). • Servicios relacionados con la anticoncepción, incluidos servicios relacionados con la obtención o remoción de un dispositivo o implante anticonceptivo de venta con receta. • Anticonceptivos de venta con receta.	**No hay cobertura disponible para** procedimientos de reversión de la esterilización, tratamiento de la infertilidad junto con servicios para inducir el embarazo.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%
Beneficio de audífonos	No se proporcionan beneficios por: • Un examen auditivo sin que se obtenga un audífono; • El reemplazo de audífonos por cualquier razón con mayor frecuencia que una vez durante cualquier periodo de 3 años; • Pilas u otro equipo auxiliar que no se obtenga con la compra de una audífono; o • Gastos incurridos que la persona no esté obligada a pagar.	100 % hasta un pago máximo de $800 por oído (en cualquier periodo de 3 años), sin exceder los gastos cubiertos, por el examen, el audífono y todas las reparaciones o servicio. No está sujeto al deducible ni al máximo de coseguro.		80% hasta un pago máximo de $800 por oído (en cualquier periodo de 3 años), sin exceder los gastos cubiertos, por el examen, el audífono y todas las reparaciones o servicio. No está sujeto al deducible ni al máximo de coseguro.	

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Servicios de terapia de infusión y de atención médica en el hogar Los gastos cubiertos incluyen: • Servicios de una enfermera titulada. • Servicios de un terapeuta con licencia que ofrece terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios de un trabajador social médico. • Servicios de un auxiliar médico que esté empleado en (o tiene un contrato con) una agencia de atención médica en el hogar. Los servicios deben ser ordenados y supervisados por una enfermera titulada empleada como coordinadora profesional por la agencia de atención médica en el hogar. • Suministros médicos necesarios proporcionados por la agencia de atención médica en el hogar.	Por favor note: • El paciente debe estar confinado en el hogar bajo la supervisión médica activa de un médico que prescriba la atención médica en el hogar y que proporcione el tratamiento de la enfermedad o lesión por la cual es necesaria tal atención. • La agencia de atención médica en el hogar debe proporcionar y facturar los servicios. • Los servicios deben ser congruentes con la enfermedad, lesión, grado de incapacidad y necesidades médicas del paciente. • Los beneficios se proporcionan sólo durante el número de días requeridos para tratar la enfermedad o lesión de la persona elegible. • Los medicamentos inyectables y de infusión no están cubiertos bajo este beneficio de atención médica en el hogar. Consulte la sección Medicamentos de este Programa de Beneficios Médicos para ver la cobertura de otros medicamentos.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Atención de enfermos terminales • Los servicios de atención de enfermos terminales incluye la atención de pacientes internos y de pacientes ambulatorios en el hogar cuando el paciente tiene una enfermedad y el pronóstico es una esperanza de vida de 6 meses o menos, según lo certifique un médico. El paciente debe ser admitido formalmente en un programa aprobado de atención de enfermos terminales, y el médico encargado del paciente debe aprobar el programa escrito de tratamiento del paciente. • **Programa aprobado de atención de enfermos terminales.** Un programa aprobado de atención de enfermos terminales debe tener la licencia estatal correspondiente (en los estados en que se requiera una), y ser un programa para enfermos terminales certificado por Medicare, o una instalación para enfermos terminales de demostración de Medicare, o estar acreditada por la Comisión Conjunta (The Joint Commission, TJC). La instalación para enfermos terminales debe notificar al Fondo sobre la admisión de un paciente en el programa y presentarle por escrito el plan de tratamiento.	Los servicios cubiertos de atención para enfermos terminales incluyen los siguientes: • visitas de enfermeros profesionales • servicios médico sociales • servicios de un auxiliar de atención médica en el hogar • suplementos nutrimentales tales como sustitutos de la dieta administrados intravenosamente o a través de hiperalimentación • suministros médicos • servicios en caso de duelo (limitados a 8 visitas en el lapso de un año a partir del fallecimiento del paciente, sin exceder $25 por visita), y atención de relevo (limitada a 8 días) El beneficio de atención de enfermos terminales no cubre: • transportación médica, comida, ropa ni alojamiento • servicios de voluntarios • asesores financieros o legales • servicios proporcionados por los miembros de la familia, familiares o amigos.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%
Servicios de laboratorio (pacientes ambulatorios) • Honorarios técnicos y profesionales	• Los servicios deben ser ordenados por un médico, incluidas las pruebas de laboratorio asociadas con el diagnóstico de una enfermedad viral. • Los servicios de laboratorio para pacientes internos están cubiertos en la sección Servicios de hospital de este Programa de Beneficios Médicos.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Servicios de maternidad • Cargos de un hospital y de un centro de maternidad y honorarios de un médico por los servicios de maternidad para todas las mujeres cubiertas. La cobertura del bebé solo es pagadera si el niño es un hijo dependiente según lo define este Plan y está debidamente inscrito. • Tienen cobertura las vitaminas prenatales que contienen fluoruro o ácido fólico. • Consulte en el capítulo Elegibilidad el proceso para inscribir a uno o más hijos dependientes recién nacidos.	• NO tienen cobertura los cargos por atención de rutina a recién nacidos, facturados por un hospital no participante. • Duración de la estancia hospitalaria después del parto: Si desea información sobre la revisión de la utilización por una estancia que exceda 48 horas en el caso de un parto vaginal o 96 horas en el caso de una cesárea, comuníquese con Anthem para obtener la autorización previa de la extensión de la estancia.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%
Programa de Asistencia a los Miembros (Member Assistance Program, MAP) • Servicios del Programa de Asistencia a los Miembros (Member Assistance Program, MAP): Este Plan ofrece hasta 4 visitas por incidente, por miembro de la familia, sin costo para usted El número de teléfono de MAP se incluye en la tabla de referencia rápida que se encuentra al principio de este documento.	• Asesoramiento en persona • Asistencia legal • Asistencia financiera • Recuperación de la identidad • Cesación de uso de tabaco • Cuidado de dependientes y recursos para la vida cotidiana	El Plan paga 100 % del asesoramiento en persona Usted paga 0%	Sin cobertura	El Plan paga 100 % del asesoramiento en persona Usted paga 0%	Sin cobertura

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Salud mental • Internación hospitalaria, tratamiento residencial y cuidado diurno parcial. • Visitas como pacientes ambulatorios.	Los medicamentos de venta con receta para salud mental son pagaderos bajo la sección Medicamentos de este Programa de Beneficios Médicos. Si son médicamente necesarios, tendrán cobertura los servicios ambulatorios brindados por un proveedor no participante que no esté registrado con CMS, y el Plan limitará los cargos permitidos a $100 por cita. No tendrán cobertura los servicios para pacientes internos brindados por proveedores no participantes que no estén registrados con CMS.	**Visitas ambulatorias de salud mental** El Plan paga 100 % (no incluye atención en instalaciones ambulatorias) **Servicios de salud mental para pacientes internos** El Plan paga 90 % Usted paga un 10% **Tratamiento en la sala de emergencia** El Plan paga un 100% **Todo lo demás** El Plan paga un 90% Usted paga un 10%	**Tratamiento en la sala de emergencia** El Plan paga un 100% **Todo lo demás** El Plan paga un 70% Usted paga un 30%	**Visitas ambulatorias de salud mental** El Plan paga 100 % (no incluye atención en instalaciones ambulatorias) **Visitas de salud mental para pacientes internos:** El Plan paga un 90% Usted paga un 10% **Tratamiento en la sala de emergencia** El Plan paga un 100% **Todo lo demás** El Plan paga un 80% Usted paga un 20%	**Tratamiento en la sala de emergencia** El Plan paga un 100% **Todo lo demás** El Plan paga un 60% Usted paga un 40%
Dispositivos prostéticos	• Hay cobertura disponible para extremidades y ojos artificiales	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%
Radiología (rayos X), estudios de imágenes y servicios de radioterapia (pacientes ambulatorios) • Los servicios comunes de radiología incluyen rayos X del tórax, rayos X del abdomen/riñones, rayos X, TC/IRM/TEP y gammagrafía ósea de la columna, ecografías, angiografías, mamografías, fluoroscopia y densitometría ósea.	• Solo tienen cobertura cuando son ordenados por un médico o un profesional médico. • Para los siguientes servicios de estudios diagnósticos por imágenes para pacientes ambulatorios, un médico debe obtener una revisión de la utilización de la Organización de Revisión: • TC/ATC • RM/IRM • Cardiología nuclear • Examen TEP • Ecocardiografía	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
<u>Servicios de reconstrucción y reconstrucción del seno después de una mastectomía</u> Este Plan cumple con la **Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA)**, que dispone que cualquier persona cubierta que reciba beneficios relacionados con una mastectomía y que elija la reconstrucción del seno relacionada con este procedimiento, tendrá cobertura en una manera determinada en consulta con el médico encargado de la paciente y la paciente, incluido lo siguiente: • la reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía; • la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica; y • prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos linfoedemas.	• La cirugía reconstructiva está cubierta solo si tales procedimientos o tratamiento tienen el objetivo de mejorar la función corporal y/o corregir deformidades resultantes de enfermedad, infección, trauma o anomalías congénitas o del desarrollo que causen un defecto funcional.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Instalación de enfermería especializada (SNF) incluidos servicios de rehabilitación • Instalación de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). • Servicios de un terapeuta con licencia que ofrece terapia física o terapia ocupacional. • Servicios de un terapeuta del habla con licencia, solo cuando la terapia del habla se proporciona a una persona elegible que tuvo habla normal en cierto momento y que la perdió debido a una enfermedad o lesión.	• Se pagarán beneficios de una instalación de enfermería especializada y de atención médica en el hogar como una alternativa a la atención en el hospital, cuando el médico encargado del paciente tramite tal atención. • Estará cubierto un periodo máximo de 70 días de atención en una instalación de enfermería especializada durante cualquier periodo de internación. Un nuevo periodo de internación comenzará después de que transcurran 90 días a partir del final de la última internación en una instalación de enfermería especializada. • La admisión para rehabilitación como paciente interno requiere una revisión de la utilización, que se puede solicitar llamando a Anthem. • No están cubiertos los servicios de terapia física que son principalmente educativos, relacionados con deportes, o preventivos, como por ejemplo acondicionamiento físico, para hacer ejercicio o exámenes físicos requeridos para regresar a la escuela. • Los servicios de habilitación no tienen cobertura. Esto incluye cualquier servicio de terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla proporcionado a personas con demoras del desarrollo que nunca han adquirido habilidades funcionales normales.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**
Tratamiento por abuso de sustancias químicas • Internación hospitalaria, tratamiento residencial y cuidado diurno parcial. • Visitas como pacientes ambulatorios	Los medicamentos de venta con receta para farmacodependencia son pagaderos bajo la sección Medicamentos de este Programa de Beneficios Médicos. Si son médicamente necesarios, tendrán cobertura los servicios ambulatorios brindados por un proveedor no participante que no esté registrado con CMS, y el Plan limitará los cargos permitidos a $100 por cita. No tendrán cobertura los servicios para pacientes internos brindados por proveedores no participantes que no estén registrados con CMS.	**Farmacodependencia (pacientes internos y pacientes ambulatorios)** El Plan paga un 100% **Tratamiento en la sala de emergencia** El Plan paga un 100% **Todo lo demás** El Plan paga un 90% Usted paga un 10%	**Tratamiento en la sala de emergencia** El Plan paga un 100% **Todo lo demás** El Plan paga un 70% Usted paga un 30%	**Farmacodependencia (pacientes internos y pacientes ambulatorios)** El Plan paga un 100% **Tratamiento en la sala de emergencia** El Plan paga un 100% **Todo lo demás** El Plan paga un 80% Usted paga un 20%	**Tratamiento en la sala de emergencia** El Plan paga un 100% **Todo lo demás** El Plan paga un 60% Usted paga un 40%
Trasplantes (órganos y tejidos) • **Trasplantes de órganos y tejidos:** Los cargos permitidos incurridos por el donante y el destinatario de un órgano, cuando el destinatario del órgano sea una persona elegible. Los cargos permitidos incluyen procedimientos exploratorios para el paciente, adquisición y transportación del órgano o tejido, gastos de cirugía y hospital para el destinatario y el donante, atención de seguimiento en el hogar u hospital, y medicamentos inmunosupresores. • Los beneficios pagaderos a un donante de órganos que no sea una persona elegible se reducirán por cualquier cantidad pagada o pagadera por la propia cobertura médica de tal donante.	• **No hay beneficios disponibles sin la revisión de la utilización de Anthem.** • En ningún caso el Plan cubrirá los gastos de transportación del donante, los cirujanos o los familiares. Se deben cumplir los siguientes criterios para que se pueda pagar cualquier beneficio de trasplante: • El procedimiento de trasplante no se considera un procedimiento experimental o de investigación como se define en la sección de definiciones de este documento. • El paciente es admitido en un programa de un centro de trasplantes de un centro médico reconocido aprobado ya sea por el gobierno federal o por la agencia estatal apropiada del estado en el cual se localiza el centro; y • El destinatario del órgano es una persona elegible cubierta bajo el Plan.	El Plan paga 90% Usted paga 10%	El Plan paga 70% Usted paga 30%	El Plan paga 80% Usted paga 20%	El Plan paga 60% Usted paga 40%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**

Programa de bienestar (preventivo) Exámenes e inmunizaciones de niños sanos
 	
Los beneficios normales del Plan, incluidos el deducible y el coseguro, aplican a todos los servicios preventivos cubiertos.
	• El Plan cubrirá:
	  • Exámenes físicos de rutina para hijo dependientes menores de 19 años (limitados a un examen físico en cualquier periodo de 12 meses después de 2 años de edad).
	  • Las inmunizaciones de rutina se proporcionan de acuerdo con las guías recomendadas por la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics)
	• En el caso de los niños recién nacidos, el beneficio incluye visitas del médico en el hospital y cargos por médicos suplentes en caso de cesárea, pero no cargos de la sala de neonatos para bebés sanos en un hospital no participante.
		El Plan paga 90%
		
		Usted paga 10%
			El Plan paga 70%
			
			Usted paga 30%
				El Plan paga 80%
				
				Usted paga 20%
					El Plan paga 60%
					
					Usted paga 40%

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique. ***IMPORTANTE: Los proveedores no participantes son compensados de acuerdo con el cargo permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y podría ocasionar que se le facture el saldo.**					
Descripción del beneficio	**Explicaciones y limitaciones**	**PLANES A y R**		**PLANES B Y DE TARIFA FIJA**	
		Proveedores participantes	**Proveedores no participantes**	**Proveedores participantes**	**Proveedores no participantes**

Programa de bienestar (preventivo)
Programa para el participante y su cónyuge
 	
Los beneficios normales del Plan, incluidos el deducible y el coseguro, aplican a todos los servicios preventivos cubiertos.
	El Plan cubrirá:
	• Un examen físico de rutina para un participante y su cónyuge una vez en un periodo de 12 meses.
	• Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA) para hombres de 50 años de edad y más.
	• Una colonoscopia* y una sigmoidoscopia si su médico considera que usted corre un riesgo alto de cáncer de colon.
	• Una mamografía de rutina, incluida una mamografía digital, obtenida como procedimiento exploratorio diagnóstico. Los beneficios serán pagaderos de acuerdo con el siguiente programa de frecuencia:
	  • Para mujeres de 35 a 39 años, una mamografía de referencia.
	  • Para mujeres de 40 años o más, una mamografía cada año.
	
	* Consulte las secciones "Servicios quirúrgicos hospitalarios (pacientes ambulatorios)" e "Instalación o centro de cirugía ambulatoria (para pacientes ambulatorios)" de este programa de beneficios del Plan Médico de Indemnización.
		El Plan paga
		90%
		
		Usted paga
		10%
			El Plan paga
			70%
			
			Usted paga
			30%
				El Plan paga
				80%
				
				Usted paga
				20%
					El Plan paga
					60%
					
					Usted paga
					40%

PROGRAMA DE REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN

Propósito del Programa de Revisión de la Utilización

El Programa de Revisión de la Utilización del Plan está diseñado para ayudar a controlar los crecientes costos de la atención médica al evitar servicios innecesarios o servicios que son más costosos que otros y que pueden lograr los mismos resultados. Al hacer esto, el Fondo puede mantener mejor el Plan y todos sus beneficios. Si sigue los procedimientos del Programa de Revisión de la Utilización del Plan, podría evitar algunos gastos de su bolsillo. Sin embargo, si no sigue estos procedimientos, podría ser responsable de pagar más de su bolsillo.

Administración del Programa de Revisión de la Utilización

Anthem administra el Programa de Revisión de la Utilización del Plan. Además, ciertos medicamentos para pacientes ambulatorios podrían requerir que la revisión de la utilización sea administrada por el administrador de beneficios de farmacia, Express Scripts.

Elementos del Programa de Revisión de la Utilización: Anthem administra el Programa de Revisión de la Utilización del Plan.

1. **Revisión previa a la autorización (antes del servicio):** revisión de los servicios médicos propuestos antes de que se brinden los servicios;
2. **Revisión concurrente (estancia continua)**: evaluación en curso de la atención médica conforme se proporciona, típicamente involucra la internación como paciente interno en un hospital o instalación médica o la revisión de la duración continua de servicios médicos;
3. **Revisión retroactiva**: revisión de los servicios médicos después de que se proporcionan.

Restricciones y limitaciones del Programa de Revisión de la Utilización

1. El hecho de que su médico recomiende una cirugía, hospitalización, o de que su médico proponga o proporcione servicios o suministros médicos, no significa que los servicios o suministros serán un cargo permitido ni que se consideren médicamente necesarios en la determinación de la cobertura del plan médico.
2. Todas las decisiones de tratamiento recaen en usted y en su médico. Debe seguir cualquier curso de tratamiento que usted y su médico (u otro proveedor) consideren que es el más apropiado, aunque Anthem no certifique la cirugía, el tratamiento, el servicio o la admisión como médicamente necesario
3. **La precertificación de un servicio no garantiza que el Plan pagará beneficios para tal servicio** porque otros factores, como la falta de elegibilidad para la cobertura en la fecha real del servicio, la información presentada durante la precertificación es diferente a los servicios reales brindados en la fecha del servicio, y/o el servicio brindado no es un beneficio cubierto, podrían ser factores que determinen que un servicio no se pague.

Cómo funciona la revisión de la utilización

La revisión de la utilización es un procedimiento, administrado por Anthem, para asegurar que los servicios médicos cumplen o exceden las normas de atención aceptadas, y que la admisión y la duración de la estancia en un hospital o instalación médica, la cirugía y otros servicios médicos son médicamente necesarios. **Se deben aprobar los siguientes servicios:**

SITUACIÓN	PREQUISITOS DEL PLAN PARA LA REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN
Admisión que no sea de emergencia a un hospital (incluido el tratamiento de enfermedades mentales o farmacodependencia)	Anthem debe aprobar las estancias hospitalarias antes de la admisión (excepto menos de 48 horas para un parto vaginal normal o menos de 96 horas para una cesárea). Si utiliza un hospital participante, el hospital se encargará de esto. Si utiliza un hospital no participante, usted es responsable de verificar que su médico obtenga la revisión de la utilización para usted. No requiere obtener una revisión de la utilización para una hospitalización cuando el Plan es el pagador secundario de los beneficios.
Hospitalización como resultado de una emergencia médica	Si se lo admite en un hospital no participante, usted, su médico o alguien que actúe en su nombre debe comunicarse con Anthem para obtener la certificación dentro del plazo de 24 horas de la admisión.
Admisión para un nacimiento	No necesita la revisión de la utilización de una estancia hospitalaria para la madre y el niño recién nacido de menos de 48 horas de edad después de un parto normal, o una estancia de menos de 96 horas después de un parto por cesárea.
Trasplante de órganos o tejidos	Anthem debe aprobar todos los servicios planeados antes de que comiencen estos servicios.
Ciertos estudios diagnósticos por imágenes para pacientes ambulatorios	TC/ATC, RM/IRM, cardiología nuclear, exámenes TEP y ecocardiografía antes de que se proporcione el servicio.
El recibo de una revisión de la utilización no significa que los beneficios son pagaderos en todos los casos. **La cobertura depende de los servicios que realmente se proporcionan, el estado de su elegibilidad en el momento en que se brinda el servicio, y cualquier limitación de los beneficios.**	

Anthem determinará si la admisión propuesta al hospital es médicamente necesaria, y si lo es, cuántos días cubrirá. Anthem y el médico revisarán los hechos del caso del paciente para determinar si la hospitalización es necesaria o si se puede dar un tratamiento eficaz en un entorno menos intensivo, como atención ambulatoria. Una vez que se le admita, Anthem supervisa la estancia hospitalaria, y si se requieren más días debido a complicaciones o a otras razones médicas, su estancia será aprobada por el número apropiado de días adicionales de internación. Esto se denomina revisión concurrente.

- Un hospital participante se encargará del proceso de revisión de la utilización por usted (incluida la revisión concurrente).
- Si se le admite en un hospital no participante, será su responsabilidad asegurarse de que su médico se comunique con Anthem para la revisión de la utilización. En caso de admisiones de emergencia, Anthem será notificado dentro de un plazo de 24 horas a partir de que se le admite. Anthem determinará el número de días de internación que sean médicamente necesarios.
- Si se le admite en un hospital no participante que no participa en un programa de revisión concurrente, su estancia hospitalaria se revisará después de que salga del hospital. Si Anthem determina que una porción de su estancia no fue médicamente necesaria, no se pagarán beneficios por los cargos hospitalarios y del médico incurridos durante la porción de la internación que se determinó no ser médicamente necesaria.
- Se pagarán beneficios por un trasplante de órganos o tejidos **solo** si Anthem aprueba con anticipación y administra los servicios médicos.

Si no cumple con los requisitos del Plan relacionados con la revisión de la utilización y la notificación de admisiones de emergencia, se reducirán sus beneficios y aumentarán los gastos de su bolsillo.

Duración de la estancia hospitalaria después del parto

De acuerdo con esta ley federal, los planes médicos de grupo, como este Plan, generalmente no pueden restringir los beneficios de la duración de cualquier estancia hospitalaria en relación con un nacimiento, para la madre o el niño recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el Plan podría pagar una estancia más breve si el médico encargado, después de consultar con la madre, da de alta antes a la madre o al recién nacido. Además, bajo la ley federal, los planes no pueden establecer el nivel de beneficios ni los costos del bolsillo de manera que cualquier porción posterior a la estancia de 48 horas (o de 96 horas) sea tratada en una manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier porción anterior de la estancia. Además, bajo la ley federal, el Plan no puede requerir que un médico obtenga autorización para recetar una estancia de hasta 48 horas (o 96 horas). Sin embargo, para usar los servicios de ciertos proveedores o instalaciones, o para reducir los gastos de su bolsillo, podría requerir obtener una revisión de la utilización.

Hospitalización de emergencia: Si una emergencia requiere hospitalización, podría no tener tiempo de comunicarse con Anthem antes de que se le admita. Si esto sucede, se debe notificar a Anthem de la admisión hospitalaria dentro de 24 horas. Usted, su médico, el hospital, un familiar o un amigo puede llamar por teléfono a Anthem. Esto permitirá a Anthem ayudarlo con sus planes de alta, determinar la necesidad de continuar recibiendo los servicios médicos y/o asesorar a su médico o a otros proveedores de los varios proveedores de apoyo participantes y de los beneficios disponibles para usted y ofrecer recomendaciones, opciones y alternativas para su atención médica continua.

Revisión retroactiva (después del servicio)

Las reclamaciones de servicios o suministros médicos que no se han revisado en el Programa de Revisión de la Utilización del Plan (incluidas la autorización previa y la revisión concurrente [con continuación de la estancia]) podrían, a opción de la Oficina del Fondo de Fideicomiso, quedar sujetas a revisión retroactiva a fin de determinar si tales servicios o suministros fueron médicamente necesarios. Si la Oficina del Fondo de Fideicomiso recibe una determinación de la compañía de revisión de la utilización que indique que los servicios o suministros no eran médicamente necesarios, **el Plan no proporcionará beneficios por esos servicios o suministros.**

Apelación de la determinación sobre la revisión de la utilización (proceso de apelación)

Usted puede solicitar una apelación de cualquier decisión adversa sobre la revisión tomada durante el proceso de revisión de la utilización que se describe en este capítulo. Consulte el capítulo Información sobre los procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones de este documento para ver cómo apelar una reclamación o factura denegada.

EXCLUSIONES DEL PLAN MÉDICO

Exclusiones generales (aplicables a todos los servicios y suministros médicos)

No se proporcionan beneficios por lo siguiente:

1. Cualquier cantidad que exceda los cargos permitidos por los servicios de proveedores no participantes o la tarifa negociada de proveedores participantes.
2. Gastos por los cuales se pagan beneficios bajo cualquier otro programa proporcionado por el Fondo.
3. Cualquier gasto incurrido por servicios o suministros proporcionados antes de la fecha en que usted o sus dependientes sean elegibles. Un gasto se considera incurrido en la fecha en que la persona recibe el servicio por el cual se hace el cargo.
4. Cualquier gasto incurrido después de que termine la elegibilidad, excepto como se dispone bajo la disposición "Beneficios extendidos por incapacidad".
5. Atención de custodia o tratamientos de descanso, cualquier atención en una instalación para ancianos, de enfermería, de convalecientes o de descanso, o una instalación de naturaleza similar, excepto como se estipula en el beneficio de instalaciones de enfermería especializada.
6. Servicios proporcionados mientras una persona elegible está internada en un hospital operado por el gobierno de Estados Unidos o por una agencia del gobierno de Estados Unidos, excepto que el Plan, en la medida requerida por la ley, reembolsará al hospital de VA los gastos por la atención de una incapacidad no relacionada con el servicio si el Plan normalmente cubriría tal atención en el caso de que el Departamento de Asuntos de los Veteranos no estuviese involucrado.
7. Cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Sin embargo, el Plan pagará beneficios en nombre de una persona elegible que haya sufrido una lesión o enfermedad ocupacional bajo las siguientes condiciones:
   a. La persona elegible proporciona un comprobante de la denegación de una reclamación del Seguro de Accidentes en el Trabajo y firma un acuerdo para procesar diligentemente su reclamación de los beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo o cualesquiera otros beneficios de compensación ocupacional disponibles; y
   b. La persona elegible acuerda reembolsar al Fondo cualesquiera beneficios pagados por el Fondo al consentir un derecho de retención contra cualquier beneficio de compensación ocupacional recibido mediante adjudicación, conciliación o por otro medio; y
   c. La persona elegible coopera con el Fondo o con su representante designado tomando los pasos razonables necesarios para asegurar el reembolso, mediante acción legal u otros medios, de cualquier beneficio pagado por la lesión o enfermedad ocupacional de la persona elegible.
8. Afecciones que resulten de una guerra o invasión armada.
9. Tratamiento en o a los dientes, o encías (que no sean tumores), excepto como se dispone en caso de una lesión dental; extracción de dientes; tratamiento de abscesos o granuloma dental, placas dentales, puentes, coronas, recubrimientos u otras prótesis dentales.
10. Anteojos, lentes de contacto, exámenes oculares de rutina, refracción ocular para el ajuste de lentes, terapia ocular (ortóptica) o cualquier cirugía ocular refractiva.
11. Cargos por atención de rutina a recién nacidos, facturados por un hospital no participante.
12. Servicios cosméticos, excepto por afecciones que resulten de un accidente o de un trastorno funcional o de cirugía reconstructiva tras una mastectomía.
13. Cualquier gasto incurrido por servicios o suministros que constituyan artículos personales de comodidad o belleza, o programas de pérdida de peso.
14. Medicamentos, excepto mientras el paciente está hospitalizado y tiene derecho a recibir beneficios de hospital (vea también información sobre los beneficios de medicamentos de venta con receta para

En general, los servicios que no son médicamente necesarios no son cubiertos por el Plan.

personas inscritas en el Plan Médico de Indemnización).

15. Admisiones hospitalarias principalmente para atención de custodia.
16. Servicios de un naturópata o cualquier otro proveedor que no cumpla con la definición de médico, excepto como se pueda disponer bajo los beneficios específicos del Plan.
17. Los servicios no específicamente listados como servicios cubiertos, o aquellos servicios que no sean médicamente necesarios o que el Plan no considere prácticas médicas estándar.
18. Servicios por los cuales la persona elegible no está legalmente obligada a pagar, o por los cuales no se cobra a la persona elegible. Servicios por los cuales no se cobra a la persona elegible en ausencia de una cobertura de seguro, excepto los servicios recibidos en un hospital caritativo de investigación no operado por el gobierno.
19. Servicios profesionales recibidos de una enfermera titulada o terapeuta físico titulado que viva en el hogar de la persona elegible o que esté relacionado con la persona elegible por lazos consanguíneos o por matrimonio.
20. Cargos de hospital para pacientes internos con relación a estancias en el hospital, principalmente para terapia física.
21. Servicios, suministros o equipo educativo, incluidos pero sin limitarse a computadoras, dispositivos y software para computadoras, impresoras, libros, tutores o intérpretes, auxiliares visuales, terapia de la vista, audífonos o del habla/sintetizadores, materiales auxiliares como tableros de comunicación, sistemas para escuchar, dispositivos, programas y servicios para capacitación conductual, incluidos programas de intervención intensivos para cambios de conducta y/o demoras del desarrollo o percepción auditiva o destrezas de escucha/aprendizaje, programas/servicios para remediar o mejorar la concentración, memoria, motivación, lectura o autoestima, etc., educación especial y costos asociados junto con educación del lenguaje de signos para un paciente o los miembros de la familia, y dispositivos implantables de identificación/registro.
22. Calzado ortopédico (excepto cuando esté unido a soportes) o plantillas para calzado (excepto dispositivos ortóticos hechos a la medida), purificadores de aire, equipo de acondicionamiento de aire, humidificadores, equipo de ejercicio para acondicionamiento físico (por ejemplo, equipo Nautilus, etc.) y suministros para comodidad, higiene y belleza.
23. Servicios educativos, asesoramiento en nutrición o suplementos alimenticios, excepto beneficios proporcionados en programas de instrucción sobre diabetes.
24. Servicios de terapia física que son principalmente educativos, relacionados con deportes, o preventivos, como por ejemplo acondicionamiento físico, para hacer ejercicio o exámenes físicos requeridos para regresar a la escuela.
25. Terapia del habla, terapia ocupacional (excepto tratamiento de rehabilitación después de una enfermedad o lesión). La terapia del habla está cubierta sólo para una persona elegible que tenía habla normal en cierto momento y la perdió debido a una enfermedad o lesión.
26. Tratamiento de infertilidad junto con servicios para inducir el embarazo y complicaciones resultantes de esos servicios, incluidos pero sin limitarse a: servicios, medicamentos de venta con receta, procedimientos o dispositivos para lograr la fertilidad, fertilización *in vitro*, transferencia intratubárica de gametos, inseminación artificial, transferencia de embriones, transferencia de gametos, transferencia de cigotos, paternidad/maternidad suplente, donador de óvulos/semen u otras tarifas, criopreservación de óvulos/esperma, adopción, trasplante de ovarios, gastos del donante en casos de infertilidad, implantes fetales, servicios de reducción fetal, procedimientos de impregnación quirúrgica y reversión de la esterilización.
27. Hipnotismo, biorretroacción, control del estrés y cualquier modificación de la conducta orientada a metas, como dejar de fumar, perder peso o controlar el dolor.
28. Servicios principalmente para la pérdida de peso.
29. Reclamaciones presentadas más de 12 meses después de la fecha del servicio.
30. Todos los servicios y suministros relacionados con procedimientos experimentales o de investigación como se define en la sección de definiciones de este documento.
31. Reembolsos del porcentaje de la cantidad que hubiese sido pagadera de acuerdo con los pagos permitidos por Medicare por gastos en hospitales no participantes, instalaciones no participantes y otros proveedores no participantes que no completaron su inscripción en el programa de Medicare o no presentaron a Medicare una declaración jurada en la que expresaban su decisión de excluirse voluntariamente del programa Medicare.

32. Los servicios de habilitación no tienen cobertura. Esto incluye cualquier servicio de terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla proporcionado a personas con demoras del desarrollo que nunca han adquirido habilidades funcionales normales.

BENEFICIO DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Los beneficios de medicamentos de venta con receta que se describen adelante son solo para participantes y dependientes elegibles inscritos en el Plan Médico de Indemnización. Estos beneficios no aplican a los miembros de Kaiser.

El Plan de Medicamentos de Venta con Receta es administrado por el administrador de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) del Fondo. El PBM usa una variedad de recursos para proporcionar acceso seguro a medicamentos de venta con receta aprobados. Además de una lista de medicamentos aprobada, conocida como formulario, PBM aplica otros requisitos que pueden incluir, sin limitarse, a los siguientes: Autorización previa de ciertas terapias, requisitos de terapia gradual que disponen el uso de medicamentos de venta con receta probados y comprobados antes de la aprobación de medicamentos más nuevos y más costosos, límites de frecuencia y dosis, abastecimientos minoristas permitidos que inducen a los participantes a usar el método de pedidos por correo y pruebas genéticas y/o de eficacia. Se denegarán los medicamentos de venta con receta que no cumplan con las reglas del PBM. Además, PBM supervisa activamente el fraude, los desperdicios y el abuso que ocurre, e interviene para manejar, caso a caso, tales eventos.

Express Scripts es el PBM que administra el programa de medicamentos de venta con receta. Ofrece una red de farmacias minoristas participantes, servicios de pedidos por correo u programas de medicamentos especializados.

El Plan ofrece un programa de farmacias minoristas y una opción de pedidos por correo para satisfacer sus necesidades de medicamentos de venta con receta. Cuando necesita un medicamento por un tiempo breve, por ejemplo un antibiótico, es mejor seleccionar el programa de farmacias minoristas. Si está tomando un medicamento a largo plazo, generalmente cuesta menos y es más conveniente surtirlo a través del programa de pedidos por correo.

Medicamentos genéricos y medicamentos de marca

Muchos medicamentos de venta con receta tienen dos nombres, el genérico y el de marca. Por ley, los medicamentos genéricos y los de marca deben cumplir las mismas normas de seguridad, pureza y eficacia. Sin embargo, en promedio, los medicamentos genéricos pueden ahorrar la mitad del costo de los medicamentos de marca, y en el caso de algunos medicamentos, los ahorros pueden ser aún mayores. La compra de medicamentos genéricos puede ser una fuente significativa de ahorros tanto para usted como para el Fondo de Fideicomiso. Pregunte a su médico o farmacéutico si hay disponible un equivalente genérico de los medicamentos de venta con receta que necesita surtir.

Para alentarlo a que use medicamentos genéricos siempre que sea posible, sus copagos serán menores cada vez que use este tipo de medicamentos.

Los inhibidores de la bomba de protones (Proton Pump Inhibitors, PPI) y los medicamentos para bajar las concentraciones de colesterol, de marca, solo tienen cobertura cuando recibe aprobación con anticipación. A partir del 1.° de enero de 2017, el Plan no cubre los medicamentos PPI de combinación.

Una sola farmacia como proveedor único

Siempre y cuando el Plan proporcione una notificación con anticipación, se podría designar a una sola farmacia como el proveedor único para surtir una o más clases de medicamentos de venta con receta a un participante o a un dependiente (se excluirán los medicamentos de otras farmacias).

Sin deducible y sin límites de gastos de su bolsillo

No tiene que pagar un deducible antes de que el Plan comience a pagar los beneficios de medicamentos de venta con receta; en lugar de ello, usted hará un copago por cada medicamento de venta con receta. Los beneficios de medicamentos de venta con receta son diferentes a los beneficios del Plan Médico de Indemnización, así que las cantidades que usted pague por los medicamentos de venta con receta no se aplicarán al deducible ni al límite de gastos

de su bolsillo del plan médico. Consulte el Programa de Beneficios que comienza en la página 44 para ver una descripción de sus copagos por medicamentos de venta con receta.

Programa de farmacias minoristas

El Plan le proporcionará un surtido de hasta 30 días de cada medicamento de venta con receta a través del programa de farmacias minoristas. Si necesita tomar continuamente medicinas de mantenimiento, puede obtener un surtido de hasta 90 días a través del programa de pedidos por correo.

Cuando sea elegible para la cobertura, recibirá una tarjeta de ID para medicamentos de venta con receta. Si vive dentro de 10 millas de distancia de una farmacia de la red, debe surtir sus recetas en esta farmacia para poder recibir los beneficios del programa de farmacias minoristas. Cuando surta un medicamento de venta con receta en una farmacia minorista de la red:

- Muestre al farmacéutico su tarjeta de ID; y
- Pague su copago por el medicamento de venta con receta (la farmacia factura al Plan la cantidad remanente).

Para encontrar una farmacia de la red. La mayoría de las cadenas de farmacias minoristas pertenecen a la red de farmacias. Si desea encontrar una farmacia cerca de usted, llame a Express Scripts al (800) 939-7093, pregunte a la farmacia si participa en la red de Express Scripts, o visite www.express-scripts.com.

El farmacéutico surtirá automáticamente su receta con un medicamento genérico, si lo hay disponible, a menos que usted o su médico especifique otra cosa.

- El **"formulario"** es la lista de medicamentos preferidos establecida por el comité independiente de farmacia y terapéutica de Express Scripts. El comité revisa los medicamentos de la lista preferida con base en su seguridad, eficacia y costo.
- **"De múltiples fuentes"** es un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico.
- **"De una sola fuente"** es un medicamento de marca que no tiene un equivalente genérico.

Nota: El formulario incluye al menos una opción del medicamento, y en la mayoría de los casos hay múltiples opciones de medicamentos de cada categoría terapéutica.

Si no hay una farmacia de la red en su área

El Plan le reembolsará los medicamentos de venta con receta cubiertos que compre en farmacias no participantes **sólo si vive a una distancia mayor de 10 millas de la farmacia de la red más cercana a usted**. Su farmacéutico debe rellenar un formulario de reclamación de medicamentos de venta con receta, que se encuentra disponible en la Oficina del Fondo de Fideicomiso. Los medicamentos cubiertos se reembolsarán al 100 % de los costos razonables menos el copago aplicable y cualquier otra cantidad pagadera por usted, como se indica arriba.

Nota. Si no muestra al farmacéutico de la red su tarjeta de identificación de medicamentos de venta con receta, debe pagar a la farmacia el precio total del medicamento de venta con receta. Entonces puede enviar un formulario de reclamación a Express Scripts para su reembolso. Express Scripts le reembolsará con base en la cantidad que el Fondo hubiera pagado si surtiera su medicamento de venta con receta en una farmacia de la red, y usted será responsable de cualquier gasto remanente.

Programa de pedidos por correo

Usted puede ahorrar dinero usando el programa de pedidos por correo para comprar sus medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos de venta con receta que se usan continuamente. Cuando utiliza el programa de pedidos por correo, puede surtir sus recetas por un surtido de hasta 90 días. Su receta se surtirá con un medicamento genérico, si está disponible, a menos que su médico indique que no se pueden hacer sustituciones. Para usar el programa de pedidos por correo:

- Pida a su médico una receta por un surtido de hasta 90 días, con resurtidos si es apropiado.
- Envíe por correo a Express Scripts la receta original junto con un formulario de pedido de medicamentos de venta con receta y su pago o la información de su tarjeta de crédito, usando el sobre predirigido especial. También puede pedir a su médico que envíe sus recetas por fax. Pida a su médico que llame a Express Scripts al (800) 473-9791 a fin de que le den las instrucciones para enviar la receta por fax.

Consulte el Manual de medicamentos de venta con receta de Express Scripts para encontrar información más detallada sobre cómo usar el programa por correo de Express Scripts y la farmacia de medicamentos especializados. Este manual está disponible en la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

Si necesita comenzar a tomar el medicamento inmediatamente, pida dos recetas a su médico: una con un suministro a corto plazo que puede surtir inmediatamente en una farmacia minorista de la red, y un suministro con resurtidos que puede surtir a través del programa de pedidos por correo.

Debe usar el programa de pedidos por correo si surtió 2 recetas de medicamentos de mantenimiento en una farmacia minorista. Si no lo hace, no recibirá beneficios.

Revisión de la utilización requerida

Ciertos medicamentos requieren una revisión de la utilización por parte de Express Scripts. En la mayoría de los casos necesitará tomar el medicamento del formulario antes de que se apruebe la cobertura de un medicamento no incluido en el formulario. Para solicitar la revisión de la utilización de un medicamento, su médico debe llamar a Express Scripts al (800) 939-7093.

Las solicitudes de las revisiones de la utilización requeridas se consideran "reclamaciones antes del servicio". Si no está de acuerdo con la decisión que se tomó sobre la solicitud de revisión de la utilización hecha por su médico, usted puede apelar dicha decisión. Consulte la sección "Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones" de este documento para ver información sobre las reclamaciones antes del servicio.

Se permitirá el uso de medicamentos que no esté indicado en la etiqueta (un uso diferente al descrito en la etiqueta aprobada por la FDA) si primero se obtiene la aprobación de PBM.

La revisión de la utilización no significa que los beneficios son pagaderos en todos los casos. La cobertura depende de los servicios que realmente se proporcionan, el estado de su elegibilidad en el momento en que se brinda el servicio, y cualquier limitación de los beneficios.

Si desea una lista de los medicamentos que requieren revisión de la utilización, llame a Express Scripts al (800) 939-7093, o use el recurso interactivo de búsqueda en www.express-scripts.com. Si va a usar el sitio web por primera vez, necesitará registrarse – y tener disponible su ID de participante y el número de su receta.

Farmacia de medicamentos especializados

Las afecciones complejas como anemia, hepatitis C, múltiple esclerosis, asma y artritis reumatoide se tratan con medicamentos especializados. Típicamente los medicamentos especializados son fármacos inyectables administrados por usted o por un profesional médico, y con frecuencia requieren manejo especial. La farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts, ***Accredo Health Group***, surte los medicamentos especializados.

Si usa medicamentos especializados, la farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts ofrece los siguientes servicios adicionales:

- Respuesta a sus preguntas o inquietudes sobre sus medicamentos especializados de parte de un farmacéutico, 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Coordinación de la atención en el hogar y otros servicios médicos, cuando sea apropiado.
- Entrega agilizada de sus medicamentos sin costo adicional.

Cuando usted o su médico llame a la farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts, se procesará por usted cualquier revisión de la utilización requerida.

Nota: Los medicamentos especializados están disponibles solo en la farmacia de pedidos por correo de PBM, excepto que una farmacia minorista de la red puede surtir ciertos medicamentos de emergencia (como productos de heparina de bajo peso molecular que se usan para prevenir coágulos sanguíneos después de una cirugía de reemplazo de cadera).

Limitaciones en los medicamentos especializados

- Los medicamentos especializados están cubiertos sólo si se surten en la farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts. Estos medicamentos no estarán disponibles en una farmacia minorista de la red y no estarán cubiertos por el Plan Médico de Indemnización.
- Los beneficios de medicamentos especializados que no se obtengan en la farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts estarán limitados a lo que el Fondo tendría que pagar si el medicamento se obtuvieran a través de Express Scripts, y usted será responsable de cualquier cargo remanente. Esto podría causarle costos significativos de su bolsillo.

Medicamentos de venta con receta cubiertos

- Medicamentos que requieren una receta escrita de un médico o dentista con licencia y que se recetan para el tratamiento de una enfermedad o lesión, incluidos medicamentos de venta con receta nuevos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal.
- Insulina y suministros médicamente necesarios para diabéticos. Los productos de cartucho para la administración de insulina (excepto jeringas precargadas) están cubiertos solo en las siguientes circunstancias y están sujetos a la autorización previa de Express Scripts.
    - Si tiene impedimentos de la vista o algún impedimento físico que le evita que use un vial y una jeringa de insulina
    - Si necesita un régimen intensivo de insulina que le requiere que se inyecte insulina al menos tres veces al día y que se mida el azúcar sanguíneo al menos dos veces al día.
    - Si es dependiente menor de 19 años de edad
    - Si es el participante y necesita inyectarse en el trabajo
- Medicamentos inyectables y por infusión (IV) administrados en un entorno ambulatorio, sujeto a los siguientes requerimientos:

- El medicamento debe ser recetado por un médico para que el paciente mismo se lo inyecte o para que un profesional médico lo administre al paciente en una clínica de infusión, en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, en el consultorio de un médico o en el hogar del paciente.
- El medicamento se debe surtir en la farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts. Estos medicamentos no serán surtidos en una farmacia minorista de la red, excepto en el caso de ciertos medicamentos necesarios en situaciones de emergencia: productos de heparina de bajo peso molecular que se usan para prevenir coágulos sanguíneos y después de cirugías de reemplazo de cadera.

Consulte la sección "Farmacia de medicamentos especializados - medicamentos inyectables y de infusión" que aparece arriba para ver más información.

- Los beneficios del plan de medicamentos inyectables o de infusión que no se obtengan en la farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts se limitarán a la cantidad que el Fondo tendría que pagar si el medicamento se hubiese surtido a través de Express Scripts.

- Anticonceptivos de venta con receta
- Vitaminas prenatales que contienen fluoruro o ácido fólico

Medicamentos de venta con receta que no están cubiertos

1. No tienen cobertura las preparaciones dermatológicas compuestas como ungüentos y lociones que un farmacéutico debe preparar de acuerdo con la receta del médico.
2. Medicamentos de venta con receta comprados en farmacias fuera de la red, a menos que usted resida a una distancia mayor de 10 millas de una farmacia de la red.
3. Medicamentos recetados sólo con propósitos cosméticos
4. Medicinas de venta sin receta que no requieren una receta por escrito del médico de acuerdo con las leyes estatales o federales, y cualquier medicamento de venta con receta que tenga un equivalente de venta sin receta
5. Medicamentos para dejar de fumar; supresores del apetito u otros medicamentos para perder peso o suplementos dietéticos
6. Medicamentos con indicaciones no aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal (por ejemplo, indicaciones no aprobadas por la FDA de que el medicamento es efectivo para un curso específico de tratamiento)
7. Aparatos y dispositivos médicos, vendajes, soportes, férulas y otros suministros o equipo, excepto suministros para diabéticos
8. Medicamentos no necesariamente usados para la atención o el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, medicamentos usados para indicaciones experimentales, y/o regímenes de dosis que se determine ser experimentales o de investigación.
9. Medicamentos proporcionados o pagados por cualquier programa gubernamental, ya sea nacional, estatal, del condado o municipal
10. Vitaminas de venta con receta (excepto las vitaminas prenatales que se mencionaron arriba)
11. Medicamentos para fertilidad
12. Agentes de inmunización
13. La cantidad cubierta de los medicamentos para la disfunción sexual está limitada; comuníquese con Express Scripts para solicitar información sobre los límites. Los medicamentos inyectables para disfunción sexual no están cubiertos.
14. Surtido de medicamentos de venta con receta después de un año de la fecha original de surtido
15. Medicamentos administrados en hospitales, clínicas o instituciones similares, o en el consultorio de un médico (excepto los medicamentos obtenidos en la farmacia de medicamentos especializados de Express Scripts)
16. Cargos por medicamentos de venta con receta, comprados en una farmacia minorista, con un suministro mayor de 30 días por receta
17. Reemplazo de recetas debido a pérdida, robo o rompimiento

Reclamaciones

Necesitará enviar una reclamación de reembolso a Express Scripts si vive a una distancia mayor de 10 millas de la farmacia de la red más cercana y surte su receta en una farmacia fuera de la red, o si se le olvida la tarjeta de identificación y tiene que pagar el precio completo en una farmacia de la red. También puede enviar una reclamación de coordinación de beneficios para el reembolso de copagos cobrados por otro plan de medicamentos de venta con receta cuando este Plan sea secundario.

Puede imprimir un formulario de reclamación en el sitio web de Carpenters (carpenterfunds.com) o llame al Departamento de Servicio al Cliente de Express Scripts.

La dirección es:

Express Scripts
P.O. Box 14711
Lexington, Kentucky 40512

Apelación de la denegación de los beneficios de medicamentos de venta con receta

Los beneficios de medicamentos de venta con receta se pagarán de acuerdo con los términos del Plan. Si disputa cualquier denegación de beneficios o la cantidad de cualquier pago, puede apelar la decisión. Si desea más información consulte la sección “Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones” de este documento.

Nota sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare

El Fondo de Fideicomiso ha determinado que la cobertura de medicamentos de venta con receta bajo este Plan es “acreditable” para los propósitos de la Parte D de Medicare. “Acreditable” significa que se espera que el valor de este beneficio de medicamentos de venta con receta bajo este Plan sea en promedio, para todos los participantes del Plan, igual o mejor que la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare.

Si usted es elegible para Medicare y se jubilará pronto, vea el documento del Fondo titulado Notificación de cobertura acreditable (Notice of Creditable Coverage) (hay una copia disponible en la Oficina del Fondo de Fideicomiso) para ver más información sobre la cobertura acreditable o la cobertura de la Parte D de Medicare. También visite www.medicare.gov para recibir ayuda personalizada o llame al (800) 633-4227.

COBERTURA DEL PLAN DE LA VISTA

Estos beneficios aplican sólo a los participantes inscritos en el Plan Médico de Indemnización. Los miembros de Kaiser reciben sus beneficios de la vista a través de la HMO de Kaiser.

El Fondo tiene un contrato con Vision Service Plan (VSP) y su red de proveedores de atención de la vista para proporcionar servicios de la vista cubiertos a las tarifas negociadas. Si selecciona a un médico de la red de proveedores de VSP y no pide artículos opcionales, el Plan proporciona exámenes y anteojos sin costo para usted, excepto los copagos que se muestran a continuación.

La tienda Costco Wholesale es un proveedor participante que recibe los máximos beneficios del Plan disponibles.

Cómo funciona el Plan

Los pasos para utilizar los servicios de un médico afiliado a VSP son los siguientes:

- Llame a cualquier médico de VSP para hacer una cita. Identifíquese como miembro de VSP y proporcione su número de seguro social y el nombre del plan de grupo ("Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California").
- Después de programar una cita, el médico afiliado a VSP se comunicará con VSP para verificar su elegibilidad y la cobertura del Plan. El médico también obtendrá autorización de VSP para brindar los servicios y materiales.
- Cuando vaya a la visita, pague al médico afiliado a VSP su copago de $10 por el examen y $25 por los materiales, si aplica. VSP pagará directamente al médico el saldo de los cargos cubiertos. Cualquier servicio o material adicional no cubierto por el Plan se puede arreglar entre usted y el médico, y el costo de tales servicios o materiales será su responsabilidad.
- Si califica para el beneficio de visión deficiente, tendrá que pagar su porción del cargo por auxiliares suplementarios y cualquier cantidad que exceda el máximo del Plan.

Para encontrar a un proveedor de VSP, llame a VSP al (800) 877-7195 o visite el sitio web de VSP, www.vsp.com y utilice la característica "Find a doctor" (Encuentre a un médico).

Cuando utilice los servicios de un médico afiliado a VSP, usted es responsable de pagar el copago o copagos y cualquier cantidad por artículos opcionales o no cubiertos así como cualquier excedente de materiales; no es necesario que presente una reclamación de reembolso. Sin embargo, si utiliza los servicios de un proveedor no afiliado a VSP, usted debe pagar todos los servicios y suministros en el momento que los reciba, y luego presentar una reclamación de reembolso. Se le reembolsará la cantidad apropiada mostrada en el programa de asignaciones de proveedores no afiliados después de la deducción de su copago o copagos.

Consulte "Cómo presentar una reclamación" que se encuentra al final de esta sección para ver información sobre cómo presentar reclamaciones por servicios de proveedores no afiliados a VSP.

Copagos/Programa de Beneficios

Usted paga el copago independientemente de si utiliza los servicios de un médico afiliado a VSP o un proveedor no afiliado a VSP. El copago de $10 por el examen se debe hacer sólo cada año, por el primer servicio que recibe cada año (a menos que tenga derecho al beneficio de visión deficiente que requiere copagos adicionales).

Beneficios de la vista	Médico afiliado a VSP	Proveedor no afiliado a VSP
Copagos Examen Materiales (anteojos de venta con receta y de seguridad)	 $10 $25	 $10 $25
Examen de la vista – Limitado a una vez cada 12 meses	El Plan paga 100 %, hasta las tarifas negociadas del proveedor de la red	El Plan paga hasta $40

Beneficios de la vista	Médico afiliado a VSP	Proveedor no afiliado a VSP
Lentes – Limitados a una vez cada 12 meses Monofocales Bifocales con línea Trifocales con línea Lenticulares Con tintes	El Plan paga 100 %, hasta las tarifas negociadas del proveedor de la red	El Plan paga hasta: $40 $60 $80 $100 $ 5
Armazones – Limitados a una vez cada 24 meses	A partir del 1.° de enero de 2017, asignación minorista de hasta $150. Antes del 1.° de enero de 2017, asignación minorista de hasta $120.	El Plan paga hasta $45
Gafas de seguridad – Solo el participante Limitadas a una vez cada 12 meses Monofocales Bifocales con línea Trifocales con línea Lenticulares Progresivas	El Plan paga 100 %, hasta las tarifas negociadas del proveedor de la red	El Plan paga hasta: $35 $45 $60 $90 $45
Armazones de seguridad – Solo el participante Limitados a una vez cada 24 meses	A partir del 1.° de enero de 2017, asignación minorista de hasta $150. Antes del 1.° de enero de 2017, asignación minorista de hasta $120.	El Plan paga hasta $25
Lentes de contacto necesarios – Limitados a una vez cada 12 meses (en lugar de lentes y armazones)	Cubiertos totalmente, hasta las tarifas negociadas del proveedor de la red	El Plan paga hasta $210
Lentes de contacto electivos – Limitados a una vez cada 12 meses (en lugar de lentes y armazones)	El Plan paga hasta $105 por los lentes de contacto, evaluación y ajuste	El Plan paga hasta $105 por exámenes y lentes

Servicios de la vista cubiertos

- **Examen de la vista** – incluido el análisis de las funciones visuales y la receta de anteojos correctivos cuando esté indicado, una vez cada 12 meses.
- **Lentes:** una vez cada 12 meses para lentes regulares de uso diario y una vez cada 12 meses para gafas de seguridad.
- **Armazones:** una vez cada 24 meses para armazones regulares de uso diario y una vez cada 12 meses para gafas de seguridad. VSP ofrece una variedad de armazones dentro de los límites del Plan. Si escoge armazones más costosos (que excedan el límite del Plan), usted será responsable de pagar la cantidad que exceda el máximo del Plan.
- **Lentes de contacto visualmente necesarios**: una vez cada 12 meses. Los lentes de contacto visualmente necesarios obtenidos de un médico afiliado a VSP se cubren totalmente. Cuando se obtienen de un proveedor no afiliado a VSP, se debe pagar una asignación para aplicarla al costo. Los lentes de contacto son visualmente necesarios si se requieren para restablecer o mantener la agudeza visual, y no hay disponible una alternativa profesionalmente aceptable que sea más económica. (Los lentes de contacto visualmente necesarios están sujetos a los copagos por examen y materiales.)

Los lentes de contacto se proporcionan en lugar de todos los otros beneficios de lentes y armazones y sólo cuando se justifique un cambio de receta.

- **Lentes de contacto electivos:** una vez cada 12 meses. Si opta por lentes de contacto para cualquier propósito que no sean las circunstancias visualmente necesarias descritas arriba, se les considera lentes de contacto electivos. Cuando escoge lentes de contacto en lugar de anteojos, su asignación de $105 aplica al costo de los lentes de contacto, la evaluación y el ajuste correspondientes. Esto es además de su examen de la vista regular, que se cubre en su totalidad (si es de un médico afiliado a VSP). Cuando se seleccionan lentes de contacto, no será elegible para obtener lentes regulares de anteojos durante 12 meses y armazones durante 24 meses. (Nota: los copagos del examen y los materiales no aplican a los lentes de contacto electivos.)

Descuentos de los médicos afiliados a VSP

Cuando utilice los servicios de un médico afiliado a VSP, tendrá derecho a recibir descuentos en los cargos de algunos de los lentes de contacto y artículos no cubiertos. Estos descuentos incluyen:

- 20 % de descuento de lentes y gafas para el sol de venta con receta adicionales cuando se le surta un par de anteojos, disponibles del mismo médico afiliado a VSP que le hizo el examen de la vista en los últimos 12 meses.
- Ahorros de 20 a 25 % en las opciones de lentes más populares, como protección contra raspaduras, recubrimientos antirreflectores y lentes progresivos.
- Descuento del 15 % del costo del examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación).

Exclusiones y limitaciones

Cuando selecciona cualquiera de los artículos adicionales, el Plan pagará el costo básico de los lentes o de los armazones permitidos, y usted debe pagar el costo adicional de las opciones.

- Procesos cosméticos opcionales
- Recubrimiento antirreflector
- Recubrimientos de color, especulares o contra las raspaduras
- Lentes combinados
- Lentes cosméticos, laminados o de tamaño extra grande
- Lentes de policarbonato (con cobertura para los hijos dependientes)
- Lentes multifocales progresivos
- Lentes con protección contra UV (rayos ultravioleta)
- Ciertas limitaciones en la atención de la visión deficiente
- Un armazón cuyo costo exceda la asignación del Plan

Servicios no cubiertos

No se pagan beneficios por servicios profesionales ni materiales relacionados con:

- Ortóptica o capacitación visual y cualquier prueba suplementaria; lentes planos (con menos de +0.50 de potencia dióptrica); o dos pares de gafas en lugar de bifocales.
- Reemplazo de lentes y armazones proporcionados bajo este Plan que se pierdan o rompan, excepto en los intervalos normales cuando los servicios estén disponibles de otra manera.
- El tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Servicios que se pueden obtener, sin costo, de cualquier organización o agencia federal, estatal, del condado o local.
- Tratamiento correctivo de la vista que sea de naturaleza experimental.
- Costo de servicios y/o materiales que excedan la asignación de beneficios del Plan.

Beneficio de visión deficiente

El beneficio de visión deficiente está disponible si usted tiene problemas visuales graves que no se pueden corregir con lentes regulares. Si califica para este beneficio, podría recibir servicios profesionales y materiales oftálmicos, incluidos pruebas suplementarias, evaluaciones, capacitación visual, servicios de recetas para visión deficiente y auxiliares ópticos y no ópticos, sujeto a los máximos descritos en la siguiente tabla.

Beneficio de visión deficiente	Médico afiliado a VSP	Médico no afiliado
Pruebas suplementarias	Cubiertas totalmente	El Plan paga hasta $125
Auxiliares suplementarios	75 % de los costos aprobados	75 % de los costos aprobados
Beneficio máximo	$500 por persona, cada dos (2) años	

Cómo presentar una reclamación

Si utiliza los servicios de un proveedor no afiliado a VSP, llame a VSP al (800) 877-7195 para que le envíen por correo o por fax un formulario de reembolso de servicios fuera de la red. (También puede rellenar el formulario en línea en www.vsp.com e imprimirlo.) Envíe por correo el formulario cumplimentado con su recibo detallado dirigido a VSP a la siguiente dirección:

Cuando utiliza los servicios de un médico afiliado a VSP no necesita presentar una reclamación para un reembolso.

Vision Service Plan
Attn: Out-of-Network Provider Claims
P.O. Box 997105
Sacramento, CA 95899-7105

Apelaciones de la denegación de servicios de atención de la vista

Si su reclamación se deniega total o parcialmente, recibirá una notificación por escrito de VSP que incluirá las razones de la denegación. Si no está de acuerdo con la denegación, entonces puede presentar una solicitud por escrito a VSP para que reconsidere la reclamación, dentro de un plazo de 180 días a partir de la fecha en que recibe la denegación. Cualquier solicitud de reconsideración debe incluir documentos o registros que apoyen su apelación. VSP proporcionará una respuesta por escrito a la apelación dentro de un plazo de 30 días después de que reciba dicha apelación.

Cualquier solicitud dirigida a VSP se debe enviar a la siguiente dirección:

Vision Service Plan
Member Appeals
3333 Quality Drive
Rancho Cordova, CA 95670
(800) 877-7195

Consulte el folleto de VSP y la sección "Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones" de este manual.

****

Los beneficios de la vista están disponibles para usted y para sus dependientes elegibles participantes en los Planes A, B, R y de Tarifa Fija que están inscritos en el Plan Médico de Indemnización. El plan de atención de la vista es administrado por Vision Service Plan. Los miembros de Kaiser reciben sus beneficios de la vista a través de la HMO de Kaiser.

Los beneficios del plan de atención de la vista se tratan como beneficios independientes (o excluidos) según la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability ACT, HIPAA) y Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act of 2010, PPACA). Aunque la PPACA no requiere que el Fondo lo haga, este ofrece beneficios del plan de atención de la vista para los dependientes cubiertos de hasta 26 años de edad.

COBERTURA DEL PLAN DENTAL

Los beneficios dentales están disponibles para usted y para sus dependientes elegibles participantes en los Planes A, B, R y de Tarifa Fija independientemente de si están inscritos en el Plan Médico de Indemnización o en el Plan HMO de Kaiser. Delta Dental Plan of California administra los beneficios dentales.

A continuación se presenta sólo un sumario breve de los beneficios pagaderos. Consulte el documento separado de Delta Dental (disponible en la Oficina del Fondo de Fideicomiso) para obtener más información, incluida cualquier restricción sobre la frecuencia de los servicios, exclusiones y otras condiciones de servicio.

Sus beneficios dentales están estructurados con el fin de proporcionarle un incentivo para usar los servicios de dentistas que pertenecen a la red de proveedores preferidos (PPO) de Delta Dental. Usted puede usar los servicios de cualquier dentista con licencia, pero los costos de su bolsillo serán menores si selecciona a un dentista de la PPO de Delta Dental.

Para encontrar un dentista de la PPO de Delta, llame a Delta Dental al teléfono (800) 765-6003 o visite el sitio web en www.deltadentalins.com.

Programa de Beneficios Dentales

Beneficios dentales	Dentista de la PPO de Delta Dental	Dentista fuera de la PPO
Beneficios diagnósticos y preventivos	El Plan paga un 100% de los gastos cubiertos	El Plan paga un 100% de los gastos cubiertos
Beneficios básicos	El Plan paga un 80% de los gastos cubiertos	El Plan paga un 50 % de los gastos cubiertos
Coronas y restauraciones moldeadas		
Beneficios de prostodoncia		
Máximo por año calendario	$2,500 por persona	$2,000 por persona

Cómo presentar una reclamación

Cualquier reclamación de beneficios dentales se debe enviar directamente a Delta Dental a la siguiente dirección:

Delta Dental Plan of California
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7330

Apelación por la denegación de beneficios dentales

Si su reclamación se deniega total o parcialmente, recibirá una notificación por escrito de Delta Dental que incluirá las razones de la denegación. Si no está de acuerdo con la decisión, primero debe agotar el proceso de apelaciones de Delta Dental antes de presentar una apelación ante la Junta de Fideicomisarios.

Si desea más información consulte la sección “Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones” de este documento.

****

Los beneficios del plan dental se tratan como beneficios independientes (o excluidos) según la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability ACT, HIPAA) y Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act of 2010, PPACA). Aunque la PPACA no requiere que el Fondo lo haga, este ofrece beneficios del plan dental para los dependientes cubiertos de hasta 26 años de edad.

BENEFICIOS DE ORTODONCIA PARA LOS HIJOS DEPENDIENTES

LOS BENEFICIOS DE ORTODONCIA ESTÁN DISPONIBLES PARA LOS HIJOS DEPENDIENTES ELEGIBLES (MENORES DE 19 AÑOS) PARTICIPANTES EN LOS PLANES A, B, R Y DE TARIFA FIJA INDEPENDIENTEMENTE DE SI USTED ESTÁ INSCRITO EN EL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN O EN EL PLAN HMO DE KAISER. LA OFICINA DEL FONDO DE CARPENTER ADMINISTRA LOS BENEFICIOS DE ORTODONCIA.

Lo que el Plan paga

Los beneficios de ortodoncia se pagan al 50 % de los cargos permitidos y se pagan en una suma global, hasta $1,500 (máximo de por vida) por hijo dependiente. Los beneficios de ortodoncia se proporcionan solamente a los hijos dependientes menores de 19 años de edad.

Los beneficios de ortodoncia son diferentes a los beneficios dentales descritos en la sección anterior. Los beneficios de ortodoncia son administrados por la Oficina del Fondo de Carpenter, no por Delta Dental.

Servicios cubiertos

Los servicios de ortodoncia cubiertos incluyen tratamiento de ortodoncia correctivo, interceptivo y preventivo para realinear los dientes naturales, para corregir la mala oclusión, para proporcionar guiamiento preortodóncico y para proporcionar una evaluación del crecimiento y desarrollo.

Exclusiones

No se proporcionan beneficios por lo siguiente:

- El reemplazo o la reparación de un dispositivo que se perdió o dañó.
- Suministros proporcionados o tratamiento que comenzó antes de la fecha de vigencia de la elegibilidad si usted (el participante) no era elegible para recibir beneficios en el momento en que comenzó el tratamiento de ortodoncia o si el niño no era un dependiente elegible en el momento en que comenzó el tratamiento.
- Servicios proporcionados antes de la instalación inicial de un dispositivo de ortodoncia. (Estos servicios pueden estar cubiertos bajo el plan dental. Comuníquese con Delta Dental al teléfono (800) 765-6003.)

Cómo presentar una reclamación

Las reclamaciones de ortodoncia se deben enviar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso. Envíe su reclamación a la siguiente dirección:

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, CA 94621-1480

Apelaciones por reclamaciones denegadas de servicios de ortodoncia

El beneficio de ortodoncia se pagará de acuerdo con los términos del Plan. Si disputa cualquier denegación de beneficios o la cantidad de cualquier pago, puede apelar la decisión como se explica en la sección “Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones” de este documento.

BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA: Para los Planes A, B y de Tarifa Fija

Estos beneficios se proporcionan a través de una póliza de seguro de grupo con Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company. Si existe alguna discrepancia entre esta SPD y el certificado de cobertura proporcionado por Voya Financial/ReliaStar, el certificado de cobertura regirá.

Estos beneficios están disponibles para los participantes, cónyuge o pareja de hecho y el hijo o hijos dependientes elegibles de hasta 21 años de edad que estén inscritos en los Planes A, B y de Tarifa Fija (tanto en el Plan Médico de Indemnización como en el Plan HMO de Kaiser. Estos beneficios no están disponibles para los participantes o dependientes que tienen cobertura del Plan R.

Seguro de vida del participante

Los beneficios del seguro de vida de grupo de $15,000 se pagarán a su beneficiario en el evento de su fallecimiento por cualquier causa mientras sea elegible bajo el Plan.

Estos beneficios **no** están disponibles para los participantes o dependientes que tienen cobertura del Plan R.

Para recibir el pago del beneficio, el beneficiario debe estar vivo en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que la compañía de seguro recibe comprobante de su fallecimiento.
- El décimo día posterior a su fallecimiento.

Su beneficiario

Su beneficiario puede ser cualquier persona o personas que usted nombre en su formulario de inscripción. Si no hay un beneficiario elegible o si usted no nombró uno, los beneficios se pagarán a la persona o personas sobrevivientes en el siguiente orden:

Su

- cónyuge o pareja de hecho
- hijos naturales o adoptados
- padres
- hermanos y hermanas
- patrimonio

Si se nombró más de un beneficiario, cada uno de ellos recibe una parte igual del beneficio, a menos que usted haya solicitado otra cosa por escrito.

Puede solicitar un cambio de beneficiario en cualquier momento enviando un nuevo formulario de inscripción a la Oficina del Fondo de Fideicomiso. Si nombró a un beneficiario irrevocable, la compañía de seguro primero debe tener el consentimiento por escrito de ese beneficiario.

Un cambio de beneficiario entrará en vigencia la fecha en que usted lo firme, pero no afectará ninguno de los pagos que haga la compañía de seguro ni la acción que tome antes de recibir su notificación.

Beneficios acelerados por fallecimiento en caso de una enfermedad terminal (aplica a la póliza del seguro de vida)

Si se determina que usted padece una enfermedad terminal y que su esperanza de vida es de seis meses o menos, un 50 % del beneficio de su seguro de vida (o $7,500) se le podría pagar a usted o a su representante legal mientras aún esté vivo.

El beneficio se paga en una suma total y se paga sólo una vez. Este pago en una suma total es la única opción de beneficio disponible para usted antes de su fallecimiento.

Solicitud del beneficio acelerado por fallecimiento

Para recibir el beneficio acelerado por fallecimiento, se deben cumplir **todas** las condiciones siguientes. Usted debe:

Solicitar este beneficio por escrito enviando una solicitud por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

- Estar asegurado como participante elegible para recibir beneficios del seguro de vida.

Si no puede solicitar este beneficio usted mismo, su representante legal puede hacerlo por usted.

- Proporcionar a la compañía de seguro una declaración de un médico que indique el diagnóstico de su afección y que manifieste que debido a la naturaleza y gravedad de esa afección su esperanza de vida no es más de seis meses. La compañía de seguro puede requerir que le examine un médico de su elección. Si la compañía de seguro requiere esto, ella pagará el examen.
- Proporcionar a la compañía de seguro un consentimiento por escrito de cualquier beneficiario irrevocable, asignado, y en estados de bienes gananciales, de su cónyuge.

Pago de beneficios

El beneficio se le pagará a usted a menos que se compruebe, a satisfacción de la compañía de seguro, que las dos situaciones siguientes son verdaderas:

- Usted es incapaz física y mentalmente de recibir y cobrar el pago de suma total; y
- Un representante nombrado por los tribunales para que actúe en su nombre no reclama el pago.

Si la compañía de seguro no le hace el pago a usted porque aplican las dos condiciones anteriores, el pago se hará a una de las personas siguientes.

- A una persona que lo cuida;
- A una instalación que lo cuida; o
- A cualquier otra persona que la compañía de seguro considere que tiene derecho a recibir los pagos como su fiduciario.

Exclusiones del beneficio acelerado por fallecimiento

Los beneficios acelerados no se pagarán por una enfermedad terminal si aplica cualquiera de lo siguiente:

- La enfermedad terminal es directa o indirectamente causada por un intento de suicidio o una lesión autoinfligida intencionalmente, ya sea estando sano o demente; o
- La prima requerida del seguro de vida se ha vencido y no se ha pagado.

Efectos en la cobertura del seguro de vida

Cuando se haya pagado el beneficio acelerado por fallecimiento, la cobertura de su seguro de vida se verá afectada de las siguientes maneras:

- El beneficio de su seguro de vida se reduce por la cantidad que se le pagó como beneficio acelerado. Si recibió $7,500 como beneficio acelerado, su beneficiario recibiría $7,500 después de su fallecimiento.
- La cantidad del beneficio de su seguro de vida que puede convertir a una póliza individual se reduce por la cantidad del beneficio acelerado por fallecimiento que se le haya pagado.
- Cualquier aumento en el beneficio del seguro de vida del Fondo no aplicará en su caso después de que la compañía de seguro apruebe que usted reciba el beneficio acelerado por fallecimiento.
- No podrá restablecer su cobertura a la cantidad total en caso de que se recupere de la enfermedad terminal.
- Su recibo del beneficio acelerado por fallecimiento no afecta su seguro por muerte y desmembramiento accidentales (Accidental Death and Dismemberment, AD&D). Si fallece en un accidente después de haber recibido su beneficio acelerado por fallecimiento, su seguro AD&D se basará en su seguro de vida en vigencia antes del pago del beneficio acelerado por fallecimiento, siempre y cuando su prima no se esté exentando bajo el beneficio de exención de la prima del seguro de vida por incapacidad.
- La cobertura del seguro de vida de sus dependientes no se verá afectada por la cantidad del beneficio acelerado por fallecimiento que se le pague a usted.

Beneficio de exención de la prima del seguro de vida durante la incapacidad

Si se incapacita totalmente antes de cumplir los 60 años de edad y mientras sea elegible como participante activo de este Plan, su seguro de vida de grupo puede continuar sin ningún costo para usted durante tal incapacidad. A esto se le llama exención de la prima.

La compañía de seguro (Voya Financial/ReliaStar Insurance Company) requiere una notificación por escrito de la reclamación antes de exentar cualquier prima. Esta notificación se debe recibir:

- mientras usted esté vivo,
- mientras se encuentre totalmente incapacitado, y
- dentro de un plazo de un año a partir del inicio de la incapacidad total. Si no puede enviar una notificación a Voya Financial/ReliaStar dentro de un plazo de un año, su reclamación aún será válida si demuestra que envió la notificación tan pronto como fue razonablemente posible. No es suficiente que la Oficina del Fondo de Fideicomiso reciba la notificación o el comprobante de incapacidad total.

Si desea solicitar el beneficio de exención de la prima, debe notificar inmediatamente a la Oficina del Fondo de Fideicomiso su incapacidad total e indicarles que desea solicitar este beneficio para que le envíen los formularios que se requiere que usted rellene.

Voya Financial/ReliaStar necesitará un comprobante de su incapacidad total antes de que se exente cualquier prima. Se le puede requerir que se someta a un examen físico por parte de un médico que Voya Financial/ReliaStar seleccione y ésta pagará por el examen si es que se requiere. La compañía de seguro sólo puede requerir un examen un año después de que las primas se hayan exentado por dos años completos.

Terminación de la exención de la prima

Voya Financial/ReliaStar suspenderá la exención de las primas en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que ya no esté totalmente incapacitado.
- La fecha en que no dé a Voya Financial/ReliaStar un comprobante de incapacidad total cuando se le pida.

Si la compañía de seguro suspende la exención de su prima, su seguro de vida no permanecerá vigente a menos que usted cumpla con los requisitos de elegibilidad como participante activo del Fondo de Fideicomiso.

Si compra una póliza individual bajo los derechos de conversión de la póliza de grupo durante el primer año de su incapacidad, Voya Financial/ReliaStar cancelará la póliza individual a la fecha de su emisión si dentro del plazo de 12 meses a partir de la fecha en la que se incapacita totalmente, usted

- solicita el beneficio de exención de la prima y Voya Financial/ReliaStar lo aprueba, y
- renuncia a su póliza individual sin reclamaciones, excepto por el reembolso de las primas.

Cuando Voya Financial/ReliaStar cancela su póliza de conversión individual, le reembolsará todas las primas que pagó por la póliza individual y restablecerá su seguro de vida bajo el beneficio de exención de la prima de la póliza de grupo. El beneficiario que haya nombrado bajo la póliza individual se mantendrá bajo la póliza de grupo, a menos que pida por escrito a Voya Financial/ReliaStar que cambie al beneficiario.

Continuación de su seguro de vida si pierde la elegibilidad

Si su elegibilidad termina, continuará estando cubierto por $1000 de su seguro de vida durante seis meses o hasta que reanude su elegibilidad, lo que sea primero, SI:

- No es elegible para recibir el beneficio de exención de la prima del seguro de vida por incapacidad o el beneficio acelerado por fallecimiento, y
- No recibe una pensión de Carpenters Pension Trust Fund for Northern California.

Esta continuación aplica solamente al seguro de vida del participante. El seguro de vida de sus dependientes terminará cuando termine su elegibilidad.

Sin embargo, en el evento de que su fallecimiento ocurra dentro de 31 días después de la terminación de su elegibilidad, se pagará la cantidad total de su seguro.

Seguro de vida para los dependientes elegibles (Planes A, B y de Tarifa Fija)

Si usted participa en el Plan A, B o de Tarifa Fija, se proporcionan las siguientes cantidades del seguro de vida a sus dependientes elegibles, incluidos su cónyuge/pareja de hecho e hijo(s) dependiente(s) de hasta 21 años de edad.

- Cónyuge de la pareja de hecho - $500

- Niños (dependiendo de la edad)
  Del nacimiento a los seis meses de edad - $100
  6 meses pero menos de 21 años de edad - $250

La cantidad del seguro de vida que se muestra arriba es pagadera a usted en el evento del fallecimiento de un dependiente elegible por cualquier causa mientras usted esté asegurado bajo el Plan.

El seguro de vida de los dependientes asegurados continuará durante 6 meses a partir de la fecha en que termine la cobertura general, si la terminación se debe a su fallecimiento.

Derecho de conversión a una póliza individual

Durante el periodo de 31 días posterior a la terminación de su elegibilidad (o la elegibilidad de su dependiente), usted o su dependiente asegurado puede convertir este seguro de vida (excepto cualquier cantidad que se haya pagado como beneficio acelerado por fallecimiento) a una póliza individual. No se requiere un comprobante de buena salud.

Usted o su dependiente puede comprar cualquier póliza individual no participante ofrecida por la compañía de seguro, excepto seguro a término. La póliza individual no contendrá beneficios por muerte y desmembramiento accidentales, beneficios acelerados por fallecimiento ni beneficios por incapacidad. La póliza individual entrará en vigencia al final del periodo de 31 días.

Si usted o su dependiente asegurado fallece dentro del periodo de 31 días permitido para presentar una solicitud de conversión, el beneficio del seguro de vida vigente antes de la terminación de la elegibilidad se pagará al beneficiario, independientemente de si se solicitó o no una póliza de conversión. En este caso, Voya Financial/ReliaStar devolverá cualquier prima pagada por la póliza individual a su beneficiario o al beneficiario de su dependiente nombrado en la póliza de grupo.

Si desea convertir su cobertura a una póliza individual, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso o con la compañía de seguro a la siguiente dirección para pedir una solicitud.

> No se requiere un comprobante de buena salud para convertir su seguro a una póliza individual. Debe solicitar la póliza individual y pagar la primera prima dentro de un plazo de 31 días a partir de la fecha en que termina su elegibilidad.

Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company
P.O. Box 20
Minneapolis, Minnesota 55440
Número de teléfono: (800) 955-7736

Si se vuelve elegible otra vez bajo el Fondo de Fideicomiso, la cobertura de conversión no estará disponible otra vez para usted si como resultado de una conversión anterior está vigente cualquier póliza individual.

Cómo presentar una reclamación del seguro de vida

Envíe las reclamaciones a la Oficina del Fondo de Fideicomiso, quien confirmará su elegibilidad y enviará la reclamación a la compañía de seguro. Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company pagará rápidamente la reclamación cuando se reciban todos los comprobantes necesarios de la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

Las reclamaciones se deben presentar dentro de 90 días de la pérdida o tan pronto como sea posible.

Junto con las reclamaciones de seguro por fallecimiento se debe enviar inmediatamente una copia certificada del certificado de defunción a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a la siguiente dirección:

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, CA 94621-1480

Voya Financial/ReliaStar enviará un comprobante del formulario de reclamación de la pérdida dentro de 15 días de recibir la notificación. Este comprobante de pérdida que detalla cómo ocurrió la pérdida se debe devolver a Voya Financial/ReliaStar dentro de 91 días después de la pérdida o tan pronto como sea razonablemente posible.

Apelación de las denegaciones de las reclamaciones del seguro de vida

Si se deniega total o parcialmente una reclamación de beneficios de un seguro de vida, su beneficiario recibirá una notificación por escrito ya sea de la Oficina del Fondo de Fideicomiso o de Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company en la que indicarán las razones de la denegación. Si el beneficiario no está de acuerdo con la denegación, dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha en que el beneficiario recibe la denegación debe presentar una solicitud por escrito a Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company en la que pida la reconsideración de la denegación. Cualquier solicitud debe incluir documentos o registros que apoyen su apelación. Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company le proporcionará por escrito una respuesta a la apelación a más tardar 120 días después de recibirla. Cualquier solicitud dirigida a la compañía aseguradora se debe enviar a:

Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company
P.O. Box 20
Minneapolis, Minnesota 55440

Si desea más información consulte la sección “Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones” de este documento.

BENEFICIOS POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES - Para los Planes A, B y de Tarifa Fija

Estos beneficios se proporcionan a través de una póliza de seguro de grupo con Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company. Si existe alguna discrepancia entre esta SPD y el certificado de cobertura proporcionado por Voya Financial/ReliaStar, el certificado de cobertura regirá.

Los beneficios por muerte y desmembramiento accidentales están disponibles SOLO para los participantes que tienen la cobertura de los Planes A, B y de Tarifa Fija (tanto del plan de la HMO de Kaiser como del Plan Médico de Indemnización). El cónyuge/pareja de hecho y el hijo o los hijos dependientes elegibles no tienen esta cobertura. Los participantes y los dependientes del Plan R no son elegibles para recibir estos beneficios.

El beneficio del seguro de muerte y desmembramiento accidentales (AD&D) se pagará por cualquiera de las pérdidas que se indican abajo si la pérdida se debe a un accidente que sucede dentro o fuera del trabajo. Se deben cumplir todas las siguientes condiciones:

- Usted está asegurado en la fecha del accidente,
- La pérdida ocurre dentro de un plazo de 180 días después del accidente, y
- La causa de la pérdida no está excluida.

Estos beneficios no aplican a los participantes del Plan R ni a los dependientes de los participantes del Plan A, B, R o del Plan de Tarifa Fija.

Programa de Beneficios

La cantidad total del beneficio es de $15,000 por muerte accidental.

El beneficio por fallecimiento se paga a su beneficiario. Los beneficios por desmembramiento se le pagan a usted en caso de pérdida de las manos, pies, pulgar, vista, habla o audición.

La pérdida de las manos o los pies se considera que se cercenaron física y permanentemente al nivel de la muñeca o el tobillo o arriba de este nivel. La pérdida de la vista significa la pérdida total y permanente de la vista. La pérdida del habla y de la audición significa la pérdida total y permanente del habla y de la audición. La pérdida del pulgar y del dedo índice significa que se cercenaron física, total y permanentemente.

El Programa de Beneficios completo está disponible solicitándolo en la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

No se pagan beneficios por la pérdida del uso de una mano o un pie o del pulgar y del dedo índice.

El pago de todas las pérdidas causadas en cualquier accidente no sumará más de la cantidad completa de su seguro, y Voya Financial/ReliaStar pagará sólo una cantidad completa mientras la póliza de grupo se encuentre en vigencia. Por ejemplo, si sufrió un accidente por el cual recibió la mitad de la cantidad total, no se pagará más de la mitad de la cantidad total en la siguiente pérdida.

Exclusiones del beneficio de muerte y desmembramiento accidentales

No se pagarán beneficios por ninguna pérdida que sea causada directa o indirectamente por cualquiera de lo siguiente:

1. Suicidio o lesión autoinfligida intencionalmente, mientras está sano o insano.
2. Enfermedad física o mental.
3. Infección bacteriana o envenenamiento bacteriano. **Excepción:** Infección de una cortadura o herida causada por un accidente.
4. Viaje o descenso de una aeronave como piloto o miembro de la tripulación.
5. Cualquier conflicto armado, ya sea guerra declarada o no, que involucre a cualquier país o gobierno.
6. Lesión sufrida durante el servicio militar para cualquier país o gobierno.
7. Lesión que ocurra cuando comete o intenta cometer un delito.

8. Uso de cualquier droga, narcótico o agente alucinante:
   - a menos que lo recete un médico,
   - que sea ilegal,
   - que no se tome de acuerdo con las instrucciones de un médico o del fabricante.
9. Su intoxicación. Intoxicación significa que el contenido de alcohol en su sangre equivale o excede la presunción legal de intoxicación bajo las leyes del estado en donde ocurrió el accidente.

Cómo presentar una reclamación de los beneficios de muerte y fallecimiento accidentales

Siempre que se presente una reclamación por fallecimiento, se debe enviar inmediatamente una copia del certificado de defunción a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a la siguiente dirección:

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, CA 94621-1480

En casos de pérdida accidental de una extremidad, la vista, la audición o el habla, notifique inmediatamente a la Oficina del Fondo de Fideicomiso, y se le enviarán los formularios necesarios para que su reclamación sea pagada oportunamente. Las reclamaciones se deben presentar a Voya Financial/ReliaStar dentro de 90 días o tan pronto como sea posible.

La Oficina del Fondo de Fideicomiso confirmará su elegibilidad y enviará la reclamación a la compañía de seguro. La compañía de seguro pagará oportunamente la reclamación cuando reciba todos los comprobantes necesarios de la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

Apelaciones de la denegación de los beneficios por muerte y desmembramiento accidentales

Si se deniega total o parcialmente una reclamación de beneficios por muerte y desmembramiento accidentales, usted o su beneficiario recibirá una notificación por escrito ya sea de la Oficina del Fondo de Fideicomiso o de Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company en la que se incluirán las razones de la denegación. Si no está de acuerdo con la denegación, dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha en que recibe la denegación debe presentar una solicitud por escrito a Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company en la que pida la reconsideración de la denegación. Cualquier solicitud debe incluir documentos o registros que apoyen su apelación. La compañía de seguro le proporcionará una respuesta por escrito a la apelación a más tardar 120 días después de recibirla.

Cualquier solicitud dirigida a la compañía de seguro se debe enviar a:

Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company
P.O. Box 20
Minneapolis, Minnesota 55440

Si desea más información consulte la sección “Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones” de este documento.

BENEFICIOS SEMANALES SUPLEMENTARIOS POR INCAPACIDAD

Los participantes que tengan la cobertura de los Planes A, B y R son elegibles para recibir los beneficios semanales suplementarios por incapacidad (tanto los participantes de la HMO de Kaiser como los participantes del Plan Médico de Indemnización). Los participantes del Plan de Tarifa Fija no son elegibles para recibir los beneficios semanales suplementarios por incapacidad.

Los beneficios semanales suplementarios por incapacidad son pagaderos si cumple todo lo siguiente:

- queda incapacitado **temporalmente** debido a una enfermedad o lesión mientras es elegible bajo el Plan,
- era elegible bajo el Plan en cada uno de los 12 meses calendario inmediatamente precedentes al primer día de incapacidad, suponiendo que su elegibilidad sea a través de las horas de trabajo o de su banco de horas, no como resultado de una extensión de la elegibilidad por incapacidad),
- trabajó para un empleador contribuyente al menos un día dentro del periodo de 30 días anterior al primer día de incapacidad, y
- está recibiendo ya sea beneficios **temporales** del Seguro de Accidentes en el Trabajo o beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad como resultado de la incapacidad (o, si usted vive en un estado en el que no se proporcionan beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad y no está recibiendo beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo, usted proporciona una certificación por escrito de un médico aprobado por el Plan que indique que usted está incapacitado de acuerdo con la definición del Plan).

Los beneficios son pagaderos sólo a usted, el participante, y no se pueden asignar.

Los beneficios

- La cantidad máxima pagadera del beneficio por el Plan es de **$63 por semana**.
- Los beneficios comenzarán el vigésimo noveno día consecutivo de la incapacidad.
- El número máximo de semanas pagaderas por cualquier periodo de incapacidad es de 52 semanas.
- Las semanas parciales de incapacidad se pagan a un séptimo de la cantidad del beneficio semanal por cada día completo de incapacidad.

La cantidad del beneficio indicada arriba se reducirá por la cantidad de cualquier beneficio del Seguro Social por incapacidad o beneficio de pensión por incapacidad que reciba de Carpenters Pension Trust Fund for Northern California.

Si se le otorgan retroactivamente beneficios por incapacidad permanente, la reducción al beneficio del Fondo será retroactiva y se le requerirá que pague al Fondo cualquier beneficio por incapacidad que éste le haya pagado desde la fecha de vigencia de sus beneficios permanentes.

Periodos de incapacidad

Los periodos de incapacidad se considerarán periodos de incapacidad separados cuando:

- estén separados al menos por 2 semanas consecutivas de trabajo para un empleador contribuyente; o
- sean debidos a causas no relacionadas y separadas al menos por un día completo de trabajo para un empleador contribuyente.

En cualquier otro caso se considerarán como un único periodo de incapacidad.

Definiciones

"Primer día de incapacidad" significa la fecha en que comenzó a recibir beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad o beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo. Si vive en un estado en el que no se proporcionan beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad y usted no está recibiendo beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo, el primer día de incapacidad es la fecha en la que queda incapacitado según lo certifica el médico encargado de su atención.

"Beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo" significan beneficios por incapacidad temporal en virtud de la Ley de Accidentes en el Trabajo.

"Beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad" significan beneficios pagaderos de acuerdo con el Código de Seguro durante el Desempleo de California, e incluye cualquier reglamento, o los beneficios pagaderos de acuerdo con reglamentos similares en cualquier otro estado que proporcione beneficios por incapacidad temporal.

Exclusiones y limitaciones

No se proporcionarán beneficios por lo siguiente:

1. Una incapacidad de un dependiente.
2. Cualquier periodo de incapacidad que exceda las 52 semanas.
3. Un participante que no haya sido elegible bajo el Plan (mediante las horas de trabajo o el banco de horas) en cada uno de los 12 meses calendario anteriores al primer día de incapacidad.
4. Un participante que no haya trabajado para un empleador contribuyente al menos un día en el periodo de 30 días antes del comienzo del primer día de incapacidad.
5. Cualquier periodo de incapacidad por el cual no se haya proporcionado al Fondo un comprobante de recibo de los beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo o beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad. Si usted reside en un estado que no proporciona beneficios por incapacidad y no recibe beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo, no recibirá beneficios a menos que proporcione al Plan una certificación por escrito de un médico aprobado por el Plan en la que se establezca que usted está incapacitado de acuerdo con la definición del Plan.
6. Una incapacidad para la cual el Plan no haya recibido una notificación de reclamación dentro de los 12 meses a partir del primer día de la incapacidad.
7. Cualquier periodo de incapacidad que comience mientras usted está recibiendo la cobertura de continuación COBRA.

Cómo presentar una reclamación

Puede obtener un formulario de reclamación en www.carpenterfunds.com e imprimirlo, o llame a la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

Envíe su reclamación de los beneficios semanales por incapacidad a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a la siguiente dirección:

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, CA 94621-1480

Apelación por la denegación de los beneficios semanales por incapacidad

Los beneficios por incapacidad se pagarán de acuerdo con los términos del Plan. Si no está de acuerdo con la decisión que se tome sobre su reclamación, puede apelarla de la manera que se explica en la sección “Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones” de este documento.

PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Hay varios tipos de reclamaciones asociadas con los beneficios del Plan, procedimientos para presentar reclamaciones, y el procedimiento que debe seguir si su reclamación se deniega total o parcialmente y usted desea a apelar la decisión. En toda esta sección, "usted" y "suyo" puede referirse a usted, a su dependiente o dependientes y/o a su representante autorizado, según corresponda.

Uso de un representante autorizado

Un representante autorizado, como su cónyuge o un hijo adulto, puede presentar una reclamación o apelación en su nombre si anteriormente designó a esta persona para que actuara en su nombre a través de un formulario disponible en la Oficina del Fondo de Fideicomiso. La Oficina del Fondo de Fideicomiso puede solicitar información adicional para verificar que la persona designada está autorizada para actuar en su nombre.

Un profesional médico con conocimiento de su afección puede actuar como representante autorizado en relación con las "reclamaciones urgentes" que se tratan abajo sin que usted tenga que designar un representante autorizado.

Tipos de reclamaciones

Hay seis tipos de reclamaciones aplicables a los beneficios que se listan al principio de esta sección. Cuatro de ellas se relacionan con la atención médica:

Si desea información sobre cuándo presentar una reclamación o una apelación, consulte la tabla que se encuentra en la página 101 de este documento.

- **Reclamaciones antes del servicio:** Una reclamación antes del servicio es una solicitud para autorizar la atención o el tratamiento que requiere la aprobación total o parcial antes de que se proporcione tal atención o tratamiento (también se llama revisión de la utilización, "preautorización" o "precertificación").

  Bajo este Plan se requiere la **aprobación previa de los servicios** para lo siguiente:

  - admisiones hospitalarias que no sean de emergencia (incluidas admisiones por salud mental y farmacodependencia), que no sean estancias de cierta duración después de un parto, o admisiones cuando el Plan sea el pagador secundario (deben estar preaprobadas por Anthem Blue Cross)
  - trasplantes de órganos (deben estar preaprobados por Anthem Blue Cross)
  - ciertos medicamentos de venta con receta (deben ser aprobados por el administrador de beneficios de farmacia del Plan). Llame a Express Scripts al (800) 939-7093 para obtener una lista de los medicamentos que requieren aprobación previa.
  - para los siguientes estudios diagnósticos por imágenes para pacientes ambulatorios: TC/ATC, RM/IRM, cardiología nuclear, exámenes TEP y ecocardiografía (debe ser preaprobado por Anthem Blue Cross)

  Si no obtiene la aprobación previa de estos servicios, es posible que sus beneficios se denieguen.

- **Reclamaciones urgentes de atención:** Su solicitud de una preautorización requerida se considerará una reclamación urgente si la aplicación del plazo permitido para una reclamación antes del servicio *(generalmente 15 días para una solicitud que se presenta con suficiente información*):

  - arriesgaría gravemente su vida o salud o su capacidad para recuperar un funcionamiento máximo, o
  - en opinión de un médico con conocimiento de su afección, le sujetaría a un dolor intenso que no se pudiese controlar adecuadamente sin la atención o tratamiento que es el objeto de la reclamación.

  El evaluador de reclamaciones, aplicando el criterio de una persona prudente normal que posea un conocimiento medio de salud y medicina, determinará si su reclamación es una reclamación urgente. Alternativamente, si un médico con conocimiento de su afección determina que su reclamación es una reclamación urgente y así lo notifica al evaluador de reclamaciones, se tratará como una reclamación urgente.

- **Reclamaciones concurrentes:** Una reclamación concurrente es una decisión que se reconsidera después de una aprobación inicial, que da como resultado la reducción, terminación o extensión del beneficio previamente aprobado. (Por ejemplo, una estadía hospitalaria como paciente interno originalmente preaprobada por 5 días está sujeta a una revisión concurrente a los 3 días para determinar si el plazo completo de 5 días es apropiado.) En esta situación, una decisión para reducir, terminar o extender el tratamiento se hace concurrentemente con el suministro del tratamiento. Esta categoría también incluye solicitudes suyas o de su proveedor presentadas a fin de extender la atención o el tratamiento aprobado bajo una reclamación urgente.

- **Reclamaciones después del servicio:** Cualquier otro tipo de reclamación de atención médica se considera una reclamación después del servicio; por ejemplo, una reclamación presentada para pago después de que se hayan obtenido los servicios y el tratamiento médico.

Los otros dos tipos de reclamaciones de beneficios bajo este Plan son los siguientes:

- **Reclamaciones por incapacidad:** Una reclamación por incapacidad es una reclamación de beneficios semanales por incapacidad o una reclamación que requiere la determinación de que usted se encuentra totalmente incapacitado (por ejemplo, para recibir la extensión por incapacidad que se describe en la página 21).
- **Reclamaciones de los beneficios del seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales** (*llamadas "reclamaciones de vida y AD&D" en el texto que sigue*). **Nota:** Consulte la página 84 para ver información sobre cómo solicitar el pago acelerado de los beneficios del seguro de vida en caso de enfermedades terminales.

Lo qué NO se considera una "reclamación"

Las siguientes no se consideran reclamaciones, y por lo tanto no están sujetas a los requisitos y plazos que se describen en esta sección:

- Consultas casuales sobre los beneficios o las circunstancias bajo las cuales se podrían pagar los beneficios
- La solicitud de una determinación anticipada referente a la cobertura del Plan para un tratamiento o servicio que no requiere revisión de la utilización.
- Una receta que presente en una farmacia para que sea surtida (sin embargo, si usted tiene que pagar el costo total para que le surtan la receta, debe presentar una reclamación después del servicio a fin de recibir el reembolso aplicable)

Presentación de reclamaciones

El método que se usa para presentar una reclamación depende del tipo de reclamación:

- **Reclamaciones antes del servicio:**
  - **Reclamaciones antes del servicio bajo el Plan Médico de Indemnización:** Pida a su médico que llame a Anthem Blue Cross al teléfono (800) 274-7767 para solicitar una revisión de la utilización.
  - **Reclamaciones antes del servicio para los beneficios de medicamentos de venta con receta:** Pida a su médico que llame a Express Scripts (el administrador de beneficios de farmacia del Plan) al (800) 939-7093 para obtener preautorización para cualquier medicamento que requiera una revisión de la utilización.
- **Reclamaciones urgentes: Las** reclamaciones urgentes (reclamaciones de revisión de la utilización que necesitan tramitarse de manera expedita) se deben dirigir a las mismas partes mencionadas arriba en el caso de las reclamaciones antes del servicio. **Las reclamaciones urgentes se deben presentar por teléfono o en persona** (**no** se pueden presentar a través del servicio postal de Estados Unidos), o mediante un mensaje electrónico seguro. BCCUMintake@wellpoint.com.
- **Reclamaciones después del servicio:** Los formularios para las reclamaciones de atención médica después del servicio se deben rellenar totalmente, y se debe incluir la factura o facturas detalladas.
  - Las **reclamaciones del Plan Médico de Indemnización** (incluidas las de salud mental y farmacodependencia) se deben enviar a: Anthem Blue Cross, P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007. Los proveedores participantes presentarán las reclamaciones por usted. (Los proveedores de Blue Card fuera de California deben enviar las reclamaciones al plan Blue Cross de la localidad.)
  - **Las reclamaciones por audífonos y de ortodoncia** deben enviarse a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a la siguiente dirección: Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621-1480.
  - **Reclamaciones dentales:** Deben enviarse a Delta Dental Plan of California, P.O. Box 997330, Sacramento, CA 95899-7330.
  - **Reclamaciones de beneficios de medicamentos de venta con receta:** Para presentar una reclamación de reembolso si vive a una distancia de más de 10 millas de una farmacia de la red y surtió el medicamento en una farmacia no participante, si se le olvidó su tarjeta de ID del Plan y tuvo que pagar el precio completo en una farmacia participante, o para reclamaciones de coordinación de beneficios cuando este Plan sea el pagador secundario: envíe su reclamación directamente a Express Scripts, P.O. Box 14711, Lexington, Kentucky 40512. Puede imprimir un formulario de reclamación del sitio web de Carpenters www.carpenterfunds.com o llame al Departamento de Servicio al Cliente de Express Scripts.

- **Reclamaciones de beneficios de atención de la vista** (una reclamación de reembolso si utiliza los servicios de un proveedor que no participa en la red de VSP): Envíe su reclamación directamente a VSP a la siguiente dirección: Vision Service Plan, Attn: Out-of-Network Provider Claims, P.O. Box 997105, Sacramento, CA 95899-7105.
- **Reclamaciones por incapacidad, vida y AD&D:** Las reclamaciones por incapacidad y vida y AD&D deben enviarse a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a la siguiente dirección: Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621-1480. La Oficina del Fondo de Fideicomiso enviará las reclamaciones de beneficios de vida y AD&D a la compañía aseguradora.

Cuándo se deben presentar las reclamaciones

Se considerará que su reclamación ha sido presentada tan pronto como la reciba el evaluador de reclamaciones correspondiente que se menciona en la sección "Presentación de reclamaciones".

- Las reclamaciones antes del servicio y las urgentes se deben presentar **antes de que se obtengan los servicios**.
- Debe presentar todas las demás reclamaciones de atención médica dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha en que se incurran los gastos, a menos que no sea razonablemente posible hacerlo. **En ningún evento las reclamaciones se pagarán cuando se presenten después de un año a partir de la fecha en que se incurrieron los cargos**. El formulario de reclamación se debe rellenar totalmente y se debe adjuntar la factura o facturas detalladas.
- Las reclamaciones de beneficios semanales suplementarios por incapacidad se deben presentar a más tardar 12 meses a partir del primer día de la incapacidad.
- Las reclamaciones de los beneficios de vida y AD&D se deben presentar **dentro de un plazo de 90 días** a partir de la pérdida (no aplica para los participantes del Plan R.
- Incapacidad:
  - Las reclamaciones por incapacidad y vida y AD&D deben enviarse a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a la siguiente dirección: Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621-1480. La Oficina del Fondo de Fideicomiso enviará las reclamaciones de beneficios de vida y AD&D a la compañía aseguradora.
  - Para una extensión del periodo de incapacidad, debe presentar una solicitud a la Oficina del Fondo de Fideicomiso **a más tardar 12 meses a partir de la primera fecha de incapacidad como se define en el capítulo Beneficios semanales suplementarios por incapacidad de este documento.**

Notificación de que su reclamación antes del servicio o reclamación urgente no se presentó adecuadamente

- Si su reclamación **antes del servicio** se presentó inadecuadamente, tan pronto como sea posible, pero no después de **5 días** del recibo de la reclamación se le notificarán los procedimientos adecuados para la presentación de una reclamación.
- Si su reclamación **urgente** se presentó inadecuadamente, tan pronto como sea posible, pero no después de **24 horas** del recibo de la reclamación se le notificarán los procedimientos adecuados para la presentación de una reclamación.

Recibirá una notificación de que presentó inadecuadamente su reclamación sólo si en ella se incluye su nombre, su afección o síntoma específico, y un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se solicitó la aprobación. A menos de que la reclamación se vuelva a presentar adecuadamente, no se considerará una reclamación.

Plazo de las decisiones iniciales sobre las reclamaciones

La determinación de su reclamación se tomará dentro de los siguientes plazos:

Reclamaciones antes del servicio: Si su reclamación antes del servicio médico se rellenó apropiadamente, se le notificará una decisión dentro de un plazo de **15 días** a partir de la fecha en que se presente su reclamación, a menos que se necesite más tiempo.

- El tiempo de respuesta se podría extender hasta **15 días** si es necesario debido a problemas fuera del control del evaluador de reclamaciones correspondiente. Si es necesaria una extensión, antes de que termine el periodo inicial de 15 días se le notificarán las circunstancias que motivaron la extensión y la fecha en la cual el evaluador de reclamaciones espera tomar la decisión.
- Si se requiere una extensión debido a que el evaluador de reclamaciones necesita que usted le proporcione información adicional, el evaluador de reclamaciones le indicará cuál es la información específica necesaria para completar la reclamación tan pronto como sea posible, pero no después de **15 días** de que recibió la reclamación. En este caso usted y/o su médico tendrán **45 días** para responder a partir de que reciban la notificación. Durante el periodo que se le dé para proporcionar la información adicional, se suspenderá el periodo normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se

suspende a partir de la fecha de la notificación de la extensión hasta que hayan transcurrido 45 días o hasta que usted responda a la petición (lo que ocurra primero). Entonces el evaluador de reclamaciones cuenta con **15 días** para tomar una decisión e informarle la determinación. Si no se proporciona la información requerida en el plazo permitido de 45 días, su reclamación se denegará.

Reclamaciones urgentes: Se le notificará por teléfono la determinación tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las circunstancias de su situación, pero no después de **72 horas** de que el evaluador de reclamaciones reciba la reclamación. La determinación también se confirmará por escrito.

- Si su reclamación urgente se recibe sin información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos o son pagaderos, y a qué grado lo son, el evaluador de reclamaciones le indicará la información específica necesaria para completar la reclamación tan pronto como sea posible, pero no después de **24 horas** de haber recibido la reclamación. Usted y/o su médico deben contestar a esta petición dentro de un plazo de **2 días hábiles**. Durante el periodo que se le dé para proporcionar la información adicional, se suspenderá el periodo normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspenderá desde de la fecha de notificación de la extensión hasta que hayan transcurrido 2 días hábiles o hasta que usted responda a la petición (lo que ocurra primero). La notificación de la decisión se proporcionará no después de **48 horas** de haber recibido la información requerida. Si no se proporciona la información requerida en el plazo permitido de 2 días hábiles, su reclamación se denegará.

Reclamaciones concurrentes: El evaluador de reclamaciones hará una reconsideración referente a la terminación o la reducción del pago de un tratamiento en curso (que no resulte de una enmienda al Plan o la terminación del Plan) tan pronto como sea posible, pero en cualquier caso con suficiente tiempo para permitir que se decida su apelación antes de que el beneficio se reduzca o termine.

El evaluador de reclamaciones tomará una decisión sobre una petición suya para extender el tratamiento aprobado bajo una reclamación urgente dentro de un plazo de 24 horas de haber recibido la reclamación, siempre y cuando reciba la reclamación al menos 24 horas antes de que termine el tratamiento aprobado.

Reclamaciones después del servicio: En general, se le notificará la decisión sobre su reclamación de atención médica después del servicio dentro de un plazo de **30 días** a partir de que el evaluador de reclamaciones reciba la reclamación. El periodo se puede extender una vez hasta **15 días** si la extensión es necesaria debido a problemas fuera del control del evaluador de reclamaciones. Si es necesaria una extensión, antes de que termine el periodo inicial de 30 días se le notificarán las circunstancias que motivaron la extensión y la fecha en la cual el evaluador de reclamaciones espera tomar la decisión.

Si se requiere una extensión debido a que el evaluador de reclamaciones necesita que usted le proporcione información adicional, el evaluador de reclamaciones le indicará cuál es la información específica necesaria para completar la reclamación tan pronto como sea posible, pero no después de **30 días** de que recibió la reclamación. En este caso usted y/o su médico o dentista tendrán **45 días** para responder a partir del recibo de la notificación. Durante el periodo que se le dé para proporcionar la información adicional, se suspenderá el periodo normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende a partir de la fecha de la notificación de la extensión hasta que hayan transcurrido 45 días o la fecha en que usted responda a la petición (lo que ocurra primero). Entonces el evaluador de reclamaciones cuenta con **15 días** para tomar una decisión sobre su reclamación después del servicio e informarle la determinación. Si no se proporciona la información requerida en el plazo permitido de 45 días, su reclamación se denegará.

Reclamaciones por incapacidad: Por lo general, la Oficina del Fondo de Fideicomiso toma la decisión sobre una reclamación y se la notifica dentro de un plazo de **45 días** a partir de que recibe la reclamación. El periodo se podría extender por hasta **30 días** si la extensión es necesaria debido a problemas fuera del control de la Oficina del Fondo de Fideicomiso. Si es necesaria una extensión, antes de que termine el periodo inicial de 45 días se le notificarán las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la cual la Oficina del Fondo de Fideicomiso espera tomar la decisión. Entonces se tomará una decisión dentro de un plazo de **30 días** a partir de que la Oficina del Fondo de Fideicomiso le notifique la demora. El periodo para tomar la decisión se puede extender **30 días** adicionales, suponiendo que la Oficina del Fondo de Fideicomiso le notifique, antes de que termine el primer periodo de extensión de 30 días, las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que la Oficina del Fondo de Fideicomiso espera tomar una decisión. La notificación de la extensión proporcionará específicamente una explicación de las normas en las que se basa el derecho a un beneficio, los asuntos sin resolver que evitan la toma de una decisión sobre la reclamación, y la información adicional que usted necesita proporcionar para resolver los asuntos pendientes.

Si se requiere una extensión debido a que la Oficina del Fondo de Fideicomiso necesita que usted le proporcione información adicional, la Oficina del Fondo de Fideicomiso le indicará cuál es la información específica necesaria para completar la reclamación tan pronto como sea posible, pero no después de **45 días** de que recibió la reclamación. Usted tendrá **45 días** para responder a partir de que reciba la notificación. Durante el periodo que se le dé para proporcionar la información adicional, se suspenderá el periodo normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende a partir de la fecha de la notificación de la extensión hasta que hayan transcurrido 45 días o la fecha en que usted responda a la petición (lo que ocurra primero). Entonces la Oficina del Fondo de Fideicomiso cuenta con **30 días** para tomar una decisión sobre su reclamación e informarle la determinación. Si no se proporciona la información requerida en el plazo permitido de 45 días, su reclamación se denegará.

En el caso de reclamaciones por incapacidad, el Plan se reserva el derecho de que un médico le examine (corriendo el Plan con los gastos) con tanta frecuencia como sea razonable mientras esté pendiente una reclamación de beneficios.

Reclamaciones sobre el seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales: Generalmente la compañía de seguros tomará una decisión sobre una reclamación de los beneficios del seguro de vida o por AD&D dentro de un plazo de **90 días** a partir de que reciba la reclamación. Este periodo se puede extender por hasta **90 días** si la extensión es necesaria debido a problemas fuera del control de la compañía de seguros. Si es necesaria una extensión, antes de que termine el periodo inicial de 90 días se le notificarán las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la cual la compañía de seguros espera tomar la decisión.

Reclamaciones denegadas (determinaciones adversas sobre los beneficios)

Una "determinación adversa sobre los beneficios" es cualquier denegación, reducción, terminación o falla en proporcionar un beneficio o en pagarlo (total o parcialmente) bajo el Plan. Los siguientes son ejemplos de determinaciones adversas sobre beneficios:

- un pago de menos del 100 % de una reclamación de beneficios
- una denegación, reducción, terminación o falla en proporcionar un beneficio o en pagarlo (total o parcialmente) que resulte de cualquier decisión sobre una preautorización requerida o una autorización concurrente
- no cubrir un artículo o servicio debido a que el Fondo lo considera experimental, de investigación, no médicamente necesario o no médicamente apropiado
- una decisión que deniega un beneficio basándose en la determinación de que usted o un dependiente no es elegible para participar en el Plan

Se le proporcionará una notificación por escrito de la determinación inicial sobre el beneficio. Si es una determinación adversa sobre los beneficios, la notificación incluirá lo siguiente:

- la razón o razones específicas para la determinación,
- referencia a la disposición o estipulación específicas del Plan en las cuales se basa la determinación,
- una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para que se complete su reclamación y una explicación de por qué es necesario tal material o información,
- una descripción de los procedimientos para presentar apelaciones y los límites de tiempo aplicables,
- una declaración de su derecho de emprender una acción civil de acuerdo con la sección 502(a) de ERISA después de la apelación de una determinación adversa sobre los beneficios,
- si la decisión sobre la reclamación se basó en una regla, lineamiento o protocolo interno, una declaración que indique que hay una copia del mismo disponible gratuitamente si así se solicita por escrito, y
- si la determinación se basó en la ausencia de necesidad médica, o en que el tratamiento sea experimental o de investigación, o en otra exclusión similar, una declaración que indique que hay disponible gratuitamente una explicación del criterio científico o clínico de la determinación si así se solicita por escrito.

En el caso de reclamaciones urgentes, la notificación describirá el proceso de revisión expedita aplicable a las reclamaciones urgentes. Para reclamaciones urgentes, la notificación se puede proporcionar verbalmente seguida por una notificación por escrito.

Apelación de una determinación adversa sobre los beneficios

Si se deniega su reclamación o no está de acuerdo con la cantidad del beneficio, puede pedir una revisión (apelar la decisión) como se describe a continuación.

Debe presentar su apelación para la fecha límite aplicable:

- dentro de un plazo de **180 días** después de que reciba la notificación de la denegación de una reclamación referente a atención médica o incapacidad (o, en el caso de una reclamación concurrente, dentro de un tiempo razonable considerando las circunstancias de su situación).
- dentro de un plazo de **60 días** después de que reciba la notificación de la denegación de las reclamaciones del seguro de vida y de AD&D.

Si desea orientación para apelar una determinación adversa sobre los beneficios, consulte la tabla de la página 101 de este documento.

Todas las apelaciones deben indicar la razón por la cual disputa la denegación y deben incluir cualquier material pertinente que aún no se haya proporcionado. La manera y el lugar en el cual deberá presentar su apelación dependen del tipo de reclamación:

- **Reclamaciones antes del servicio:** Las apelaciones de las denegaciones de reclamaciones antes del servicio deben hacerse por escrito y enviarse por correo. Las que involucren beneficios del Plan Médico de Indemnización se deben enviar a Anthem

Blue Cross. Las que involucren beneficios de medicamentos de venta con receta se deben dirigir al administrador de beneficios de farmacia (Express Scripts). Las que involucren beneficios de salud mental o farmacodependencia deben dirigirse a PacifiCare Behavioral Health.

- **Reclamaciones urgentes:** Las apelaciones de denegaciones de reclamaciones urgentes se deben hacer ya sea por teléfono o por un método de rapidez similar. Las apelaciones de reclamaciones urgentes **no** se pueden enviar a través del servicio postal de Estados Unidos.

Las apelaciones de las denegaciones de reclamaciones urgentes se deben enviar a la autoridad de revisión correspondiente mencionada en "Reclamaciones antes del servicio" que aparece inmediatamente arriba.

- **Reclamaciones concurrentes:** Las apelaciones de determinaciones adversas sobre beneficios referentes a reclamaciones concurrentes se deben hacer de la misma manera descrita para las reclamaciones urgentes.
- **Reclamaciones después del servicio: Las** apelaciones de denegaciones de reclamaciones después del servicio se deben presentar por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso.
- **Reclamaciones por incapacidad:** Las apelaciones de denegaciones de reclamaciones por incapacidad se deben presentar por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

Si no sigue los procedimientos adecuados o si no presenta una apelación dentro del periodo prescrito, se considerará que renuncia a su derecho de revisión de la denegación de su reclamación.

Proceso de revisión

El proceso de revisión funciona de la siguiente manera:

- Se le dará la oportunidad de presentar comentarios por escrito, documentos y otra información para que sean considerados durante la apelación, aunque tal información no se haya presentado o considerado como parte de la determinación inicial sobre los beneficios.
- Se le proporcionará gratuitamente, si lo solicita por escrito, acceso razonable a los documentos relevantes de su reclamación y copias de los mismos. Un documento es relevante si se tomó como base para la determinación sobre el beneficio; si se presentó, consideró o generó durante el proceso de determinación del beneficio; si demuestra cumplimiento con los procesos administrativos del Plan y las medidas de protección requeridas por los reglamentos; o si constituye una norma o lineamiento del Fondo con respecto a la opción de tratamiento o beneficio denegado. Los documentos relevantes pueden incluir reglas, protocolos, criterios, tablas de tarifas, listas de cuotas o listas de verificación y procedimientos administrativos específicos del Fondo que demuestren que las reglas del Fondo se aplicaron apropiadamente a la reclamación.
- La apelación será revisada por una persona que no sea aquella que originalmente tomó la determinación adversa inicial sobre los beneficios. La persona que haga la revisión no dará deferencia a la determinación adversa inicial sobre los beneficios. La decisión se tomará con base en el expediente, incluyendo los documentos y comentarios adicionales que usted pueda haber presentado.
- La Junta puede otorgar una audiencia personal para recibir y escuchar cualquier prueba o argumento que usted considere que no se puede presentar satisfactoriamente por correspondencia.
- Si una reclamación se denegó tomando como base un dictamen médico (como una determinación de que el tratamiento o servicio no era médicamente necesario o que era experimental o de investigación), se consultará a un profesional de atención médica que tenga la capacitación y experiencia apropiadas en un campo relevante de la medicina. Si lo solicita, se le proporcionará la identificación de los expertos médicos o vocacionales, si es pertinente, que proporcionaron asesoría en la reclamación, independientemente de si la decisión sobre la reclamación se basó en tal asesoría. El profesional médico involucrado con el propósito de una consulta no puede ser una persona que se haya consultado en relación con la determinación inicial sujeta a apelación, ni un subordinado de tal persona.

Notificación de la decisión sobre una apelación

Recibirá la notificación de la decisión que se tome sobre su apelación en los siguientes plazos:

- **Reclamaciones antes del servicio:** Se enviará una notificación de la decisión sobre la revisión dentro de un plazo de **30 días** a partir del recibo de la apelación.
- **Reclamaciones urgentes:** Se enviará una notificación de la decisión sobre la revisión dentro de un plazo de **72 horas** a partir del recibo de la apelación.
- **Reclamaciones concurrentes:** Se enviará una notificación de la determinación de la apelación de una reclamación concurrente antes de la terminación del beneficio.
- **Reclamaciones de atención médica después del servicio:** Generalmente, las decisiones sobre las apelaciones se tomarán **en la siguiente reunión regularmente programada** de la Junta de Fideicomisarios después de que se reciba su solicitud de revisión. Sin embargo, si su solicitud de revisión se recibe menos de 30 días antes de la siguiente reunión regularmente programada, se puede considerar en una segunda reunión regularmente programada después del recibo de la solicitud. En circunstancias especiales, es posible que sea necesaria una extensión hasta la tercera reunión regularmente programada después del recibo de su solicitud de revisión. Si es necesaria tal extensión, se le notificará por escrito de las circunstancias especiales y la fecha en la que se tomará la decisión antes de que comience la extensión. Una vez que se tome la decisión, se le notificará tan pronto como sea posible, pero no después de 5 días a partir de la fecha en que se tomó la decisión.
- **Reclamaciones por incapacidad: Las** decisiones sobre las apelaciones se tomarán en las reuniones de la Junta de Fideicomisarios. Los plazos y procedimientos son los mismos que los descritos inmediatamente arriba para las reclamaciones de atención médica después del servicio.
- **Reclamaciones sobre el seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales:** Generalmente las decisiones se tomarán dentro de un plazo de **60 días** a partir de que la compañía de seguros reciba la apelación. El periodo para tomar la decisión se puede extender hasta **60 días**, suponiendo que la compañía de seguros le notifique, antes de que termine el primer periodo de 60 días, las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la que la compañía de seguros espera tomar una decisión.

Si su apelación se deniega

Se le proporcionará por escrito la determinación sobre la apelación. La notificación de la denegación de una apelación incluirá lo siguiente:

- la razón o razones específicas para la determinación,
- referencia a la disposición o estipulación específicas del Plan en las cuales se basa la determinación,
- una declaración que indique su derecho a recibir gratuitamente acceso razonable a todos los documentos relevantes a la reclamación, y copias de los mismos, si así lo solicita por escrito,
- una declaración de su derecho de iniciar una acción civil de acuerdo con la sección 502(a) de ERISA después de la determinación adversa sobre los beneficios bajo apelación,
- si la decisión se basó en una regla, lineamiento o protocolo interno, una declaración que indique que hay una copia del mismo disponible gratuitamente si así se solicita por escrito, y
- si la determinación se basó en la necesidad médica, o en que el tratamiento sea experimental o de investigación, o en otra exclusión similar, una declaración que indique que hay disponible gratuitamente una explicación del criterio científico o clínico de la determinación si así se solicita por escrito.

Para cualquier reclamación presentada bajo el Plan o en contra del Fondo, la denegación de una reclamación para la cual se renunció al derecho de revisión, la decisión de la Junta o del Comité de Apelaciones por ésta designado con respecto a una solicitud de revisión es final y obligatoria para todas las partes, sujeto sólo a cualquier acción civil que usted pueda iniciar según ERISA. Después de la emisión de una decisión por escrito de la Junta sobre una apelación, ya no tendrá más derechos de apelación ante la Junta ni derechos de arbitraje.

Cuándo se puede iniciar una demanda judicial

Si considera que en la decisión que se tomó sobre su apelación no se aplicaron apropiadamente las reglas del Plan, puede iniciar una demanda judicial contra el Plan ante los tribunales federales. Sin embargo, no se debe iniciar una acción legal o equitativa por los beneficios bajo este Plan a menos y hasta que usted haya:

- presentado una reclamación de los beneficios de acuerdo con las Reglas y reglamentos del Plan,
- recibido una notificación de que se deniega la reclamación (o la reclamación se considera denegada),

- solicitado una revisión de la determinación adversa sobre los beneficios y haya agotado todos los procedimientos administrativos, incluidos todos los procedimientos de apelación y revisión de reclamaciones por cada asunto que usted considere relevante, y
- recibido una notificación por escrito de que la denegación de la reclamación se ha confirmado (o que la reclamación se considera denegada) en la revisión.

("Considera denegada" significa que usted presentó una reclamación o una apelación y no ha recibido una decisión ni una notificación de que es necesaria una extensión cuando termina el tiempo de respuesta permitido en este tipo de reclamaciones.)

No se puede iniciar ninguna acción legal ni mantener durante más de dos (2) años después de la fecha en que se le haya notificado por escrito que, después de una revisión, se confirma la denegación de su reclamación.

Autoridad discrecional de la Junta de Fideicomisarios

La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho exclusivo y el criterio para interpretar el Plan y el tipo y carácter de las pruebas exigidas para cualquier reclamación y la aplicación e interpretación del Plan estarán sujetos a su juicio exclusivo. Cualquier disputa con respecto a la elegibilidad, el tipo, la cantidad o la duración de los beneficios o cualquier derecho o reclamación de los pagos del Fondo será resuelta por la Junta o la persona por ésta debidamente designada bajo y conforme las disposiciones del Plan y el Acuerdo del Fideicomiso, y su decisión es final y obligatoria para todas las partes, sujeto sólo a revisión judicial como pueda ser congruente con las leyes federales sobre el trabajo.

Cuándo presentar una reclamación o una apelación

	RECLAMACIONES	APELACIONES
Kaiser Foundation Health Plan (incluidos beneficios médicos, de medicamentos de venta con receta, audífonos y de la vista)	Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Departamento de Reclamaciones P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923	Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Special Services Unit P.O. Box 23280 Oakland, CA 94623
Plan Médico de Indemnización: (incluidos beneficios de salud mental y farmacodependencia)	Anthem Blue Cross P.O. Box 60007 Los Angeles, CA 90060-0007	Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480
Beneficios de medicamentos de venta con receta del Plan de Indemnización	Express Scripts P.O. Box 14711 Lexington, Kentucky 40512	Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480
Beneficios de atención de la vista del Plan de Indemnización	Vision Service Plan Attn: Out-of-Network Provider Claims P.O. Box 997105 Sacramento, CA 95899-7105	Vision Service Plan Member Appeals 333 Quality Drive Rancho Cordova, CA 95670
Beneficios de audífonos del Plan de Indemnización	Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480	Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480
Beneficios dentales	Delta Dental Plan of California P.O. Box 997330 Sacramento, CA 95899-7330	Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480
Beneficios de ortodoncia	Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480	Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480
Beneficios del seguro de vida y del seguro por muerte y desmembramiento accidentales	Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480	Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company P.O. Box 20 Minneapolis, Minnesota 55440
Beneficios semanales suplementarios por incapacidad	Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480	Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480

BENEFICIOS DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS Y RESPONSABILIDAD DE TERCEROS DEL PLAN DE INDEMNIZACIÓN

Coordinación de beneficios con otros planes

Si una persona elegible tiene derecho a recibir beneficios de otro plan de grupo por gastos médicos que también este Fondo debe pagar, entonces los beneficios proporcionados por este Plan se pagarán de acuerdo con las siguientes disposiciones, sin exceder la cantidad en dólares de los beneficios que se hubiesen pagado en ausencia de otra cobertura de grupo, o un 100 % de los gastos cubiertos realmente incurridos por la persona elegible.

1. Los beneficios del plan que cubre a la persona como participante, empleado o miembro siempre se determinan antes de que beneficios de un plan que cubre a la persona como dependiente. Esta disposición aplica a cualquier hijo dependiente que está cubierto bajo otro plan como participante, empleado o miembro.

2. Si usted es el cónyuge dependiente de un participante, los beneficios del Fondo se pagarán por los gastos elegibles no cubiertos por el otro plan de grupo.

Notificación importante si su cónyuge trabaja

Si a un cónyuge se le ofrece la oportunidad de inscribirse en otro plan de grupo patrocinado por el empleador del cónyuge, y elige no inscribirse en ese plan de grupo, los beneficios de ese plan de grupo se determinarán antes que los beneficios de ESTE Plan, independientemente de si el cónyuge se ha o no se ha inscrito realmente en el otro plan de grupo e independientemente de si el empleador del cónyuge requiere el pago de una prima. El Plan calculará los beneficios del otro plan de grupo a un 80 % de los gastos cubiertos.

3. Si se hace una reclamación por un hijo dependiente cuyos padres no están separados ni divorciados, los beneficios del plan de grupo que cubre a la persona elegible como hijo dependiente de un padre cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, ocurre primeramente en el año calendario, se determinarán antes que los beneficios del plan de grupo que cubre a tal persona elegible como hijo dependiente de un padre cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, ocurre posteriormente en el año calendario.

   Si alguno de los dos planes de grupo no tiene las disposiciones de esta regla concernientes a los dependientes, y esto da como resultado que cualquiera de los planes de grupo determine sus beneficios antes que el otro, o que cualquiera de los planes de grupo determine sus beneficios después del otro, no aplicarán las disposiciones de esta regla, y la regla establecida en el Plan que no tiene la disposición de esta regla determinará el orden de los beneficios.

4. Si se hace una reclamación por un hijo dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el padre con la custodia del niño no se haya vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubra al hijo como dependiente del padre con la custodia del niño se determinarán antes de los beneficios del plan que cubra al niño como dependiente del padre sin la custodia.

5. Si se hace una reclamación por un hijo dependiente cuyos padres estén separados o divorciados y el padre con la custodia del niño se ha vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente del padre con la custodia se determinarán antes que los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente del padrastro o madrastra, y los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente del padrastro o la madrastra se determinarán antes que los beneficios de un plan que cubra a ese niño como dependiente del padre que no tiene la custodia.

6. En el caso de una persona elegible a nombre de la cual se presente una reclamación como hijo dependiente cuyos padres estén separados o divorciados, y que exista una orden judicial que de alguna manera establezca responsabilidad financiera por los gastos médicos, dentales u otros gastos relacionados con la atención médica del niño, entonces, no obstante las reglas 4 y 5 antes mencionadas, los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente del padre con tal responsabilidad financiera se determinarán antes que los beneficios de cualquier otro plan que cubra al niño como hijo dependiente.

7. Para un hijo dependiente que esté cubierto por más de un plan de personas que no sean los padres del niño, el orden de los beneficios se determinará con la regla de cubertura de mayor y menor duración que se describe abajo, y si la duración de la cobertura es la misma, entonces se aplicará la regla del cumpleaños (número 3 de arriba) entre la cobertura de los padres del hijo dependiente y la cobertura del cónyuge del dependiente. Por ejemplo, si un hijo dependiente casado de este Plan también tiene cobertura como dependiente del plan de grupo de su cónyuge, este Plan primero observa la duración de la cobertura, y determina primero los beneficios del plan que cubrió al hijo dependiente por más tiempo; y si los dos planes tienen la misma duración de la cobertura, entonces el Plan determina quien cumple años primero en el año.

Cuando las reglas 1, 2, 3, 4, 5 y 7 no establezcan un orden de determinación de beneficios, se proporcionarán los beneficios del Fondo sin reducción, si la persona elegible ha sido continuamente elegible para recibir los beneficios de este Fondo por un periodo de tiempo más prolongado que el tiempo que ha sido continuamente elegible para recibir los beneficios de otro plan de grupo, sujeto a lo siguiente:

- Los beneficios de un plan de grupo que cubre a la persona elegible cuya reclamación de gastos se hace como participante despedido o jubilado, o de un dependiente de esta persona, se determinarán después de los beneficios de cualquier otro plan de grupo que cubra a tal persona como empleado activo o dependiente de un empleado activo; y
- Si ninguno de los planes de grupo tiene una disposición referente a empleados despedidos o jubilados, y esto da como resultado que cada plan de grupo determina sus beneficios después del otro, entonces no aplicará la disposición (a) anterior.

Coordinación con acuerdos de proveedores preferidos

Además de cualesquiera otras limitaciones aplicables a este plan o a sus disposiciones de coordinación de beneficios, en donde este plan, como "secundario", está coordinando los beneficios con otro plan que estableció un acuerdo de proveedores preferidos con un proveedor médico u hospitalario, este plan no pagará más que la diferencia entre:

1. La cantidad menor entre:
   - los cargos normales facturados por el proveedor;
   - la tarifa negociada para tal gasto bajo el acuerdo de proveedor preferido entre el proveedor y el plan con el cual este plan está haciendo la coordinación, o
   - la tarifa negociada de ese plan con su proveedor preferido; y
2. La cantidad que el otro plan paga como "primario".

Coordinación con Medicare

El Fondo proporcionará beneficios normales de hospital y médicos según el Plan de Indemnización para los participantes elegibles activos y sus cónyuges y parejas de hecho. Si un gasto está cubierto tanto por este plan como por Medicare (excepto por los cargos incurridos después de los primeros 30 meses de tratamiento de un trastorno renal en etapa terminal), este plan pagará sus beneficios independientemente de Medicare, y entonces Medicare puede pagar el resto del cargo sujeto a sus limitaciones aplicables.

Coordinación con Medicaid

Los beneficios pagaderos por este plan se harán en cumplimiento con cualquier cesión de derechos hechos por o a nombre de una persona elegible, según lo requiere el plan de California para asistencia médica aprobado bajo la sección 1912(a)(1)(A) del Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid).

Si el estado ha proporcionado asistencia médica (bajo Medicaid) en la cual este plan tiene responsabilidad legal para hacer el pago de los servicios, este plan pagará las reclamaciones que se presenten en el lapso de un año a partir de la fecha en que se incurrieron los gastos. El reembolso al estado, como a cualquier otra entidad que haya hecho pagos por asistencia médica, cuando este plan tenga la responsabilidad legal de hacer el pago, será equivalente a los beneficios del plan o a la cantidad que realmente se pague, lo que sea menor.

Coordinación con planes prepagados (como las HMO)

Independientemente de si este Plan se considera primario o secundario bajo sus disposiciones de coordinación de beneficios, en el caso de que un participante o dependiente:

- tenga cobertura bajo los beneficios médicos de indemnización de este plan, y
- tenga cobertura bajo un programa prepagado bajo otro plan de grupo (independientemente de si el participante o el dependiente debe pagar una porción de la prima por ese plan), y
- usa el programa prepagado, entonces este Plan sólo reembolsará los copagos requeridos del participante elegible o de los dependientes bajo el programa prepagado, y sólo si se requieren copagos de cada persona cubierta por tal programa.

Responsabilidad de terceros

Si una persona elegible tiene una enfermedad, lesión, trastorno u otra afección por la cual un tercero (o terceros) puede estar obligado o sea legalmente responsable por motivo de un acto, omisión o cobertura de seguro de tal tercero o terceros (referidos en esta SPD colectivamente como "terceros responsables"), el Fondo no será responsable de pagar ningún beneficio. Sin embargo, cuando el Fondo reciba todos los documentos firmados que requiere para asegurar el derecho de reembolso de plan, incluidos pero sin limitarse a un acuerdo de reembolso, el Fondo puede pagar los beneficios por gastos de hospital, médicos u otros gastos relacionados con, o que surjan de esa lesión, enfermedad, trastorno u otra afección. El Fondo tendrá todos los derechos descritos en la sección Responsabilidad de terceros (sección 8.02) de las Reglas y reglamentos impresos al final de esta SPD (a partir de la página 44 de ese documento).

Primero se debe reembolsar al Fondo, antes que a cualquier otra reclamación, el 100 % de los beneficios pagados por el Fondo de cualquier recuperación obtenida mediante sentencia, adjudicación de arbitraje, veredicto, conciliación u otra fuente por la persona elegible o por cualquier otra persona o tercero para la persona elegible, en virtud de tal enfermedad, lesión, trastorno u otra afección, incluida la recuperación de cualquier cobertura contra motoristas con seguro insuficiente o no asegurados o de otro seguro, aunque la sentencia, veredicto, adjudicación, otorgamiento o cualquier recuperación no devuelva la integridad de la persona elegible o no incluya específicamente gastos médicos. El Fondo deberá recibir un reembolso de tal recuperación sin ninguna deducción por honorarios legales incurridos o pagados por la persona elegible. La persona elegible y/o su abogado deben prometer no anular ni entorpecer ninguno de los derechos del Fondo sin consentimiento por escrito. Además, el Fondo debe recibir reembolso de cualquier honorario legal incurrido o pagado por el Fondo para asegurar el reembolso de tal beneficio pagado por el Fondo.

Si el Fondo paga cualquier beneficio por tal enfermedad, lesión, trastorno u otra afección, el Fondo también tendrá automáticamente un derecho de retención y/o fideicomiso legal con respecto a tal porción de cualquier recuperación obtenida por la persona elegible o por cualquier persona o tercero a nombre de la persona elegible, por tal enfermedad, lesión, trastorno u otra afección por cuyos beneficios pagó el Fondo, aunque la sentencia, veredicto, adjudicación, conciliación o cualquier recuperación no devuelva la integridad de la persona elegible o no incluya específicamente gastos médicos. Tal derecho de retención se debe presentar a la persona elegible, a su agente, compañía de seguro u otra persona o tercero que retenga tal recuperación por la persona elegible, o al tribunal; y tal derecho de retención se debe satisfacer de cualquier recuperación recibida por la persona elegible, como sea que esté clasificada, asignada o mantenida.

Si no se hace el reembolso según se especifica, el Fondo, a su exclusivo criterio, puede emprender cualquier acción legal y/o equitativa para recuperar la cantidad que fue pagada por la enfermedad, lesión, trastorno u otra afección de la persona elegible (incluido cualquier gasto legal incurrido o pagado por el Fondo) y/o puede compensar los pagos futuros de beneficios con la cantidad de tal reembolso (incluido cualquier honorario legal incurrido o pagado por el Fondo). El Fondo, a su exclusiva discreción, puede interrumpir el pago de los beneficios si existe una base razonable para determinar que la persona elegible no cumplirá los términos del Plan, o si existe una base razonable para determinar que esta sección no es ejecutable.

DISPOSICIONES GENERALES/INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA Ley de Seguridad de Ingreso en la Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA)

Información general sobre el plan

El nombre y el tipo de la administración del plan:

El nombre del Plan es Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. El patrocinador del Plan es la Junta de Fideicomisarios de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. La Oficina Administrativa del Fondo se ubica en la siguiente dirección:

Carpenter Funds Administrative Office of Northern California, Inc.
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, CA 94621-1480
Teléfono: (510) 633-0333
Dirección electrónica: benefitservices@carpenterfunds.com
Sitio web: www.carpenterfunds.com

La Oficina del Fondo de Fideicomiso proporcionará a cualquier participante o beneficiario del Plan, si lo solicita por escrito, información sobre si un empleador particular está contribuyendo a este Fondo y, de ser así, la dirección de tal empleador.

Tipo de plan:

El Plan es un plan de beneficios de bienestar para los empleados, que proporciona beneficios de seguro de vida, por muerte y desmembramiento accidentales, semanal por incapacidad, médicos, de medicamentos de venta con receta, audífonos, atención de la vista, dental y de ortodoncia a los participantes y a sus dependientes elegibles.

Número de identificación de contribuyente asignado al Plan y número del Plan:

El número de identificación del empleador (Employer Identification Number, EIN) que se asignó a la Junta de Fideicomisarios es 94-1234856. El número del Plan es 501.

El nombre y dirección de la persona designada como agente para el servicio del proceso legal:

Gene H. Price, Administrador
c/o Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, CA 94621-1480

El servicio del proceso legal también puede hacerse a la Junta de Fideicomisarios o a un fideicomisario individual.

Este programa se mantiene de acuerdo con varios acuerdos de negociación colectiva.

Las copias de los acuerdos de negociación colectiva están disponibles para su revisión en la Oficina del Fondo de Fideicomiso durante horas hábiles normales, y si se solicitan por escrito se pueden enviar por correo. También estará disponible para su revisión una copia de cualquier acuerdo de negociación colectiva que proporcione contribuciones al Fondo, en un lapso de 10 días calendario a partir de que se presente una solicitud por escrito en cualquier oficina del sindicato local, o en cualquier oficina de cualquier empleador contribuyente al cual se reporten diariamente al menos 50 participantes del Plan.

Nombres, títulos y direcciones de los fideicomisarios:

Fideicomisarios del empleador

Don Dolly
ACME General Engineering, Inc.
P.O. Box 1574
Oakdale, CA 95361

Fideicomisarios laborales

Robert Alvarado
Northern California Carpenters Regional Council
265 Hegenberger Road, Suite 200
Oakland, CA 94621

Randy Jenco
Viking Construction Company
P.O. Box 1508
Rancho Cordova, CA 95741

Mike Mencarini
Unger Construction Company
910 X Street
Sacramento, CA 95818

Larry Nibbi
Nibbi Brothers General Contractors
100 Brannan Street, Suite 102
San Francisco, CA 94103

Chuck Palley
Cahill Contractors, Inc.
425 California Street, Suite 2200
San Francisco, CA 94104

Joseph R. Santucci
The Conco Companies, Inc.
5141 Commercial Circle
Concord, CA 94520

Roy Van Pelt
Lathrop Construction Associates, Inc.
4001 Park Road
Benicia, CA 94510

Augie Beltran
Northern California Carpenters Regional Council
265 Hegenberger Road, Suite 200
Oakland, CA 94621

Frank Crim
Carpenters Local Union No. 180
404 Nebraska Street
Vallejo, CA 94590

William Feyling
Carpenter 46 Northern California Counties
Conference Board
265 Hegenberger Road, Suite 220
Oakland, CA 94621

Curtis Kelly
Northern California Carpenters Regional Council
265 Hegenberger Road, Suite 200
Oakland, CA 94621

Timothy Lipscomb
Northern California Carpenters Regional Counsel
265 Hegenberger Road, Suite 200
Oakland, CA 94621

Tom Mattis
Carpenters Local Union No. 751
1706 Corby Avenue
Santa Rosa, CA 95407

Requisitos del Plan respecto a la elegibilidad para recibir beneficios

Consulte la sección de elegibilidad de esta SPD que comienza en la página 9.

Ciertos factores pueden interferir con el pago de los beneficios del Plan (dando como resultado su descalificación o inelegibilidad, denegación de su reclamación, o pérdida, renuncia o suspensión de los beneficios que usted pudiera razonablemente esperar).

A continuación se presenta una lista de tales factores. También consulte otras fuentes de información que le conciernen: su Evidencia de Cobertura de Kaiser (si está inscrito en Kaiser), el folleto de beneficios dentales de Delta Dental, y el folleto de beneficios de la vista de VSP (si está inscrito en el Plan Médico de Indemnización).

- **Realización de un empleo que no califica.** Si se notifica al Fondo que usted ha realizado trabajo que no está contemplado bajo un acuerdo de negociación colectiva o contrato del suscriptor que requiera contribuciones al Fondo, su elegibilidad se terminará el primer día del mes siguiente.
- **Cancelación de su banco de horas** ***(sólo para los participantes del Plan A y del Plan B).*** Las horas del banco de horas que proporcionan su elegibilidad se reducirán a cero si no reporta la existencia de otra cobertura médica de grupo patrocinada por otro empleador, si a sabiendas permite que un empleador contribuyente contribuya con menos de todas las horas que usted ha trabajado, excepto como se estipula en el acuerdo de negociación colectiva, o realiza trabajo del tipo cubierto por el Plan para un empleador que no es un empleador contribuyente, o su empleador no paga las contribuciones reportadas en su nombre durante 4 meses consecutivos. Consulte los detalles en las páginas 13 y 15.

- **Incumplimiento de los requisitos de revisión de la utilización del Pla** Ciertos beneficios del Plan Médico de Indemnización no se pagarán si no cumple con los requisitos de revisión de la utilización del Plan. En la página 66 se encuentra información sobre los requisitos de revisión de la utilización del Plan Médico de Indemnización. Otros beneficios (como los beneficios de medicamentos de venta con receta y salud mental y farmacodependencia) también tienen requisitos de revisión de la utilización.

- **Uso de proveedores no participantes.** Usted no recibirá el nivel más alto de cobertura disponible para muchos de los servicios médicos descritos en este documento a menos que use los servicios de proveedores participantes (también llamados "contratados" o "de la red" o, en el caso de los beneficios dentales, "dentistas de la PPO"). Para algunos servicios y suministros no recibirá beneficios si no usa los servicios de proveedores participantes. Si desea más información al respecto, consulte las secciones sobre los beneficios de atención médica.

- **Incumplimiento en la presentación oportuna de las reclamaciones.** Debe presentar todas las reclamaciones de atención médica dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha en que se incurren los gastos cubiertos. En ningún caso se permitirán los beneficios si usted presenta una reclamación después de un año de la fecha en que se incurrieron los gastos.

- **Medicamentos de venta con receta.** Si no compra los medicamentos especializados en una farmacia de medicamentos especializados, no recibe una autorización previa para comprar ciertos medicamentos o no compra medicamentos de mantenimiento en la farmacia de pedidos por correo, se le denegará su reclamación de medicamentos de venta con receta. Los medicamentos especializados son aquellos que se usan para tratar afecciones raras y complejas, como hemofilia, cáncer, esclerosis múltiple, artritis reumatoide, hepatitis C o psoriasis. Los beneficios para este tipo de medicamentos solo están disponibles con el administrador de beneficios de farmacia / farmacia de medicamentos especializados del Plan. Al igual que algunos servicios médicos, algunos medicamentos requieren autorización previa antes de que se paguen los beneficios, y la cobertura de medicamentos de mantenimiento (medicamentos que requieren más de dos reabastecimientos) se limitan a compras en la farmacia de pedidos por correo.

Nota: Se requiere que los participantes del Plan A y del Plan R notifiquen la existencia de otra cobertura a la Oficina del Fondo de Fideicomiso. Si no notifica al Fondo sobre otro seguro, es posible que no pueda coordinar sus beneficios, y esto podría dar como resultado el sobrepago de su reclamación. La cantidad que se pagó en exceso se debe devolver antes de que se puedan pagar reclamaciones futuras a usted y su familia.

- **Las disposiciones del plan para la coordinación de beneficios.** Si usted o un dependiente tiene una cobertura médica bajo otro plan, el pago de los beneficios se coordinará con el pago de los beneficios del otro plan. Si desea más información al respecto, consulte la sección "Coordinación de beneficios" que se encuentra en la página 102.

- **Si su cónyuge no se inscribe en un plan de grupo patrocinado por el empleador de su cónyuge.** Si su cónyuge tiene la oportunidad de inscribirse en una cobertura patrocinada por un empleador aunque requiera pagar el 100 % del costo, el Fondo coordinará los beneficios como si su cónyuge se hubiese inscrito en esa cobertura, aunque él o ella haya decidido no inscribirse. El Fondo asumirá que el otro plan paga un 80 % de los gastos cubiertos de su cónyuge y ajustará sus beneficios de acuerdo con ello.

- **Las disposiciones del Plan referentes al pago de otra fuente.** Se le requerirá que reembolse al Fondo los beneficios que pague en caso de que usted o uno de sus dependientes resulta lesionado por las acciones de un tercero y que usted recibe indemnización por tal lesión de otra fuente. Si desea más información al respecto, consulte la sección "Responsabilidad de terceros" que se encuentra en la página 102.

- **Si no mantiene actualizada su dirección.** Si usted se muda, es su responsabilidad mantener informada a la Oficina del Fondo de Fideicomiso dónde se le puede localizar. De otra manera, es posible que no reciba información importante sobre sus beneficios.

- **Si no mantiene un registro de sus horas de trabajo.** Se otorgará la elegibilidad sólo si el Fondo recibe las contribuciones. El Fondo asume que sus horas y contribuciones son exactas, a menos que usted cuestione la exactitud de un estado trimestral dentro de un plazo de un año a partir de que lo recibe. Es muy importante que conserve los talonarios de sus cheques o estados de cuenta para que pueda verificar la exactitud de sus beneficios de salud y bienestar. Si las horas que indica el registro no coinciden con las horas a las que usted considera que tiene derecho, debe pedir a la Oficina del Fondo de Fideicomiso que revise los registros de las contribuciones. Para presentar una reclamación por un número insuficiente de horas reportadas, usted debe proporcionar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso un comprobante de que el número de horas reportadas es menor que las horas trabajadas en un empleo cubierto por el cual se requiere hacer contribuciones al Plan de Salud y Bienestar. Debe conservar los talonarios de sus cheques de pago, ya que serán necesarios para investigar una reclamación por un número insuficiente de horas reportadas. Los talonarios de los cheques deben incluir el nombre de los empleadores para los cuales trabajó, las fechas de trabajo y los salarios pagados. Las solicitudes escritas de revisión deben recibirse dentro de un plazo de un año a partir de la fecha en que recibe su declaración trimestral combinada.

- **Trabajo como "parte interesada".** Si trabaja como "parte interesada", no tendrá disponibles ciertos beneficios del Plan, como los beneficios de extensión del periodo de incapacidad, beneficios semanales suplementarios por incapacidad o de la cobertura de continuación COBRA. Como "parte interesada", solo será elegible para la cobertura si todas las contribuciones debidas por todas las horas de todos los empleados que trabajan para su empleador están al corriente y las morosidades se han resuelto. No se le otorgará cobertura a menos que haya trabajado un promedio de 145 horas durante los últimos tres meses de trabajo, y esas horas fueron reportadas al Fondo. Más aún, la cobertura del banco de horas no estará disponible para usted a menos que ya no trabaje para su empleador anterior de ninguna manera, y ya no sea parte interesada según la definición del Plan.

  Una "parte interesada" es un propietario, socio, interesado, miembro de la junta de directores de una corporación, funcionario o empleador individual, superintendente con rango superior al de supervisor o supervisor general, u otra persona que esté en alguna otra manera interesada en los ingresos del empleador.

También consulte el capítulo Inscripción y elegibilidad en la página 9 para ver información sobre la elegibilidad y la terminación de la elegibilidad.

Fuente de financiamiento del Plan e identidad de cualquier organización a través de la cual se proporcionan beneficios:

Todas las contribuciones al Fondo las hacen empleadores contribuyentes en cumplimiento con acuerdos de negociación colectiva en vigencia con Carpenters 46 Northern California Counties Conference Board o uno de sus sindicatos locales afiliados, o por el Consejo Regional o uno de sus sindicatos locales afiliados, con respecto a ciertos de sus participantes, de acuerdo con los reglamentos de la Junta, o un contrato del subscriptor reconocido.

Las contribuciones se calculan considerando el acuerdo de negociación colectiva o el acuerdo del suscriptor correspondiente.

Los beneficios se proporcionan a través de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California y las organizaciones que aparecen en la tabla de la siguiente sección.

La fecha de conclusión del año del plan:

La fecha de conclusión del año del plan es el 31 de agosto.

Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones

Los procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones se describen en la sección de este folleto que comienza en la página 93. Además, consulte la página 100 de este documento para ver información sobre dónde enviar una reclamación o presentar una apelación.

Futuro del Plan y del Fideicomiso; enmienda del Plan y derechos de terminación:

Aunque se tiene la intención de que los beneficios proporcionados por este Plan permanezcan vigentes indefinidamente, sólo se pueden garantizar mientras las partes firmantes de los acuerdos de negociación colectiva continúen requiriendo suficientes contribuciones al Fondo para financiar el costo de los beneficios. Si las contribuciones cesan y las reservas se agotan, los fideicomisarios ya no tendrán la obligación de proporcionar la cobertura. Estos beneficios no se garantizan de por vida.

La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho de cambiar o suspender el tipo y las cantidades de los beneficios de este Plan y las reglas de elegibilidad, incluidas las que proporcionan elegibilidad extendida o acumulada, aunque la elegibilidad extendida ya se haya acumulado.

El Plan se puede terminar de acuerdo con la autoridad bajo el Acuerdo de Fideicomiso. En el caso de la terminación del Fideicomiso, cualquiera y todo dinero y activos que queden en el Fideicomiso, después del pago de los gastos, se usarán para la continuación de los beneficios proporcionados por el entonces existente programa de beneficios, hasta que se agoten todo el dinero y los activos. La Junta de Fideicomisarios tiene derecho de revisar, reducir, o de otra manera ajustar los beneficios en cualquier manera razonable en relación con la terminación del Plan.

Organizaciones a través de las cuales se proporcionan los beneficios

Nombre y dirección de la organización	
Anthem Blue Cross of California 21555 Oxnard Street Woodland Hills, CA 91367 Administra el programa de proveedores participantes y la revisión de la utilización requerida para el Plan Médico de Indemnización. (Los beneficios están autofinanciados por el Fondo de Fideicomiso.)	**Delta Dental Plan** 100 First Street San Francisco, CA 94105 Administra el plan dental para los participantes inscritos en el plan dental. (Los beneficios están autofinanciados por el Fondo de Fideicomiso.)
Kaiser Foundation Health Plan Northern California Region 1950 Franklin Street Oakland, CA 94612 Proporciona beneficios prepagados médicos, de medicamentos, de la vista y de audífonos a los participantes inscritos en Kaiser.	**Express Scripts** Administra los beneficios de medicamentos de venta con receta para los participantes del Plan de Indemnización; no garantiza el pago de los beneficios de medicamentos de venta con receta. (Los beneficios están autofinanciados por el Fondo de Fideicomiso.) **Accredo** 1640 Century Center Pkwy Memphis, TN 38134 Administra los beneficios de medicamentos especializados para el Plan Médico de Indemnización.
Vision Service Plan 3333 Quality Drive Rancho Cordova, CA 95670 Administra el plan de atención de la vista para los participantes del Plan Médico de Indemnización. (Los beneficios están autofinanciados por el Fondo de Fideicomiso.)	**Voya Financial/ReliaStar Life Insurance Company** P.O Box 20 Minneapolis, MN 55440 Proporciona beneficios del seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales.

Sus derechos bajo ERISA

Como participante de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, usted tiene ciertos derechos y protecciones de acuerdo con la Ley de Seguridad de Ingreso en la Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA) y enmiendas subsiguientes. ERISA dispone que todos los participantes del Plan tienen los siguientes derechos:

Recibir información sobre su plan y beneficios

Usted tiene derecho de:

- Examinar, sin costo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados tales como áreas de trabajo y áreas de reunión del sindicato, todos los documentos que rigen al Plan. Estos documentos incluyen contratos de seguro y acuerdos de negociación colectiva y una copia del último informe anual (documento de la serie 5500) presentado por el Plan al Departamento de Trabajo de Estados Unidos (U.S. Department of Labor) y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration, EBSA).
- Obtener, mediante una solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen la operación del Plan. Estos incluyen contratos de seguro y acuerdos de negociación colectiva y copias del último informe anual (documento de la serie 5500) y una Descripción Sumaria del Plan actualizada. El Administrador del Plan puede hacer un cargo razonable por las copias.

- Recibir un sumario del informe financiero anual del Plan. La ley requiere que el Administrador del Plan entregue a cada participante una copia de este informe financiero anual.

Continuación de la cobertura del plan médico de grupo

Usted también tiene derecho de continuar la cobertura médica para usted, su cónyuge o sus hijos dependientes si hay una pérdida de la cobertura bajo el Plan como resultado de un evento que califica. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar tal cobertura. Revisar esta SPD y los documentos que gobiernan el Plan sobre las reglas que rigen sus derechos de cobertura de continuación según COBRA.

Tenga en cuenta que también podría tener disponibles otras alternativas de cobertura médica en lugar de COBRA que podría comprar a través del **mercado de seguros médicos** (*el mercado ayuda a las personas que no tienen cobertura médica a encontrar un plan médico y a inscribirse en él [si es residente de California, consulte: www.coveredca.com. Las personas que no residan en California deben consultar su mercado de seguros médicos o visitar www.healthcare.gov*)].

Además, usted podría tener derecho a recibir un crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales de coberturas que compre en el mercado. Su elegibilidad para participar en COBRA no limita su elegibilidad para comprar cobertura con un crédito fiscal. Además, usted podría tener derecho a una oportunidad de inscripción especial en otro plan médico de grupo en el que sea elegible (como el plan de su cónyuge), si solicita la inscripción en ese otro plan dentro de 30 días de perder la cobertura de este Plan, aunque el otro plan por lo general no acepte suscriptores tardíos.

Acciones prudentes por parte de los Fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación del plan de beneficios para los empleados. Las personas que operan su Plan, llamadas "fiduciarios" del Plan, tienen la obligación de hacerlo prudentemente y en su interés y en interés de otros participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluidos su empleador, sindicato y cualquier otra persona, pueden despedirle ni discriminar de alguna manera en su contra para evitar que usted obtenga un beneficio de bienestar o que ejerza sus derechos de acuerdo con ERISA.

Haga valer sus derechos

Si su reclamación de un beneficio de bienestar se deniega o ignora, total o parcialmente, usted tiene derecho a saber por qué se le denegó o ignoró, de obtener gratuitamente copias de los documentos que se relacionen con la decisión, y de apelar a cualquier denegación, dentro de ciertos límites de tiempo.

De acuerdo con ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer valer los derechos mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o el último informe anual del Plan y no lo recibe dentro de un plazo de 30 días, puede entablar un juicio en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el Administrador del Plan le proporcione los materiales solicitados y le pague hasta $110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones que se encuentren fuera del control del Administrador del Plan.

Si se le deniega o ignora, total o parcialmente, una reclamación de beneficios, usted puede entablar un juicio en un tribunal estatal o federal una vez que haya agotado el proceso de apelaciones descrito en la sección "Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones" de este documento. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de la misma en relación con el estado calificado de una orden de manutención médica infantil calificada, puede entablar un juicio ante un tribunal federal. Si sucediera que los fiduciarios del Plan hacen un uso inadecuado del dinero del Plan, o si se le discrimina por ejercer sus derechos, puede buscar la asistencia del Departamento de Trabajo de EE. UU., o puede entablar un juicio en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos y los honorarios legales. Si usted gana, el tribunal puede ordenar a la persona que usted demandó que pague estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios; por ejemplo, si determina que su reclamación no tiene fundamento.

No se puede iniciar ninguna acción legal ni mantener durante más de dos años después de la fecha en que se haya notificado por escrito al reclamante que después de una revisión se confirma la denegación de su reclamación.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene preguntas relacionadas con su plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan. Si tiene preguntas sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del Administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento del Trabajo de Estados Unidos, que se encuentra listada en su directorio telefónico. De manera alternativa, puede obtener asistencia llamado al número telefónico sin costo de EBSA, (866) 444-EBSA (3272) o escribiendo a la siguiente dirección:

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

Puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa sin costo de publicaciones de EBSA al (866) 444-EBSA (3272) o comunicándose con la oficina local de EBSA más cercana a usted.

También puede encontrar respuestas a sus preguntas sobre el Plan y una lista de las oficinas locales de EBSA en el sitio web de EBSA en www.dol.gov/ebsa.

Reintegros

En el evento de que el Plan de Salud y Bienestar reciba un reintegro según la tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos (“Medical Loss Ratio” MLR), la cantidad recibida se usará con el único propósito de proporcionar beneficios a los participantes del Plan y sus beneficiarios, y de sufragar los gastos razonables incurridos por la administración del Plan.

Los encabezamientos, el tipo de letra y el estilo no modifican las disposiciones del Plan

Los encabezamientos de los capítulos y subcapítulos, y el texto que aparece en **letra negrita** o en MAYÚSCULAS y el tipo de letra y el tamaño de las secciones, párrafos y subpárrafos se incluyen con el único propósito de identificar en general el tema del texto sustantivo para la conveniencia del lector. Los encabezamientos **no** son parte del texto sustantivo de ninguna disposición, y **no se debe interpretar que modifican el texto de ninguna disposición sustantiva de ninguna manera.**

Confidencialidad de la información médica

El plan requiere proteger la confidencialidad de su información médica protegida en virtud de la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) y de las reglas impuestas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Si necesita otra copia de la Notificación de las prácticas de confidencialidad del Plan, visite www.carpenterfunds.com o comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

La Notificación de las prácticas de confidencialidad del Plan, que se distribuye a todos los participantes del Plan y a sus dependientes cuando se vuelven elegibles por primera vez, explica qué información se considera “información médica protegida” (Protected Health Information, PHI). También le indica cuándo el Plan puede usar o divulgar esta información, cuándo se requiere su permiso o su autorización por escrito, cómo puede obtener acceso a su información, y las acciones que puede tomar referentes a su información. (Consulte la sección 10.09.d. de las Reglas y reglamentos que se encuentran impresos al final de esta SPD para obtener más información, incluida la definición de información médica protegida.)

Sus derechos en virtud de HIPAA incluyen el derecho de:

- Recibir comunicaciones confidenciales de su información médica protegida, según corresponda;
- Ver y copiar su información médica;
- Recibir una explicación de ciertas divulgaciones de su información médica;
- Enmendar su información médica bajo ciertas circunstancias; y

- Presentar una queja ante un funcionario de privacidad del Plan o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si considera que se han violado sus derechos bajo HIPAA.

En cumplimiento con los reglamentos de seguridad de HIPAA, el Plan ha implementado protecciones administrativas, físicas y técnicas que protegen la confidencialidad e integridad de la PHI electrónica que crea, recibe, mantiene o transmite.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

REGLAS Y REGLAMENTOS

para los PARTICIPANTES ACTIVOS de los Planes A, B, R y de Tarifa Fija

Enmendada y con nueva fecha de vigencia del 1.° de noviembre de 2016

Según la enmienda n.° 54 para el Plan A y el Plan R; la enmienda n.° 52 para el Plan B y el Plan de Tarifa Fija; y la enmienda n.° 1 de los planes A, B, R y de Tarifa Fija
(En vigencia el 1.° de noviembre de 2016)

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones regirán en estas Reglas y reglamentos, a menos que debido al contexto o al caso específico aplique otra definición:

Sección 1.01. El término "Cargo permitido" significa la cantidad menor entre:

a. La cantidad en dólares que este Fondo ha determinado permitir por los servicios o suministros médicamente necesarios cubiertos proporcionados por proveedores no participantes. La cantidad del cargo permitido por el Fondo no se basa en, ni pretende reflejar las tarifas que son o pueden ser descritas como usuales y acostumbradas (usual and customary, U&C), usuales, acostumbradas y razonables (usual, customary and reasonable, UCR), prevalentes, o cualquier término similar. Un cargo facturado por un proveedor podría exceder el cargo permitido por el Fondo. El Fondo se reserva el derecho de que una compañía de revisión médica independiente revise la cantidad facturada de una reclamación para asistir en la determinación de la cantidad que el Fondo permitirá en las reclamaciones presentadas. Cuando se utilizan los servicios de proveedores no participantes, la persona elegible es responsable de pagar cualquier diferencia entre el cargo facturado real y el cargo máximo permitido por el Fondo, además de cualquier copago y porcentaje del coseguro que el Plan requiera.

b. El cargo realmente facturado por el proveedor.

c. El Fondo ha adoptado una estrategia de reembolso basada en Medicare para los hospitales no participantes, instituciones no participantes y otros proveedores no participantes, en la que la cantidad máxima pagadera por este Plan es un porcentaje de la cantidad que hubiera sido pagadera según los pagos permitidos por Medicare. El Plan limita los servicios médicamente necesarios para *pacientes externos* de proveedor no participantes que no estén registrados con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) a un cargo permitido máximo de $100 por cita, sujeto al deducible y al coseguro fuera de la PPO. Los beneficios pagados por servicios a *pacientes internos* brindados por un proveedor no participante se basan en un porcentaje de la tarifa del proveedor registrada en CMS; no habrá beneficios disponibles por los servicios a pacientes internos brindados por un proveedor no participante que no esté registrado en CMS.

Sección 1.02. El término "Junta" significa la Junta de Fideicomisarios establecida mediante el Acuerdo del Fideicomiso.

Sección 1.03. El término "Quiropráctico" significa un profesional que se especializa en la restauración del funcionamiento normal del sistema nervioso mediante la manipulación y el tratamiento de las estructuras del cuerpo humano, especialmente aquellas de la columna vertebral.

Sección 1.04. El término "Coseguro" significa la porción de gastos elegibles que la persona cubierta tiene la responsabilidad financiera de pagar. Las cantidades del coseguro se abordan en el artículo 3.

Sección 1.05. El término "Máximo de coseguro" significa la cantidad máxima de coseguro que cada persona cubierta o familia es responsable de pagar durante un año calendario antes de que el coseguro requerido por el Plan deje de aplicar (para la mayoría pero no para todos los servicios). Cuando se alcanza el máximo de coseguro, el Plan pagará un 100 % del coseguro adicional relacionado con la mayoría de los gastos cubiertos durante el resto del año calendario. No hay un máximo de coseguro por los gastos incurridos con proveedores no participantes.

Sección 1.06. El término "Revisión concurrente" significa el proceso mediante el cual la Organización de Revisión Profesional (Professional Review Organization, PRO) determina el número de días autorizados en el hospital que se consideran médicamente necesarios y que son elegibles para recibir la cobertura con los beneficios íntegros de acuerdo con los términos del Plan. Esto ocurre después de que una persona elegible ha sido admitida en un hospital.

Sección 1.07. El término "Hospital participante" significa un hospital que tiene un contrato vigente con la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) del Fondo.

Sección 1.08. El término "Instalación participante" significa una instalación de atención médica o una instalación de tratamiento del abuso de sustancias químicas que tiene un contrato vigente con la Organización de Proveedores

Preferidos (PPO) del Fondo.

Sección 1.09. El término "Médico participante" o "Proveedor participante" significa un médico u otro proveedor médico que tiene un contrato vigente con la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) del Fondo.

Sección 1.10. El término "Empleador contribuyente" significa cualquier empleador que, de acuerdo con cualquier acuerdo de negociación colectiva, memorandos de entendimiento o acuerdos del subscriptor, requiere hacer contribuciones al Fondo, y que de hecho hace una o más contribuciones al Fondo.

El término "Empleador contribuyente" también incluye cualquier sindicato local o consejo regional, cualquier consejo laboral u otra organización laboral con la cual un sindicato local o un consejo regional esté afiliado, y cualquier corporación, fideicomiso u otra entidad que proporcione servicios al Fondo o en el cumplimiento o la administración de contratos que requieren hacer contribuciones al Fondo, o en la capacitación de aprendices u oficiales de carpinteros, que haga contribuciones al Fondo con relación al trabajo de sus participantes según el acuerdo del subscriptor y aprobado por la Junta de Fideicomisarios; suponiendo que la inclusión de cualquier sindicato local, consejo regional, consejo laboral, otra organización laboral, corporación, fideicomiso u otra entidad como empleador contribuyente no constituya una violación de ninguna ley o reglamento existente. Cualquier sindicato local, consejo regional, consejo laboral, otra organización laboral, corporación, fideicomiso u otra entidad es un empleador contribuyente únicamente para el propósito de hacer contribuciones con respecto al trabajo de sus respectivos participantes, y no tiene otros derechos ni privilegios como empleador contribuyente según el acuerdo del fideicomiso.

Sección 1.11. El término "Copago" significa la cantidad que la persona elegible requiere pagar por un servicio o medicamento antes de que se paguen los beneficios del Plan.

Sección 1.12. El término "Gasto(s) cubierto(s)" significa sólo aquellos cargos que son permitidos bajo el Plan y que se hacen por atención y tratamientos médicamente necesarios de una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo, excepto que ciertos servicios preventivos de rutina se consideran gastos cubiertos cuando así lo estipula específicamente el Plan. Los gastos cubiertos incluyen sólo aquellos cargos en los que incurre una persona elegible mientras es elegible para recibir los beneficios de este Plan. En ningún caso el gasto cubierto excederá ni el cargo permitido por un servicio proporcionado por un proveedor no participante, ni, en el caso de un proveedor participante, la tarifa contractual por el servicio bajo un acuerdo de proveedores preferidos.

Sección 1.13. El término "Deducible" significa la cantidad de los gastos médicos elegibles que usted es responsable de pagar antes de que el Plan comience a pagar beneficios. Un deducible individual aplica a una persona individual, mientras que el deducible familiar aplica a todos los miembros de la familia que están cubiertos por el Plan. Todo lo que se paga por el deducible individual cuenta para el deducible familiar. La cantidad de los deducibles se cubre en la sección 3.01.

Sección 1.14. El término "Dentista" significa un dentista con licencia para practicar odontología en el estado en el cual proporciona el tratamiento.

Sección 1.15. El término "Dependiente" significa:

- El cónyuge legal o la pareja de hecho calificado de un participante.
- Un hijo que es:
  - (1) el hijo biológico, hijastro, niño legalmente adoptado del participante, o un hijo del participante que requiere tener la cobertura en virtud de una orden de manutención médica infantil calificada (Qualified Medical Child Support Order), que sea menor de 26 años de edad, ya sea casado o soltero. Los hijos adoptivos son elegibles bajo este Plan cuando se colocan para adopción.
  - (2) un hijo soltero de quien el participante ha sido nombrado tutor legal, suponiendo que el niño sea menor de 19 años y se considere dependiente del participante para los fines de la declaración de impuestos federales sobre el ingreso;
  - (3) un hijo soltero de la pareja de hecho calificada del participante, suponiendo que el niño sea menor de 19 años y que sea principalmente dependiente del participante para su manutención financiera;

(4) un hijo soltero elegible en virtud del párrafo (2) o del párrafo (3) anteriores, que tenga al menos 19 pero menos de 23 años de edad y sea estudiante de tiempo completo en una institución educativa acreditada, siempre y cuando el hijo cumpla los requisitos del párrafo (2) o del párrafo (3) anteriores. La ausencia temporal de lugar de residencia del participante por razones de educación no se considera ausencia para los propósitos de cumplimiento de los requisitos de residencia de los párrafos (2) y (3) de esta subsección; o

(5) un hijo soltero del participante (o del cónyuge o pareja de hecho calificada del participante), de cualquier edad, que no puede ganarse la vida debido a una incapacidad física o mental, suponiendo que el hijo estaba incapacitado y era elegible como dependiente en este Plan antes de cumplir la edad limitante descrita en los párrafos (1), (2), (3) o (4) anteriores, y siempre y cuando el hijo sea dependiente principalmente del participante para su manutención financiera.

De acuerdo con la sección 609(a) de ERISA, este Plan proporcionará cobertura para un hijo dependiente de un participante si una orden de manutención médica infantil calificada así lo requiere. Una orden de manutención médica infantil o una notificación nacional de asistencia médica calificada sustituirá cualquier requisito en la definición de dependiente del Plan, que se indica arriba.

Sección 1.16. El término "Incapacitado" y "Incapacidad" significa:

a. Para propósitos de la extensión de la incapacidad que se describe en la sección 2.05.g. y en el artículo 7 de beneficios semanales suplementarios por incapacidad, que el participante se encuentra bajo la atención de un médico y que es incapaz de trabajar en su ocupación regular debido a una enfermedad o lesión, recibe los beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo, o donde haya disponibles, los beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad (Disability Insurance Benefits, SDI) o la fecha de vigencia de la reclamación establecida por el Seguro Estatal por Incapacidad.

b. Para los propósitos de la extensión de beneficios por incapacidad de la sección 3.08, que debido a una enfermedad o lesión y mientras se encuentra bajo el cuidado de un médico, un participante es incapaz de realizar cualquier empleo por salario o ganancia, y un dependiente no puede realizar todas las actividades regulares y acostumbradas usuales para una persona de edad similar.

c. El término "Temporalmente incapacitado" significa que debido a una enfermedad o lesión y mientras se encuentra bajo el cuidado de un médico, un participante es incapaz de realizar cualquier empleo por salario o ganancia, y un dependiente no puede realizar todas las actividades regulares y acostumbradas usuales para una persona de edad similar y el periodo de incapacidad dura 6 meses o menos. Los periodos de incapacidad se considerarán diferentes cuando estén temporalmente separados por al menos 2 semanas consecutivas de trabajo para un empleador contribuyente, o se deban a causas no relacionadas y con una diferencia de al menos un día completo de trabajo para un empleador contribuyente.

Sección 1.17. El término "Pareja de hecho" significa una persona que vive con el participante en la misma residencia, tiene al menos 18 años de edad y su relación con el participante cumple con los siguientes requisitos:

a. La pareja de hecho y el participante han tenido una relación íntima y comprometida de interés mutuo por un periodo de al menos 6 meses y cada uno de ellos es la única pareja de hecho del otro;

b. La pareja de hecho y el participante comparten la responsabilidad por el bienestar común y las obligaciones financieras mutuas y pueden proporcionar un comprobante de tal relación según lo requiere la Junta de Fideicomisarios;

c. Ni la pareja de hecho ni el participante son casados;

d. Tanto la pareja de hecho como el participante son competentes para establecer un contrato;

e. La pareja de hecho y el participante no tienen una relación consanguínea más cercana de lo que prohibiría un matrimonio legal en el estado de California;

f. Cualquier relación de hecho anterior de cualquiera de las personas terminó al menos 6 meses antes de la fecha de la firma de la declaración final de relación de hecho en la Oficina del Fondo de Fideicomiso de Fideicomiso; y

g. La solicitud de relación de hecho con el participante se presenta adecuadamente como lo requiere la Junta de Fideicomisarios, y todos los impuestos requeridos sobre el ingreso gravable atribuibles a los beneficios de la pareja de hecho se pagan al Fondo cuando se vencen.

Sección 1.18. El término "Medicamentos" significa cualquier artículo que se pueda surtir legalmente, según lo dispone la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, incluida cualquiera de sus enmiendas, sólo con la receta escrita u oral de un médico o un dentista con licencia legal para recetarlo.

Sección 1.19. El término "Persona Elegible" significa cada participante y cada uno de sus dependientes, si los tiene.

Sección 1.20. El término "Atención de emergencia/Emergencia" significa la atención y el tratamiento médicos proporcionados después de la aparición repentina de una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos, como dolor, que son tan graves que, si no se proporciona atención médica inmediata se podría esperar razonablemente que la vida o la salud del paciente estaría en grave peligro o que se causaría la disfunción o deterioro grave de un órgano o parte corporal. El Fondo o su designado tienen la discreción y autoridad para determinar si un servicio o suministro es, o debe clasificarse como atención de emergencia.

Sección 1.21. El término "Empleado" o "Participante" significa cada persona que cumpla con las reglas de elegibilidad de la sección 2.01 o la sección 2.02.

Sección 1.22. El término "inscripción" significa el proceso de rellenar y presentar un formulario de inscripción indicando que el participante solicita la cobertura del Plan. Para inscribirse en el Plan, una persona debe solicitarlo por escrito en un formulario prescrito por la Junta y presentar la documentación según lo requiere la Junta. Véase la sección 2.09.

Sección 1.23. Los términos "Experimental" o "En investigación" significan un medicamento o dispositivo, un tratamiento o procedimiento médico, si:

a) El medicamento o dispositivo no se puede comercializar legalmente sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos y si no se ha otorgado la aprobación para su comercialización en el momento que se suministra el medicamento o el dispositivo; o

b) El medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado con el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la instalación que proporciona el tratamiento o por otra entidad con funciones similares, o si la ley federal requiere tal revisión o aprobación; o

c) La "evidencia confiable" demuestra que el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico está sujeto a ensayos clínicos en fase I o fase II en curso, que es la rama investigativa, experimental, de estudio o de investigación de ensayos clínicos en fase III en curso, o de otra manera se encuentra bajo estudio para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico; o

d) La "evidencia confiable" muestra que la opinión prevalente entre los expertos con respecto al fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que se necesitan estudios o ensayos clínicos adicionales para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Para los propósitos de esta definición, "evidencia confiable" significa sólo informes y artículos publicados en literatura médica y científica acreditada revisada por colegas; el protocolo o protocolos escritos usados por la institución que brinda el tratamiento, o el protocolo o protocolos de otra institución que esté estudiando substancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado escrito usado por la institución encargada del tratamiento o por otra institución que está estudiando substancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

Sección 1.24. El término "Medicare federal" significa los beneficios proporcionados bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social de 1965 y las enmiendas subsiguientes.

Sección 1.25. El término "Primer día de incapacidad" significa la fecha en que el participante comenzó a recibir los beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo, o la fecha de vigencia de la reclamación establecida por el Seguro Estatal por Incapacidad. Si un participante vive en un estado en el que no se proporcionan beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad o no está recibiendo beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo, el primer día de incapacidad es la fecha en la que queda incapacitado según lo certifica el médico encargado del paciente.

Sección 1.26. El término "Fondo" significa Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California.

Sección 1.27. El término "plan de grupo" significa cualquier plan que proporcione beneficios del tipo que este Plan proporciona, y que está apoyado total o parcialmente por los pagos del empleador.

Sección 1.28. El término "Agencia de atención médica en el hogar" significa un proveedor de atención médica en el hogar que, según las leyes estatales o locales, tiene licencia para proporcionar servicios de enfermería especializada y otros servicios mediante visitas al hogar de la persona elegible, y que Medicare federal reconoce como proveedor.

Sección 1.29. El término "Atención de enfermos terminales" significa una instalación o servicio médico que proporciona atención médica y servicios de apoyo, tales como asesoramiento, a las personas que padecen enfermedades terminales y a su familia.

Sección 1.30. El término "Hospital" significa cualquier hospital de atención de enfermedades agudas que tiene licencia de acuerdo con cualquier ley estatal aplicable, y que debe proporcionar: (a) atención a pacientes internos las 24 horas, y (b) los siguientes servicios básicos en las instalaciones: servicios quirúrgicos, de anestesia, de laboratorio, de radiología, de farmacia y servicios dietéticos. Un hospital puede incluir instalaciones de tratamiento mental, nervioso o de farmacodependencia que tienen licencia y que operan de acuerdo con las leyes estatales. El requisito de que un hospital debe proporcionar servicios quirúrgicos, de anestesia y/o de radiología, no aplica a instalaciones de tratamiento mental, nervioso o de farmacodependencia. Un hospital está sujeto a todas las demás limitaciones y exclusiones descritas en estas Reglas y reglamentos, incluidas sin limitarse las contenidas en la sección 8.01.cc.

Sección 1.31. El término "Banco de horas" significa la cuenta establecida para un participante activo a quien se acreditan horas cuando los empleadores contribuyentes hacen contribuciones al Fondo con respecto a esas horas.

Sección 1.32. El término "Enfermedad(es)" significa un trastorno, infección o enfermedad corporal y todos los síntomas relacionados y afecciones recurrentes que resulten de las mismas causas.

Sección 1.33. El término "Lesión(es)" significa un daño físico sufrido como resultado directo de un accidente, producido únicamente a través de medios externos, y todos los síntomas relacionados y afecciones recurrentes que resulten del mismo accidente.

Sección 1.34. El término "Farmacéutico con licencia" significa una persona que tiene licencia para practicar farmacia otorgada por una autoridad gubernamental que tenga jurisdicción sobre el otorgamiento de licencias y la práctica en el campo de la farmacia.

Sección 1.35. El término "Edad limitante" significa la edad a la cual el hijo pierde el estado de elegibilidad según se define en la sección 1.15.b.

Sección 1.36. El término "Médicamente necesario", con respecto a los servicios y suministros recibidos para el tratamiento de una enfermedad o lesión, y para el propósito de determinar la elegibilidad para recibir los beneficios del Plan, significa aquellos servicios y suministros que se determine que:

a. Son apropiados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad o lesión;

b. Son proporcionados para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directos de la enfermedad o lesión;

c. Se encuentran dentro de las normas de las buenas prácticas médicas de la comunidad médica organizada;

d. No son principalmente para la comodidad o conveniencia personal del paciente, la familia del paciente, cualquier

persona encargada del cuidado del paciente, cualquier médico u otro profesional de atención médica o cualquier hospital o instalación de atención médica especializada. El hecho de que un médico pueda proporcionar, ordenar, recomendar o aprobar un servicio o suministro no significa que el servicio o suministro se considerará médicamente necesario para la cobertura médica proporcionada por el Plan; y

e. Constituyen el suministro o el nivel de servicio más apropiado que se pueda proporcionar de manera segura. Respecto a la internación en el hospital, esto significa que es necesario el cuidado agudo como paciente en cama debido a la clase de servicios que el paciente está recibiendo o la gravedad de su afección, y que no puede recibir un cuidado seguro y adecuado como paciente ambulatorio o en un entorno médico menos intenso.

Sección 1.37. El término "Hospital no participante" significa un hospital que no tiene un contrato vigente con la Organización de Proveedores Preferidos del Fondo.

Sección 1.38. El término "Instalación no participante" significa una instalación de atención médica o una instalación de tratamiento de abuso de sustancias químicas que no tiene un contrato vigente con la Organización de Proveedores Preferidos del Fondo.

Sección 1.39. El término "Médico no participante" o "Proveedor no participante" significa un médico u otro proveedor médico que no tiene un contrato vigente con la Organización de Proveedores Preferidos del Fondo.

Sección 1.40. El término "Empleo no calificado" significa trabajo del tipo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva con el sindicato que se desempeña para un empleador no contribuyente, o trabajo de un tipo que no está cubierto por los términos de un acuerdo de negociación colectiva que es reportado por un empleador contribuyente.

Sección 1.41. El término "Ortodoncista" significa un dentista cuya práctica se limita a la ortodoncia.

Sección 1.42. El término "Participante" significa cada empleado que cumple con las reglas de elegibilidad establecidas en la sección 2.01 o la sección 2.02.

Sección 1.43. El término "Paciente" significa la persona elegible que está recibiendo tratamiento, servicios o suministros médicos cubiertos por el Plan.

Sección 1.44. El término "Médico" significa un médico o cirujano (M.D.), un médico en osteopatía (D.O.) o un Dentista (D.D.S. o D.M.D.) con licencia para practicar medicina u odontología en el estado en el que practica.

Sección 1.45. El término "Plan" significa las Reglas y reglamentos de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California para los participantes del Plan A, Plan R, Plan B y Plan de Tarifa Fija, incluida cualquier enmienda.

Sección 1.46. El término "Año del Plan" significa del 1.º de septiembre de cualquier año al 31 de agosto del año siguiente.

Sección 1.47. El término "Podiatra" significa un proveedor médico que se especializa en enfermedades, lesiones y cirugía de los pies y que tiene licencia como doctor en medicina podiátrica (Doctor of Podiatric Medicine, DPM) en el estado en el que brinda los servicios.

Sección 1.48. El término "Revisión antes de la admisión" y "Certificación antes de la admisión" significa el proceso mediante el cual la Organización de Revisión Profesional (Professional Review Organization, PRO) determina la necesidad médica de la internación de una persona elegible en un hospital, y si es médicamente necesario, el número de días preautorizados en el hospital elegibles para recibir la cobertura con los beneficios íntegros, de acuerdo con los términos del Plan, *antes* de que ocurra realmente la internación en el hospital.

Sección 1.49. El término "Organización de Proveedores Preferidos" y "Organización de Proveedores Participantes" significa la entidad bajo contrato con el Fondo que es responsable de negociar contratos con hospitales, médicos, instalaciones y otros proveedores de atención médica que acuerdan proporcionar servicios de hospitalización y médicos a las personas elegibles a las tarifas negociadas.

Sección 1.50. El término "Plan médico prepagado" significa una Organización de Mantenimiento de la Salud con la cual el Fondo ha establecido un acuerdo para proporcionar beneficios de salud a las personas elegibles que opten por obtener cobertura bajo tal plan médico prepagado.

Sección 1.51. El término "Organización de Revisión Profesional" (Professional Review Organization, PRO) u "Organización de Revisión" (Review Organization) significa una organización bajo contrato con el Fondo, que es responsable de determinar si la internación de una persona elegible en un hospital es médicamente necesaria. La PRO determina el número de días médicamente necesarios para la internación, con el propósito único de determinar si la persona elegible va a recibir la cobertura íntegra de los beneficios de acuerdo con los términos del Plan.

Sección 1.52. El término "Empleado jubilado" significa una persona que recibe una pensión de Carpenters Pension Trust Fund for Northern California, o de un plan relacionado, y que cumple todos los demás requisitos de elegibilidad de las Reglas y reglamentos para las personas jubiladas.

Sección 1.53. El término "Institución de enfermería especializada" significa una institución según se define en la sección 186(j) de la Ley de Seguro Social.

Sección 1.54. El término "Cónyuge", siempre que aparezca en este Plan, significará el cónyuge legal, o la pareja de hecho calificado del participante.

Sección 1.55. El término "Parte interesada" significa cada persona que es un propietario, socio, interesado, miembro de la junta de directores de una corporación, funcionario o empleador individual, superintendente con rango superior al de supervisor o supervisor general, u otra persona que esté en alguna otra manera interesada en los ingresos del empleador, excepto el salario por hora ganado o pagado en virtud de un acuerdo de negociación colectiva.

Sección 1.56. El término "Beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad" significa beneficios pagaderos de acuerdo con el Código de Seguro durante el Desempleo de California, e incluye cualquier reglamento, o beneficios pagaderos de acuerdo con reglamentos similares en cualquier otro estado que proporcione beneficios por incapacidad temporal.

Sección 1.57. Para ver la definición de "Temporalmente incapacitado", vea "Incapacitado" o "Incapacidad".

Sección 1.58. El término "Acuerdo del fideicomiso" significa el acuerdo del fideicomiso que establece el Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California con fecha del 4 de marzo de 1953, incluida cualquier enmienda, extensión o renovación de dicho acuerdo.

Sección 1.59. El término "Sindicato" significa el Carpenters 46 Northern California Counties Conference Board o uno de sus sindicatos afiliados.

Sección 1.60. El término "Programa de Utilización de la Revisión" (Utilization Review, UR) significa un programa mediante el cual una persona elegible que esté programada para una internación hospitalaria que no sea de emergencia, debe obtener una revisión antes de la admisión y una revisión concurrente de la Organización de Revisión Profesional respecto a la necesidad médica de tal internación para poder recibir la cobertura íntegra de los beneficios. En el caso de internaciones de emergencia, la revisión se debe obtener retroactivamente.

Sección 1.61. El término "Beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo" significa beneficios por incapacidad temporal en virtud de la Ley de Accidentes en el Trabajo.

ARTÍCULO 2. ELIGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS

Sección 2.01. Establecimiento de la elegibilidad

a. Un empleado de uno o más empleadores contribuyentes con respecto al cual se requiere hacer contribuciones al Fondo según un acuerdo de negociación colectiva o un contrato del subscriptor, se volverá elegible de la siguiente manera:

(1) **Para el Plan A**, el primer día del segundo mes calendario después de un periodo de no más de 6 meses calendario consecutivos durante los cuales haya trabajado al menos 400 horas para uno o más empleadores contribuyentes.

(2) **Para el Plan B**, el primer día del segundo mes calendario después de un periodo de no más de 3 meses calendario consecutivos durante los cuales haya trabajado al menos 280 horas para uno o más empleadores contribuyentes.

(3) **Para el Plan R**, el primer día del segundo mes calendario posterior al mes en el que trabaje al menos 110 horas para un empleador contribuyente. Los participantes del Plan R no tienen derecho a los beneficios del seguro de vida ni del seguro por muerte accidental y desmembramiento accidentales.

(4) Los **empleados de tarifa fija** que estén en la nómina de su empleador contribuyente en la fecha de vigencia de la participación del empleador en el Plan, serán elegibles para la cobertura a partir de esa fecha. Los empleados asalariados de tarifa fija que sean contratados después de la fecha de vigencia de la participación del empleador en el Plan de Tarifa Fija, se volverán elegibles para la cobertura el primer día del mes inmediatamente posterior a la fecha de contratación, suponiendo que se remitan las contribuciones apropiadas. Los empleados no asalariados de tarifa fija que sean contratados después de la fecha de vigencia de la participación del empleador en el Plan de Tarifa Fija, se volverán elegibles para la cobertura el primer día del cuarto mes posterior a la fecha de contratación, suponiendo que se remitan las contribuciones apropiadas. Para los propósitos de esta sección, un "empleado de tarifa fija" es cualquier persona que trabaja para un empleador contribuyente que acepte un acuerdo del suscriptor y desempeñe un tipo de trabajo no cubierto por ningún contrato de un sindicato que requiera la participación en otro plan de salud y bienestar, que está empleado para trabajar no menos que un mínimo de 17.5 horas por semana para el empleador contribuyente, y que desempeñe su trabajo dentro de los 46 condados del norte de California. Los empleados de tarifa fija no son elegibles para recibir los beneficios semanales por incapacidad.

b. **Dependientes.** Una persona que es dependiente de un participante activo será elegible para recibir los beneficios del Plan Médico de Indemnización correspondientes del Fondo en la fecha en que el participante se vuelva elegible o en la fecha en que la persona se convierta en dependiente, la fecha que sea posterior, sujeto a que el Fondo reciba un formulario de inscripción rellenado con toda la información requerida. La elegibilidad de un dependiente se puede diferir o quedar sujeta a terminación si el participante no proporciona al Fondo toda la información referente al dependiente que debe proporcionar de acuerdo con las leyes federales. Después de que se reciban los documentos de inscripción para añadir a una pareja de hecho (incluidos, si corresponde, los hijos de una pareja de hecho) al Plan, y suponiendo que el participante cumpla los requisitos de elegibilidad, la elegibilidad de la pareja de hecho (y si corresponde, los hijos de una pareja de hecho) comenzará el primer día del segundo mes posterior al mes de la inscripción.

c. Se otorgará la elegibilidad sólo si el Fondo recibe las contribuciones de los empleadores contribuyentes. El Fondo asume que las horas y contribuciones de un participante son exactas, a menos que el participante cuestione la exactitud de un estado trimestral dentro de un plazo de un año a partir de que lo recibe. Los participantes deben conservar los talonarios de sus cheques o estados para que pueda verificar la exactitud de su elegibilidad para recibir beneficios de salud y bienestar. Si las horas no coinciden con las horas a las que el participante piensa que tiene derecho, el participante debe pedir a la Oficina del Fondo de Fideicomiso que revise los registros de las contribuciones. Para presentar una reclamación por un número menor de horas reportadas, un participante debe proporcionar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso un comprobante de que el número de horas reportadas es menor que las horas trabajadas en un empleo cubierto en el cual se requiere hacer contribuciones de salud y bienestar. El participante debe conservar los talonarios de sus cheques de pago, ya que serán necesarios para investigar una reclamación por un número menor de horas reportadas por el empleador contribuyente. Los talones de los cheques deben incluir el nombre de los empleadores contribuyentes para los cuales el participante trabajó, las fechas de trabajo y los salarios pagados. Las solicitudes escritas de revisión deben recibirse dentro de un plazo de un año a partir de la fecha en que el participante recibe su declaración trimestral combinada.

d. Una parte interesada será elegible solo si todas las contribuciones debidas por todas las horas de todos los empleados están al corriente y todas las morosidades se han resuelto. Las horas reportadas en nombre de una parte

interesada deben equivaler o exceder un promedio de 145 horas durante los tres meses de trabajo más recientes.

Sección 2.02. Mantenimiento de la elegibilidad continua

a. **Mantenimiento de la elegibilidad continua: Plan A y Plan B**

(1) Deducciones al banco de horas: Una vez establecida, la elegibilidad del participante continuará durante los meses subsiguientes para los cuales se haga la deducción apropiada del banco de horas. Se deducirán 100 horas del banco de horas del participante activo por cada mes de elegibilidad continua. Habrá un mes de demora entre el mes en el que se trabajen las horas y el mes de elegibilidad permitido por esas horas; por lo tanto, las horas trabajadas en un mes proporcionan elegibilidad para el segundo mes posterior al mes en el que se trabajaron las horas.

(2) El número máximo de horas en el banco de horas de un participante después de deducir las 100 horas de elegibilidad del mes en curso no puede exceder:

(a) Para el Plan A: 600 horas

(b) Para el Plan B: 300 horas

b. **Mantenimiento de la elegibilidad continua: Plan R y Plan de Tarifa Fija**

(1) **Plan R.** Una vez que se establezca la elegibilidad, la elegibilidad de un participante del Plan R continuará durante los meses subsiguientes suponiendo que trabaje al menos 110 horas cada mes, y que su empleador continúe haciendo las contribuciones requeridas al Fondo en su nombre. Habrá un mes de demora entre el mes en el que se trabajen las horas y el mes de elegibilidad permitido por esas horas; por lo tanto, las horas trabajadas en un mes proporcionan elegibilidad para el segundo mes posterior al mes en el que se trabajaron las horas.

(2) **Plan de tarifa fija.** Una vez que se establece, la elegibilidad de un participante de tarifa fija continuará suponiendo que sigue trabajando un mínimo de 17.5 horas por semana y que su empleador contribuyente continúa haciendo a su nombre las contribuciones requeridas al Fondo. No hay mes de demora para los participantes del Plan de Tarifa Fija.

(3) Los participantes en el Plan R y los del Plan de Tarifa Fija no tienen banco de horas.

Sección 2.03. Terminación y reanudación de la elegibilidad, cancelación del banco de horas

a. **Terminación de la elegibilidad del participante.** Excepto como se dispone en la siguiente subsección e., la elegibilidad de un participante terminará en una de las siguientes fechas, la que ocurra primero:

(1) **Para los participantes del Plan A y del Plan B**, El primer día del mes posterior a la terminación de la cobertura proporcionada por el Banco de Horas;

(2) **Para los participantes del Plan R**, el último día del mes posterior al mes en el que el participante no haya trabajado un mínimo de 110 horas para un empleador contribuyente; o

(3) **Para los participantes del Plan de Tarifa Fija**, el último día del mes posterior al mes en el que el participante deja de trabajar con un empleador contribuyente;

(4) El primer día del mes posterior a la fecha que se notifica a la Oficina del Fondo de Fideicomiso de su ingreso en un empleo no calificado; o

(5) El primer día del mes en que el empleado se convierte en elegible para cobertura como empleado jubilado.

b. **Terminación de la elegibilidad del dependiente.** La elegibilidad del dependiente de un participante terminará en una de las siguientes fechas, la que ocurra primero:

(1) En la fecha que termine la elegibilidad del participante, o en el evento del fallecimiento del participante, en

la fecha que su elegibilidad hubiese terminado si no hubiera ocurrido su fallecimiento; o

(2) En la fecha en que ya no califique como dependiente, excepto que la elegibilidad de los hijos biológicos, hijastros e hijos legalmente adoptados dependientes terminará al final del mes en el que el dependiente cumpla 26 años de edad.

c. Un hijo dependiente de 19 años de edad o más cuya elegibilidad se base en su estado de estudiante continuará siendo elegible durante una ausencia escolar médicamente necesaria, sujeto a lo siguiente:

(1) La elegibilidad continuará hasta por 12 meses o hasta que de otra manera hubiese terminado bajo las reglas de elegibilidad del Fondo, lo que ocurra primero.

(2) La elegibilidad terminará antes de los 12 meses en la fecha que ya no exista la necesidad médica de la ausencia.

(3) El dependiente o el participante debe presentar documentación a la Oficina del Fondo de Fideicomiso, que incluya una certificación del médico de la necesidad médica de la ausencia. Debe presentar este formulario de certificación en la Oficina del Fondo de Fideicomiso al menos 30 días antes de que se prevea la ausencia por razones médicas, o 30 días después del inicio del permiso de ausencia en cualquier otro caso.

(4) Si bajo esta disposición se extiende la elegibilidad para un niño que ya no es elegible para recibir cobertura médica libre de impuestos, es posible que se requiera que el participante padre del dependiente certifique por escrito ante el Fondo el estado impositivo del niño.

d. **Terminación de la elegibilidad de las partes interesadas.** Además de la subsección f. que aparece abajo, la elegibilidad de una parte interesada terminará en la primera de las siguientes fechas:

(1) Si desempeña un trabajo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva, la elegibilidad terminará el primer día del segundo mes calendario posterior a un periodo que no exceda tres meses calendario consecutivos durante los cuales haya trabajado un promedio de menos de 145 horas por mes; o

(2) El primer día del mes posterior a la falla del empleador en resolver morosidades o remitir todas las contribuciones debidas por todas las horas reportadas de todos los empleados; o

(3) El primer día del segundo mes calendario, si después de un periodo durante el cual un empleador individual lo reportó como parte interesada, el empleador deja de reportar horas para esta persona, que permanece en el empleo del empleador en cualquier capacidad.

e. **Reanudación de la elegibilidad**

(1) **Plan A:**

(a) Si se termina la elegibilidad de un **participante del Plan A**, su elegibilidad se restablecerá el primer día del segundo mes calendario después del mes en el que el saldo de su banco de horas, cuando se combina con las horas trabajadas reportadas durante los siguientes 2 meses posteriores a la terminación de la elegibilidad, equivalga al menos a 100 horas.

(b) Si un participante del Plan A está incapacitado y ha agotado cualquier cobertura proporcionada a través de una extensión del periodo de incapacidad, como se describe en la sección 2.05., se le restablecerá su elegibilidad el primer día del segundo mes calendario después de que su banco de horas muestre un total de al menos 100 horas, suponiendo que esas horas se trabajaron durante el periodo de 4 meses inmediatamente posterior al mes en el que de un médico ya no certifique su incapacidad.

(c) Cualquier **participante del Plan A** que no restablezca su elegibilidad de acuerdo con el párrafo (1) se volverá elegible otra vez cuando cumpla con los requisitos de la sección 2.01.a (1).

(2) **Plan B.** Si la elegibilidad de un participante ha terminado, su elegibilidad se reanudará de acuerdo con las disposiciones de la subsección 2.01.a.(2).

(3) **Plan R.** Si la elegibilidad de un participante ha terminado, su elegibilidad se reanudará de acuerdo con las disposiciones de la subsección 2.01.a.(3).

(4) **Plan de tarifa fija.** Si la elegibilidad de un participante de tarifa fija ha terminado, su elegibilidad se

reanudará de acuerdo con las disposiciones de la subsección 2.01.a.(4).

f. **Cancelación del banco de horas: Planes A y B.** A un participante activo del Plan A o del Plan B se le reducirá inmediatamente a cero su banco de horas cuando ocurra cualquiera de las siguientes circunstancias:

(1) El participante no reporta al Fondo la existencia de una cobertura bajo otro plan de grupo para él o para sus dependientes, o para ambos; o

(2) El participante permite que un empleador contribuyente contribuya al Fondo con base en menos horas de las que él realmente trabajó para ese empleador contribuyente (excepto como se estipule en el acuerdo de negociación colectiva); o

(3) El participante desempeña un tipo de trabajo que está cubierto por un acuerdo de negociación colectiva que requiera contribuciones al Fondo para un empleador que no sea un empleador contribuyente; o

(4) Después de 4 meses consecutivos en los que se reporten horas de un participante para el cual el empleador contribuyente no envíe las contribuciones requeridas; o

(5) Para un participante que sea elegible para participar como empleado jubilado bajo las Reglas y reglamentos para jubilados del Fondo, el primer día del cuarto mes posterior a la fecha de la jubilación, independientemente de si el participante elige inscribirse en la cobertura como empleado jubilado e independientemente de si el participante demora la inscripción en esa cobertura debido a que tiene otra cobertura médica.

(6) Para una parte interesada:

(a) Si desempeña un trabajo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva, el primer día del segundo mes calendario posterior a un periodo que no exceda tres meses calendario consecutivos durante los cuales haya trabajado un promedio de menos de 145 horas por mes.

(b) El primer día del mes posterior a la falla del empleador en resolver morosidades o remitir todas las contribuciones debidas por todas las horas reportadas de todos los empleados.

(c) El primer día del segundo mes calendario, si después de un periodo durante el cual se le reportó anteriormente como parte interesada, el empleador deja de reportar horas para tal persona que permanece en el empleo del empleador en cualquier capacidad.

Sección 2.04. Servicio militar

Los participantes que ingresen en el servicio militar con los Servicios Uniformados de Estados Unidos pueden continuar su elegibilidad bajo las disposiciones de la Ley de Derechos de Contratación y Recontratación del Personal del Servicio Uniformado de 1994 (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, USERRA) suponiendo que eran elegibles bajo el Plan cuando comenzó el servicio militar. El término "Servicios Uniformados" significa las Fuerzas Armadas (incluido el Servicio de Guardacostas), la Guardia Nacional del Ejército y la Guardia Nacional de las Fuerzas Aéreas cuando estén participando activamente en actividades de entrenamiento, entrenamiento inactivo o asignación a tiempo completo a la Guardia Nacional, al cuerpo comisionado del Servicio de Salud Pública, y a cualquier otra categoría de personas designadas por el presidente en tiempos de guerra o de emergencia.

a. Los participantes cuyo periodo de servicio militar sea menor de 31 días podrán continuar su elegibilidad durante el periodo de servicio militar sin necesidad de hacer autopagos.

b. Los participantes cuyo periodo de servicio militar sea de 31 días o más pueden continuar su elegibilidad con autopagos por hasta 24 meses en virtud de la Ley de Derechos de Contratación y Recontratación del Personal del Servicio Uniformado de 1994 (USERRA). Durante los primeros 18 meses de la cobertura de continuación, el participante tendrá todos los derechos de COBRA, como el derecho de elegir meses adicionales de cobertura en el evento de un segundo evento que califica o una determinación de incapacidad por parte del Seguro Social. Estos derechos no aplican durante los últimos seis meses del periodo de 24 meses. La cobertura de continuación de USERRA es una alternativa a la cobertura de continuación de COBRA. Los participantes pueden escoger ya sea

24 meses de la cobertura de continuación de USERRA o 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA. La cobertura de continuación correrá simultáneamente, no de manera consecutiva.

c. Los participantes del Plan A y del Plan B pueden elegir usar su banco de horas para continuar la cobertura del Fondo durante el servicio militar, y tendrán derecho a la elegibilidad con base en las horas del banco de horas congelado al final de su servicio militar, siempre y cuando regresen a trabajar para un empleador contribuyente en los 46 condados del norte de California y notifiquen por escrito al Fondo dentro de los periodos que se describen en la subsección 2.04(e) que aparece abajo.

d. Los participantes deben notificar por escrito al Fondo su ingreso en el servicio militar tan pronto como sea posible, pero no más de 60 días después del inicio del mismo. La notificación debe indicar si el participante elige:

   (1) Hacer él mismo los pagos para continuar bajo la cobertura del Fondo;

   (2) No estar cubierto por el Fondo; o

   (3) Utilizar la elegibilidad acumulada en el banco de horas durante el servicio militar.

e. A un participante cuya elegibilidad haya terminado por cualquier razón durante el servicio militar se le restablecerá su elegibilidad cuando regrese a trabajar para un empleador contribuyente en los 46 condados del norte de California, siempre y cuando regrese a tal empleo y notifique por escrito al Fondo dentro de un plazo de:

   (1) 90 días después de la separación del servicio militar si su servicio duró más de 180 días; o

   (2) 14 días después de la separación del servicio militar si el servicio duró entre 31 y 180 días.

   La elegibilidad se restablecerá sin periodo de exclusión ni de espera, excepto que el Fondo no cubrirá enfermedades o lesiones que el Departamento de Asuntos de los Veteranos determine que están relacionadas con el servicio militar del participante.

(f) No obstante lo mencionado en las secciones (a) a (e) de arriba, a cualquier participante que pertenezca a las reservas militares de los Servicios Uniformados de Estados Unidos, y que sea llamado al servicio militar activo (que no sea un periodo de servicio temporal de 30 días o menos) se le acreditarán 100 horas en su banco de horas el primer día de cada mes por la duración de ese periodo de servicio, suponiendo que sea elegible bajo el Plan en la fecha en que se reporte para el servicio militar activo.

Sección 2.05. Extensión del periodo de incapacidad en los Planes A, B y R solamente

a. A un **participante del Plan A, Plan B o Plan R** elegible, que no pueda trabajar para un empleador contribuyente como resultado de una incapacidad temporal y que reciba los beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo o los beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad, se le añadirán a su banco de horas suficientes horas de créditos de incapacidad para extender la elegibilidad existente un mes adicional sin exceder un máximo de **9 meses de extensión del periodo de incapacidad para el Plan A**, o **4 meses de extensión del periodo de incapacidad para los Planes B y R**, dentro del periodo de 24 meses más reciente, sujeto a las siguientes disposiciones:

   (1) El participante debe haber ganado la elegibilidad con base en las horas de trabajo o, para los Planes A y B, una deducción del banco de horas de las horas del banco acumuladas como resultado de las horas de trabajo (no de una extensión del periodo de incapacidad), para el mes en el que se incapacitó y para el siguiente mes.

   (2) El participante debe haber trabajado para un empleador contribuyente al menos un día dentro del periodo de 30 días anterior al primer día de incapacidad, y

   (3) El participante debe haber sido elegible bajo el Plan por un mínimo de 12 meses calendario, con base en las horas de trabajo o en una deducción del banco de horas de las horas del banco acumuladas como resultado de horas de trabajo (no de una extensión del periodo de incapacidad), dentro de los 24 meses calendario inmediatamente anteriores al primer día de incapacidad.

b. **Exclusiones y limitaciones.** Los beneficios proporcionados de acuerdo con esta sección no se proporcionarán en los siguientes casos:

(1) Un participante que no ha sido elegible bajo el Plan por un mínimo de 12 meses calendario, con base en las horas de trabajo o en una deducción del banco de horas de las horas del banco acumuladas como resultado de horas de trabajo (no de una extensión del periodo de incapacidad), dentro de los 24 meses calendario inmediatamente anteriores al primer día de incapacidad, según se define en la sección 1.25.

(2) Cualquier periodo de incapacidad por el cual no se haya proporcionado al Fondo un comprobante de recibo de los beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo o beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad.

(3) Una incapacidad para la cual el Plan no haya recibido una notificación de reclamación dentro de los 12 meses a partir del primer día de la incapacidad.

(4) Cualquier periodo de incapacidad que comience mientras el participante esté recibiendo la cobertura de continuación según COBRA, como se describe en la sección 2.07.

(5) Un participante que no haya trabajado para un empleador contribuyente al menos un día en el periodo de 30 días antes del comienzo del primer día de incapacidad, según se define en la subsección 1.25.

(6) Cualquier participante que sea una parte interesada.

c. Un participante que no resida en un estado que proporcione beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad también es elegible para recibir el beneficio establecido en esta subsección si proporciona al Plan un certificado por escrito de un médico aprobado por el Plan que indique que está incapacitado de acuerdo con la definición del Plan.

d. A fin de calificar para la extensión del periodo de incapacidad, el participante incapacitado debe presentar una solicitud al Fondo dentro de un plazo de 12 meses a partir del primer día de la incapacidad.

Sección 2.06. Condiciones especiales para los empleados jubilados que trabajen activamente.

a. Un participante que reciba el pago de beneficios de Carpenters Pension Trust Fund for Northern California, y que a partir del 1.° de junio de 2009 realice un tipo de trabajo por el cual se requiera hacer contribuciones a este Fondo pero que no dé como resultado la suspensión del pago de los beneficios de Carpenters Pension Trust Fund for Northern California, no establecerá elegibilidad bajo este Plan.

   Sin embargo, si el empleado jubilado trabaja suficientes horas consecutivas que, en ausencia de esta regla, normalmente le permitirían tener derecho a la elegibilidad como empleado activo, se usará un 50 % de las contribuciones al plan de salud y bienestar remitidas a este Plan en nombre del empleado jubilado para compensar las contribuciones que él hace a la cobertura médica para jubilados. Tal compensación sólo se otorgará para un 50 % de las contribuciones hasta un máximo de 480 horas por año calendario.

b. Si la persona no es un empleado jubilado elegible en el Plan de Salud y Bienestar para Jubilados, o si el número de horas que trabajó es menor que el número requerido para ganar la elegibilidad bajo este Plan en ausencia de esta regla, no se acreditarán contribuciones de salud y bienestar a nombre de la persona.

c. Un jubilado en el Carpenters Pension Trust Fund for Northern California a quien se le suspendió su pensión puede establecer y mantener la elegibilidad como empleado activo bajo este Plan de acuerdo con las subsecciones 2.01.a. a la d.

d. El 1.° de enero de 2010 o después de esta fecha, un participante que no se ha separado del servicio pero que ha comenzado el inicio obligatorio de los pagos de pensión de Carpenters Pension Trust Fund for Northern California debido a que llegó la fecha de inicio requerida, puede mantener la elegibilidad como empleado activo bajo el plan de acuerdo con las subsecciones de la 2.01.a. a la d.

Sección 2.07. Cobertura de continuación bajo COBRA

Las disposiciones de la cobertura de continuación de atención médica de las secciones 601 y siguientes de la Ley de Seguridad de Ingreso en la Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act), según enmiendas (COBRA), requieren que bajo circunstancias específicas cuando se termine la cobertura, se debe ofrecer la extensión

de ciertos beneficios del plan médico disponibles para las personas elegibles a través de autopago. En la extensión que COBRA aplique a cualquier persona elegible bajo este Plan, estos beneficios requeridos se ofrecerán de acuerdo con esta sección.

a. **General.** Los participantes y sus dependientes que pierdan la elegibilidad bajo el Plan pueden continuar la cobertura del Plan de acuerdo con los términos de esta sección. Esta sección se preparó para cumplir con las disposiciones de COBRA respecto a la continuación de la atención médica y cualquiera de sus reglamentos. Estas disposiciones se incorporan al Plan como referencia y serán las que rigen en el evento de que surja un conflicto entre esas disposiciones y los términos de esta sección. Las disposiciones de la cobertura de continuación descritas en esta sección no aplican a las parejas de hecho ni a los hijos de las parejas de hecho, ni a una parte interesada de un empleador que reportó horas en su nombre.

b. **Cobertura de continuación.** Los participantes o sus dependientes cuya elegibilidad termine pueden continuar la cobertura (excepto los beneficios del seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales y los beneficios semanales suplementarios por incapacidad), bajo COBRA a la ocurrencia de un "evento que califica". Un "evento que califica" se define como uno de los siguientes casos:

   (1) El empleador o empleadores del participante reportan al Fondo menos horas que el mínimo requerido, como se indica en las Secciones 2.02.a. o 2.02.b. a nombre del participante en cualquier mes;

   (2) Terminación del empleo del participante (del Plan de Tarifa Fija);

   (3) Fallecimiento del participante;

   (4) El divorcio del participante de su cónyuge dependiente;

   (5) Terminación del estado de dependiente de un hijo dependiente.

c. **Beneficiario calificado.** Un beneficiario calificado se define según COBRA como una persona que pierde cobertura por cualquiera de los eventos que califican mencionados anteriormente. Un niño biológico de un participante, o puesto bajo adopción con un participante durante un periodo de cobertura de continuación COBRA también es un beneficiario calificado.

d. **Duración de la cobertura.**

   (1) Un beneficiario calificado cuya cobertura terminaría debido a un evento que califica puede elegir la cobertura de continuación por hasta 18 meses a partir de la fecha del evento que califica. El periodo de 18 meses de la oración precedente se extenderá a un máximo de 36 meses a partir de la fecha del evento que califica si ocurre un segundo evento que califica (que no sea uno de los eventos que califican descritos en el párrafo (1) o (2) de la sección 2.07.b.) con respecto a ese beneficiario calificado durante el periodo original de 18 meses y mientras el beneficiario calificado esté cubierto bajo el Plan.

   (2) Los meses de elegibilidad extendida que resulten de las horas remanentes en el banco de horas del participante (de los Planes A y B) contarán hacia el periodo de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA y subsidiarán un 100 % del costo de la cobertura de continuación de COBRA del beneficiario calificado para esos meses.

   (3) Si la cobertura se termina debido a uno de los eventos que califican descritos en la sección 2.07.b.(1) o (2), el periodo de 18 meses se puede extender hasta un total de 29 meses para cualquier beneficiario calificado que el Seguro Social determine que está totalmente incapacitado en la fecha del evento que califica o durante los 60 días posteriores. Otros beneficiarios calificados de la familia del beneficiario calificado incapacitado también son elegibles para el periodo de 29 meses de cobertura extendida. Si desea calificar para los 11 meses adicionales, un beneficiario calificado debe reportar por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso la determinación del Seguro Social sobre la incapacidad antes de que termine el periodo original de continuación de la cobertura de 18 meses.

   (4) Si el evento que califica que se describe en la sección 2.07.b.(1) o (2) ocurre menos de 18 meses *después* de la fecha en que el participante adquiere derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambos), el periodo máximo de continuación de la cobertura para los dependientes del participante será de 36 meses a partir de la fecha en que el participante adquiera el derecho a Medicare.

   (5) El derecho a Medicare no es un evento que califica bajo el Plan. El derecho a Medicare *después* de que termina el empleo o se reducen las horas de trabajo de un participante no extenderá la cobertura COBRA del beneficiario calificado dependiente más allá del periodo de 18 meses permitido para los eventos que

califican que se describen en las secciones 2.07.b.(1) y (2).

(6) Un beneficiario calificado cuya cobertura de otra manera terminaría debido a un evento que califica, entre los que se describen en el párrafo (3), (4) o (5) de la subsección 2.07.b., puede elegir la cobertura de continuación por hasta 36 meses a partir de la fecha del evento que califica.

e. **Terminación de la cobertura de continuación**. No obstante la duración máxima de la cobertura descrita en la sección 2.07.d., la cobertura de continuación de un beneficiario calificado terminará en una de las siguientes fechas, la que ocurra primero:

(1) El empleador del participante deja de proporcionar cobertura médica de grupo a todos sus empleados;

(2) No se paga oportunamente la prima descrita en la sección 2.07.g.;

(3) El beneficiario calificado, después del evento que califica, queda cubierto bajo cualquier otro plan de grupo (como empleado o de otra manera) que no contenga ninguna exclusión ni limitación con respecto a ninguna afección preexistente del beneficiario calificado;

(4) El beneficiario calificado adquiere los derechos a Medicare después de la fecha que seleccionó la cobertura de continuación de COBRA. Tener derecho a los beneficios de Medicare significa estar inscrito en la Parte A o en la Parte B de Medicare, lo que ocurra primero;

(5) El participante o el dependiente tiene cobertura continua por meses adicionales debido a una incapacidad, y el Seguro Social hace la determinación final de que la persona ya no está incapacitada.

f. **Tipos de beneficios que se proporcionan.** Un beneficiario calificado recibirá una cobertura médica bajo el Plan que es idéntica a la cobertura médica que se proporciona a otras personas elegibles que no han experimentado un evento que califica. Un beneficiario calificado tendrá la opción de tomar solamente la "cobertura básica" en lugar de la cobertura completa. La "cobertura básica" se refiere a los beneficios médicos que el beneficiario calificado estaba recibiendo inmediatamente antes del evento que califica *excepto* beneficios de la vista, dentales y de vida.

g. **Primas**

(1) Se cobrará a los beneficiarios calificados una prima por la cobertura de continuación, en las cantidades establecidas por la Junta de Fideicomisarios. Esta prima se puede pagar en plazos mensuales. Sin embargo, a juicio de la Junta de Fideicomisarios, y según enmiendas que se hagan de vez en cuando, no se cobran primas por ninguna porción del periodo de COBRA durante el cual del Fondo de Fideicomiso extienda la cobertura con base en las reglas del Plan referentes al banco de horas para los participantes del Plan A y del Plan B, como se describe en la sección 2.02.a.

(2) Cualquier prima debida por la cobertura durante el periodo anterior a que se hiciera la elección se debe pagar en un lapso de 45 días a partir de la fecha en que el beneficiario calificado elija la cobertura de continuación. En el caso de un beneficiario calificado del Plan A que elija la cobertura de continuación de COBRA cuando se le están terminando sus horas en el banco de horas, el pago inicial de la prima se debe hacer dentro de un lapso de 45 días a partir de la fecha en que el beneficiario calificado elija la cobertura de continuación, o el primer día del primer mes después de que se agote su banco de horas, lo que suceda después.

(3) Después del pago inicial de la prima, los pagos mensuales de la prima se debe hacer no después del primer día del mes para el cual se eligió la cobertura de continuación. Habrá un periodo de gracia de 30 días para hacer los pagos mensuales de la prima. Si no se paga la cantidad vencida al final del periodo de gracia aplicable, se terminará su cobertura de continuación de COBRA. La Junta de Fideicomisarios puede extender la fecha de vencimiento del pago de la prima.

h. **Requisitos de notificación para los beneficiarios calificados**

(1) El beneficiario calificado es responsable de proporcionar oportunamente a la Oficina del Fondo de Fideicomiso una notificación por escrito de la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

(a) El divorcio entre el participante y su cónyuge.

(b) Cuando un hijo pierda su estado de dependiente bajo el Plan.

(c) Si ocurre un segundo evento que califica después de que el beneficiario calificado adquiere derechos a COBRA con un máximo de 18 (o 29) meses.

En el caso de la ocurrencia de cualquiera de los eventos que se describen en las subsecciones (a), (b) y (c) anteriores, el beneficiario calificado debe notificar por escrito a la Oficina del Fondo no después de 60 días a partir de la fecha del evento que califica.

(d) Cuando la Administración del Seguro Social determine que un beneficiario calificado, con derecho a recibir la cobertura de COBRA por un máximo de 18 meses, está incapacitado, el beneficiario calificado debe proporcionar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso una notificación por escrito de la determinación de la incapacidad antes de que termine el periodo inicial de la cobertura de continuación de 18 meses.

(e) Cuando la Administración del Seguro Social determine que un beneficiario calificado ya no está incapacitado, se debe proporcionar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso una notificación por escrito no después de 30 días a partir de la fecha en que la Administración del Seguro Social determine que la persona ya no está incapacitada.

(2) La notificación por escrito debe incluir la siguiente información: el nombre del beneficiario calificado, el nombre y número de identificación del participante, el evento que califica por el cual se proporciona la notificación, la fecha del evento que califica, copia de la disolución final del matrimonio, si el evento es un divorcio.

(3) La notificación puede ser proporcionada por el participante, el beneficiario calificado con respecto al evento que califica, o cualquier representante que actúe a nombre el participante o del beneficiario calificado. La notificación de una persona satisfará el requisito de notificación para todos los beneficiarios calificados afectados por el mismo evento que califica.

(4) Si no se proporciona a la Oficina del Fondo de Fideicomiso una notificación por escrito de los eventos descritos en la subsección (1) que antecede, y dentro de los plazos requeridos, la persona no podrá obtener ni extender la cobertura de continuación de COBRA.

i. **Requisitos de notificación para los empleados y el Plan**.

(1) Si el evento que califica es el fallecimiento del participante, el empleador debe notificar por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso el evento que califica en un lapso de 30 días a partir de la ocurrencia de tal evento que califica.

(2) Si el evento que califica es la reducción de horas, la Oficina del Fondo de Fideicomiso tomará la determinación de que el empleador o empleadores de un participante han reportado a nombre del participante menos horas que el mínimo requerido establecido en la sección 2.07.b.(1). Si el evento que califica es la terminación del empleo mencionada en la sección 2.07.b.(2), el empleador debe notificar por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso el evento que califica en un lapso de 30 días después de que éste ocurra.

(3) No después de 60 días a partir de la fecha en que la Oficina del Fondo de Fideicomiso reciba del beneficiario calificado o del empleador una notificación por escrito, o después de que la Oficina del Fondo de Fideicomiso haya determinado que el empleador reportó menos horas que el mínimo requerido, el Plan enviará una notificación por escrito al beneficiario calificado afectado por el evento que califica en la que le

indique su derecho a una cobertura de continuación.

No obstante el párrafo inmediatamente anterior, la notificación por escrito del Plan a un beneficiario calificado que es un cónyuge dependiente se considerará una notificación para todos los demás beneficiarios calificados que residan con esta persona en el momento que se hace la notificación.

j. **Procedimiento de elección**

(1) Un beneficiario calificado debe elegir la cobertura de continuación dentro de un plazo de 60 días a partir de una de las siguientes fechas, la que ocurra más tarde:

(a) La fecha en que de otra manera terminaría la elegibilidad bajo el Plan; o

(b) La fecha de la notificación de la Oficina del Fondo de Fideicomiso en la que se indica al beneficiario calificado que tiene derecho a la cobertura de continuación de COBRA.

(2) Cualquier elección de un beneficiario calificado, que sea participante o cónyuge dependiente, con respecto a la cobertura de continuación para cualquier otro beneficiario calificado que perdería la cobertura según las Reglas y reglamentos del Plan como resultado del evento que califica, será obligatoria. Sin embargo, cada persona que sea beneficiario calificado con respecto al evento que califica tiene un derecho independiente a elegir la cobertura de COBRA. Si el participante o el cónyuge dependiente no elige la cobertura de continuación, se dará a cualquier otro beneficiario calificado un periodo de 60 días para elegir o rechazar la cobertura.

k. **Adición de dependientes nuevos**

(1) Si mientras un beneficiario calificado está inscrito en la cobertura de continuación de COBRA, el beneficiario calificado se casa, tiene un hijo, recibe un niño para su adopción o asume la tutoría legal de un niño, se puede inscribir a tal cónyuge o hijo nuevo para que reciba la cobertura por el resto del periodo de la cobertura de continuación COBRA, si lo hace dentro de un plazo de 30 días después del nacimiento, matrimonio, colocación para adopción o tutoría legal. La adición de un niño o un cónyuge podría causar un incremento en la cantidad que se debe pagar por la cobertura de continuación de COBRA.

(2) Cualquier beneficiario calificado puede añadir un cónyuge o niño nuevo a su cobertura de continuación de COBRA. Los únicos miembros de la familia recientemente añadidos que tienen los derechos de un beneficiario calificado, como el derecho de conservar la cobertura de COBRA durante más tiempo en el caso de un segundo evento que califica, son los hijos naturales o adoptados del anterior participante o aquellos hijos cuyo tutor legal es el anterior participante.

l. **Periodo adicional de elección de la cobertura COBRA en caso de elegibilidad de los beneficios de la Ley de Asistencia para el Ajuste Comercial de 2002 (Trade Adjustment Assistance Act Amendments of 2002, TAA).**

Un participante que esté certificado por el Departamento de Trabajo de EE.UU. (U.S. Department of Labor, DOL) como elegible para recibir los beneficios de la Ley de Asistencia para el Ajuste Comercial de 2002 puede ser elegible para recibir una nueva oportunidad de seleccionar la cobertura de COBRA. Si el participante y/o sus dependientes no eligieron COBRA durante su periodo de elección, pero posteriormente el DOL les certifica para recibir beneficios de TAA o recibir una pensión administrada por Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC), pueden tener derecho a un periodo adicional de 60 días para elegir la cobertura de COBRA a partir del primer día del mes en el que se les certifica. Sin embargo, en ningún evento este beneficio permitiría a una persona elegir la cobertura de COBRA más de 6 meses después de que se termine su cobertura bajo el Plan.

Sección 2.08. Continuación de la cobertura para las parejas de hecho y los hijos de las parejas de hecho

Las parejas de hecho elegibles de los participantes y los hijos elegibles de esas parejas de hecho que pierdan la elegibilidad bajo el Plan, pueden continuar la cobertura del Plan haciendo ellos los pagos, de acuerdo con los términos de esta sección.

a. **Cobertura de continuación.** La pareja de hecho y el hijo o hijos de la pareja de hecho que pierdan elegibilidad bajo el Plan pueden continuar la cobertura del Plan (excepto los beneficios del seguro de vida y por muerte y desmembramiento accidentales) cuando pierdan la elegibilidad debido a cualquiera de las siguientes razones:

(1) El empleador o empleadores del participante reportan al Fondo menos horas que el mínimo requerido, como se indica en las secciones 2.02.a. o 2.02.b., a nombre del participante en cualquier mes, o la terminación del empleo del participante;

(2) Fallecimiento del participante;

(3) La terminación de la relación de la pareja de hecho con el participante;

(4) La terminación del estado de dependiente de un hijo dependiente según el Plan.

b. **Primas.** Se cobrará a la pareja de hecho y/o al hijo dependiente una prima por la cobertura de continuación por la cantidad que establezca la Junta de Fideicomisarios. Esta prima se puede pagar en plazos mensuales. Sin embargo, a juicio de la Junta de Fideicomisarios, no se cobran primas por ninguna porción del periodo de la cobertura de continuación durante el cual del Fondo de Fideicomiso extienda la cobertura con base en las reglas del Plan referentes al banco de horas para los participantes del Plan A y del Plan B, como se describe en la sección 2.02.a.

c. **Duración de la cobertura de continuación.** En el caso de la reducción de horas laborales o terminación del empleo del participante, la cobertura se puede continuar, pagando el participante las primas, por hasta 18 meses a partir de la fecha del evento que dio como resultado la pérdida de la elegibilidad. En todas las demás circunstancias que se describen en la sección 2.08.a., se puede continuar con la cobertura por hasta 36 meses a partir de la fecha del evento que dio como resultado la pérdida de la elegibilidad.

d. **Terminación de la cobertura de continuación.** La cobertura de continuación se terminará antes de que termine el periodo de 18 o de 36 meses de la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

(1) El pago requerido de la prima por la cobertura de continuación no se hace oportunamente;

(2) El empleador del participante deja de proporcionar cobertura médica de grupo a todos sus empleados;

(3) La pareja de hecho o el hijo dependiente obtiene cobertura bajo cualquier otro plan de grupo después de un evento que califica (como empleado o de otra manera) o adquiere el derecho a la cobertura de Medicare.

e. **Requisito de notificación.** Todos los requisitos de notificación que se describen en las secciones 2.07.h. y 2.07.i. también aplican a las parejas de hecho y a los hijos de las parejas de hecho.

f. **Procedimiento de elección y notificación.** La pareja de hecho y/o el hijo debe elegir la cobertura de continuación dentro de un plazo de 60 días a partir de una de las siguientes fechas, la que ocurra después:

(1) La fecha en que de otra manera terminaría la elegibilidad bajo el Plan; o

(2) La fecha de la notificación de la Oficina del Fondo de Fideicomiso en la que se indica a la persona que tiene derecho a la cobertura de continuación.

Sección 2.09. Elección de la cobertura

a. Cada participante que se vuelva elegible tendrá la oportunidad de elegir la cobertura del Plan Médico de Indemnización y la del Plan de Medicamentos de Venta con Receta proporcionadas directamente por el Fondo, como se describe en estas Reglas y reglamentos, o la cobertura que se ofrezca a través de Kaiser Foundation Plan. Un participante debe vivir dentro del área de servicio de Kaiser Foundation Plan para inscribirse en ese plan, y estará limitado al periodo retroactivo de Kaiser Foundation Plan. Excepto como se dispone en la opción de beneficios internacionales descrita en la subsección f. que aparece a continuación, la cobertura seleccionada por el participante también aplicará a cualquier dependiente elegible del participante.

b. **Cambios en la cobertura.** Los participantes elegibles deben permanecer en el plan seleccionado durante un mínimo de 12 meses, a menos que el participante se mude fuera del área de servicio de Kaiser Foundation Plan o que la Junta de Fideicomisarios apruebe un cambio. Cualquier cambio de planes entrará en vigencia el primer día del segundo mes calendario posterior a la fecha en que el Fondo reciba el formulario de inscripción.

c. Los participantes que elijan la cobertura del Plan Médico de Indemnización pueden rechazar la cobertura de la vista, y todos los participantes pueden rechazar la cobertura dental para ellos y para sus dependientes si no desean estos beneficios. El Plan no ofrece ningún incentivo financiero por rechazar esta cobertura. Los participantes que no notifiquen a la Oficina del Fondo que desean rechazar la cobertura, quedarán inscritos automáticamente en la cobertura dental y la de la vista.

d. **Opción de beneficios internacionales.** Un participante que ha inmigrado a Estados Unidos de América puede tener dependientes en su país de origen. Se pueden presentar al Fondo reclamaciones médicas y dentales en beneficio de esos dependientes que residen fuera de Estados Unidos con la documentación adecuada que requiera el Plan; sin embargo, es posible que en algunos casos no exista la infraestructura necesaria para presentar las reclamaciones. Las personas pueden tener la opción de comprar al gobierno de su país de origen una cobertura médica para sus dependientes. Un participante que haya comprado este tipo de cobertura para sus dependientes puede elegir inscribirse en la opción de beneficios internacionales de este Plan.

   (1) La opción de beneficios internacionales proporciona beneficios de indemnización del Fondo sólo para el participante, y reembolsará al participante el pago real que éste haya hecho al gobierno extranjero por la cobertura médica de sus dependientes, hasta un máximo de $100 por año calendario por cada dependiente elegible, sujeto a las siguientes condiciones:

   (2) El participante debe ser elegible para recibir los beneficios del Fondo en el momento en que haga el pago al gobierno extranjero por el seguro médico del dependiente;

   (3) El pago se haga para comprar la cobertura médica de los dependientes que cumplan con la definición de dependientes del Plan según se define en la sección 1.15;

   (4) El Fondo proporcionará sólo un reembolso por dependiente elegible en cualquier periodo consecutivo de 12 meses;

   (5) El participante debe elegir cobertura para él mismo bajo los beneficios médicos del Plan Médico de Indemnización y del Plan de Medicamentos de Venta con Receta proporcionados directamente por el Fondo; y

   (6) Si subsiguientemente un participante desea proporcionar cobertura a sus dependientes en Estados Unidos, los dependientes deben estar inscritos en una de las otras opciones de beneficios que ofrece el Fondo, según las subsecciones 2.09.a. y 2.09.b. La inscripción de los dependientes en una de las otras opciones de beneficios del Fondo cancelará la elegibilidad para el reembolso dispuesto bajo la opción de beneficios internacionales.

Sección 2.10. Reciprocidad entre fondos

Propósito. Se proporciona elegibilidad para los beneficios bajo esta sección a los participantes que de otra manera no serían elegibles para recibir beneficios de salud y bienestar debido a que las horas de su empleo se dividieron entre diferentes fondos de salud y bienestar. Las disposiciones de esta sección sólo aplican si el Acuerdo Maestro Recíproco de Fondos de Salud y Bienestar de la Fraternidad Unida de Carpinteros y Ebanistas de América) ha sido adoptado por los fondos signatarios (en lo sucesivo denominados Fondos de Cooperación) en cuya jurisdicción trabaja el participante.

a. **Fondo local.** Para los propósitos de esta sección, el término “Fondo local” significa:

   (1) Para los participantes que son miembros de un sindicato local, el fondo de cooperación en el cual participa su sindicato local por virtud de su acuerdo de negociación colectiva con los empleadores; o

   (2) Para los participantes que no son miembros de un sindicato local, o que están empleados principalmente dentro de la jurisdicción de un sindicato local que no sea el sindicato del cual son miembros: el fondo de cooperación en el cual el participante ha trabajado la mayoría de las horas en los cinco años calendario más recientes.

b. **Fondo externo.** Para los propósitos de esta sección, el término "Fondo externo" significa cualquier fondo de cooperación bajo el cual trabaja un participante y que no sea su fondo local.

c. **Contribuciones.** Las contribuciones para los beneficios de salud y bienestar que los empleadores deben hacer, se harán a la tarifa, en el momento, la manera y en los lugares requeridos por el acuerdo de negociación colectiva que cubre el área geográfica en la que el participante desempeña realmente su trabajo.

d. **Autorización del participante.** Los participantes que trabajen fuera del área cubierta por su fondo local pueden autorizar a éste para que solicite a un fondo externo que transmita a su fondo local el dinero entregado por los empleadores al fondo externo debido a su empleo. Al hacer esta solicitud el participante renuncia a todos los derechos que pueda tener a la elegibilidad para recibir beneficios del fondo externo. Esta solicitud y renuncia continuarán hasta que el participante revoque por escrito esas condiciones y entregue su revocación a su fondo local. El fondo local enviará al fondo externo una copia de la revocación por escrito.

e. **Transferencia de contribuciones.** El fondo local del participante presentará al fondo externo una fotocopia de la renuncia del participante y solicitará la transferencia de los pagos que recibió el fondo externo debido al trabajo del participante. Cada trimestre que termine el 31.º de marzo, el 30.º de junio, el 30.º de septiembre y el 31.º de diciembre, el fondo externo, corriendo con los gastos, transferirá al fondo local todo el dinero recibido por el trabajo del participante. La transmisión debe ir acompañada por un informe apropiado. Sin embargo, no se hará la transmisión de los pagos por un periodo anterior a un año calendario a partir de la fecha en que el fondo externo reciba la renuncia y solicitud del participante.

f. **Crédito de elegibilidad.** Las reglas de elegibilidad de los fondos de cooperación estipularán que los participantes recibirán créditos de elegibilidad para todos los beneficios por el trabajo desempeñado por el cual se hicieron contribuciones a un fondo externo y se transmitieron a su fondo local. Los créditos sólo se otorgarán al participante por su fondo local. Para determinar la cantidad que se debe acreditar, las contribuciones recibidas por el fondo local de un fondo externo serán convertidas a horas, con base en la tasa de contribuciones vigente en ese momento con el fondo local.

g. **Cambio del fondo local.** Se reconoce que surgirán situaciones en las que un participante cambie su fondo local por causa justificada. Las siguientes reglas aplican cuando un participante desee cambiar su fondo local de un fondo de cooperación a otro fondo de cooperación:

(1) Se debe presentar una solicitud por escrito tanto al fondo local existente como al fondo de cooperación que el participante desea designar como su nuevo fondo local.

(2) Esta solicitud debe hacerse en un formulario, y contener toda la información que requieran ambos fondos de cooperación.

(3) El cambio de fondo local entrará en vigencia cuando ambos fondos de cooperación lo aprueben.

ARTÍCULO 3. BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN

Los beneficios que se describen en este artículo son pagaderos por los gastos cubiertos en los que incurra una persona elegible para el tratamiento médicamente necesario de una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo y los servicios preventivos específicamente cubiertos por el Plan. Un gasto es incurrido en la fecha en que la persona elegible recibe el servicio o suministro por el cual se hace el cargo. Estos beneficios están sujetos a las exclusiones, limitaciones y reducciones establecidas en el Artículo 8 y a todas las disposiciones del Plan que pueden limitar los beneficios o dar como resultado que los beneficios no sean pagaderos.

Sección 3.01. Deducible

El Plan no comenzará a pagar los beneficios del Plan Médico de Indemnización sino hasta que la persona elegible o la familia haya satisfecho la cantidad del deducible del año calendario, como se especifica abajo para los proveedores participantes y no participantes. Sólo los gastos cubiertos se aplican al deducible. Las cantidades no pagaderas debido al incumplimiento con el Programa de Revisión de la Utilización del Plan o las cantidades que excedan cualquier

límite de beneficios específicos del Plan no se aplican al deducible.

a. Cantidad del deducible por año calendario para:

   (1) Proveedores participantes: $128 por persona, sin exceder $256 por familia.

   (2) Proveedores no participantes: $257 por persona, sin exceder $514 por familia.

b. Cualquier cantidad aplicada al deducible de los servicios de proveedores participantes también se aplicará al deducible de los servicios de proveedores no participantes, y cualquier cantidad aplicada al deducible de los servicios de proveedores no participantes también contará hacia la cantidad del deducible de los servicios de proveedores participantes.

c. Sólo las cantidades que se hayan aplicado al deducible por persona de un individuo, aplicarán a la cantidad del deducible de la familia.

d. Excepciones al pago de proveedores no participantes. El deducible de los servicios de proveedores participantes aplicará a los servicios de los proveedores no participantes como se describe en las subsecciones 3.02.c.(2) y (3) que aparecen abajo.

e. El deducible no aplica a los servicios de salud mental y tratamiento de farmacodependencia.

f. El deducible no aplica a vistas médicas en línea con proveedores participantes, suponiendo que el cargo no exceda $49 por visita (a partir del 1.° de enero de 2017).

Sección 3.02. Pago

Excepto como se disponga de otra manera en la subsección c. que aparece abajo, y hasta que se cumpla el gasto máximo anual del bolsillo que se describe en la sección 3.03, todos los beneficios de los gastos cubiertos son pagaderos de la siguiente manera, sujeto a la sección 3.01.:

a. **Plan A y Plan R:**

   (1) Proveedores participantes: 90 % de la tarifa negociada

   (2) Proveedores no participantes: 70 % del cargo permitido

b. **Plan B y Plan de Tarifa Fija:**

   (1) Proveedores participantes: 80% de la tarifa negociada

   (2) Proveedores no participantes: 60% del cargo permitido

c. **Excepciones a los porcentajes de pago especificados en las subsecciones a. y b.:**

   (1) Beneficios de salud mental y de farmacodependencia. Los beneficios son pagaderos de acuerdo con la sección 3.07.1.

   (2) Visitas médicas en línea de proveedores participantes. Los beneficios son pagaderos de acuerdo con la sección 3.06.k. (En vigencia el 1.° de enero de 2017)

   (3) Excepción al pago de proveedores no participantes **en el Plan A y el Plan R**:

      (a) Si un anestesiólogo o médico de la sala de emergencia no participante proporciona servicios en un hospital participante o en una instalación participante, el beneficio pagadero es de **90 %** de los cargos permitidos.

      (b) El beneficio pagadero por el servicio de una ambulancia con licencia de un proveedor no participante es **90 %** de los cargos permitidos.

      (c) Si el servicio proporcionado es médicamente necesario y no está disponible de un proveedor

participante, el beneficio pagadero es de **90 %** del cargo permitido.

(d) Para la atención de emergencia en un hospital no participante cuando la persona elegible no pudo escoger el hospital adonde ir debido a la emergencia, el beneficio pagadero es de **90 %** de los cargos permitidos por servicios de la sala de emergencia o servicios de hospital si de la sala de emergencia se admite al paciente al hospital. Sin embargo, en el caso de las internaciones, el Plan puede requerir que el paciente se transfiera a un hospital participante cuando el médico indique que es médicamente seguro hacerlo y el periodo de emergencia haya terminado. Si el paciente permanece en un hospital no participante después del periodo de emergencia aguda, el beneficio pagadero será un **70 %** del cargo permitido por el periodo de internación posterior a la terminación del periodo de emergencia.

(4) Excepción al pago de proveedores no participantes **en el Plan B y el Plan de Tarifa Fija**:

(a) Si un anestesiólogo o médico de la sala de emergencia no participante proporciona servicios en un hospital participante o en una instalación participante, el beneficio pagadero es de **80 %** de los cargos permitidos.

(b) El beneficio pagadero por el servicio de una ambulancia con licencia de un proveedor no participante es **80 %** de los cargos permitidos.

(c) Si el servicio proporcionado es médicamente necesario y no está disponible de un proveedor participante, el beneficio pagadero es de **80%** del cargo permitido.

(d) Para la atención de emergencia en un hospital no participante cuando la persona elegible no pudo escoger el hospital adonde ir debido a la emergencia, el beneficio pagadero es de **80%** de los cargos permitidos por servicios de la sala de emergencia o servicios de hospital si de la sala de emergencia se admite al paciente al hospital. Sin embargo, en el caso de las internaciones, el Plan puede requerir que el paciente se transfiera a un hospital participante cuando el médico indique que es médicamente seguro hacerlo y el periodo de emergencia haya terminado. Si el paciente permanece en un hospital no participante después del periodo de emergencia aguda, el beneficio pagadero será un **60%** del cargo permitido por el periodo de internación posterior a la terminación del periodo de emergencia.

Sección 3.03. Gasto máximo anual del bolsillo.

Cada año calendario, después de que una persona elegible o su familia alcanza el gasto máximo de su bolsillo por los gastos cubiertos como se especifica a continuación en la subsección a., el Plan pagará un 100 % de los gastos cubiertos incurridos durante el resto del año calendario. Sólo los gastos cubiertos se aplicarán al gasto máximo del bolsillo. Las cantidades no pagaderas debido al incumplimiento de los requisitos de preautorización del Plan o las cantidades que excedan cualquiera de los límites o máximos de los beneficios del Plan no aplicarán al gasto máximo del bolsillo.

a. Gasto máximo anual del bolsillo con proveedores participantes:

(1) Plan A y Plan R: $1,289 por persona, sin exceder $2,578 por familia

(2) Plan B y Plan de Tarifa Fija: $6,445 por persona, sin exceder $12,890 por familia

b. No hay un máximo anual del bolsillo por los cargos de proveedores no participantes.

c. Los siguientes gastos no se aplicarán para pagar el gasto máximo del bolsillo y no serán pagaderos al 100 % después de que se pague el gasto máximo del bolsillo:

(1) Cantidades aplicadas al deducible.

(2) Cualquier cantidad que exceda los límites del Plan para beneficios específicos, incluidos los límites del Plan para los siguientes beneficios: acupuntura, servicios de quiropráctico; audífonos, atención de enfermos terminales, exámenes físicos de rutina de hijos dependientes, instalaciones de cirugía ambulatoria no participantes, servicios de hospital para pacientes internos asociados con el reemplazo de una sola articulación de la cadera o de cirugía de reemplazo de una sola articulación de la rodilla, y procedimientos quirúrgicos específicos realizados en el entorno ambulatorio de un hospital.

(3) Cualquier cantidad no cubierta debido al incumplimiento de los requisitos del Programa de Revisión de la Utilización del Plan.

Sección 3.04. Beneficios de hospital e instalaciones.

a. Servicios para pacientes internos

(1) Requisito de revisión de la utilización. Si una persona elegible va a ser internada en un hospital o en una instalación de tratamiento de pacientes internos, el médico o el hospital/instalación debe obtener una revisión antes de la admisión de la Organización de Revisión Profesional (Professional Review Organization, PRO) para determinar la necesidad médica de la internación en el hospital o instalación, y si es médicamente necesaria, el número de días autorizados de internamiento que se consideran médicamente necesarios. La revisión antes de la admisión se debe obtener antes de una internación que no sea de emergencia en un hospital o instalación. En el caso de una internación de emergencia, el hospital o instalación o el médico se debe comunicar con la PRO dentro de un plazo de 24 horas después de la admisión. Si no se obtiene la revisión de la utilización antes del internamiento o de manera retroactiva, los beneficios se denegarán en virtud de la sección 8.01.b.

(2) Se pagan beneficios por los cargos incurridos en el hospital por concepto de cuarto y alimentación, salas de cirugía, medicamentos, suministros y servicios médicos proporcionados durante la internación, incluido cualquier componente profesional de los servicios, como los siguientes:

(a) En un hospital no participante, un cuarto con 2 o más camas, o el cargo mínimo por un cuarto con 2 camas en ese hospital si se usa un cuarto de mayor precio; o las unidades de cuidado intensivo cuando sea médicamente necesario. En un hospital participante la tarifa negociada está cubierta.

(b) Solamente en el caso de un hospital participante, medicamentos para llevar a casa surtidos en la farmacia del hospital en el momento del alta hospitalaria de la persona elegible.

(c) En un hospital participante solamente, transfusiones de sangre incluido el costo de sangre no reemplazada, productos sanguíneos y procesamiento de sangre. En un hospital no participante, transfusiones de sangre pero no el costo de la sangre, productos sanguíneos ni procesamiento de sangre.

(d) En un hospital participante solamente, servicios de transportación durante una estancia cubierta como paciente interno.

(e) En un hospital participante solamente, cargos por atención de rutina en la sala de neonatos.

(3) Se paga un máximo de **$30,000** por los servicios la instalación hospitalaria para pacientes internos asociada con una cirugía de reemplazo de una articulación de la cadera o de una articulación de la rodilla.

b. En hospitales para pacientes internos, instituciones de atención urgente, suponiendo que los servicios de la instalación quirúrgica estén relacionados con una cirugía cubierta por el Plan. Los beneficios máximos pagaderos indicados a continuación aplicarán a los siguientes procedimientos cuando se reciban en el entorno ambulatorio de un hospital:

(1) Colonoscopia- **$1,500**

(2) Artroscopia– **$6,000**

(3) Cirugía de cataratas– **$2,000**

(4) Endoscopia- **$1,000** (a partir del 1.° de enero de 2017)

c. En instalaciones de cirugía ambulatoria con licencia, suponiendo que los servicios de la instalación quirúrgica estén relacionados con una cirugía cubierta por el Plan. Hay un beneficio máximo de **$300** por todos los servicios que se reciban en una instalación de cirugía ambulatoria no participante.

d. Instalación de enfermería especializada. Los beneficios se proporcionan por un máximo de 70 días por periodo de internación en una instalación de enfermería especializada, sujeto a lo siguiente:

(1) Los servicios deben ser aquellos regularmente proporcionados y facturados por una instalación de enfermería especializada.

(2) Los servicios deben ser congruentes con la enfermedad, lesión, grado de incapacidad y las necesidades médicas de la persona elegible, según lo determine la PRO. Los beneficios se proporcionan sólo durante el número de días requeridos para tratar la enfermedad o lesión de la persona elegible.

(3) La persona elegible debe permanecer bajo la supervisión activa de un médico. El médico debe atender la enfermedad o lesión por la cual se internó a la persona elegible en la instalación de enfermería especializada.

(4) Un nuevo periodo de internación comenzará después de que transcurran 90 días a partir de la última internación en una instalación de enfermería especializada.

Sección 3.05. Beneficios de atención preventiva

a. Beneficio de exámenes físicos de rutina para hijos dependientes. Los beneficios son pagaderos a los porcentajes descritos en la sección 3.02 por exámenes físicos de rutina para hijos dependientes menores de 19 años de edad. En el caso de los hijos recién nacidos, este beneficio incluye visitas en el hospital y los honorarios de médicos suplentes durante una cesárea, pero no los cargos de la sala de neonatos para bebés sanos de un hospital (excepto cargos de la sala de neonatos de un hospital participante, vea las exclusiones en la sección 8.01.g.). En el caso de los niños mayores dos años de edad, los beneficios se limitan a un examen físico por cualquier periodo de 12 meses.

b. Inmunizaciones infantiles. Los beneficios son pagaderos a los porcentajes que se describen en la sección 3.02 por las inmunizaciones infantiles que se administran a un hijo dependiente, de acuerdo con el programa de inmunizaciones recomendado por la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics).

c. Beneficio de mamografías de rutina. Los beneficios son pagaderos a los porcentajes que se describen en la sección 3.02 para una mamografía obtenida como procedimiento diagnóstico, incluida una mamografía digital. Los beneficios son pagaderos de acuerdo con el siguiente programa:

(1) Para mujeres de 35 a 39 años, una mamografía de referencia.

(2) Para mujeres de 40 años o más, una mamografía cada año.

d. Beneficio del examen físico de rutina solo para el participante y su cónyuge. Los beneficios son pagaderos a los porcentajes que se describen en la sección 3.02 por un examen físico de rutina proporcionado por un médico, y por todos los rayos X y las pruebas de laboratorio relacionados con el examen físico, incluidas pruebas de Papanicolaou o una prueba del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA) para los participantes del sexo masculino de 50 años de edad o más. Los beneficios se limitan a un examen físico de rutina en cualquier periodo de 12 meses, solo para el participante y su cónyuge.

e. Colonoscopia / Sigmoidoscopia. El Fondo pagará los beneficios a los porcentajes descritos en la sección 3.02 para exámenes de colonoscopia y sigmoidoscopia recibidos por participantes y cónyuges dependientes que se consideren a alto riesgo de cáncer de colon, cuando sean recomendados por un médico. Hay un beneficio máximo pagadero de **$1,500** para una colonoscopia que se realiza en el entorno ambulatorio de un hospital.

Sección 3.06. Servicios profesionales cubiertos

a. Servicios de un médico, sujeto a las limitaciones y exclusiones contenidas en el Plan.

b. Servicios de una enfermera registrada, incluidos:

(1) Servicios de una enfermera partera certificada para la atención obstétrica durante los periodos prenatal, de parto y de posparto, suponiendo que la enfermera partera esté practicando bajo la dirección y supervisión de un médico.

(2) Servicios de un profesional de enfermería con licencia, suponiendo que esté actuando en el ámbito legal de su licencia, los servicios sean en lugar de los servicios de un médico, y que el proveedor esté proporcionando

los servicios bajo la supervisión de un médico con la debida licencia, si es que se requiere supervisión.

c. Servicios de un asistente médico con licencia, suponiendo que se proporcionen bajo la supervisión de un médico, y sujetos a los siguientes requisitos:

(1) Los servicios cubiertos están limitados a asistentes de cirugía, exámenes físicos, administración de inyecciones, colocaciones menores de yeso para fracturas simples, interpretación de rayos X y cambio de vendajes.

(2) Los servicios del asistente médico se deben facturar bajo el número de identificación de contribuyente del médico supervisor.

(3) Los servicios deben ser del tipo que se consideraría servicios médicos si fuesen proporcionados por un M.D. o por un D.O.

(4) Sólo para los proveedores no participantes, los gastos cubiertos están limitados de la siguiente manera:

(a) Por los servicios de un asistente de cirugía, un 85 % de la cantidad que se permitiría de otra manera si los servicios fueran proporcionados por un médico actuando como asistente en la cirugía, o

(b) Por otros servicios cubiertos, un 85 % del cargo permitido aplicable del médico por los servicios prestados.

(5) Para los proveedores participantes, los gastos cubiertos se limitan a la tarifa negociada con los proveedores participantes.

d. Servicios relacionados con la anticoncepción. Los servicios profesionales para pacientes ambulatorios relacionados con la anticoncepción están cubiertos en la misma base que otros servicios profesionales, incluidos pero sin limitarse a servicios relacionados con la obtención o remoción de un dispositivo o implante anticonceptivo de venta con receta.

e. Servicios de un terapeuta físico registrado, suponiendo que los servicios se brinden en congruencia con las prácticas médicas habituales y sean recetados por un Médico. Los servicios cubiertos no incluyen aquellos servicios que son principalmente educativos, relacionados con deportes o preventivos, tales como acondicionamiento físico, exámenes físicos requeridos para regresar a la escuela o para hacer ejercicio.

f. Servicios de un podiatra.

g. Servicios de un terapeuta del habla con licencia, pero sólo cuando la terapia del habla se proporciona a una persona elegible que tenía habla normal en cierto momento y que la perdió debido a una enfermedad o lesión.

h. Servicios de un optometrista con licencia, pero sólo cuando se proporciona tratamiento médico médicamente necesario a un ojo, que no está cubierto por un plan de la vista administrado por Vision Service Plan.

i. Tratamiento de acupuntura proporcionado por un acupunturista con licencia, sujeto a las siguientes limitaciones:

(1) La cantidad pagada por el Plan no excederá un pago máximo de **$35 por visita**.

(2) Los beneficios están limitados a **20 visitas por año calendario.**

j. Servicios de quiropráctico proporcionados a un participante o cónyuge dependiente por un quiropráctico con licencia, sujeto a las siguientes limitaciones:

(1) La cantidad pagada por el Plan no excederá un pago máximo de **$25 por visita**.

(2) Los beneficios están limitados a **20 visitas por año calendario.**

(3) No se pagan beneficios por servicios quiroprácticos proporcionados a hijos dependientes.

k. Las visitas médicas en línea proporcionadas por un proveedor participante a un participante o a un dependiente son pagaderas un 100 %, sin exceder el pago máximo de $49 por visita (a partir del 1.° de enero de 2017).

Sección 3.07. Servicios y suministros adicionales cubiertos

a. Servicios de una ambulancia con licencia para transportación por tierra hacia o desde el hospital más cercano. Los cargos permitidos de una ambulancia aérea con licencia hacia o desde el hospital más cercano están cubiertos si la ubicación y la naturaleza de la enfermedad o lesión hacen que la transportación aérea sea efectiva en función de costos o necesaria para evitar la posibilidad de complicaciones graves o la pérdida de la vida del paciente. Los servicios brindados por un técnico de emergencias médicas (Emergency Medical Technician, EMT) sin un subsiguiente transporte de emergencia se pagan de acuerdo con este beneficio de servicios de ambulancia.

b. Los servicios diagnósticos de radiología y de laboratorio están sujetos a las siguientes limitaciones:

(1) Los servicios deben ser ordenados por un médico, incluidas las pruebas de laboratorio asociadas con el diagnóstico de una enfermedad viral.

(2) El médico debe obtener una preautorización de la Organización de Revisión para brindar los siguientes servicios diagnósticos ambulatorios de estudios por imágenes:

(a) TC/ATC
(b) RM/IRM
(c) Cardiología nuclear
(d) Examen TEP
(e) Ecocardiografía

c. Radioterapia y quimioterapia

d. Extremidades u ojos artificiales

e. Equipo y suministros médicos Los cargos por arrendamiento están cubiertos si no exceden los cargos permitidos por el Plan o el precio de compra del equipo. Los beneficios son pagaderos solo si el equipo o suministro:

(1) Es recetado por un médico, y

(2) Ya no se usa cuando termine la necesidad médica, y

(3) Sólo lo usa el paciente, y

(4) No es principalmente para la comodidad o higiene de la persona elegible, y

(5) No es para control ambiental, y

(6) No es para ejercicios, y

(7) Fue fabricado específicamente para uso médico, y

(8) Fue aprobado como un tratamiento eficaz y estándar de una afección, según lo determine la PRO; y

(9) No es para propósitos de prevención.

f. Dispositivos e implantes anticonceptivos que legalmente requieran la receta de un médico.

g. Transfusiones de sangre, incluido el procesamiento de sangre y el costo de sangre no reemplazada y de productos sanguíneos. Sangre autodonada, limitado los cargos permitidos que se cobrarían si la sangre se hubiese obtenido de un banco de sangre.

h. Lesiones dentales Servicios de un médico (M.D.) o dentista (D.D.S.) que trate una lesión a los dientes naturales. Los servicios se deben recibir durante los 6 meses posteriores a la fecha de la lesión (aplica independientemente del momento en que la persona se inscribió en el Plan). En este beneficio no están cubiertos los daños a los dientes naturales debido a masticación o mordida.

i. Trasplante de órganos El Fondo cubrirá los cargos cubiertos incurridos por el donante de órganos y por el destinatario de órganos, cuando el destinatario de órganos sea una persona elegible. Los gastos cubiertos en relación con el trasplante de órganos incluyen análisis exploratorio del paciente, adquisición y transportación de órganos, cirugía y cargos hospitalarios para el destinatario y el donante, atención de seguimiento en el hogar o en un hospital, bajo las siguientes condiciones y limitaciones:

(1) Que el trasplante no se considere un procedimiento experimental ni de investigación según la descripción de este término en la sección 1.23;

(2) Se cumplen las reglas de precertificación de Anthem;

(3) Los servicios proporcionados deben estar aprobados por la Organización de Revisión Profesional (PRO) del Fondo;

(4) El destinatario del órgano es una persona elegible cubierta bajo el Plan;

(5) Los beneficios pagaderos a un donante de órganos que no sea una persona elegible se reducirán por cualquier cantidad pagada o pagadera por la propia cobertura médica de tal donante.

(6) En ningún caso el Plan cubrirá los gastos de transportación del donante, los cirujanos o los familiares.

j. Atención médica en el hogar Los beneficios se proporcionan de acuerdo con las Subsecciones (1) y (2) que aparecen a continuación:

(1) Los gastos cubiertos incluyen:

(a) Servicios de una enfermera titulada.

(b) Servicios de un terapeuta con licencia que ofrece terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.

(c) Servicios de un trabajador social médico.

(d) Servicios de un auxiliar médico que esté empleado en (o tiene un contrato con) una agencia de atención médica en el hogar. Los servicios deben ser ordenados y supervisados por una enfermera titulada empleada como coordinadora profesional por la agencia de atención médica en el hogar.

(e) Suministros médicos necesarios proporcionados por la agencia de atención médica en el hogar.

(2) Condiciones del servicio:

(a) La persona elegible debe estar confinada en el hogar bajo la supervisión activa de un médico que prescriba la atención médica en el hogar y que trate la enfermedad o la lesión para la cual se necesita el cuidado.

(b) La agencia de atención médica en el hogar debe proporcionar y facturar los servicios.

(c) Los servicios deben ser congruentes con la enfermedad, lesión, grado de incapacidad y necesidades médicas del paciente. Los beneficios se proporcionan sólo durante el número de días requeridos para tratar la enfermedad o lesión de la persona elegible.

(d) Los medicamentos especializados permitidos son proporcionados gracias a los beneficios de medicamentos de venta con receta y no tienen cobertura bajo este beneficio de atención médica en el hogar. Consulte el artículo 5 para ver información sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta, como los de administración por inyección, por infusión y medicamentos quimioterapéuticos.

k. Atención de enfermos terminales. Si una persona elegible se encuentra terminalmente enferma y su esperanza de vida es de 6 meses o menos, se pagarán beneficios de atención de enfermos terminales proporcionada en un programa aprobado de atención de enfermos terminales, sujeto a las siguientes condiciones y limitaciones:

(1) Los servicios cubiertos deben ser prescritos por un médico y están limitados a lo siguiente:

(a) Los servicios de enfermería proporcionados por un enfermero titulado (registered nurse, R.N.) o un auxiliar de enfermería con licencia (licensed practical nurse, L.P.N.)

(b) Servicios sociales médicos proporcionados por una persona que tenga un grado de maestría en trabajo social.

(c) Servicios de un auxiliar de atención médica en el hogar.

(d) Suministros médicos normalmente usados por pacientes internos en un hospital y surtidos por la agencia de atención de enfermos terminales.

(e) Suplementos nutrimentales tales como sustitutos de la dieta administrados intravenosamente o a través de hiperalimentación.

(f) Asesoramiento por la pérdida de un ser querido para el cónyuge y los hijos dependientes del paciente que estén cubiertos bajo el Plan, sin exceder 8 visitas dentro de un plazo de un año a partir del fallecimiento del paciente o más de $25 por visita.

(g) Atención de alivio, sin exceder 8 días.

(2) Exclusiones. No se proporcionarán beneficios por lo siguiente:

(a) Transportación.

(b) Servicio de voluntarios.

(c) Alimento, comida o alojamiento.

(d) Servicios proporcionados por los miembros de la familia, familiares o amigos.

(e) Servicios de asesores financieros o legales.

l. Tratamiento de salud mental y farmacodependencia. Estos beneficios se pagan de la misma manera que otros tratamientos para pacientes internos y para paciente ambulatorios del Plan, con las siguientes excepciones:

(1) No aplica el deducible.

(2) La atención en la sala de emergencia de un hospital es pagadera al 100 % de las tarifas negociadas en el caso de un proveedor participante, o 100 % de los cargos permitidos en el caso de un proveedor no participante.

(3) El tratamiento de farmacodependencia como paciente interno y como paciente ambulatorio con un proveedor participante es pagadero al 100 % de las tarifas negociadas.

(4) Las visitas ambulatorias al consultorio para recibir atención de salud mental de un proveedor participante son pagaderas al 100 % de las tarifas negociadas (no incluye la atención en instalaciones ambulatorias).

m. Programas de instrucción sobre diabetes, suponiendo que el programa sea reconocido como un programa aceptable por la Asociación Estadounidense de Diabetes (American Diabetes Association).

n. Proveedores no participantes que no esté registrados con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) que proporcionen servicios ambulatorios, sujetos a las siguientes limitaciones:

(1) Los servicios deben ser médicamente necesarios

(2) La cantidad pagada por el Plan no excederá un máximo de $100 por cita.

Sección 3.08. Extensión de los beneficios por incapacidad

Si la persona elegible está incapacitada y se encuentra bajo el cuidado de un médico cuando termina la cobertura debido a la pérdida de la elegibilidad, se continuarán proporcionando los beneficios del Plan Médico de Indemnización por los servicios de tratamiento de la enfermedad o lesión que causó la incapacidad, sujeto a lo siguiente:

a. La extensión de los beneficios continuará hasta que ocurra uno de los siguientes eventos:

   1) La persona elegible ya no está incapacitada, o

   2) Ha transcurrido un periodo de 6 meses consecutivos desde la fecha de terminación de la elegibilidad.

b. Una persona elegible que no esté internada como paciente interno en un hospital o en una instalación de enfermería especializada debe solicitar una extensión de beneficios presentando una certificación por escrito proporcionada por el médico que indique que está totalmente incapacitada. Una persona que esté internada como paciente interno debe presentar esta certificación por escrito después de que se le dé de alta del hospital o de la instalación de enfermería especializada. El Fondo debe recibir esta certificación en un lapso de 90 días a partir de la fecha de terminación de la elegibilidad. Al menos una vez cada 90 días mientras se extiendan los beneficios, el Fondo debe recibir un comprobante de que la persona elegible continúa estando totalmente incapacitada.

c. Sólo los servicios para el tratamiento de la enfermedad o lesión incapacitante estarán cubiertos bajo esta extensión de los beneficios.

d. Las partes interesadas no son elegibles para recibir esta extensión de beneficios por incapacidad.

ARTÍCULO 4. BENEFICIOS DE AUDÍFONOS

Sección 4.01. Beneficios.

Cuando un médico o una persona con un grado de maestría o de doctorado en audiología certifique que un participante o un dependiente tiene una pérdida auditiva, y que la pérdida se puede aminorar con el uso de un audífono, sujeto a las disposiciones de este artículo, el Fondo pagará el siguiente beneficio, hasta la cantidad máxima que se muestra en la sección 4.02.

a. Plan A y Plan R: 100% del cargo permitido

b. Plan B y Plan de Tarifa Fija**:** 80% del cargo permitido

Sección 4.02. Pago máximo para todos los planes.

El Fondo pagará hasta un máximo de **$800 por año** en cualquier periodo de 3 años por el examen, el audífono y toda reparación o servicio. Este es el beneficio máximo pagadero en cualquier periodo de 3 años para todos los gastos relacionados con los audífonos.

Sección 4.03. Exclusiones.

No se proporcionan beneficios por:

a. Un examen auditivo sin que se obtenga un audífono;

b. El reemplazo de audífonos por cualquier razón con más frecuencia que una vez durante cualquier periodo de 3 años;

c. Pilas u otro equipo auxiliar que no se obtenga con la compra de una audífono; o

d. Gastos incurridos que la persona no está obligada a pagar;

ARTÍCULO 5. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA

Sección 5.01. BENEFICIOS

Si los medicamentos de venta con receta (o insulina) son recetados por un médico y surtidos por una farmacia participante para una persona elegible, el Fondo pagará los gastos cubiertos incurridos después de que la persona elegible pague el copago requerido que se especifica a continuación (tenga en cuenta que ciertos medicamentos no tienen cobertura y/o requieren autorización previa):

a. En una **farmacia minorista**, el copago por cada surtido de 30 días es de:

(1) Medicamento genérico del formulario – $10

(2) Medicamento de marca de múltiples fuentes – $10 más la diferencia en costo entre los medicamentos genéricos y los de marca

(3) Medicamento de marca del formulario de una sola fuente – $40

(4) Medicamento no incluido en el formulario – $60, siempre y cuando el medicamento haya sido previamente autorizado o no requiera autorización previa

b. En una **farmacia de pedidos por correo**, el copago por cada surtido de 90 días es de:

(1) Medicamento genérico del formulario – $20

(2) Medicamento de marca de múltiples fuentes – $20 más la diferencia en costo entre los medicamentos genéricos y los de marca

(3) Medicamento de marca del formulario de una sola fuente – $80

(4) Medicamento no incluido en el formulario: $100, siempre y cuando el medicamento haya sido previamente autorizado o no requiera autorización previa.

c. Todos los medicamentos que no estén incluidos en el formulario de la lista de preautorización selectiva del administrador de beneficios de farmacia no están cubiertos sin la autorización previa del administrador de beneficios de farmacia.

d. Excepción a los copagos de medicamentos de marca por medicamentos de marca nuevos: En el caso de cualquier medicamento de marca nuevo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos FDA (Food and Drug Administration, FDA) federal después del 1.° de junio de 2012, incluidos medicamentos de administración por inyección e infusión, el copago es el 50 % del costo del medicamento por un mínimo de 24 meses después de la aprobación del medicamento. Sujeto a la aprobación de la Junta de Fideicomisarios, un medicamento de marca nuevo se podría pasar a los niveles de copago descritos en los párrafos del (2) al (4) de las subsecciones a. y b. anteriores antes de la expiración de los 24 meses. Si el comité de farmacia y terapéutica del administrador de beneficios de farmacia determina que el nuevo medicamento aprobado por la FDA es un medicamento "no se debe añadir", el copago permanecerá indefinidamente al 50 % del costo del medicamento.

e. Aprobación previa de inhibidores de la bomba de protones (Proton Pump Inhibitors, PPI) y de medicamentos para el colesterol: Los PPI y los medicamentos para el colesterol de marca están sujetos a la aprobación previa del administrador de beneficios de farmacia. Si no se obtiene la aprobación previa por parte del médico que extiende la receta, el Plan no pagará los beneficios. Si se recibe la aprobación previa antes de que se surta una receta de un PPI o de un medicamento para el colesterol de marca, aplicará el nivel de copago de los medicamentos de marca de

múltiples fuentes, como se describe en el párrafo (2) de las subsecciones a. y b. de arriba. Se requiere que los participantes utilicen la terapia gradual definida por el administrador de beneficios de farmacia antes de que el Plan pague los beneficios del PPI o de un medicamento para el colesterol de marca.

Sección 5.02. Definiciones

Para los propósitos de este artículo aplicarán las siguientes definiciones:

a. "Farmacia participante" significa una farmacia que ha elegido participar en un acuerdo con administrador de beneficios de farmacia contratado por el Fondo para proporcionar servicios a las personas elegibles.

b. "Farmacia no participante" significa una farmacia que no ha elegido participar en un acuerdo con administrador de beneficios de farmacia contratado por el Fondo para proporcionar servicios a las personas elegibles.

c. "Formulario" significa la lista de medicamentos preferidos establecida por el administrador de beneficios de farmacia contratado por el Fondo.

d. "Medicamento de marca de múltiples fuentes" significa un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico.

e. "Medicamento de marca del formulario de una sola fuente" significa un medicamento de marca que no tiene un equivalente genérico y que está incluido en el formulario.

Sección 5.03. Gastos cubiertos

Los gastos cubiertos incluyen los siguientes suministros o medicamentos proporcionados por un farmacéutico, médico u hospital con licencia:

a. Medicamentos recetados por un médico con licencia legal para administrar medicamentos.

b. Insulina y suministros médicamente necesarios para diabéticos. Los productos de cartucho para la administración de insulina (excepto jeringas previamente cargadas) están cubiertos sólo en las siguientes circunstancias y están sujetos a la autorización previa del administrador de beneficios de farmacia.

   (1) Las personas elegibles que tienen impedimentos de la vista o algún impedimento físico que les evite que usen un vial y una jeringa de insulina.

   (2) Las personas elegibles que necesitan un régimen intensivo de insulina que les requiere que se inyecten insulina al menos tres veces al día y que se midan el azúcar sanguíneo al menos dos veces al día.

   (3) Dependientes menores de 19 años de edad.

   (4) Participantes que necesiten inyectarse en el trabajo.

c. Medicamentos, insulina y suministros médicamente necesarios para diabéticos (1) que se suministren al paciente en el consultorio del médico, y (2) por los cuales se hace un cargo diferente, que no es el cargo por otro artículo o gasto.

d. Medicamentos, insulina o juegos de inyección de insulina, que son proporcionados por un hospital para que se usen fuera del hospital, en relación con el tratamiento recibido en el hospital, suponiendo que los medicamentos están recetados por un médico con licencia legal para administrar medicamentos.

e. Vitaminas prenatales que contienen fluoruro o ácido fólico.

f. Los medicamentos especializados, según la definición del administrador de beneficios de farmacia, están sujetos a los siguientes requisitos:

(1) Los medicamentos especializados están disponibles sólo a través de la farmacia de pedidos por correo del administrador de beneficios de farmacia. Los medicamentos especializados no serán proporcionados por una farmacia minorista participante y no serán cubiertos por el Plan Médico de Indemnización, excepto en el caso de ciertos medicamentos necesarios en situaciones de emergencia; estos medicamentos son productos de heparina de bajo peso molecular que se usan para el tratamiento de coágulos sanguíneos y después de cirugías de reemplazo de cadera.

(2) Copagos y límites en los suministros. El límite de días de surtido para cada pedido de recetas es de 30 días. Los copagos requeridos son los copagos de las farmacias minoristas que se especifican en la sección 5.01.a.

Sección 5.04. Exclusiones

No se proporcionan beneficios por:

a. Medicamentos tomados o administrados mientras un paciente está internado en el hospital.

b. Las medicinas de patente o propietarias que no cumplen con la definición de "medicamentos" que se encuentra en la sección 1.18. excepto insulina, juegos de inyección de insulina, y los artículos listados como "gastos cubiertos" en la sección 5.03.

c. Aparatos, dispositivos, vendajes, soportes, lámparas de calor, férulas y otros suministros o equipo.

d. Vitaminas (excepto vitaminas prenatales que contienen fluoruro o ácido fólico), cosméticos, suplementos dietéticos, auxiliares de salud y belleza.

e. Agentes de inmunización, gotas para la nariz u otras preparaciones nasales.

f. Drogas para la infertilidad.

g. Medicamentos para dejar de fumar.

h. Supresores del apetito y cualquier otro medicamento para perder peso.

i. Medicamentos recetados sólo con propósitos cosméticos.

j. Cualquier medicamento que no sea razonablemente necesario para el cuidado o tratamiento de una enfermedad o lesión.

k. Cargos por medicamentos de venta con receta que contengan un surtido de más de 30 días por receta en compras al menudeo, o más de 90 días de medicamentos comprados a través del programa de medicamentos de venta con receta pedidos por correo del Fondo.

l. Medicamentos que no tengan indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE.UU. Se permitirá el uso de medicamentos que no esté indicado en la etiqueta (un uso diferente al descrito en la etiqueta aprobada por la FDA) si primero se obtiene la aprobación del administrador de beneficios de farmacia.

m. Medicamentos usados para indicaciones experimentales y/o regímenes de dosis que se consideran experimentales o de investigación; cualquier medicamento o terapia de investigación o no comprobado.

n. Cargos por medicamentos de venta con receta comprados en farmacias no participantes a menos que la persona elegible viva a una distancia mayor de 10 millas de la farmacia participante.

o. Reemplazo de medicamentos de venta con receta debido a pérdida, robo o rotura.

p. Surtido de medicamentos de venta con receta después de un año de la fecha original de surtido.

q. Medicamentos inyectables para disfunción sexual. Otros medicamentos para disfunción sexual están limitados respecto a la cantidad cubierta.

r. La tercera compra de un medicamento de mantenimiento a largo plazo en una farmacia minorista. Después de la segunda compra de un medicamento de mantenimiento a largo plazo en una farmacia minorista, el medicamento se debe comprar en la farmacia de pedidos por correo del administrador de beneficios de farmacia.

s. Siempre y cuando el Plan proporcione una notificación a la persona elegible, se podría designar a una sola farmacia como el proveedor único para surtir una o más clases de medicamentos de venta con receta a un participante o a un dependiente. Se excluyen los medicamentos que se surtan en farmacias diferentes a las nombradas en tal notificación.

t. Siempre que el Plan notifique a una persona elegible, se podría designar a un solo proveedor médico y/o instalación médica como el único proveedor de servicios médicos para una o más afecciones. Se excluyen los servicios brindados por cualquier otro proveedor o instalación que no sea el indicado en tal notificación.

u. Preparaciones dermatológicas compuestas recetadas por un médico.

ARTÍCULO 6. BENEFICIOS DE ORTODONCIA

Sección 6.01. Elegibilidad

Los beneficios de ortodoncia que se describen en este artículo se proporcionan solo a los hijos dependientes elegibles menores de 19 años de edad.

Sección 6.02. Beneficios

Si un hijo dependiente menor de 19 años de edad recibe servicios de ortodoncia proporcionados por un especialista en ortodoncia, el Fondo, sujeto a las disposiciones, pagará un **50 % del cargo permitido** incurrido por los servicios de ortodoncia cubiertos, sin exceder el máximo de por vida por niño de **$1,500.**

Sección 6.03. Servicios de ortodoncia cubiertos

Los servicios de ortodoncia cubiertos incluyen tratamiento de ortodoncia correctivo, interceptivo y preventivo para realinear los dientes naturales, para corregir la mala oclusión, para proporcionar guiamiento preortodóncico y para proporcionar una evaluación del crecimiento y desarrollo.

Sección 6.04. Exclusiones

No se harán pagos por lo siguiente:

a. El reemplazo o reparación de un dispositivo que se perdió o dañó.

b. Suministros proporcionados antes de la fecha de vigencia de la elegibilidad; o tratamiento que comenzó antes de la fecha de vigencia de la elegibilidad, si el participante cuyo hijo dependiente está recibiendo el tratamiento de ortodoncia no era elegible en el momento que comenzó dicho tratamiento.

c. Servicios proporcionados antes de la instalación inicial de un dispositivo de ortodoncia.

ARTÍCULO 7. BENEFICIO SEMANAL POR INCAPACIDAD (SOLO PARA LOS PLANES A, B Y R)

Los Participantes del Plan de Tarifa Fija no son elegibles para recibir este beneficio.

Sección 7.01. Beneficios

Los beneficios semanales suplementarios por incapacidad son pagaderos si un **participante del Plan A, B o R** se incapacita temporalmente debido a una enfermedad o lesión mientras es elegible bajo el Plan, y como resultado de tal

incapacidad, está recibiendo los beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo o los beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad, sujeto a las siguientes disposiciones:

a. Los beneficios comenzarán el vigésimo noveno día consecutivo de la incapacidad.

b. El número máximo de semanas pagaderas por cualquier periodo de incapacidad es de 52 semanas.

c. **Beneficio para los participantes que están recibiendo beneficios temporales del Seguro de Accidentes en el Trabajo**. La cantidad máxima pagadera del beneficio por el Plan es de $63 por semana.

d. **Beneficio para los participantes que están recibiendo beneficios temporales del Seguro Estatal por Incapacidad.** La cantidad máxima pagadera del beneficio por el Plan es de $63 por semana.

   Un participante que no resida en un estado que proporcione beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad también es elegible para recibir las cantidades de beneficios establecidas en esta subsección si proporciona al Plan un certificado por escrito de un médico aprobado por el Plan que indique que está incapacitado de acuerdo con la definición del Plan.

e. Las cantidades de los beneficios descritas en las subsecciones c. y d. de arriba se reducirán por la cantidad de cualquier beneficio de incapacidad del Seguro Social o beneficio de pensión por incapacidad recibido del Carpenters Pension Trust Fund for Northern California. En el caso en que los beneficios por incapacidad permanente se otorguen de manera retroactiva, la reducción a este beneficio del Fondo será retroactiva y se requerirá que el participante reembolse al Fondo.

f. Las semanas parciales de incapacidad se pagan a un séptimo de la cantidad del beneficio semanal por cada día completo de incapacidad. No se pagarán beneficios por un día incompleto.

g. Los beneficios son pagaderos sólo al participante y no se pueden asignar.

h. A fin de ser elegible para recibir los beneficios semanales suplementarios por incapacidad, el participante debe haber trabajado para un empleador contribuyente al menos un día dentro del periodo de 30 días precedente al primer día de incapacidad y debe haber sido elegible bajo el Plan en cada uno de los 12 meses calendario inmediatamente precedentes al primer día de incapacidad. La elegibilidad durante el periodo de calificación de 12 meses debe haberse ganado mediante horas de trabajo o el banco de horas, y no como resultado de una extensión de la elegibilidad por incapacidad.

Sección 7.02. Periodos de incapacidad

Los periodos sucesivos de incapacidad se considerarán como periodos de incapacidad separados cuando:

a. Estén separados por al menos 60 horas de trabajo por las cuales se requiere que se hagan contribuciones al Fondo para los beneficios del Plan; o

b. Sean debidos a causas no relacionadas y separadas al menos por un día completo de trabajo para un empleador contribuyente.

En cualquier otro caso se considerarán como un periodo de incapacidad.

Sección 7.03. Exclusiones y limitaciones

Los beneficios proporcionados de acuerdo con este artículo no se proporcionarán en los siguientes casos:

a. Una incapacidad de un dependiente.

b. Cualquier periodo de incapacidad que exceda las 52 semanas.

c. Cualquier periodo de incapacidad que haya empezado antes del 1.º de septiembre de 1998.

d. Un participante que no haya sido elegible bajo el Plan en cada uno de los 12 meses calendario anteriores al primer día de incapacidad, según se define en la subsección 1.25.

e. Cualquier periodo de incapacidad por el cual no se haya proporcionado al Fondo un comprobante de recibo de los beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo o de los beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad.

f. Una incapacidad para la cual el Plan no haya recibido una notificación de reclamación dentro de los 12 meses a partir del primer día de la incapacidad.

g. Cualquier periodo de incapacidad que comience mientras el participante esté recibiendo la cobertura de continuación según COBRA, como se describe en la sección 2.07.

h. Un participante que no haya trabajado para un empleador contribuyente al menos un día en el periodo de 30 días antes del comienzo del primer día de incapacidad, según se define en la subsección 1.25.

i. Una parte interesada de un empleador que reportó horas en su nombre no será elegible para recibir beneficios semanales suplementarios por incapacidad.

ARTÍCULO 8. EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y REDUCCIONES

Sección 8.01. Gastos excluidos

El Fondo no proporciona beneficios para lo siguiente:

a. Cualquier cantidad en exceso de los cargos permitidos o cualquier servicio que no se considere usual ni razonable.

b. Servicios no listados específicamente en este Plan como servicios cubiertos, o servicios que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión (excepto la atención preventiva específicamente cubierta por el Plan).

c. Servicios que la persona elegible no está obligada legalmente a pagar. Servicios por los cuales no se hacen cargos a la persona elegible. Servicios por los cuales no se hacen cargos a la persona elegible en ausencia de seguro o de otra cobertura de indemnización, excepto los servicios recibidos en un hospital no gubernamental caritativo de investigación, que debe cumplir con los siguientes lineamientos:

   (1) Debe ser reconocido internacionalmente como una entidad dedicada principalmente a la investigación médica, y

   (2) Al menos un 10 % de su presupuesto anual se debe gastar en investigación no directamente relacionada con la atención del paciente, y

   (3) Al menos una tercera parte de su ingreso bruto debe provenir de donaciones o subvenciones que no sean regalos ni pagos por el cuidado de pacientes, y

   (4) Debe aceptar pacientes que no puedan pagar, y

   (5) Dos terceras partes de sus pacientes deben tener afecciones directamente relacionadas con la investigación del hospital.

d. Cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Sin embargo, el Plan pagará beneficios a nombre de una persona elegible que haya sufrido una lesión o enfermedad ocupacional bajo las siguientes condiciones:

   (1) La persona elegible proporciona un comprobante de la denegación de una reclamación del Seguro de Accidentes en el Trabajo y firma un acuerdo para procesar diligentemente su reclamación de los beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo o cualesquiera otros beneficios de compensación ocupacional disponibles; y

(2) La persona elegible acuerda reembolsar al Fondo cualquier beneficio pagado por el Fondo al consentir un derecho de retención contra cualquier beneficio de compensación ocupacional recibido mediante adjudicación, conciliación o por otro medio; y

(3) La persona elegible coopera con el Fondo o con su representante designado, tomando los pasos razonables necesarios para obtener el reembolso, mediante acción legal u otros medios, de cualquier beneficio pagado por la lesión o enfermedad ocupacional de la persona elegible.

e. Condiciones causadas o que surjan de un acto bélico, o invasión armada.

f. Servicios proporcionados mientras una persona elegible está confinada en un hospital operado por el gobierno de Estados Unidos o por una agencia del gobierno de Estados Unidos, excepto que el Plan, en la extensión requerida por la ley, reembolsará al hospital de la Administración de Veteranos (VA) por la atención de una incapacidad no relacionada con el servicio si el Plan normalmente cubriría tal atención en el caso de que la VA no estuviese involucrado.

g. Atención rutinaria en la sala de neonatos para un hijo dependiente recién nacido, excepto según lo cobre un hospital participante.

h. Servicios suministrados por un naturópata o de cualquier proveedor que no cumpla la definición de médico.

i. Servicios profesionales recibidos de una enfermera titulada o terapeuta físico titulado que viva en el hogar de la persona elegible o que esté relacionado con la persona elegible por lazos consanguíneos o por matrimonio.

j. Atención de custodia o curas de descanso. Servicios proporcionados por un hogar de descanso, un hogar para ancianos, un hogar de convalecencia o una instalación similar.

k. Servicios, suministros o equipo educativo, incluidos pero sin limitarse a computadoras, dispositivos y software para computadoras, impresoras, libros, tutores o intérpretes, auxiliares visuales, terapia de la vista, audífonos o del habla/sintetizadores, materiales auxiliares como tableros de comunicación, sistemas para escuchar, dispositivos, programas y servicios para capacitación conductual, incluidos programas de intervención intensivos para cambios de conducta y/o demoras del desarrollo o percepción auditiva o destrezas de escucha/aprendizaje, programas/servicios para remediar o mejorar la concentración, memoria, motivación, lectura o autoestima, etc., educación especial y costos asociados junto con educación del lenguaje de signos para un paciente o los miembros de la familia, y dispositivos implantables de identificación/registro.

l. Dentaduras postizas, puentes, coronas, recubrimientos dentales u otras prótesis dentales, servicios dentales, extracción de dientes o tratamiento de los dientes o encías que no sean tumores, excepto como se estipula específicamente en la sección 3.07.h.

m. Servicios de un optometrista, excepto como se estipula específicamente en la Sección 3.06.h., terapia de la vista incluidos ortóptica, exámenes rutinarios de los ojos y refracciones oculares rutinarias, lentes o lentes de contacto. Cualquier cirugía para la corrección de la miopía o cualquier otra cirugía ocular refractiva.

n. Cirugía cosmética u otros servicios de embellecimiento, excepto por afecciones que resulten de una lesión o de un trastorno funcional o de una cirugía reconstructiva tras una mastectomía.

o. Calzado ortopédico (excepto cuando esté unido a aparatos ortopédicos) o plantillas para calzado (excepto dispositivos ortóticos hechos a la medida), purificadores de aire, sistemas de acondicionamiento de aire, humidificadores, equipo de ejercicio y suministros para comodidad, higiene o embellecimiento.

p. Servicios para los cuales se pagan beneficios bajo otros programas proporcionados por el Fondo.

q. Además de cualquier otra limitación generalmente aplicable a este Plan o sus disposiciones de coordinación de beneficios cuando este Plan, como plan secundario, esté coordinando los beneficios con otro plan que tenga un acuerdo de proveedor preferido con un proveedor médico u hospitalario, este Plan pagará no más que la diferencia entre:

   (1) La menor de las siguientes cantidades:

      (a) Los cargos normales facturados por el proveedor por los gastos incurridos, o

      (b) La tarifa negociada para tal gasto bajo un acuerdo de proveedor preferido entre el proveedor y el plan con el cual este Plan está haciendo la coordinación, y

   (2) La cantidad que el otro plan paga como plan primario.

r. Asesoramiento en nutrición o suplementos o sustitutos alimentarios, excepto como se disponga específicamente en la sección 3.07.m.

s. Terapia del habla o terapia ocupacional (excepto tratamiento de rehabilitación después de un accidente cerebrovascular o lesión).

t. Servicios para revertir la infertilidad voluntaria quirúrgicamente inducida.

u. Gastos por el tratamiento de infertilidad junto con servicios para inducir el embarazo y complicaciones resultantes de esos servicios, incluidos pero sin limitarse a: servicios, medicamentos de venta con receta, procedimientos o dispositivos para lograr la fertilidad, fertilización *in vitro*, transferencia intratubarica de gametos, inseminación artificial, transferencia de embriones, transferencia de gametos, transferencia de cigotos, paternidad/maternidad suplente, donador de óvulos/semen u otras tarifas, criopreservación de óvulos/esperma, adopción, trasplante de ovarios, gastos del donante en casos de infertilidad, implantes fetales, servicios de reducción fetal, procedimientos de impregnación quirúrgica y reversión de la esterilización. Gastos relacionados con la atención de la maternidad y el parto asociados con el embarazo de una madre suplente.

v. Servicios de terapia física que son principalmente educativos, relacionados con deportes, o preventivos, como por ejemplo acondicionamiento físico, para hacer ejercicio o exámenes físicos requeridos para regresar a la escuela.

w. Hipnotismo, biorretroacción, control del estrés, y cualquier terapia de modificación de la conducta orientada a metas, tal como dejar de fumar, perder peso o controlar el dolor.

x. Servicios que sean principalmente para perder peso.

y. Reclamaciones presentadas más de 12 meses después de la fecha del servicio.

z. Cualesquiera servicios y suministros relacionados con procedimientos experimentales o de investigación. Para el propósito de esta exclusión, el término procedimientos experimentales o de investigación significa un medicamento o dispositivo, tratamiento o procedimiento médico si:

   (1) El medicamento o dispositivo no se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos, y no se ha otorgado la aprobación para su comercialización en el momento que se suministra el medicamento o el dispositivo; o

   (2) El medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado con el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la instalación que proporciona el tratamiento o por otra entidad con funciones similares, o si la ley federal requiere tal revisión o aprobación; o

   (3) La **evidencia confiable** muestra que el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico está sujeto a ensayos clínicos en fase I o fase II en curso, que es la rama investigativa, experimental, de estudio o de investigación de ensayos clínicos en fase III en curso, o de otra manera se encuentra bajo estudio para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico; o

(4) La **evidencia confiable** muestra que la opinión dominante entre los expertos en relación con el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que se necesitan estudios o ensayos clínicos adicionales para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Para los propósitos de esta exclusión, **"evidencia confiable"** significa sólo informes y artículos publicados en literatura médica y científica acreditada revisada por colegas; el protocolo o protocolos escritos usados por la institución que brinda el tratamiento o el protocolo o protocolos de otra institución que esté estudiando substancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado escrito usado por la institución encargada del tratamiento o por otra institución que esté estudiando substancialmente el mismo fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

aa. Enfermedad, lesión, trastorno u otra afección por la cual un tercero (o terceros) esté(n) o pueda(n) estar obligado(s) o sea(n) legalmente responsable(s) por razón de un acto, omisión o cobertura de seguro de tal tercero o terceros a menos que una persona elegible cumpla con la sección 8.02.

bb. Servicios de habilitación.

cc. Reembolsos del porcentaje de la cantidad que hubiese sido pagadera de acuerdo con los pagos permitidos por Medicare por gastos en hospitales no participantes, instalaciones no participantes y otros proveedores no participantes que no completaron su inscripción en el programa de Medicare o no presentaron a Medicare una declaración jurada en la que expresaban su decisión de excluirse voluntariamente del programa Medicare, excepto como expresamente se disponga.

dd. Siempre que el Plan notifique a una persona elegible, se podría designar a un solo proveedor médico y/o instalación médica como el único proveedor de servicios médicos para una o más afecciones. Se excluyen los servicios brindados por cualquier otro proveedor o instalación que no sea el indicado en tal notificación.

Sección 8.02. Responsabilidad de terceros

a. Si una persona elegible tiene una enfermedad, lesión, trastorno u otra afección por la cual un tercero (o terceros) sea o pueda estar obligado o sea legalmente responsable por motivo de un acto, omisión o cobertura de seguro de tal tercero o terceros (referidos en lo sucesivo como "terceros responsables"), el Fondo no será responsable de pagar ningún beneficio. Sin embargo, cuando el Fondo reciba todos los documentos firmados que requiere para asegurar el derecho de reembolso de Plan, incluidos pero sin limitarse a un acuerdo de reembolso, el Fondo podría pagar los beneficios por gastos de hospital, médicos u otros gastos relacionados con, o que surjan de esa lesión, enfermedad, trastorno u otra afección. El Fondo tendrá todos los derechos aquí dispuestos.

b. Primero se debe reembolsar al Fondo, antes que a cualquier otra reclamación, el 100 % de los beneficios pagados por el Fondo de cualquier recuperación obtenida mediante sentencia, adjudicación para arbitraje, veredicto, conciliación u otra fuente por la persona elegible o por cualquier otra persona o tercero para la persona elegible, en virtud de tal enfermedad, lesión, trastorno y otra afección, incluida la recuperación de cualquier cobertura contra motoristas con seguro insuficiente o no asegurados o de otro seguro, aunque la sentencia, veredicto, adjudicación, otorgamiento o cualquier recuperación no rinda a la persona elegible íntegra o no incluya específicamente gastos médicos. El Fondo deberá recibir un reembolso de tal recuperación sin ninguna deducción por tarifas legales incurridas o pagadas por la persona elegible. La persona elegible y/o su abogado deben prometer no anular ni entorpecer ninguno de los derechos del Fondo sin consentimiento por escrito. Además, el Fondo debe recibir reembolso de cualquier honorario legal incurrido o pagado por el Fondo para asegurar el reembolso de tal beneficio pagado por el Fondo.

c. Si el Fondo paga cualquier beneficio por tal enfermedad, lesión, trastorno u otra afección, el Fondo también tendrá automáticamente un derecho de retención y/o fideicomiso legal con respecto a la porción de cualquier recuperación obtenida por la persona elegible o por cualquier persona o tercero a nombre de la persona elegible, por tal enfermedad, lesión, trastorno u otra afección por cuyos beneficios pagó el Fondo, aunque la sentencia, veredicto, adjudicación, otorgamiento o cualquier recuperación no rinda a la persona elegible íntegra o no incluya específicamente gastos médicos. Tal derecho de retención se debe presentar a la persona elegible, a su agente,

compañía de seguro u otra persona o tercero que retenga tal recuperación por la persona elegible, o al tribunal; y tal derecho de retención se debe satisfacer de cualquier recuperación recibida por la persona elegible, como sea que esté clasificada, asignada o mantenida.

d. Si no se hace el reembolso según se especifica, el Fondo, a su exclusivo criterio, puede emprender cualquier acción legal y/o equitativa para recuperar la cantidad que fue pagada por la enfermedad, lesión, trastorno u otra afección de la persona elegible (incluido cualquier gasto legal incurrido o pagado por el Fondo) y/o puede compensar los pagos futuros de beneficios con la cantidad de tal reembolso (incluido cualquier honorario legal incurrido o pagado por el Fondo). El Fondo, a su exclusiva discreción, puede interrumpir el pago de los beneficios si existe una base razonable para determinar que la persona elegible no cumplirá los términos del Plan, o si existe una base razonable para determinar que esta sección no es ejecutable.

e. Al aceptar los beneficios del Fondo, la persona elegible acepta además:

(1) Procesar diligentemente cualquier reclamación por daños;

(2) Notificar oportunamente al Fondo siempre que se presente una reclamación contra el tercero responsable respecto a cualquier pérdida por la cual se han pagado o se pagarán beneficios del Fondo debido a una enfermedad, lesión, trastorno u otra afección causado por el tercero responsable;

(3) Los derechos del Fondo al reembolso se deben considerar una reclamación de primera prioridad contra otra persona o entidad, y el reembolso debe hacerse antes que a cualquier otra reclamación, incluidas reclamaciones por daños generales;

(4) Cooperar y asistir al Fondo para que obtenga el reembolso de los pagos hechos, y que se abstenga de cualquier acto u omisión que pudiera obstaculizar cualquier reembolso;

(5) Proporcionar al Fondo toda la información relevante o los documentos que pida;

(6) Aceptar el derecho de retención y/o fideicomiso legal que existirá a favor del Fondo sobre todos los fondos recuperados por la persona elegible contra el tercero responsable;

(7) Retener el producto de cualquier conciliación, veredicto, sentencia u otra recuperación en fideicomiso para beneficio del Fondo, y el Fondo debe tener el derecho de recuperar los honorarios razonables de abogados en los que haya incurrido para cobrar el reembolso de los beneficios pagaderos;

(8) Firmar todos los documentos necesarios para asegurar el reembolso;

(9) No asignar ningún derecho o causa de acción que la persona elegible podría tener contra el tercero responsable para recuperar los gastos médicos sin el consentimiento expreso por escrito del Fondo;

(10) El Fondo tiene el derecho de intervenir, independientemente de la persona elegible, en cualquier acción legal emprendida contra el tercero o contra cualquier compañía de seguro, incluida la propia compañía de seguro de la cobertura contra motoristas no asegurados de la persona elegible;

(11) El derecho del Fondo al primer reembolso no se verá afectado, reducido ni eliminado por el principio de restitución completa, culpa comparativa o diligencia reglamentaria o doctrina del fondo común;

(12) Constituirá una violación inmediata del acuerdo y un incumplimiento de los términos del Plan si, dentro del plazo de 30 días después de la recuperación de un tercero responsable o asegurador, la persona elegible no acepta reembolsar al Fondo en virtud de esta sección 8.02, y pagar la cantidad del reembolso. Si la persona elegible viola el acuerdo o incumple esta sección 8.02, la cantidad de los beneficios pagados por el Fondo que se relacionan con la lesión, enfermedad, trastorno u otra afección se volverán inmediatamente vencidos y pagaderos junto con los intereses y todos los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de abogado y los costos judiciales.

f. Si la persona elegible no recibe ningún pago de un tercero como reembolso de la enfermedad, lesión, trastorno u otra afección causada por el tercero responsable, la persona elegible no tiene que reembolsar al Fondo ninguno de los beneficios adecuadamente pagados a la persona elegible. Si la persona elegible recibe pago del tercero responsable, la persona elegible no tiene que pagar al Fondo una cantidad mayor que la que el tercero responsable pagó a la persona elegible.

Sección 8.03. Coordinación de beneficios

Si una persona elegible tiene la oportunidad de inscribirse en otro plan de grupo que pagaría los beneficios por gastos hospitalarios o médicos que también este Fondo debe pagar, entonces los beneficios proporcionados por este Plan se pagarán de acuerdo con las siguientes disposiciones, sin exceder la cantidad en dólares de beneficios que se hubiesen pagado en ausencia de otra cobertura colectiva, o un 100 % de los gastos cubiertos realmente incurridos por la persona elegible.

Si a un cónyuge se le ha ofrecido la oportunidad de inscribirse en otro plan de grupo patrocinado por el empleador del cónyuge pero ha rechazado la cobertura del otro plan de grupo, el Fondo calculará los beneficios del otro plan de grupo (a un 80 % de los gastos incurridos) y coordinará sus beneficios con los beneficios calculados que hubiesen sido pagaderos por el otro plan de grupo si el cónyuge no hubiese rechazado la cobertura.

a. Los beneficios del plan que cubre a la persona como participante, empleado o miembro siempre se determinan antes de que beneficios de un plan que cubre a la persona como dependiente (excepto cuando aplican las disposiciones de pagador secundario de Medicare). Esta disposición aplica a cualquier hijo dependiente que tenga cobertura con otro plan como participante, empleado o miembro, y reemplaza cualquier otra disposición de esta sección 8.03 referente a los hijos dependientes.

b. Si la persona elegible es el cónyuge de un participante, los beneficios del Fondo, de otra manera pagaderos, se coordinarán con los beneficios pagaderos (o que se calcule que son pagaderos si la cobertura se rechazó) por el otro plan de grupo.

c. Si la persona elegible a nombre de la cual se hace la reclamación es un hijo dependiente cuyos padres no están separados ni divorciados, los beneficios del plan de grupo que cubre a la persona elegible como hijo dependiente de un padre cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, ocurre primero en el año calendario, se determinarán antes que los beneficios del plan de grupo que cubre a tal persona elegible como hijo dependiente de un padre cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, ocurre posteriormente en el año calendario. Si ninguno de los planes de grupo contiene las disposiciones de esta regla c. referente a los dependientes, lo que dé como resultado que cada plan de grupo determine sus beneficios antes que el otro, o que cada plan de grupo determine sus beneficios después que el otro, las disposiciones dispuestas en este apartado no aplicarán, y la regla establecida en el Plan que no tenga las disposiciones dispuestas en esta regla c. determinará el orden de los beneficios.

d. En caso de una persona elegible a nombre de quien se hace una reclamación como hijo dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el padre con la custodia del niño no se ha vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente del padre con la custodia del niño serán determinados antes que los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente del padre que no tiene la custodia.

e. En el caso de una persona elegible a nombre de quien se hace una reclamación como hijo dependiente cuyos padres están divorciados y el padre con la custodia del niño se ha vuelto a casar, los beneficios del plan que cubre al niño como dependiente del padre con la custodia del niño se determinarán antes que los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente de un padrastro o madrastra, y los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente del padrastro o la madrastra se determinarán antes de los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente del padre que no tiene la custodia.

f. En caso de una persona elegible a nombre de la cual se haga una reclamación como hijo dependiente cuyos padres son separados o divorciados, cuando haya un decreto judicial que de otra manera establecería responsabilidad financiera por los gastos médicos, dentales o de atención médica con respecto al niño, entonces, no obstante las reglas d. y e. mencionadas, los beneficios de un plan que cubra al niño como dependiente de un padre con tal responsabilidad financiera se determinarán antes de los beneficios de cualquier otro plan que cubra al niño como hijo dependiente.

g. Cuando las reglas a., b., c., d., e. o f. no establezcan el orden de determinación de los beneficios, los beneficios del Fondo se proporcionarán sin reducciones si la persona elegible ha sido continuamente elegible para recibir los beneficios de este Fondo por un periodo de tiempo más prolongado del que él o ella ha sido continuamente

elegible para recibir los beneficios de otro plan de grupo, con sujeción a lo siguiente:

(1) los beneficios de un plan de grupo que cubra a la persona elegible sobre cuya reclamación de gastos se basa como empleado despedido o jubilado, o dependiente de tal persona, se determinarán después de los beneficios de cualquier plan de grupo que cubra a la persona como empleado activo, que no sea como empleado despedido o jubilado, o dependiente de un empleado activo; y

(2) si ninguno de los planes de grupo tiene disposiciones referentes a empleados despedidos o jubilados, lo cual dé como resultado que cada plan de grupo determine sus beneficios después del otro, entonces la disposición (1) anterior no aplicará.

Sección 8.04. Coordinación con planes prepagados

Independientemente de si este Plan se considere primario o secundario según sus disposiciones de coordinación de beneficios, en el evento de que una persona elegible (i) tenga cobertura bajo la porción de indemnización de este Plan, y (ii) tenga cobertura bajo un programa prepagado en otro plan de grupo (independientemente de que la persona elegible deba pagar una porción de la prima para tal plan), y (iii) usa el programa prepagado para servicios también cubiertos por este Plan, entonces este Plan sólo reembolsará los copagos requeridos de la persona elegible bajo el plan prepagado, y sólo si se requieren copagos de cada persona cubierta bajo ese programa. Excepto por los copagos especificados arriba, el Plan no pagará gastos de los participantes elegibles ni de sus dependientes cubiertos por programas prepagados de otros planes. Para los propósitos de este Plan, el término "programa prepagado" incluirá organizaciones de mantenimiento de la salud, asociaciones profesionales individuales y cualquier otro programa que la Junta, a su propio criterio, considere que son esencialmente similares a los acuerdos prepagados.

Sección 8.05. Coordinación con Medicare

Si un gasto está cubierto tanto por este Plan como por Medicare, este Plan pagará sus beneficios independientemente de Medicare, y entonces Medicare puede pagar el resto del cargo sujeto a sus limitaciones aplicables. Este Plan pagará beneficios como plan secundario después de los primeros 30 meses a los beneficiarios con derecho a Medicare con base en una enfermedad renal en etapa terminal.

Sección 8.06. Coordinación con Medicaid

Los pagos de este Plan por los beneficios con respecto a una persona elegible, se harán en cumplimiento con cualquier cesión de derechos hecha por o a nombre de la persona elegible según lo requiere el plan de asistencia médica de California aprobado bajo la sección 1912(a)(1)(A) del Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid).

Cuando el estado haya hecho pagos mediante Medicaid por asistencia médica en cualquier caso en que este Plan tenga una responsabilidad legal de hacer pagos por tal asistencia, el pago de los beneficios se hará de acuerdo con cualquier ley estatal que estipule que el estado ha adquirido los derechos con respecto a una persona elegible para el pago de tal asistencia. En ningún evento este Plan hará pagos, bajo esta disposición, por reclamaciones presentadas después de un año de la fecha en que se incurrieron los gastos. El reembolso al estado, como a cualquier otra entidad que haya hecho pagos por asistencia médica, cuando este Plan tenga la responsabilidad legal de hacer el pago, será equivalente a los beneficios del Plan o la cantidad que realmente se pague, lo que sea menor.

ARTÍCULO 9. DISPOSICIONES GENERALES

Sección 9.01.

a. Todos los beneficios serán pagados por el Fondo al participante conforme se vayan acumulando al recibo de un comprobante por escrito, satisfactorio para el Fondo, que cubra la ocurrencia, el carácter y la extensión del evento por el cual se pagó la reclamación. La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho exclusivo y el criterio para interpretar el Plan y el tipo y carácter de las pruebas exigidas para cualquier reclamación y la aplicación e interpretación del Plan estarán sujetos a su juicio exclusivo. Cualquier disputa con respecto a la elegibilidad, tipo, cantidad o duración de los beneficios o cualquier derecho o reclamación de los pagos del Fondo serán resueltos por la Junta o la persona por ésta debidamente designada bajo y conforme las disposiciones del Plan y el Acuerdo del Fideicomiso, y su decisión es final y obligatoria para todas las partes, sujeto sólo a revisión judicial como pueda

ser congruente con las leyes federales sobre el trabajo.

b. Los comprobantes de los formularios de reclamación, así como otros formularios, y el método de administración y procedimiento serán determinados únicamente por el Fondo.

Sección 9.02.

a. Excepto en la extensión de otra manera específicamente estipulada en las subsecciones b. y c. de esta sección o en alguna otra parte del Plan, no se permite que ningún participante, dependiente u otro beneficiario venda, transfiera, anticipe o de otra manera disponga de ningún beneficio pagadero, ni de ningún otro derecho o interés bajo el Plan, y no se requerirá que el fondo reconozca ninguna venta, transferencia, anticipación, asignación, enajenación, hipoteca u otra disposición. Cualquier beneficio, derecho o interés no está sujeto de ninguna manera a transferencia voluntaria ni transferencia por operación de la ley o de otra manera, y esté exento de reclamaciones de acreedores u otros reclamantes y de todas las órdenes, decretos, embargos, ejecuciones u otros procesos o procedimientos legales no expresamente autorizados por la ley federal.

b. Cualquier participante puede instruir que los beneficios pagaderos a él se paguen a una institución en la cual el participante o su dependiente esté internado, o a cualquier proveedor de servicios o suministros médicos, de medicamentos, dentales u otros servicios o suministros médicos por tales servicios o suministros, o a cualquier otra agencia que pueda haber proporcionado o pagado, o haya acordado proporcionar o pagar cualquier servicio o suministro por el cual el Plan pague los beneficios.

c. En el evento que, por algún error u otra circunstancia, un participante, dependiente u otro beneficiario haya sido pagado o acreditado con más de lo que tiene derecho bajo el Plan o bajo la ley, o que haya adquirido una obligación ante el Fondo bajo un acuerdo de indemnización o un acuerdo de responsabilidad de terceros, o de alguna otra manera, el Fondo puede deducir, recuperar y recobrar las cantidades, créditos u obligaciones excesivos de los beneficios acumulados o que posteriormente se acumulen para el participante, dependiente o beneficiario y que aún no se distribuyan, o de otros activos a través de los procedimientos de cobro del Fondo, en plazos y en la extensión determinada por la Junta.

d. En el evento que un empleador individual reporte o intente reportar, y/o que haga contribuciones en nombre de cualquier persona que no sea elegible para que se hagan esas contribuciones en su nombre, todas las contribuciones así remitidas serán confiscadas, y cualquier elegibilidad de beneficios acumulada para tal persona se terminará inmediatamente. Más aún, si se pagaron beneficios como resultado de tales horas en nombre de tal persona, el empleador requerirá reembolsar tales pagos al Fondo.

Sección 9.03. El Fondo pagará los beneficios sólo si se presenta una notificación de la reclamación dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha en que se incurrieron los gastos cubiertos por primera vez, a menos que el participante demuestre que no fue razonablemente posible proporcionar tal notificación dentro de este límite de tiempo, pero en ningún evento se asignarán los beneficios si la notificación de la reclamación se hace después de un año a partir de la fecha en que se incurrieron los gastos.

Sección 9.04. En el evento de que determine que el participante es incompetente o incapaz de manejar sus propios asuntos y no se haya nombrado un tutor, o en el evento de que el participante no haya proporcionado al Fondo un domicilio en el que se le pueda localizar para el pago, el Fondo puede, durante la vida del participante, pagar cualquier cantidad de otra manera pagadera al participante, al esposo o esposa o a un familiar consanguíneo del participante, o a cualquier otra persona o institución que el Fondo determine que tiene derecho al pago.

En el caso del fallecimiento del participante antes de que todas las cantidades pagaderas bajo el Plan se hayan pagado, el Fondo puede pagar esas cantidades a cualquier persona o institución que el Fondo determine que tiene derecho al pago. Cualquier cantidad remanente será pagada a uno o más de los siguientes parientes sobrevivientes del participante: el cónyuge legal, hijo o hijos, madre, padre, hermanos o hermanas, o al patrimonio del participante, como lo designe la Junta a su discreción. Cualquier pago de acuerdo con estas disposiciones liberará la obligación del Fondo.

Sección 9.05. Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

a. **Definiciones.**

(1) Determinación adversa sobre los beneficios. Una "determinación adversa sobre los beneficios" es cualquier denegación, reducción, terminación o incumplimiento en proporcionar un beneficio o en pagarlo (total o parcialmente) bajo el Plan. Los siguientes son ejemplos de determinaciones adversas sobre los beneficios:

(a) un pago de menos del 100 % de una reclamación de beneficios (incluidas cantidades del coseguro o copago menores que el 100 % y cantidades aplicadas al deducible);

(b) una denegación, reducción, terminación o incumplimiento en proporcionar un beneficio o en pagarlo (total o parcialmente) que resulte de cualquier decisión sobre una revisión de la utilización;

(c) no cubrir un artículo o servicio debido a que el Fondo lo considera experimental, de investigación, no médicamente necesario o no médicamente apropiado;

(d) una decisión que deniega un beneficio basándose en la determinación de que un reclamante no es elegible para participar en el Plan.

La presentación de una receta en una farmacia, cuando la farmacia se rehúsa a surtir la receta a menos que el reclamante pague el costo total, no se considera una determinación adversa sobre los beneficios (pero sólo en la medida en que la decisión de la farmacia de denegar la receta se base en las reglas de la cobertura predeterminadas por el Fondo).

(2) Reclamación. El término "reclamación" significa la solicitud de un beneficio hecha por una persona de acuerdo con los procedimientos razonables de Fondo.

Las indagaciones casuales sobre los beneficios o las circunstancias bajo las cuales se pueden pagar los beneficios no se consideran reclamaciones. Tampoco se considera una reclamación la solicitud de una determinación de si una persona es elegible para recibir los beneficios bajo el Plan. Sin embargo, si un reclamante presenta una reclamación de beneficios específicos y la reclamación se deniega debido a que la persona no es elegible bajo los términos del Plan, esa determinación sobre la cobertura se considera una reclamación.

La presentación de una receta en una farmacia no constituye una reclamación, siempre y cuando los beneficios se determinen con base en las reglas de costo y cobertura predeterminadas por el Fondo. Si un médico, hospital o farmacia deniega el suministro de servicios o se rehúsa a surtir una receta a menos que la persona pague el costo total, la persona debe presentar una reclamación después del servicio por los servicios o la receta, según se describe en la sección Procedimientos para presentar reclamaciones que aparece abajo.

Una solicitud de precertificación o autorización previa de un beneficio que no requiere precertificación ni autorización previa por el Fondo como una condición para recibir beneficios máximos no se considera una reclamación. Sin embargo, las solicitudes de precertificación o autorización previa de un beneficio por el cual el Fondo requiere la precertificación o la autorización previa se consideran reclamaciones y se deben presentar como reclamaciones antes del servicio (o reclamaciones urgentes, si corresponde), como se describe bajo la sección Procedimientos para presentar reclamaciones que aparece abajo.

(a) Las reclamaciones se clasifican de la siguiente manera:

i. Reclamaciones urgentes. El término "reclamación urgente" significa una reclamación por atención o tratamiento médico que, si se aplicaran las normas ordinarias de reclamaciones antes del servicio para tomar una decisión, se arriesgaría gravemente la vida o la salud del reclamante o la capacidad del reclamante para recuperar su funcionamiento máximo o, que en opinión de un médico con

conocimiento de la afección del reclamante, sujetaría al reclamante a un dolor intenso que no se pudiese controlar adecuadamente sin el cuidado o el tratamiento que es objeto de la reclamación.

ii. Reclamaciones antes del servicio. El término "reclamación antes del servicio" significa una reclamación de un beneficio para el cual el Fondo requiere precertificación o autorización previa antes de que se obtenga la atención médica a fin de recibir los beneficios máximos permitidos bajo el Plan.

iii. Reclamación concurrente. El término "reclamación concurrente" significa una reclamación que se reconsidera después de una aprobación inicial, que da como resultado la reducción, terminación o extensión del beneficio previamente aprobado.

iv. Reclamaciones después del servicio. El término "reclamación después del servicio" significa una reclamación de beneficios que no es una reclamación antes del servicio ni una reclamación urgente o concurrente. Generalmente es una reclamación del reembolso de servicios ya brindados.

v. Reclamación por incapacidad. El término "reclamación por incapacidad" significa cualquier reclamación que requiere la determinación de incapacidad total como una condición para la elegibilidad.

(3) Documentos relevantes. Los "documentos relevantes" incluyen documentos referentes a una reclamación si se tomaron como base para la determinación sobre el beneficio; se presentaron, consideraron o generaron durante la determinación del beneficio; demuestran cumplimiento con los procesos administrativos y las medidas de protección requeridas por los reglamentos; o constituyen una norma o lineamiento del Fondo con respecto a la opción de tratamiento o beneficio denegado. Los documentos relevantes pueden incluir reglas, protocolos, criterios, tablas de tarifas, listas de cuotas o listas de verificación y procedimientos administrativos específicos del Fondo que demuestren que las reglas del Fondo se aplicaron apropiadamente a una reclamación.

b. **Procedimientos para presentar reclamaciones.**

(1) Reclamaciones urgentes. El Fondo determinará si una reclamación es una reclamación urgente al aplicar el criterio de una persona prudente normal que posea un conocimiento medio de salud y medicina. Alternativamente, si un médico con conocimiento de la afección del paciente determina que la reclamación es una reclamación urgente y así lo notifica al Fondo, se tratará como una reclamación urgente.

Las reclamaciones urgentes, que pueden incluir solicitudes de precertificación de admisiones en el hospital y autorizaciones previas de servicios, se deben presentar por teléfono o personalmente. Las reclamaciones de atención urgente no se pueden presentar a través del Servicio Postal de Estados Unidos.

En el caso de reclamaciones urgentes debidamente presentadas, el Fondo o la Organización de Revisión por éste designada responderá por teléfono al reclamante y al proveedor con una determinación tomada tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, pero no después de 72 horas a partir de que se recibe la reclamación. La determinación también se confirmará por escrito.

Si una reclamación urgente se recibe sin información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos o son pagaderos, y a qué grado lo son, el Fondo o la Organización de Revisión por éste designada notificará al reclamante la información específica necesaria para completar la reclamación, tan pronto como sea posible pero no después de 24 horas de que recibe la reclamación. El reclamante debe proporcionar la información especificada dentro de un plazo de 2 días hábiles después de que reciba la solicitud de información adicional. Si no se proporciona la información en ese periodo de tiempo, la reclamación será denegada.

Durante el periodo que se le dé al reclamante para proporcionar la información adicional, se suspenderá la fecha límite normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende a partir de la fecha de la notificación de la extensión hasta que hayan transcurrido 2 días hábiles o hasta la fecha en que el reclamante responda a la petición, lo que ocurra primero. La notificación de la decisión se proporcionará no después de 48 horas de que se reciba la información especificada.

Si un reclamante presenta inadecuadamente una reclamación urgente, la Oficina del Fondo de Fideicomiso de Fideicomiso o la Organización de Revisión por éste designada notificará al reclamante los procedimientos adecuados requeridos para presentar una reclamación urgente, lo antes posible pero no después de 24 horas a

partir del recibo de la reclamación. Las reclamaciones presentadas inadecuadamente incluyen, pero no se limitan a: (i) reclamaciones que no se dirigen a una persona o unidad organizativa usualmente responsable de administrar asuntos de beneficios; o (ii) reclamaciones que no nombran un reclamante específico, una afección o síntoma específico, y un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se requiere aprobación. La notificación puede ser verbal a menos que el reclamante o el representante autorizado requieran una notificación por escrito. A menos que se vuelva a presentar adecuadamente, no se considerará como una reclamación.

(2) Reclamaciones antes del servicio. Bajo los términos de este Plan, se requiere que las personas elegibles obtengan la precertificación de la Organización de Revisión Profesional (Professional Review Organization, PRO) para la admisión en un hospital o en una instalación de tratamiento de pacientes internos por una condición que no sea de emergencia a fin de recibir los beneficios máximos.

La PRO designada por el Fondo notificará al reclamante de una **reclamación antes del servicio** inadecuadamente presentada, los procedimientos adecuados que se deben seguir para presentar una reclamación, tan pronto como sea posible pero no después de 5 días a partir del recibo de la reclamación. El reclamante sólo recibirá notificación de una reclamación antes del servicio inadecuadamente presentada si la reclamación se presenta en la oficina apropiada e incluye: (i) el nombre del reclamante, (ii) la afección médica o los síntomas específicos del reclamante, y (iii) un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se requiere aprobación. A menos de que la reclamación se vuelva a presentar adecuadamente, no se considerará una reclamación.

En el caso de las reclamaciones anteriores al servicio adecuadamente presentadas, el reclamante (y el médico del reclamante) serán notificados de la decisión en un plazo de *15 días* después del recibo de la reclamación a menos de que se necesite tiempo adicional. El tiempo de respuesta se puede extender hasta *15 días* adicionales si es necesario debido a problemas fuera del control de la PRO. Si es necesaria una extensión, el reclamante será notificado antes de que termine el periodo inicial de 15 días sobre las circunstancias que requieren la extensión del plazo y la fecha en la que se espera tomar la decisión.

Si se requiere la extensión debido a que el Fondo necesita información adicional de reclamante, el Fondo emitirá una solicitud de información adicional que especifique la información necesaria. El reclamante tendrá 45 días a partir de la fecha de la notificación para proporcionar la información adicional. Si no se proporciona la información en ese periodo de tiempo, la reclamación será denegada. Durante el periodo de 45 días que se le dé al reclamante para proporcionar la información adicional, se postergará la fecha límite normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se posterga a partir de la fecha de la solicitud de información adicional hasta una de las siguientes fechas, la que ocurra primero: (i) 45 días; o (ii) la fecha en que el reclamante responda a la solicitud. Entonces la PRO tiene 15 días para tomar una determinación sobre la reclamación.

(3) Reclamaciones concurrentes. Cualquier solicitud presentada por un reclamante para extender una reclamación urgente aprobada será procesada por la PRO dentro de un plazo de 24 horas a partir de que se reciba la reclamación, siempre y cuando la reclamación se reciba al menos 24 horas antes de que termine la vigencia de la reclamación urgente aprobada. La decisión sobre una solicitud para continuar un plan de tratamiento en curso que no involucre una reclamación urgente se tomará con suficiente tiempo para solicitar una apelación y para que la apelación se decida antes de que el beneficio se reduzca o termine.

(4) Reclamaciones después del servicio. Para que la solicitud de beneficios se considere una reclamación, se debe rellenar completamente el formulario de reclamación y se debe adjuntar a éste una o más facturas detalladas. No es necesario que los reclamantes envíen un formulario adicional de reclamación si la factura o facturas son por una enfermedad prolongada y el reclamante presentó y firmó un formulario de reclamación durante el periodo del año calendario anterior. El proveedor o el médico pueden presentar la reclamación a nombre del reclamante. El formulario de reclamación y/o la factura o facturas detalladas deben incluir la siguiente información para que la petición se considere una reclamación y para que el Fondo pueda tomar una decisión sobre la misma:

El reclamante proporciona:

(a) El nombre del participante

(b) El nombre del paciente
(c) La fecha de nacimiento del paciente
(d) El NSS o el número de ID del participante
(e) La fecha del servicio
(f) Información sobre otra cobertura de seguro, si la tiene, incluida cobertura que pueda tener disponible el cónyuge del participante a través de su empleador
(g) Si el tratamiento se debe a un accidente, los detalles del accidente

El proveedor indica:

(a) El código CPT-4 (el código de los servicios del médico y de otros servicios de atención médica que se encuentra en el documento *Current Procedural Terminology, Fourth Edition (Terminología Procesal Actual, Cuarta Edición)*, según lo mantiene y distribuye la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) o el código HCPC
(b) El código ICD-10 (el código de diagnóstico que se encuentra en el documento *International Classification of Diseases, 10th Edition, Clinical Modification* (Clasificación internacional de enfermedades, 9.ª Edición, Modificación Clínica) según la mantiene y distribuye el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services)
(c) El cargo facturado (las facturas deben estar detalladas y deben mostrar todas las fechas de las visitas al médico)
(d) El número de identificación de contribuyente (taxpayer identification number, TIN) federal del proveedor
(e) El nombre de facturación, la dirección y el número de teléfono del proveedor

En el evento de fallecimiento, el reclamante debe obtener un formulario de reclamación y presentar al Fondo el formulario de reclamación por escrito y una copia certificada del certificado de defunción.

Se considera que una reclamación después del servicio se ha presentado cuando la Oficina del Fondo de Fideicomiso recibe tal reclamación.

Normalmente se notificará a los reclamantes las decisiones sobre las reclamaciones después del servicio dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la Oficina del Fondo de Fideicomiso de Fideicomiso recibe la reclamación. El Fondo puede extender este periodo una vez hasta 15 días si la extensión es necesaria debido a problemas fuera del control del Fondo. Si es necesaria una extensión, antes de que termine el periodo inicial de 30 días se notificará al reclamante las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la cual el Fondo espera tomar la decisión.

Si la extensión se requiere debido a que el Fondo necesita información adicional del reclamante, el Fondo solicitará información adicional al proveedor y/o al reclamante mediante fax, teléfono, un formulario Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o carta. La solicitud especificará la información necesaria. Entonces el reclamante tendrá 45 días a partir del recibo de la solicitud para proporcionar la información adicional. Si no se proporciona la información en ese periodo de tiempo, la reclamación será denegada. La fecha límite para tomar una decisión sobre la reclamación se postergará desde la fecha de la solicitud de información adicional hasta la primera de las siguientes fechas: (i) 45 días después de que se envió la solicitud; o (ii) la fecha en que el reclamante responde a la solicitud. Entonces el Fondo cuenta con 15 días para tomar una decisión e informar al reclamante sobre su determinación.

Si el Fondo determina que requiere información adicional del reclamante, y el reclamante no proporciona la información requerida dentro de un plazo de 45 días, el Fondo emitirá la notificación de una determinación adversa sobre los beneficios.

(5) Reclamación por incapacidad. La determinación inicial de una reclamación por incapacidad se hará tan pronto como sea posible, pero no después de 45 días calendario a partir del recibo de la reclamación por el Fondo, sujeto a lo siguiente:

(a) El periodo de 45 días para tomar la determinación inicial sobre una solicitud de beneficios se puede extender por hasta 30 días, para un total de 75 días, si el Fondo determina que es necesaria una extensión del plazo debido a problemas fuera del control del Fondo, y notifica al reclamante antes de que termine el periodo inicial de 45 días sobre las circunstancias que requieren la extensión y la fecha a la cual el Fondo espera tomar una determinación.

(b) Si el Fondo determina que es necesaria una segunda extensión del plazo para tomar una determinación sobre la reclamación debido a circunstancias que se encuentran fuera del control del Fondo, y si el Fondo notifica al reclamante antes de que termine el primer periodo de extensión de 30 días y proporciona una nueva fecha en que se tomará una determinación, entonces el periodo para tomar la determinación sobre los beneficios se puede extender 30 días adicionales, hasta un total de 105 días después del recibo inicial de la reclamación por el Fondo. Si es necesaria una extensión para tomar una determinación sobre una reclamación de beneficios por incapacidad, la notificación de la extensión específicamente proporcionará:

i. una explicación de las normas en las cuales se basa el derecho a un beneficio;
ii. los asuntos no resueltos que evitan tomar una decisión sobre la reclamación; y
iii. la información adicional que el reclamante necesite proporcionar para resolver estos asuntos.

(c) Si no se procesa una reclamación de beneficios por incapacidad en los periodos de tiempo dispuestos en esta sección, el reclamante puede proceder con los procedimientos de apelación como si la reclamación se hubiese denegado.

(6) Representantes autorizados. Un representante autorizado, como un cónyuge o un hijo adulto, puede presentar una reclamación o apelación a nombre del reclamante si anteriormente el reclamante designó a esta persona para que actuara en su nombre a través de un formulario disponible en la Oficina del Fondo de Fideicomiso. La Oficina del Fondo de Fideicomiso puede solicitar información adicional para verificar que la persona designada está autorizada para actuar en nombre del reclamante. Aunque el reclamante haya designado a un representante autorizado, el reclamante debe firmar personalmente un formulario de reclamación y presentarlo en la Oficina del Fondo de Fideicomiso al menos anualmente.

Un profesional médico con conocimiento de la afección del reclamante puede actuar como representante autorizado en relación con una reclamación urgente sin que el reclamante tenga que designar un representante autorizado.

(7) Notificación de la determinación inicial de los beneficios. Se proporcionará al reclamante una notificación por escrito de la determinación inicial sobre el beneficio. Si la determinación es una determinación adversa sobre el beneficio, la notificación incluirá:

(a) la razón o razones específicas para la determinación;

(b) referencia a la disposición o estipulación específicas del Plan en las cuales se basó la determinación;

(c) una descripción de cualquier material o información adicional que se necesite para completar su reclamación y una explicación de por qué se necesita tal material o información;

(d) una descripción de los procedimientos para presentar apelaciones y los límites de tiempo aplicables;

(e) una declaración del derecho del reclamante de iniciar una acción civil de acuerdo con la sección 502(a) de ERISA después de la apelación de una determinación adversa sobre los beneficios;

(f) si la decisión sobre la reclamación se basó en una regla, lineamiento o protocolo interno, una declaración que indique que hay una copia del mismo disponible gratuitamente si así se solicita;

(g) si la determinación se basó en la ausencia de necesidad médica, o en que el tratamiento sea experimental o de investigación, o en otra exclusión similar, una declaración que indique que hay disponible gratuitamente una explicación del criterio científico o clínico aplicado a la determinación si así se solicita.

(h) para reclamaciones urgentes, una descripción del proceso de revisión expedita aplicable a las reclamaciones urgentes (para reclamaciones urgentes, la notificación se puede proporcionar oralmente seguida por una notificación por escrito).

c. **Procedimientos para presentar apelaciones.**

(1) Apelación de una determinación adversa sobre los beneficios. Si cualquier reclamación se deniega total o parcialmente, o si el reclamante no está de acuerdo con la decisión tomada sobre la reclamación, el reclamante puede apelar la decisión de la manera que se especifica abajo. Las apelaciones se deben presentar en la Oficina del Fondo de Fideicomiso dentro de un plazo de 180 días a partir de que el reclamante reciba la notificación de la determinación adversa sobre los beneficios, deben ir acompañadas de cualquier material pertinente que aún

no se haya presentado al Fondo, y deben declarar por qué el reclamante cree que la reclamación no debería haberse denegado.

(a) Reclamaciones urgentes. Las apelaciones de determinaciones adversas sobre los beneficios referentes a reclamaciones urgentes se deben hacer ya sea llamando a la Organización de Revisión designada o por otro método disponible similarmente rápido.

Las apelaciones de reclamaciones urgentes no se pueden enviar a través del Servicio Postal de Estados Unidos.

(b) Reclamaciones concurrentes. Las apelaciones de determinaciones adversas sobre los beneficios referentes a reclamaciones concurrentes se deben hacer de la misma manera descrita para las reclamaciones urgentes.

(c) Reclamaciones antes del servicio. Las apelaciones de determinaciones adversas sobre los beneficios referentes a las reclamaciones antes del servicio se deben hacer por escrito por correo o fax. Una apelación de una reclamación antes del servicio que se recibe con información adicional que, a su revisión, permita la aprobación de beneficios adicionales por parte del Fondo o de la Organización de Revisión por éste designada de acuerdo con las disposiciones del Plan, no se considerará una apelación, sino una nueva reclamación antes del servicio.

(d) Reclamaciones después del servicio y reclamaciones por incapacidad. La apelación de una reclamación después del servicio o de una reclamación por incapacidad se deben presentar por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso dentro de un plazo de 180 días después del recibo de la notificación de determinación adversa sobre los beneficios y debe incluir:

i. el nombre y domicilio del paciente;
ii. el nombre y domicilio del participante, si son diferentes;
iii. una declaración dirigida a la Junta de Fideicomisarios de que se trata de una apelación de una determinación adversa sobre los beneficios;
iv. la fecha de la determinación adversa sobre los beneficios; y
v. el fundamento de la apelación, esto es, la razón o razones por las cuales no se debió denegar la reclamación.

(2) El proceso de apelación. Se dará oportunidad al reclamante de presentar comentarios por escrito, documentos y otra información para que sean considerados durante la apelación, aunque tal información no se haya presentado o considerado como parte de la determinación inicial sobre beneficios. Se proporcionará gratuitamente al reclamante, si así lo solicita, acceso razonable a los documentos relevantes de su reclamación y copias de los mismos.

La apelación será revisada por una persona que no sea aquella que originalmente tomó la determinación inicial adversa sobre los beneficios relacionada con la reclamación. La persona que haga la revisión no dará deferencia a la determinación inicial adversa sobre los beneficios. La decisión se tomará con base en el expediente, incluyendo los documentos y comentarios adicionales que el reclamante pueda haber presentado.

Si una reclamación se denegó tomando como base un criterio médico (como una determinación de que el tratamiento o servicio no era médicamente necesario o que era experimental o de investigación), se consultará a un profesional de atención médica que tenga la capacitación y experiencia apropiadas en un campo relevante de la medicina. Si lo solicita, se proporcionará al reclamante la identificación de los expertos médicos o vocacionales, si los hubiera, que proporcionaron asesoría en la reclamación, independientemente de si la decisión sobre la reclamación se basó en tal asesoría.

(3) Plazos para enviar notificaciones de determinaciones de apelación.

(a) Reclamaciones urgentes. La notificación de la determinación sobre la apelación de reclamaciones urgentes se enviará dentro de un plazo de 72 horas a partir de que la Oficina del Fondo de Fideicomiso de Fideicomiso o la Organización de Revisión por éste designada reciba la apelación.

(b) Reclamaciones antes del servicio. La notificación de la determinación sobre la apelación de reclamaciones antes del servicio se enviará dentro de un plazo de 30 días a partir de que la Oficina del Fondo de Fideicomiso de Fideicomiso o la Organización de Revisión por éste designada reciba la apelación.

(c) Reclamaciones concurrentes. La Oficina del Fondo de Fideicomiso o la Organización de Revisión por éste

designada enviará la notificación de la determinación sobre la apelación de una reclamación concurrente antes de que se termine el beneficio.

(d) Reclamaciones después del servicio y reclamaciones por incapacidad. Generalmente, las decisiones sobre las apelaciones que involucren reclamaciones después del servicio o reclamaciones por incapacidad se tomarán en la siguiente reunión regularmente programada de la Junta de Fideicomisarios después de que se reciba la solicitud de revisión del reclamante. Sin embargo, si se recibe la solicitud de revisión en la Oficina del Fondo de Fideicomiso menos de 30 días antes de la siguiente reunión regularmente programada, la solicitud de revisión se puede considerar en una segunda reunión regularmente programada después del recibo de la solicitud del reclamante. En circunstancias especiales, es posible que sea necesaria una demora hasta la tercera reunión regularmente programada después del recibo de la solicitud de revisión por parte del reclamante. Se notificará por escrito al reclamante con anticipación sobre esta extensión. Una vez que se tome la decisión sobre la revisión de la reclamación del reclamante, se le notificará al reclamante tan pronto como sea posible, pero no después de 5 días a partir de la fecha en que se tomó la decisión.

(e) Si no se proporciona al reclamante la decisión sobre la revisión dentro del periodo de tiempo especificado en esta subsección c.(3), se considerará que la reclamación del reclamante se denegó a la revisión. El reclamante podrá iniciar una acción sobre su reclamación de acuerdo con la subsección c.(5), que aparece abajo.

(4) Contenido de las notificaciones sobre la determinación de la apelación. Se notificará por escrito al reclamante la determinación tomada sobre una apelación. La notificación sobre la denegación de una apelación incluirá lo siguiente:

(a) la razón o razones específicas para la determinación;

(b) referencia a la disposición o disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la determinación;

(c) una declaración que indique el derecho del reclamante a recibir gratuitamente acceso razonable a todos los documentos relevantes a la reclamación, y copias de los mismos, si así lo solicita;

(d) una declaración del derecho del reclamante de iniciar una acción civil de acuerdo con la sección 502(a) de ERISA después de la apelación de una determinación adversa sobre el beneficio;

(e) si la decisión sobre la reclamación se basó en una regla, lineamiento o protocolo interno, una declaración que indique que hay una copia del mismo disponible gratuitamente si así se solicita; y

(f) si la determinación se basó en la necesidad médica, o en que el tratamiento sea experimental o de investigación, o en otra exclusión similar, una declaración que indique que hay disponible gratuitamente una explicación del criterio científico o clínico aplicado a la determinación si así se solicita.

(5) Cuándo se puede iniciar una demanda judicial. Ningún empleado, dependiente, beneficiario ni otra persona tendrá ningún derecho o reclamación de los beneficios bajo estas Reglas y reglamentos ni ningún derecho o reclamación de pagos del Fondo, que no sean los especificados en este documento.

(a) Un reclamante no puede iniciar un litigio para obtener beneficios hasta después de cualquiera de lo siguiente: (1) el reclamante presentó una reclamación de acuerdo con estas Reglas y reglamentos, solicitó una revisión después de una determinación adversa sobre los beneficios por cada asunto considerado relevante por el reclamante, y se ha tomado una decisión final después de la revisión; o (2) el plazo apropiado descrito arriba ha transcurrido desde que el reclamante presentó una solicitud de revisión y el reclamante no ha recibido una decisión final o una notificación de que será necesaria una extensión para tomar una decisión final. No se puede iniciar ninguna acción legal ni mantener durante más de dos años después de la fecha en que se haya notificado por escrito al reclamante que después de una revisión se confirma la denegación de su reclamación.

(b) Para cualquier demanda judicial que se emprenda, las determinaciones de los fideicomisarios están sujetas a revisión judicial únicamente con respecto al abuso de autoridad.

(c) Las disposiciones de esta sección 9.05 aplican a, e incluyen cada una y todas las reclamaciones de los beneficios del Fondo, y toda reclamación o derecho ejercido bajo el Plan o en contra del Fondo,

independientemente de la base ejercida para la reclamación e independientemente de cuándo ocurrió el acto u omisión sobre el cual se basa la reclamación, e independientemente de si el reclamante es un "participante" o "beneficiario" del Plan dentro del significado de estos términos de acuerdo con la definición de ERISA. Tal reclamación estará limitada a los beneficios pagaderos bajo los términos del Plan, o para aclarar sus derechos a futuros beneficios bajo los términos del Plan y no incluirá ninguna reclamación o derecho por daños, ya sea compensatorios o punitivos.

Sección 9.06. El Fondo, a su propio costo, tiene el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier persona elegible cuando y tan frecuentemente como pueda requerir razonablemente mientras esté pendiente cualquier reclamación, y también el derecho y la oportunidad de hacer una autopsia en caso de fallecimiento, cuando no esté prohibido por la ley.

Sección 9.07. Los beneficios proporcionados por este Fondo no son en lugar de y no afectan ningún requisito de cobertura exigido por las leyes de seguro contra accidentes en el trabajo ni legislación similar.

Sección 9.08. Las disposiciones del Plan están sujetas a, y controladas por las disposiciones del Acuerdo del fideicomiso, y en el evento de cualquier conflicto entre las disposiciones del Plan y las disposiciones del Acuerdo de fideicomiso, prevalecerán las disposiciones del Acuerdo del fideicomiso.

Sección 9.09. Confidencialidad y derecho a recibir y a divulgar información necesaria.

a. Con el propósito de determinar la aplicabilidad e implementación de los términos de las secciones 8.03 a la 8.06 que tratan de la coordinación de los beneficios de este Plan o cualquier disposición de propósito similar de cualquier otro plan, el Plan puede, al grado que sea congruente con las leyes federales y estatales de confidencialidad (en la extensión aplicable) y los procedimientos de confidencialidad del Plan, divulgar a cualquier compañía de seguros o a otra organización o persona, u obtener de ella cualquier información, con respecto a cualquier persona, que el Plan considere necesaria para tales propósitos.

b. Los fideicomisarios y los profesionales apropiados contratados por el Plan pueden, en la medida necesaria y de acuerdo con las leyes federales y estatales de confidencialidad (en la medida aplicable) y los procedimientos de confidencialidad del Plan, tener acceso a tal información médica protegida referente a los participantes y dependientes como sea razonablemente necesario para tomar decisiones sobre la elegibilidad, pago, reclamaciones y apelaciones, o como de otra manera sea necesario para la administración del Plan.

c. Los fideicomisarios desarrollarán procedimientos de confidencialidad de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico de 1996 (The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) y otras leyes aplicables, y proporcionarán a cada participante y dependiente una notificación de las prácticas de confidencialidad. Tales normas y prácticas serán congruentes con las leyes federales y estatales aplicables.

d. Excepto como lo permite HIPAA, el Plan solo usará o divulgará su PHI con propósitos de comercialización o venta (intercambio) de su PHI por una compensación (pago), con su autorización por escrito). A continuación se listan los usos y divulgaciones permitidos y requeridos de información médica protegida, según este término se define en la HIPAA, que el patrocinador del Plan, la Junta de Fideicomisarios puede hacer.

   (1) La Junta de Fideicomisarios puede aplicar las siguientes divulgaciones permitidas y requeridas de información médica protegida. Todas las divulgaciones de información serán las mínimas necesarias, según la definición de este término en la HIPAA, excepto en el caso de las subsecciones (o) a la (s) que se encuentran a continuación.

   <u>Propósitos permitidos para la divulgación de información:</u>

   (a) Como sea necesario para el pago de las reclamaciones, las operaciones del Plan y el tratamiento, incluso con el propósito de eliminar la información de identificación para la divulgación permitida adicional.

   (b) Determinación de la elegibilidad y la cantidad de los beneficios.

   (c) Determinación de la necesidad médica, revisiones de utilización y precertificaciones.

(d) Procesamiento de reclamaciones, auditoría de reclamaciones, investigación de reclamaciones, respuesta a las indagaciones de los participantes referentes a reclamaciones y para obtener el pago adecuado de las reclamaciones.

(e) Subrogación y otros procesos de indemnización ante terceros.

(f) Determinación de las contribuciones adecuadas del empleador.

(g) Procesamiento y determinación de la cobertura de limitación de pérdidas.

(h) Procesamiento de reclamaciones y apelaciones.

(i) Evaluación de calidad, administración de casos, calificación de proveedores, aseguramiento (el Plan no usa ni divulga PHI que contenga información genética para propósitos de aseguramiento), inscripción y categorización de primas, actividades de seguridad del paciente y otras actividades relacionadas.

(j) Servicios legales y de auditoría, incluido el cumplimiento con el Plan.

(k) Análisis del diseño del Plan, incluidos análisis de costo y evaluaciones de cambios del Plan.

(l) Implementación de la HIPAA y otras leyes aplicables.

(m) Impuestos y otras presentaciones reglamentarias.

(n) Divulgaciones a la persona cubierta.

(o) Divulgaciones sujetas a una autorización específica por escrito de la persona cubierta.

(p) Usos que son incidentales al uso o divulgación de otra manera permitida o requerida por la ley.

<u>Divulgaciones requeridas:</u>

(a) A la persona cubierta, cuando lo solicite, en la medida requerida por la ley.

(b) Cuando se requiera, a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

(c) Cualquier otro caso en el que HIPAA explícitamente permita el uso o la divulgación sin autorización.

(2) Más aún, la Junta de Fideicomisarios:

(a) No usará ni divulgará más la información de otra manera que no sea permitida o requerida por las Reglas y reglamentos y los Procedimientos de Confidencialidad, o como lo requiera la ley.

(b) Se asegurará de que cualquier agente a quien proporcione información médica protegida recibida del Plan acepte acatar las mismas restricciones y condiciones que aplican a los fideicomisarios con respecto a tal información.

(c) No usará ni divulgará la información para acciones y decisiones relacionadas con el empleo ni en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para los empleados del patrocinador del Plan.

(d) Informará al Plan sobre cualquier uso o divulgación de la información que sea incongruente con los usos o divulgaciones especificadas de las cuales se entere.

(e) Hará disponible la información médica protegida de acuerdo con la HIPAA.

(f) Hará disponible la información médica protegida que debe ser enmendada por los participantes y dependientes e incorporará cualquier enmienda a la información médica protegida de acuerdo con la HIPAA.

(g) Hará disponible la información requerida para proporcionar un informe de las divulgaciones que no sean de rutina de acuerdo con la HIPAA.

(h) Pondrá sus prácticas internas, libros y expedientes relacionados con el uso y la divulgación de información médica protegida recibida del Plan a disposición de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos o de cualquier otro funcionario o empleado de la HHS a quien le haya sido delegada la autoridad correspondiente con los propósitos de determinar el cumplimiento del Plan con los reglamentes que requieren los procedimientos de confidencialidad del Plan y esta sección.

(i) Al grado que sea posible, devolverá o destruirá toda la información médica protegida que se reciba del Plan y que el fideicomisario o fideicomisarios aún conserven en cualquier forma y no conservará copias de tal información cuando ya no se necesiten para los propósitos por los cuales se hizo la divulgación, excepto que, si tal devolución o destrucción no es posible, limitará los usos y divulgaciones adicionales a aquellos propósitos que hacen que la devolución o destrucción de la información no sea posible.

(j) Asegurará la separación adecuada requerida en virtud de la siguiente sección 9.09.d.(3).

(3) La Junta de Fideicomisarios y el Plan se tratarán como entidades separadas y distintas para los propósitos de estas reglas de confidencialidad. Para este fin, sólo las siguientes personas o entidades serán autorizadas por los fideicomisarios para tener acceso a la información médica protegida, y tal acceso se hará únicamente para funciones específicas relacionadas con el Plan realizadas por tales personas o entidades.

(a) El administrador y los empleados del Plan, incluidos los ajustadores de reclamaciones, el personal de beneficios y elegibilidad y el personal de contabilidad.

(b) Los proveedores de revisión de la utilización y de administración de casos y sus empleados.

(c) El proveedor de reasignación de precio de las reclamaciones y sus empleados, incluidas las coaliciones de compra de servicios médicos.

(d) Los asociados comerciales del Plan, entre ellos abogados, actuarios, asesores y contadores.

(e) Organizaciones PPO y compañías aseguradoras de limitación de pérdidas.

(f) Asesores y compañías de revisión médica.

(g) Proveedores de beneficios de medicamentos de venta con receta.

(h) Proveedores de planes dentales y de la vista.

(i) Proveedores de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias químicas.

(j) Otros proveedores de servicio que requieren información médica protegida a fin de brindar servicios al Plan.

(k) Proveedores de servicios de almacenamiento externo que conservan los archivos del Plan.

(4) Incumplimiento. En el evento que cualquier persona o entidad a la que el Plan haya proporcionado información médica protegida de acuerdo con esta subsección d. use o divulgue tal información de una manera incongruente con el Plan, sus procedimientos de confidencialidad, o la ley aplicable, los fideicomisarios tendrán derecho a:

(a) Notificar por escrito a tal persona o entidad acerca de tal violación, y exigir medidas inmediatas de corrección y reparación para corregir tal uso o divulgación indebida.

(b) Gravar a tal persona o entidad los costos reales de la acción correctiva o de reparación descrita en la subsección (a).

(c) Enviar una carta de reprimenda a tal persona o entidad que repetidamente cometa tales violaciones.

(d) Tomar la medida apropiada adicional incluida, al grado que sea posible, la terminación de la relación del Plan con tal persona o entidad, o reportar tales violaciones a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

e. Reglamentos sobre seguridad. La Junta implementará medidas para cumplir con los reglamentos de seguridad emitidos en virtud de las Partes 160, 162 y 164 del Título 45 de C.F.R., Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico de 1996 (los "Reglamentos sobre seguridad"). Las siguientes disposiciones aplican a la información médica protegida electrónica ("IMPe") que el Plan crea, recibe o transmite, excepto la IMPe que: (1) el Plan reciba en virtud de una autorización apropiada (como se describe en la sección 164.504(f)(1)(ii) o (iii) de 45 C.F.R.), o (2) que califique como información médica resumida y que se reciba con el propósito de ya sea (a) obtener propuestas de primas para proporcionar cobertura de seguro médico bajo el Plan, o (b) modificar, enmendar o terminar el Plan (según sea autorizado bajo la sección 164.508 de 45 C.F.R.).

De acuerdo con los reglamentos de seguridad, la Junta:

(1) Implementará protecciones administrativas, físicas y técnicas que razonable y apropiadamente protejan la

confidencialidad, integridad y disponibilidad de la IMPe que el Plan genere, reciba, mantenga o transmita.

(2) Asegurará que exista una "separación adecuada" mediante medidas de seguridad razonables y apropiadas. "Separación adecuada" significa que el Plan utilizará la IMPe sólo para las actividades de administración del Plan y no para acciones relacionadas con el empleo ni para ningún propósito no relacionado con la administración del Plan. Cualquier fideicomisario, profesional, empleado u otro fiduciario del Plan que use o divulgue IMPe en violación de las normas y procedimientos de seguridad o confidencialidad del Plan o esta disposición del Plan quedará sujeto a los procedimientos disciplinarios del Plan que se describen en la sección 9.09.d. (4).

(3) Se asegurará de que cualquier agente o subcontratista a quien el Plan proporcione la IMPe acuerde implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la información.

(4) El administrador del Plan informará a la Junta sobre cualquier incidente de seguridad del cual se entere.

ARTÍCULO 10. ENMIENDA Y TERMINACIÓN

Sección 10.01. La Junta ha determinado que cada una de las condiciones, limitaciones y otros términos de este Plan son esenciales para cumplir con la obligación que el Fondo tiene de proporcionar beneficios globales hospitalarios, médicos y otros beneficios a todos los participantes. Para cumplir con esa obligación, la Junta expresamente se reserva el derecho, a su propio juicio, en cualquier momento, pero en una base no discriminatoria de:

a. Terminar o enmendar ya sea la cantidad o condición con respecto a cualquier beneficio aunque tal terminación o enmienda afecte las reclamaciones que ya se hayan acumulado;

b. Alterar o posponer el método o pago de cualquier beneficio; y

c. Enmendar o rescindir cualquier otra disposición del Plan.

ARTÍCULO 11. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Sección 11.01. Sólo los beneficios del Programa de Asistencia a los Miembros (Member Assistance Program, MAP) y los beneficios de seguro de vida y muerte y desmembramiento accidentales del Plan A están asegurados por un contrato de seguro. Ninguno de los otros beneficios que el Plan proporciona están asegurados por ningún contrato de seguro y ni la Junta, ni ninguna otra persona o entidad tienen responsabilidad de proporcionar pagos que excedan las cantidades recolectadas en el Fondo del Fideicomiso y disponibles para tal propósito.

HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA) NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California: Notice of Privacy Practices

Esta noticia es disponible en espanol si usted lo suplica. Por favor contacte el Funcionario de Privacidad (510-639-4301).

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

In this notice, the name "Carpenters Health and Welfare Fund" and the terms "we", "us", and "our" encompass not only this health plan itself but also Business Associates acting on behalf of the plan or providing services to the plan. These Business Associates may include a third party administrator, a pharmacy benefits manager, and professionals such as attorneys, auditors, and consultants. It does not include the Board of Trustees, the Plan Sponsor, which will be specified where appropriate.

DUTIES OF CARPENTERS HEALTH AND WELFARE FUND

We are required by law to maintain the privacy of your health information. We must provide you with this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information, we are required to notify you if there is a breach of your unsecured protected health information, and we are also required to abide by the terms of this Notice, which may be amended from time to time.

We reserve the right to change the terms of this Notice at any time in the future and to make the new provisions effective for all health information that we maintain. We will promptly revise our Notice and distribute it to all Plan Participants whenever we make material changes to our privacy policies and procedures within 60 days of such change. This Notice will also be provided to all new enrollees as required.

HOW CARPENTERS HEALTH AND WELFARE FUND MAY USE OR DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION

We are permitted by law to use or disclose your "health information" to conduct activities necessary for "payment" and "health care operations" (as those terms are defined in the attached Glossary). These are the main purposes for which we will use or disclose your health information. For each of these purposes we list below examples of these kinds of uses and disclosures. These are only examples and are not intended to be a complete list of all the ways we may use or disclose your health information.

Payment. We may use or disclose health information about you for purposes within the definition of "payment". These include, but are not limited to, the following purposes and example:

- **Determining your eligibility for plan benefits.** For example, we may use information obtained from your employer to determine whether you have satisfied the plan's requirements for active eligibility.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

- **Obtaining contributions from you or your employer.** For example, we may send your employer a request for payment of contributions on your behalf, and we may send you information about premiums for COBRA continuation coverage.
- **Pre-certifying or pre-authorizing health care services.** For example, we may consider a request from you or your physician to verify coverage for a specific hospital admission or surgical procedure.
- **Determining and fulfilling the plan's responsibility for benefits.** For example, we may review health care claims to determine if specific services that were provided by your physician are covered by the plan.
- **Providing reimbursement for the treatment and services you received from health care providers.** For example, we may send your physician a payment with an explanation of how the amount of the payment was determined.
- **Subrogating health claim benefits for which a third party is liable.** For example, we may exchange information about an accidental injury with your attorney who is pursuing reimbursement from another party.
- **Coordinating benefits with other plans under which you have health coverage.** For example, we may disclose information about your plan benefits to another group health plan in which you participate.
- **Obtaining payment under a contract of reinsurance.** For example, if the total amount of your claims exceeds a certain amount we may disclose information about your claims to our stop-loss insurance carrier.

Health Care Operations. We may use and disclose health information about you for purposes within the definition of "health care operations". These purposes include, but are not limited to:

- **Conducting quality assessment and improvement activities.** For example, a supervisor or quality specialist may review health care claims to determine the accuracy of a processor's work.
- **Case management and care coordination.** For example, a case manager may contact home health agencies to determine their ability to provide the specific services you need.
- **Contacting you regarding treatment alternatives or other benefits and services that may be of interest to you.** For example, a case manager may contact you to give you information about alternative treatments which are neither included nor excluded in the plan's documentation of benefits but which may nevertheless be available in your situation.
- **Contacting health care providers with information about treatment alternatives.** For example, a case manager may contact your physician to discuss moving you from an acute care facility to a more appropriate care setting.
- **Employee training.** For example, training of new claims processors may include processing of claims for health benefits under close supervision.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

- **Accreditation, certification, licensing, or credentialing activities.** For example, a company that provides professional services to the plan may disclose your health information to an auditor that is determining or verifying its compliance with standards for professional accreditation.
- **Securing or placing a contract for reinsurance of risk relating to claims for health care.** For example, your demographic information (such as age and sex) may be disclosed to carriers of stop loss insurance to obtain premium quotes.
- **Conducting or arranging for legal and auditing services.** For example, your health information may be disclosed to an auditor who is auditing the accuracy of claim adjudications.
- **Management activities relating to compliance with privacy regulations.** For example, the Privacy Officer may use your health information while investigating a complaint regarding a reported or suspected violation of your privacy.
- **Resolution of internal grievances.** For example, your health information may be used in the process of settling a dispute about whether or not a violation of our privacy policies and procedures actually occurred.

Disclosures to Plan Sponsor (Board of Trustees). In addition to the circumstances and examples described above, there are three types of health information about you that we may disclose to the Board of Trustees. The disclosures described below are included within the definitions of "payment" or "health care operations".

- We may disclose to the Board of Trustees whether or not you have enrolled in, are participating in, or have disenrolled from this health plan.
- We may provide the Board of Trustees with "summary health information", which includes claims totals without any personal identification except your ZIP code, for these two purposes:
  - To obtain health insurance premium bids from other health plans, or
  - To consider modifying, amending, or terminating the health plan.
- We may disclose your health information to the Board of Trustees for purposes of administering benefits under the plan. These purposes may include, but are not limited to:
  - Reviewing and making determinations regarding an appeal of a denial or reduction of benefits.
  - Evaluating situations involving suspected or actual fraudulent claims.
  - Monitoring benefit claims that may or do involve stop-loss insurance.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

Other Uses and Disclosures. The following categories describe other ways that Carpenters Health and Welfare Fund may use and disclose your health information. Each category is illustrated with one or more examples. Not every potential use or disclosure in each category will be listed, and those that are listed may never actually occur.

- **Involvement in Payment**. With your agreement, we may disclose your health information to a relative, friend, or other person designated by you as being involved in payment for your health care. For example, if we are discussing your health benefits with you, and you wish to include your spouse or child in the conversation, we may disclose information to that person during the course of the conversation.
- **Required by Law**. We will disclose your health information when required to do so by Federal, state, or local law. For example, we may disclose your information to a representative of the U.S. Department of Health and Human Services who is conducting a privacy regulations compliance review.
- **Public Health**. As permitted by law, we may disclose your health information as described below:
  - **To an authorized public health authority**, for purposes of preventing or controlling disease, injury or disability;
  - **To a government entity** authorized to receive reports of child abuse or neglect;
  - **To a person under the jurisdiction of the Food and Drug Administration**, for activities related to the quality, safety, or effectiveness of FDA-regulated products.
- **Health Oversight Activities**. We may disclose your health information to health agencies during the course of audits, investigations, inspections, licensure and other proceedings related to oversight of the health care system or compliance with civil rights laws. However, this permission to disclose your health information does not apply to any investigation of you which is directly related to your health care.
- **Judicial and Administrative Proceedings**. We may disclose your health information in the course of any administrative or judicial proceeding:
  - In response to an order of a court or administrative tribunal, or
  - In response to a subpoena, discovery request, or other lawful process.

Specific circumstances may require us to make reasonable efforts to notify you about the request or to obtain a court order protecting your health information.

- **Law Enforcement.** We may disclose your health information to a law enforcement official for various purposes, such as identifying or locating a suspect, fugitive, material witness or missing person.
- **Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may disclose your health information to coroners, medical examiners and funeral directors. For example, this may be necessary to identify a deceased person or determine the cause of death.
- **Organ and Tissue Donation.** We may disclose your health information to organizations involved in procuring, banking or transplanting organs and tissues, to facilitate such.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

WHEN CARPENTERS HEALTH AND WELFARE FUND MAY NOT USE OR DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION

Except as described in this Notice of Privacy Practices, we will not use or disclose your health information without written authorization from you. Specifically, most uses and disclosures of your psychotherapy notes (where appropriate), uses and disclosures of your protected health information for marketing purposes, and disclosures that constitute a sale of your protected health information require your written authorization. If you have authorized us to use or disclose your health information for another purpose, you may revoke your authorization in writing at any time. If you revoke your authorization, we will no longer be able to use or disclose health information about you for the reasons covered by your written authorization. However, we will be unable to take back any disclosures we have already made with your permission. Requests to revoke a prior authorization must be submitted in writing to the Privacy Officer at the address shown below.

The Carpenters Health and Welfare Fund will not use or disclose your genetic health information for underwriting purposes. Additionally, you have the right to opt out of receiving any communications concerning fund raising activities in which the Carpenters Health and Welfare Fund may engage.

Right to Request Restrictions. You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of your health information. We are not required to agree to restrictions that you request except if the disclosure involves payment or health care operations not required by law and the information pertains solely to a health care item or service that you have paid for out of pocket in full. If you would like to make a request for restrictions, you must submit your request in writing to the Privacy Officer at the address shown below.

Right to Request Confidential Communications. You have the right to ask us to communicate with you using an alternative means or at an alternative location. Requests for confidential communications must be submitted in writing to the Privacy Officer at the address shown below. We are not required to agree to your request unless disclosure of your health information could endanger you.

Right to Inspect and Copy. You have the right to inspect and copy health information about you that may be used to make decisions about your plan benefits. To inspect or copy such information, you must submit your request in writing to the Privacy Officer at the address shown below. If you request a copy of the information, we may charge you a reasonable fee to cover expenses associated with your request.

Right to Request Amendment. If you believe that we possess health information about you that is incorrect or incomplete, you have a right to ask us to change it. To request an amendment of health records, you must make your request in writing to the Privacy Officer at the address shown below. Your request must include a reason for the request. We are not required to change your health information. If your request is denied, we will provide you with information about our denial and how you can disagree with the denial.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

Right to Accounting of Disclosures. You have the right to receive a list or "accounting" of disclosures of your health information made by us. However, we do not have to account for disclosures that were:

- made to you or were authorized by you, or
- for purposes of payment functions or health care operations.

Requests for an accounting of disclosures must be submitted in writing to the Privacy Officer at the address shown below. Your request should specify a time period within the last six years and may not include dates before April 14, 2003. We will provide one free list per twelve-month period, but we may charge you for additional lists.

Right to Paper Copy. You have a right to receive a paper copy of this Notice of Privacy Practices at any time. To obtain a paper copy of this Notice, send your written request to the Privacy Officer at the address shown below or you can download a copy at www.carpenterfunds.com.

Your Personal Representative

You may exercise your rights to your PHI by designating a personal representative. Your personal representative will be required to produce evidence of the authority to act on your behalf **before** the personal representative will be given access to your PHI or be allowed to take any action for you. Under this Plan, proof of such authority will include a completed, signed and approved form. You may obtain this form by contacting the Privacy Officer or his or her designee at their address listed on the first page of this Notice. The Plan retains discretion to deny access to your PHI to a personal representative to provide protection to those vulnerable people who depend on others to exercise their rights under these rules and who may be subject to abuse or neglect.

This Plan will recognize certain individuals as Personal Representatives **without** you having to complete a Personal Representative form. You may however request that the Plan **not** automatically honor the following individuals as your Personal Representative by completing a form to Revoke a Personal Representative available from the Privacy Officer or their designee.

- For example, the Plan will automatically consider a spouse to be the personal representative of a Plan Participant and vice versa. The recognition of your spouse as your personal representative (and vice versa) is for the use and disclosure of PHI under this Plan and is not intended to expand such designation beyond what is necessary for this Plan to comply with HIPAA privacy regulations. You should also review the Plan's Policy and Procedure regarding Personal Representatives (available from the Privacy Officer) for a more complete description of the circumstances where the Plan will automatically consider an individual to be a personal representative.

YOUR HEALTH INFORMATION PRIVACY RIGHTS

If you would like to obtain a more detailed explanation of these rights, or if you would like to exercise one or more of these rights, contact:

HIPAA Privacy Officer
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
P.O. Box 2280
Oakland, CA 94621-0181

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

Complaints. If you believe that your privacy rights have been violated by Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, or by anyone acting on our behalf, you may file a complaint. Complaints to us must be submitted in writing to the Privacy Officer at the above address. You may also file a complaint with the Secretary of the Department of Health and Human Services at:

200 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20201

We will not retaliate against you in any way for filing a complaint.

Questions. If you have questions about any part of this Notice or if you want more information about the privacy practices at Carpenters Health and Welfare Fund, please contact the Privacy Officer at the above address.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100 ✧ P.O. Box 2280
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

August 3, 2018

TO: **All Active Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries (Plans A, B, R, and Flat Rate)**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Changes to Disability Claim and Appeal Procedures**
Changes to Certain Indemnity Plan Benefits
- **Insulin Pen Products**
- **Hearing Exams**
- **Contact Lenses**
- **Routine Physical Exam**

This Participant Notice will advise you of certain material modifications that have been made to your medical benefits for covered services. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California modified the Plan Rules and Regulations for Active Participants and Dependents as follows:

CLAIMS AND APPEALS PROCEDURES FOR CERTAIN DISABILITY CLAIMS Filed on or after April 1, 2018:

The Department of Labor issued new regulations, which provide disability benefit claimants with greater protections for Disability claims under the Plan's Disability Extension benefit or Supplemental Weekly Disability benefit in limited circumstances. The new regulations apply when you reside in a state that does not provide a State Disability Insurance (SDI) benefit and your Physician provided a statement of your disability but the Plan nonetheless, denied your request for a Disability benefit.

The following is a brief description of each of the requirements that may impact you:

1) ***Right to Review and Respond to New Information before Final Decision on a Review of a Denied Claim:*** You have a right to review and respond, in writing or by presenting testimony, to new evidence and rationales considered, relied upon, or generated by the Plan or at the Plan's direction while an appeal is pending (free of charge). This new evidence and/or rationale will be provided to you automatically, as soon as possible, and sufficiently before the deadline for you to file your notice to appeal. The Fund will allow you a reasonable opportunity to respond to new information by presenting written evidence and testimony. Disability claims will be decided within 45 days.

2) ***Deemed Exhaustion of Claims and Appeals Processes:*** If the Fund makes an error with respect to following the new regulations discussed in this Notice, you may be able to file a lawsuit in court immediately, instead of going through the Fund's normal claims procedures (known legally as "exhausting your administrative remedies"). Your claim is legally deemed as denied by the Fund in that instance. You will not be deemed to have exhausted your administrative remedies, and must therefore go through the Fund's normal procedures if: (a)

the Fund's violation was *de minimis* (minor in nature) and did not cause prejudice or harm to you; (b) the violation was for good cause or due to matters beyond the control of the Fund; and (c) the violation occurred in the context of an ongoing, good faith exchange of information between the Fund and you, the claimant.

3) ***Enhanced Disclosure Requirements for Benefit Denial Notices (Both Adverse Determination and Appeal Denial):*** Disability benefit determinations disability benefit denials notices on appeal require, and will include, the following additional information:

- A statement that you, the claimant, are entitled to receive access to and copies of all relevant documents upon request and without charge.
- A discussion of the decision, including the basis for disagreeing with or not following the views of a treating physician or vocational professional, the views of medical or vocational experts obtained by the Fund, or a disability determination by the Social Security Administration.
- If the denial is based on a medical necessity or experimental treatment or similar exclusion or limit, a statement that an explanation of the scientific or clinical judgment for the determination as applied to the claimant's medical circumstances will be provided free of charge upon request.
- The internal rules, guidelines, protocols, standards or other similar criteria the Fund relied on in denying the claim, or a statement that none exist.

In addition, disability benefit denial on appeal notices require a description of any applicable contractual limitation periods and their expiration dates, in addition to the description of the claimant's right to bring an action under ERISA Section 502(a).

4) ***Notices Must be Provided in Culturally and Linguistically Appropriate Manner:*** The Fund must provide disability denial notices in a culturally and linguistically appropriate manner if your address is in a county where 10% or more of the population residing in that county are literate only in the same non-English language. In such situations, disability denial notices must:

- Include a prominent one-sentence statement in the relevant non-English language about the availability of language services.
- Provide a customer assistance process (such as a telephone hotline) with oral language services in the non-English language.
- Provide written notices in the non-English language upon request.

5) ***Conflict of Interest:*** Reviews of disability claims require a process that ensures independence and impartiality among decision-makers. Claim decisions may not be linked to the hiring, compensation, termination, promotion, or other similar matters related to decision-makers (e.g., bonuses based on benefit denials). In addition, the Fund will not contract with a medical expert based on the expert's reputation for outcomes in contested cases, rather than on his or her professional qualifications.

6) ***Coverage Rescissions:*** Rescissions of coverage, including retroactive terminations due to alleged misrepresentation of fact (*e.g.,* errors in the application for coverage) must be treated as adverse benefit determinations, thereby triggering the plan's appeals procedures. This would be the case even if the affected participant was not receiving disability benefits at the time of the rescission. Retroactive terminations for non-payment of premiums are not covered by this provision.

INDEMNITY PLAN BENEFIT CHANGES

INSULIN PEN PRODUCTS

Beginning September 1, 2018, the Fund will no longer require preauthorization for insulin pen products. Medically necessary formulary insulin pen products will be covered by the Plan the same as any other covered outpatient prescription drug, subject to applicable outpatient drug copayments and all other applicable Plan provisions.

HEARING EXAMS

Effective January 1, 2018, the Fund will cover hearing exams when ordered by a Physician. Hearing exams will be paid by the Plan at 90% (Plan A and R) or 80% (Plan B or Flat Rate), following satisfaction of the calendar year Deductible for Contract Providers. The Plan will pay 70% (Plan A and R) or 60% (Plan B or Flat Rate) of Allowed Charges, following satisfaction of the calendar year Deductible for Non-Contract Providers. Hearing exam cost-sharing, when applicable, will apply to the Coinsurance Maximum.

To be eligible for coverage, the hearing exam must be medically necessary and performed by a Physician or healthcare practitioner with a master's or doctoral degree in audiology.

The Plan's coverage of hearing aids is otherwise unchanged, and continues to be limited to a maximum payment of $800 per ear in any 3-year period for the covered costs of hearing aids, repairs and servicing combined.

CONTACT LENSES

Beginning September 1, 2018, the Fund will increase the benefit for contact lenses and pay up to a $130 retail allowance for elective contact lenses and fitting and evaluation exam combined. This benefit will continue to be limited to once every 12 months, and is in lieu of any benefit for eye glasses (frames and lenses), and subject to any other applicable Plan provisions. As a reminder, when contact lenses are obtained, you will not be eligible for regular spectacle lenses again for 12 months and frames for 24 months.

ROUTINE PHYSICAL EXAM BENEFIT

Effective August 1, 2017, the Fund covers routine physical examinations for Dependent children of any age. This benefit will continue to be limited to one physical exam in any 12-month period, and subject to normal plan benefits including Deductible and Coinsurance.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination

of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100 ✧ P.O. Box 2280
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

October 26, 2018

To: **All Active Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries (Plans A, B, R and Flat Rate)**

From: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

Re: **Benefit Changes**
- **Qualification of Domestic Partner and**
- **Indemnity Plan Nutritional Counseling Benefit**

This Participant Notice will advise you of certain material modifications that have been made to your medical benefits for covered services. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California modified the Plan Rules and Regulations for Active Participants and Dependents as follows:

DOMESTIC PARTNER

Effective January 1, 2019, the definition of a Domestic Partner will mean all of the following qualifications have been met:

- A person who you, the Participant, have registered with as a Domestic Partner at any state or local government agency authorized to perform such registrations, and
- A person who you have submitted the required Application and paid the taxes on the imputed income attributable to Domestic Partner benefits.

Please Note:

≠ Domestic Partners enrolled in the Plan prior to January 1, 2019 must also provide proof of registration with a state or local government agency for eligibility to continue on January 1, 2019.

≠ Eligibility for a Domestic Partner shall begin on the first day of the second month after an Application and registration information is verified by the Administrative Office.

≠ Any previous Domestic Partner on the Plan must have been terminated at least 6 months prior to enrolling a subsequent Domestic Partner.

NUTRITIONAL COUNSELING

The Indemnity Medical Plan generally excludes nutritional counseling except when provided as part of a diabetes instruction program. **Effective September 1, 2018,** nutritional counseling will also be covered under the Indemnity Medical Plan when services are medically necessary for the treatment of an individual diagnosed with a mental health condition, such as an eating disorder. Services will be subject to the Plan's calendar year deductible and applicable coinsurance.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215
www.carpenterfunds.com

November 29, 2019

To: **All Active and Non-Medicare Retired Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

From: **BOARD OF TRUSTEES**

Re: **Changes to Plan Benefits Effective January 1, 2020**
- **Outpatient Surgical Procedures**
- **Routine OB-GYN Exam Benefit**
- **Vision Benefit**
- **Breast Pump**
- **Stem Cell Treatment**
- **Providers under investigation for Fraud**
- **Health Dynamics and Trestle Tree Termination**

This Participant Notice will advise you of certain material modifications that have been made to your medical benefits for covered services. **This information is VERY IMPORTANT to you and your dependents**. Please take the time to read it carefully.

The Board of Trustees modified the Plan Rules and Regulations as follows, effective January 1, 2020:

1. CHANGES TO PLAN BENEFITS FOR CERTAIN SURGERIES AT AN OUTPATIENT HOSPITAL:

The Plan currently has a payment limit for use of an outpatient hospital facility for an arthroscopy, cataract surgery, colonoscopy or endoscopy. These surgical procedures performed at an Anthem PPO Contracted ambulatory surgical center have no Plan payment limit and the Plan pays benefits subject to normal Plan Rules, deductible, coinsurance, and coinsurance maximums.

Beginning January 1, 2020, more surgical procedures will be added to the list of outpatient hospital payment limits for surgeries performed at an outpatient hospital instead of a PPO Contracted ambulatory surgical center.

Below please find an updated list of the surgeries and the associated Maximum Payment Limit that will apply when provided in an Outpatient Hospital Setting.

The Plan is also adding a precertification requirement for the below outpatient surgery procedures. Please have your healthcare practitioner contact Anthem at (800) 274-7767 so you can be directed to an Anthem PPO Contracted ambulatory surgical center. Failure to comply with the Plan's requirements for precertification may result in an increase of your out-of-pocket costs.

Surgery	Maximum Payment Limit per Procedure
At an Outpatient Hospital (instead of a PPO Contracted Ambulatory Surgical Center)	
Arthroscopy	$6,000
Cataract Surgery	$2,000
Colonoscopy	$1,500
Sigmoidoscopy	$1,000
Upper Gastrointestinal Endoscopy	$1,500
Upper Gastrointestinal Endoscopy with Biopsy	$2,000
Esophagoscopy	$2,000
Hysteroscopy Uterine Tissue Sample (with Biopsy, with or without Dilation and Curettage)	$3,500
All other Endoscopies	$1,000
Laparoscopic Gall Bladder Removal	$5,000
Nasal/Sinus - Submucous Resection Inferior Turbinate	$3,000
Nasal/Sinus - Corrective Surgery - Septoplasty	$3,500
Tonsillectomy and/or Adenoidectomy	$3,000
Lithotripsy – Fragmenting of Kidney Stones	$7,000
Hernia Inguinal Repair (Over age 5, Non-Laparoscopic)	$4,000
Laparoscopic Inguinal Hernia	$5,500

If you use an Outpatient Hospital for any of the above surgeries, you will be responsible for paying any amount over the maximum. Amounts denied as over the maximum for a procedure will not accumulate toward your Coinsurance Maximum.

If you are scheduled for one of the above surgeries, **please make sure your surgery is performed at a PPO Contracted ambulatory surgical center.** This will save money for both you and the Fund.

2. NEW ANNUAL ROUTINE OB-GYN EXAM BENEFIT:

At this time, the Fund allows a routine physical examination for a Participant and Spouse once within a 12-month period. Women are able to use this benefit for either their routine OB-GYN visit or at another physician for a physical exam. Beginning for services on or after January 1, 2020, the Fund will allow both one routine OB-GYN examination within a 12-month period in addition to one routine physical exam within a 12-month period (payable at normal Plan benefits). Coverage includes any x-rays and laboratory tests provided in connection with the OB-GYN exam and physical examination, including a pap smear.

3. CHANGES TO VISION BENEFIT ALLOWANCES:

The following allowances for covered vision services with a VSP provider have been increased for services on or after January 1, 2020.

- The frame allowance is increasing to $175 at VSP doctors and retail chains, and to $95 at Costco Optical Center, limited to once every 24 months.
- The elective contact lens allowance is increasing to $155 for contact lenses and fitting and evaluation exam, limited to once every 12 months in lieu of lenses and frames.

4. BREAST PUMP:

The Plan has added a benefit for rental or purchase of a breast pump for females who are breastfeeding. Either a manual or an electric breast pump is covered, payable at normal Plan benefits up to a maximum benefit payment of $75 per calendar year beginning January 1, 2020.

5. STEM CELL TREATMENT:

Stem cell treatments that have not been approved by the Federal Food and Drug Administration (FDA) are excluded by the Plan.

6. PROVIDERS UNDER INVESTIGATION FOR FRAUD:

Medical providers that have been determined to have engaged in fraudulent activity, following an investigation by the Plan's Fraud, Waste and Abuse vendor are excluded from any Plan benefits.

7. HEALTH DYNAMICS AND TRESTLE TREE TERMINATION:

The Plan has terminated its contract with Health Dynamics who provided physical exams, screenings, and health coaching services. The Plan also terminated its contract with Trestle Tree who provided health coaching related to wellness and disease management.

Reminder: Services provided by a Non-Contract provider who does not complete enrollment in the Medicare program are limited or not payable. The Plan limits Medically Necessary *outpatient* services from Non-Contract Providers who are not registered with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to **a maximum allowable charge of $100 per appointment**, subject to the non-PPO deductible and coinsurance. Benefits paid *for inpatient* services from a Non-Contract Provider is based on a percentage of that provider's CMS registered fee; there will be no benefits available for inpatient services from a Non-Contract Provider who is not registered with CMS.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," the law requires to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity medical plan is "grandfathered health plans" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plan, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do and do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plans to change from grandfathered health plan status can be directed to the Plan Administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at benefitservices@carpenterfunds.com, (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. Find forms and information on our website, www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

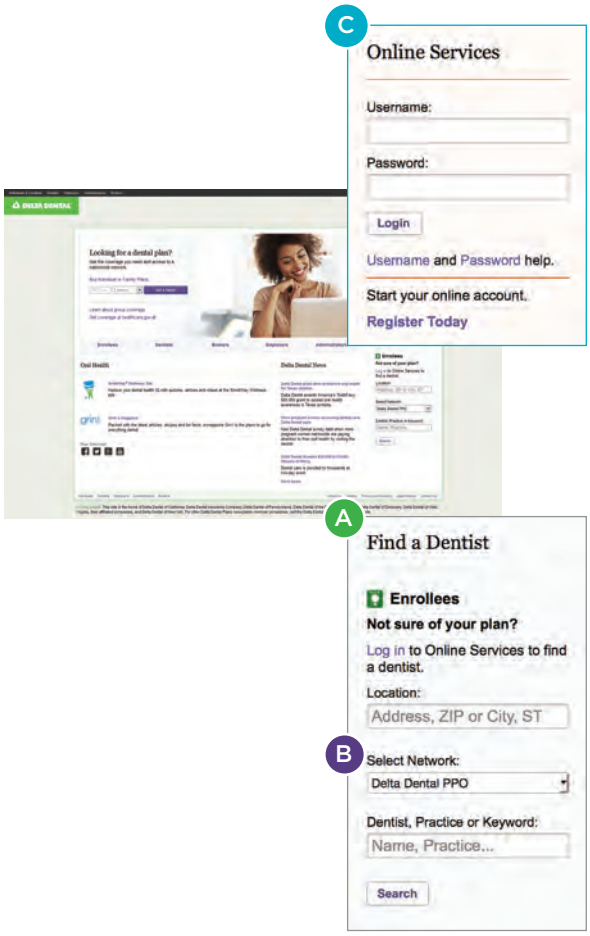
In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

DELTA DENTAL

Delta Dental PPO℠
Delta Dental Premier®
DeltaCare® USA

Find a Network Dentist

It's easy to look for a Delta Dental dentist in your area. Whether you're on a laptop, desktop computer, tablet or smartphone, we've got you covered.



WEBSITE:

For computer or tablet

Go to **deltadentalins.com**.

A. **Search for a dentist.** Look for the **Find a Dentist** tool on the right. Enter a location (address, ZIP code or city and state), and select your plan from the drop-down menu. For a more targeted search, you can enter the name of your dentist or dental office. Click Search. **Optional:** Filter your search results by categories such as specialty, language, gender, extended office hours and accessibility.

B. **Current dentist.** Want to see if your current dentist is in-network? Just search by the name of your dentist or dental office and location, and choose "All of the above" for network. The network(s) will be listed when you click on your dentist or dental office.

C. **Find out your network.** Don't know which network you're in? Log in to Online Services before searching. You can register for an account as soon as your coverage begins.

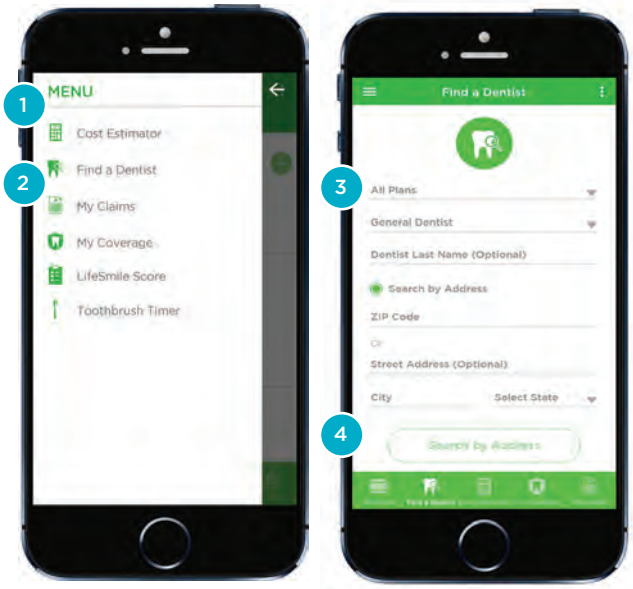
We keep you smiling®
deltadentalins.com/enrollees

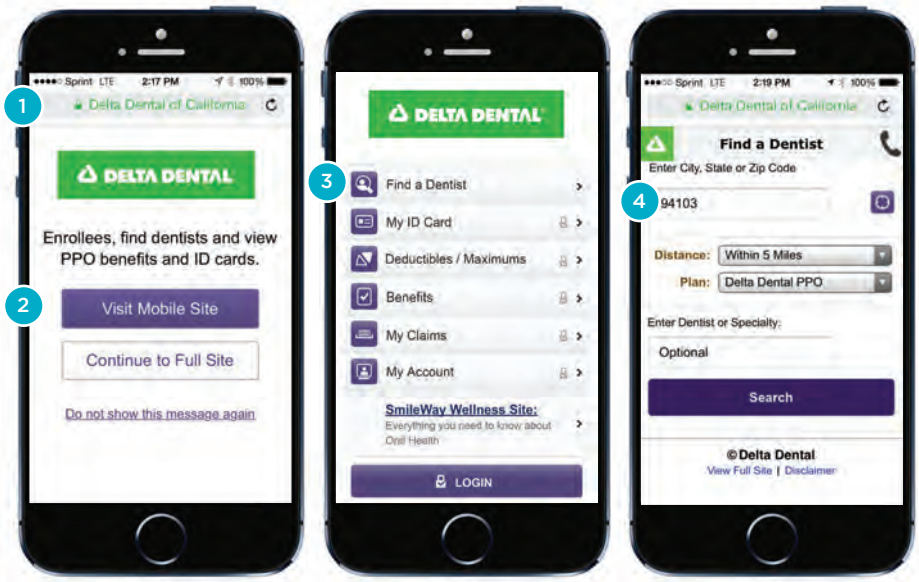
MOBILE APP[1]:

For smartphone or tablet

First, install the Delta Dental app from Google Play or the App Store.

1. Click on the menu in the top-left corner.
2. Select **Find a Dentist.**
3. Select your plan and the type of dentist you are searching for.
4. Click on **Search by Current Location** or **Search by Address.**





MOBILE-OPTIMIZED SITE[1]:

For smartphone

1. Go to **deltadentalins.com**.
2. Click on **Visit Mobile Site.**
3. Click on **Find a Dentist.**
4. Enter your location, select a distance and plan (network) from the drop-down menu, optionally filter your search by dentist or specialty and click **Search.**

[1] Some features available to PPO and Premier enrollees only.

Delta Dental Premier and Delta Dental PPO are underwritten by Delta Dental Insurance Company in AL, DC, FL, GA, LA, MS, MT, NV, TX and UT and by not-for-profit dental service companies in these states: CA – Delta Dental of California; PA, MD – Delta Dental of Pennsylvania; NY – Delta Dental of New York, Inc.; DE – Delta Dental of Delaware, Inc.; WV – Delta Dental of West Virginia, Inc. In Texas, Delta Dental PPO is underwritten as a dental provider organization (DPO) plan.

DeltaCare USA is underwritten in these states by these entities: AL — Alpha Dental of Alabama, Inc.; AZ — Alpha Dental of Arizona, Inc.; CA — Delta Dental of California; AR, CO, IA, MA, ME, MI, MN, NC, ND, NE, NH, OK, OR, RI, SC, SD, VT, WA, WI, WY — Dentegra Insurance Company; AK, CT, DC, DE, FL, GA, KS, LA, MS, MT, TN, WV — Delta Dental Insurance Company; HI, ID, IL, IN, KY, MD, MO, NJ, OH, TX — Alpha Dental Programs, Inc.; NV — Alpha Dental of Nevada, Inc.; UT — Alpha Dental of Utah, Inc.; NM — Alpha Dental of New Mexico, Inc.; NY — Delta Dental of New York, Inc.; PA — Delta Dental of Pennsylvania; VA – Delta Dental of Virginia. Delta Dental Insurance Company acts as the DeltaCare USA administrator in all these states. These companies are financially responsible for their own products.

Delta Dental of California, Delta Dental of New York, Inc., Delta Dental of Pennsylvania, Delta Dental Insurance Company and our affiliated companies form one of the nation's largest dental benefits delivery systems, covering 34.5 million enrollees. All of our companies are members, or affiliates of members, of the Delta Dental Plans Association, a network of 39 Delta Dental companies that together provide dental coverage to 74 million people in the U.S.

Copyright © 2017 Delta Dental. All rights reserved.
EF59 #104444B (rev. 3/17)

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

April 3, 2020

TO: **All Active Plan Participants, Non-Medicare Retirees and their Dependents including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **BENEFIT CHANGES – INDEMNITY PLAN**
Online Telehealth Medical Visits
COVID-19 Laboratory Tests
Prescription Drug Benefits

This Notice will advise you of certain material modifications that were made to your medical and prescription benefits.

It is the intent of the Plan to comply with federally mandated benefit requirements. Unless superseded by law with mandatory additional benefits, **effective March 1, 2020, the Health and Welfare Plan will provide 100% coverage of the PPO Allowed Amount for COVID-19 laboratory testing by a Contract Provider as well as 100% coverage for telehealth medical visits through LiveHealth Online.** COVID-19 testing and LiveHealth Online services will not be subject to the Plan's calendar year deductible.

Online Telehealth Medical Visits

LiveHealth Online allows you to access private and secure video visits with a board-certified doctor 24 hours a day using your smartphone, tablet or computer that has a webcam. Physicians available through LiveHealth Online can evaluate your symptoms, help you understand your condition, including the possibility of contracting the COVID-19 virus, all the while minimizing the risk of exposure of disease to yourself and others because your visit is in the comfort of your own home. In addition to the LiveHealth Online visit being available at no cost, no appointment is necessary and wait times are nominal.

To get started, go to livehealthonline.com and sign up by:

1. Choose **Sign Up** to create your LiveHealth Online account. Enter your name, email address, date of birth and create a secure password.
2. Read and agree to the *Terms of Use*.
3. Choose your location in the drop-down box of states.
4. Enter your birth date and choose your gender.
5. For the question "Do you have insurance?", select **Yes**. Be sure to have your medical identification card available to complete the insurance information. If you choose **No**, you can enter your insurance information later.
6. For **Health Plan**, in the drop-down box, select **Anthem**.
7. For the **Subscriber ID**, enter your identification number, which is found on your medical identification card. Select **Yes** if you are the Plan Participant or **No** if you are a Dependent

of the Participant.

8. Select the green **Finish** button.

For questions about how to use LiveHealth Online, call toll free (888) 548-3432 or email help@livehealthonline.com.

COVID-19 Laboratory Tests

The Plan will provide 100% coverage of the PPO Allowed Amount for COVID-19 laboratory testing by a Contract Provider. COVID-19 laboratory testing by a non-Contract Provider is payable at 100% of the average Contract Provider rate, not subject to the Plan's calendar year deductible. You will be responsible for any charge in excess of the Plan's payment if you use a non-Contract Provider. When possible, the Plan encourages you to use a Contract Provider to prevent an out-of-pocket cost to you for COVID-19 laboratory testing.

Prescription Drug Benefits

The Health and Welfare Plan contracts with Express Scripts, a prescription benefit management (PBM) firm, to administer the Prescription Drug benefits for our Participants. Express Scripts has implemented a number of best practices to help manage the safety and efficiency of the prescription drug program.

On or after March 1, 2020, there will be no benefit payment for the following prescriptions:

- A medication excluded under the PBM's Pharmacy and Therapeutics Committee or United Brotherhood of Carpenter's Clinical Advisory Committee,
- A drug not approved through the step therapy program,
- A drug requiring pre-authorization when pre-authorization is not obtained,
- A medication that has not been approved by the Food and Drug Administration for the indication prescribed unless such use has been reviewed and approved by the PBM's Pharmacy and Therapeutics Committee or United Brotherhood of Carpenter's Clinical Advisory Committee,
- A medication that does not satisfy Express Scripts' clinical guidelines for safety, or cost saving protocols.

If you are taking a medication not covered by the Plan, we recommend that you talk to your doctor to discuss medication options that the Plan does cover. If you have any questions regarding your prescription drug coverage, including questions regarding medications covered under the program, please refer to Express Scripts at (800) 939-7093 or www.express-scripts.com.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," federal law requires us to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Fund's Indemnity medical plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered

health plan status can be directed to the Plan Administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements, this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

October 3, 2020

TO: **All Active and non-Medicare Eligible Retired Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Changes to Outpatient Hospital Indemnity Plan Benefits**
- **Hip Replacement Surgery**
- **Knee Replacement Surgery**

This Participant Notice will advise you of a material modification that has been made to your medical benefits for hospital benefits payable for services in connection with a hip or knee replacement surgery. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

Effective October 1, 2020, in order to manage the cost variance for hip and knee replacement surgeries, payment will be limited to a $30,000 maximum for single hip joint replacement or single knee joint replacement surgery for both inpatient and outpatient facility costs. The maximum does not include professional fees such as anesthesia or surgeon fees, which will be paid pursuant to the applicable Plan's Rules and Regulations.

The Board of Trustees and Anthem Blue Cross have identified 50 facilities throughout California where these surgeries can be performed with little to no out-of-pocket costs beyond the Plan's deductible and coinsurance. See the attached list of approved Value Based facilities. You still have the same access to providers but will save money when you use a recommended facility.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email

to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

Value-based purchasing

H&W Active SPD Insert 9/27/2022

Hip and knee joint replacement

Value-based purchasing design (VBPD)

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California and Anthem Blue Cross (Anthem) are working together to design a hip and knee joint replacement program. If you will be scheduling a hip or knee joint replacement, this program is for you. It has been designed to keep your overall out-of-pocket costs down, while limiting the overall increase in medical costs.

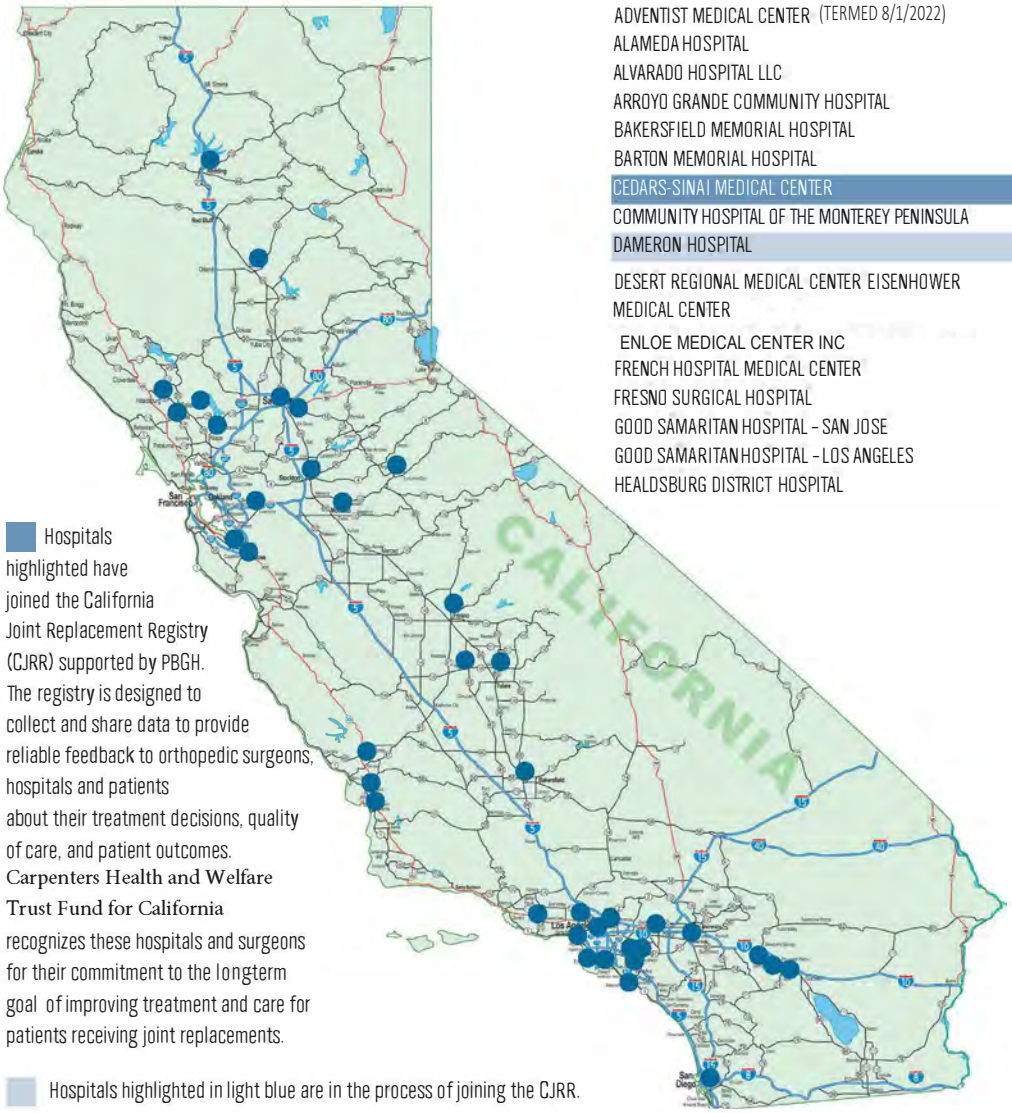
This program limits payment to $30,000 maximum for single hip joint replacement or single knee joint replacement surgeries. **Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California** and Anthem have identified 53 facilities throughout California where you can have these surgeries done with little to no out-of-pocket costs beyond the plan's deductible and coinsurance.

If you have a single hip or single knee joint replacement at a facility that isn't on the list below, you'll be responsible for any charges above $30,000. You'll also be responsible for any deductible and coinsurance.

As a Participating Provider Organization plan member, you have the option to choose any facility, but if you get care from one of the 53 facilities listed below, you can lower your out-of-pocket costs.

Please refer to your *Evidence of Coverage* booklet for more info.

Value Based Sites of Care for designated Hospitals



ADVENTIST MEDICAL CENTER (TERMED 8/1/2022)
ALAMEDA HOSPITAL
ALVARADO HOSPITAL LLC
ARROYO GRANDE COMMUNITY HOSPITAL
BAKERSFIELD MEMORIAL HOSPITAL
BARTON MEMORIAL HOSPITAL
CEDARS-SINAI MEDICAL CENTER
COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA
DAMERON HOSPITAL
DESERT REGIONAL MEDICAL CENTER EISENHOWER MEDICAL CENTER
ENLOE MEDICAL CENTER INC
FRENCH HOSPITAL MEDICAL CENTER
FRESNO SURGICAL HOSPITAL
GOOD SAMARITAN HOSPITAL – SAN JOSE
GOOD SAMARITAN HOSPITAL – LOS ANGELES
HEALDSBURG DISTRICT HOSPITAL
HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE
HUNTINGTON MEMORIAL HOSPITAL
JOHN F KENNEDY MEMORIAL HOSPITAL
JOHN MUIR MEDICAL CENTER - CONCORD CAMPUS
JOHN MUIR MEDICAL CENTER - WALNUT CREEK CAMPUS
KAWEAH DELTA MEDICAL CENTER
LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER
LONG BEACH MEMORIAL MEDICAL CENTER
MERCY MEDICAL CENTER – REDDING
METHODIST HOSPITAL OF SACRAMENTO
NATIVIDAD MEDICAL CENTER
O'CONNOR HOSPITAL
PLACENTIA LINDA HOSPITAL
QUEEN OF THE VALLEY MEDICAL CENTER
SAN ANTONIO COMMUNITY HOSPITAL
SAN JOAQUIN COMMUNITY HOSPITAL
SANTA MONICA UCLA MEDICAL CENTER
SANTA ROSA MEMORIAL HOSPITAL
SIERRA VISTA REGIONAL MEDICAL CENTER
SONORA REGIONAL MEDICAL CENTER
ST AGNES MEDICAL CENTER
ST HELENA HOSPITAL
ST JOHN'S HOSPITAL AND HEALTH CENTER
ST JOSEPH HOSPITAL – ORANGE
ST JUDE MEDICAL CENTER
ST MARYS MEDICAL CENTER
ST VINCENT MEDICAL CENTER
STANISLAUS SURGICAL HOSPITAL
THOUSAND OAKS SURGICAL HOSPITAL
TORRANCE MEMORIAL MEDICAL CENTER
TWIN CITIES COMMUNITY HOSPITAL INC
UCSD MEDICAL CENTER
VALLEY PRESBYTERIAN HOSPITAL

Hospitals highlighted have joined the California Joint Replacement Registry (CJRR) supported by PBGH. The registry is designed to collect and share data to provide reliable feedback to orthopedic surgeons, hospitals and patients about their treatment decisions, quality of care, and patient outcomes. **Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California** recognizes these hospitals and surgeons for their commitment to the longterm goal of improving treatment and care for patients receiving joint replacements.

Hospitals highlighted in light blue are in the process of joining the CJRR.

For more information about the CJRR, please visit caljrr.org.

To learn more, please visit anthem.com/ca.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

November 30, 2020

TO: **All Active and Non-Medicare Eligible Retired Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Indemnity Plan Benefit Change for Flu Vaccines**

This Participant Notice will advise you of a material modification that has been made to your medical benefits for services in connection with flu vaccines. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

Flu Vaccines

Effective September 1, 2020, the Plan will provide 100% coverage of the PPO Allowed Amount for flu vaccinations, up to a maximum payment of $30 per vaccine. Should you receive a flu vaccination by a Non-Contract Provider, the Plan will provide 100% coverage of the charged amount, up to a maximum payment of $30. Additionally, the flu vaccines are not subject to the calendar year deductible.

The Trustees designed this Indemnity benefit so that you have broader access to flu vaccines, for example, you can get your vaccine through your local pharmacy. Should you choose to receive a flu vaccine at your pharmacy, you may submit your claim for reimbursement to the Fund Office by providing the following information: 1) A copy of your receipt that includes the name of the person receiving the vaccine, 2) The date the vaccine was administered and 3) The amount paid. Also, please include a copy of your medical card.

Send Claims to:
Carpenter Funds Administrative Office
Attention: Claims Department
265 Hegenberger Rd., Suite 100
Oakland, CA 94621

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: 1 (888) 547-2054
Phone: (510) 633-0333

April 9, 2021

TO: **All Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Kaiser and Indemnity Plan Benefit Changes**
- **Deadline Extensions**
- ***headversity***
- **COBRA Subsidy**

Indemnity Plan Benefit Changes
- **Vaccines**
- **COVID-19 Testing**
- **Telehealth**

This Participant Notice will advise you of material modifications that have been made to your Health and Welfare Plan benefits. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

As of the date of this notice the COVID-19 Public Health Emergency is effective until April 21, 2021, however that date is expected to be extended. **Once the Public Health Emergency is lifted, some of the Plan's limitations for using Non-Covered Providers will be reinstated as outlined in this notice. It's important to note that the National Emergency declared by the U.S. President is different than the Public Health Emergency.**

KAISER AND INDEMNITY PLAN BENEFIT CHANGES

Duration of Extensions for Certain Special Enrollment, COBRA and Claims and Appeals Deadlines

In 2020, we informed you that the Plan would disregard the filing limit periods from March 1, 2020, through the end of the National Emergency plus 60 days. The National Emergency effects issues concerning COBRA, special enrollment, claims and appeals deadlines:

- The period to request special enrollment,
- The 60-day election period for COBRA Continuation Coverage,
- The date for making COBRA Continuation Coverage premium payments,
- The date for individuals to notify the Plan of a qualifying event or the determination of disability,
- The date within which individuals may file a benefit claim under the Plan's claims procedures, and
- The date within which claimants may file an appeal of an adverse benefit determination under the Plan's claims procedures.

Recent guidance from the Department of Labor clarified the duration of these deadline extensions, which applies on a case-by-case basis. Specifically, your deadline is **the earlier of:**

- One year from the date you were first eligible for relief (i.e., one year from your original deadline); or
- 60 days after the announced end of the National Emergency Concerning COVID-19.

PLEASE NOTE: Under no circumstances will a deadline extension last longer than one year. To ensure you receive the benefits you are entitled to, we encourage you to provide your election notice or payment by the original deadline. See examples on the following page.

For example, if your original deadline for electing COBRA Continuation Coverage was April 1, 2020, you will have until April 1, 2021, to make that election. If your original deadline for electing COBRA Continuation Coverage was September 1, 2020, you will have until September 1, 2021, to make that election or 60 days after the National Emergency concerning COVID-19 ends, if that date occurs before September 1, 2021.

Please contact the Fund Office if you have questions about how the deadline extensions apply to your individual circumstances.

headversity – New Benefit

The Board of Trustees has also implemented a new resource available to Participants and their Dependents beginning February 1, 2021. The *headversity* program trains and prepares individuals to better manage mental health and mental performance challenges, thereby helping them get ahead of possible adversity in the future. The program focuses on six resilience skills: self-expertise, mindfulness, mental fitness, mental health, hardiness, and energy management.

headversity is an App that Participants and Dependents can use to access resources and training on building resilience. The *headversity* App can be accessed through your smartphone's App store.

headversity

Use Invite Code
NCCARP
To Start Your Training Today

ARPA COBRA Subsidy

Congress passed the American Rescue Plan Act (ARPA) on March 17, 2021. ARPA includes many COVID-19 related relief measures including a subsidy for Health and Welfare coverage under COBRA which grants $0 cost Plan coverage to Participants and Dependents who have lost coverage because of an involuntary reduction of work hours between September, 2019 and July, 2021.

If you had, or later have, an involuntarily loss of work in Covered employment and you have no other employer sponsored health coverage or Medicare, ARPA will pay 100% of the cost of COBRA coverage beginning April 1, 2021 through September 30, 2021. The subsidy pays medical, dental, vision and prescription coverage for most qualified recipients. Furthermore, your coverage does not have to be continuous. For example, you may enroll in the COBRA ARPA subsidy effective April 1, 2021 even though your 18-month COBRA option started many months earlier and you did not elect COBRA coverage for the months prior to April 1, 2021.

INDEMNITY PLAN BENEFIT CHANGES

Changes to Vaccine Coverage, Including Coverage COVID-19 Vaccines

Effective January 1, 2021, The Board of Trustees implemented a comprehensive vaccine coverage program. Immunizations, including the COVID-19 and flu vaccines, are covered under both the Plan's medical and pharmacy benefits with a $0 copayment and no deductible when received from a PPO Contract Medical Provider or Contract Pharmacy. The Board of Trustees rescinded the flu vaccine Plan maximum payment of $30 under the medical benefit.

After the Public Health Emergency ends, the Plan will continue to cover COVID-19 vaccines at 100% with no deductible when received from a Contract Provider, however; COVID-19 vaccines will no longer be covered in full when received from Non-Contract Providers. A list of immunizations covered under the pharmacy program, which includes most preventive vaccinations, is available from Express Scripts.

Clarification of COVID-19 Testing Benefits

Last April, we informed you that the Plan would cover COVID-19 laboratory tests at 100% when received from either Contract Providers or Non-Contract Providers. To clarify, the 100% coverage benefit includes: test administration, items and services given during office visit, urgent care, telehealth and emergency room visits, to the extent they relate to the evaluation or furnishing of the test.

During the Public Health Emergency, Non-Contract Providers will be paid the cash price listed on their public website or, if lower, the negotiated price.

See the Table on page 2 (Benefit Snapshot) for a comparison of Immunization and COVID-19 testing benefit limits for "*During the Public Health Emergency" vs. "After the Public Health Emergency"*.

Benefit Snapshot		
Service	**During Public Health Emergency**	**After Public Health Emergency** (Restrictions Lifted)
COVID-19 Vaccines	Effective 1/1/2021: Participant Cost: $0 *Receive immunizations from any Medical Provider or Contract Pharmacy*	Participant Cost: $0 *Must use a PPO Contract Provider or Express Scripts Contract Pharmacy*
Flu Vaccines		
Other Immunizations		
COVID-19 Laboratory Tests	Effective 3/1/2020: Participant Cost: $0 *Tests administered by any Medical Provider, plus items and services given during office, urgent care, telehealth and emergency room visits in relation to evaluation or furnishing of the test.*	Participant Cost: Based on the existing Plan Limitations. *Depending on the location of where the test is administered and all existing Plan limitations regarding payment to Non-Contract Providers will be applied.*
Finding a Contract Provider	**Medical Providers** Anthem (800) 810-2583 or www.anthem.com **Contract Pharmacy for Immunizations** Express Scripts (800) 939-7093 or www.express-scripts.com	

Clarification of Online Telehealth Visit Benefit

Last April, we informed you that the Plan will cover LiveHealth Online visits at 100% up to a maximum payment of $59. To clarify, online telehealth visits with PPO providers are also covered by the Plan, subject to the Plan's deductible and coinsurance for the duration of the Public Health Emergency, which is currently through April 21, 2021, unless extended. At the conclusion of the Public Health Emergency, the issue of online telehealth visits will be revisited by the Board of Trustees.

Because this Plan is a “grandfathered health plan,” we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (“the Affordable Care Act”). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: 1 (888) 547-2054
Phone: (510) 633-0333

July 23, 2021

TO: **All Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Indemnity Plan Benefit Changes**

- **Certain Specialty Oncology Drugs covered under the Medical Plan**
- **Level Care 90-day Supply Coverage**
- **PPO Telehealth extended through September 2021**
- **Long-term Care Exclusion**

This Participant Notice will advise you of material modifications that have been made to your Health and Welfare Plan benefits. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

INDEMNITY PLAN BENEFIT CHANGES

Certain Specialty Drugs covered under the Medical Plan (does not apply to Retirees who are eligible for Medicare)

In general, Specialty Drugs, as defined under the contract with the Pharmacy Benefit Manager (PBM), are only covered under the Plan's Mail Order Prescription Drug benefit. Some chemotherapy drugs are included in the Specialty Drug category.

Beginning July 1, 2021, you can choose to obtain the following Specialty Drugs under either the medical benefit of the Plan or the prescription drug program, however you are encouraged to explore the best option for you:

Brand	Generic
Zirabev or Mvasi	bevacizumab
Uplizno	ipilimumab
Keytruda	pembrolizumab
Herceptin	trastuzumab
Rituxan	rituximab
Prolia or Xgeva	denosumab
Opdivo	nivolumab
Lupron	leuprorelin

If you choose to obtain the Specialty Drug through the prescription drug program, it will be subject to the Specialty Drug copay listed below for up to a 30-day fill of the medication and is subject to prior approval by the PBM. After your physician obtains the prior approval from the PBM and depending on your preference, the drug will be mailed to you or to the provider administering the medication.

Formulary Generic Drug	$10 copay
Multi-Source Brand Name Drug	$26 plus the difference in cost between the generic and brand name Drug.
Single Source Formulary Brand Name	$53 copay
Non-Formulary Drug	$80 copay
Note: Any new Brand Name Drug approved by the FDA (including injectable and infusion drugs), the copay is 50% of the cost of the drug for a minimum of 24 months after the drug has been approved. If the PBM determines that the new FDA approved drug is a "must not add" drug, the copay will remain at 50% of the cost of the drug.	

If you elect to receive one of the specified Specialty Drugs through the medical benefit of the Plan, it will be subject to your calendar year deductible and coinsurance amounts and is subject to prior approval by Anthem's Utilization Management department. Once the prior approval is complete the medication can be provided by your attending physician instead of from the PBM.

Level Care 90-day Supply Coverage

Effective September 1, 2021, Level Care, in cooperation with Walgreen's retail pharmacy, will provide another option for obtaining maintenance drugs. In addition to the mail order program with the Plan's Pharmacy Benefit Manager (PBM), you may now choose to obtain maintenance drugs at Walgreen's pharmacy for the same cost as using mail order through this new 90-day drug supply program. To take advantage of this program, present your prescription card at the Walgreen's pharmacy and pay the same copayment as what you would have paid using the Plan's mail-order service with the PBM. You continue to have the option of obtaining your 90-day supply from the PBM's mail-order pharmacy for the mail-order copayment which many participants have found to be very convenient.

You may Contact the PBM, Express Scripts at (800) 473-3455 for additional information.

PPO Telehealth Visit Benefit extended through September, 2021

Last April, we informed you that the Plan will cover LiveHealth Online visits at 100% up to a maximum payment of $59, without deductible. We are pleased to advise you that the Plan will continue to provide this coverage through September 30, 2021. In addition, online telehealth visits with PPO providers are also covered by the Plan, subject to the Plan's regular deductible and coinsurance.

Long-term Care Exclusion effective September 1, 2021

The Fund currently excludes "custodial care". This includes charges for helping a person with the activities of daily living (for example, assistance with eating, using the toilet, bathing, getting dressed or out of bed, moving around, among others, that can safely be provided by caregivers with no medical training).

There may be limited circumstances where a patient may be receiving some custodial care in conjunction with medically necessary long-term medical rehabilitation. In order to address these limited circumstances, the Fund has clarified the custodial care exclusion to consider limited benefits in a long-term acute care facility when a patient is receiving rehabilitation therapy immediately after or instead of an acute inpatient hospitalization. For the Plan to consider such services, the patient must continue to make treatment progress as documented by patient notes. In addition, services must be authorized by Anthem's Utilization Review department, and will be paid pursuant to the Plan rules.

Because this Plan is a “grandfathered health plan,” we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (“the Affordable Care Act”). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: 1 (888) 547-2054
Phone: (510) 633-0333

January 14, 2022

TO: **All Active and Non-Medicare Eligible Retired Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Indemnity Plan Benefit Changes**
- **Women's Preventive Care Services**
- **Vaccines and Immunizations**

This Participant Notice will advise you of material modifications that have been made to your Health and Welfare Plan benefits. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

INDEMNITY PLAN BENEFIT CHANGES

Women's Preventive Care Services

Women's preventive care services received on or after January 1, 2022 (for an Employee or Spouse), will be covered at 100% (no deductible) with a Contract Provider. This includes one routine Ob-Gyn examination within a 12-month period. Coverage also includes any x-rays and laboratory tests provided in connection with the physical examination, including a pap smear and routine mammogram.

Vaccines and Immunizations

At this time, vaccines and immunizations (including travel immunizations), included in the Express Scripts comprehensive vaccine coverage program are covered at 100%, with no copayment when received from a Participating Pharmacy.

Effective for the following vaccines and immunizations received on or after January 1, 2022, you will have the choice of receiving benefits for the following vaccines and immunizations at a Participating Pharmacy or with a Contract Provider. If you receive the following vaccines and immunizations with a Contract Provider, they will be covered at 100% (no deductible or coinsurance):

a. Vaccines and immunizations for adults—doses, recommended ages, and recommended populations must be satisfied:

- Diphtheria/tetanus/pertussis
- Measles/mumps/rubella (MMR)
- Influenza
- Human papillomavirus (HPV)
- Pneumococcal (polysaccharide)
- Zoster
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Meningococcal
- Varicella
- COVID-19

b. Vaccines and immunizations for children from birth to age 18—doses, recommended ages, and recommended populations must be satisfied:

- Hepatitis B
- Rotavirus
- Diphtheria, Tetanus, Pertussis
- Haemophilus influenzae type b
- Pneumococcal
- Inactivated Poliovirus
- Influenza
- Measles, Mumps, Rubella
- Varicella
- Hepatitis A
- Meningococcal
- Human papillomavirus (HPV)
- COVID-19

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements, this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

May 13, 2022

TO: **All Active and Retired Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Temporary Changes to Retiree Coverage Eligibility Rules**
Indemnity Plan Benefit Change for Over-the-Counter COVID tests

This Participant Notice advises you of material modifications made to your medical benefits. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

Temporary Change to Attachment Rule for Retiree Coverage

Recently some Participants that have qualified to begin receiving their pension from the Carpenters Pension Trust Fund for Northern California during the COVID-19 National Emergency period have been denied Retiree Health and Welfare due to a failure to satisfy the Plan's 'attachment rule'. The 'attachment rule' requires a Participant to have worked at least 300 hours in covered employment for a Contributing Employer, during which time contributions have been required to be paid into the Active Employees' Plan A, Plan B or Plan R, in each of the 2 calendar years immediately preceding the calendar year in which his/her pension effective date occurs which may be a challenge during the COVID-19 pandemic.

In order to accommodate this issue, the Trustees have decided to waive the recent attachment rule for retirees with over 30 years of service during the COVID-19 National Emergency.

Please note the waiver of this requirement is **a temporary change that will apply to initial qualifications for Retiree Health and Welfare coverage based on a service pension occurring during the National Emergency period declared on March 13, 2020 and renewed on February 18, 2022.**

Over-the-Counter (OTC) COVID-19 Tests

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California is required by federal law to cover certain OTC at-home COVID-19 tests purchased on or after January 15, 2022 through the end of the Public Health Emergency for eligible plan Participants with no cost sharing. **Note:** Tests purchased for employment purposes are not covered.

- Participants may purchase up to eight (8) COVID-19 tests per covered family member per month. Note: Tests performed at a doctor's office or hospital do not count toward the eight-test maximum for reimbursement.

- COVID-19 tests purchased from an Express Scripts In-Network Pharmacy or through the Express Scripts Mail Order Pharmacy will be covered at 100% with no copay, coinsurance or deductible.
- For tests purchased from out-of-network Pharmacies, you must submit a claim for reimbursement to ESI along with a copy of the receipt and the UPC code from your COVID-19 test's box. You'll be reimbursed for either the full cost of the test or $12—whichever amount is lower.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA
265 Hegenberger Road, Suite 100
P.O. Box 2280
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215
www.carpenterfunds.com

July 2022

To: All Active Participants and their Beneficiaries – Plan A and Plan R

From: BOARD OF TRUSTEES
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

Re: SUMMARY OF BENEFITS AND COVERAGE (SBC) required by the Affordable Care Act (ACA)

As required by law, group health plans like ours are providing plan participants with a Summary of Benefits and Coverage (SBC) as a way to help understand and compare medical benefits. The SBC provides a brief overview of the medical plan benefits provided by the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. Please share this SBC with your family members who are also covered by the Plan.

Each SBC contains concise medical plan information in plain language about benefits and coverage. This includes what is covered, what you need to pay for various benefits, what is not covered, and where to go for more information or to get answers to questions. Government regulations are very specific about the information that can and cannot be included in each SBC so the Plan is not allowed to customize much of the form or content. The attached SBC includes:

- A health plan comparison tool called "Coverage Examples." These examples illustrate how the medical plan covers care for three common health scenarios: having a baby, diabetes care and care for a fractured bone. These examples show the projected total costs associated with each of these three situations, how much of these costs the Plan covers and how much you, the Participant, need to pay. In these examples, it's important to note that the costs are national averages and do not reflect what the actual services might cost in your area. Plus, the cost for your treatment might also be very different depending on your doctor's approach, whether your doctor is an In-Network PPO Provider or a Non-PPO Provider, your age and any other health issues you may also have. These examples are there to help you compare how different health plans might cover the same condition—not for predicting your own actual costs.
- A link to a "Glossary" of common terms used in describing health benefits, including words such as *"deductible," "co-payment,"* and *"co-insurance."* The glossary is standard and cannot be customized by a Plan.
- Websites and toll-free phone numbers you can contact if you have questions or need assistance with benefits.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please call Benefit Services at the Trust Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com.

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately.
This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.carpenterfunds.com or call 1-888-547-2054. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.carpenterfunds.com or call 1-888-547-2054 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	Contract Provider: $128/individual per calendar year; $256/family per calendar year. Non-Contract Provider: $257/person per calendar year; $514/family per calendar year.	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan, each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Mental health, chemical dependency (including detox), member assistance program visits, Contract Provider On-line physician visits up to $49 per visit, and outpatient prescription drugs are covered before you meet your deductible.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	There is no out-of-pocket limit on all types of cost sharing, but there is a $1,289/person ($2,578/family) on the amount of coinsurance that you must pay for covered services in a year.	This plan does not have an out-of-pocket limit on your expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billing charges, hearing examination and hearing aid expenses, penalties for failure to obtain precertification, deductibles, expenses from Non-Contract providers, outpatient retail/mail order prescription drug expenses, amounts over the reference-based pricing allowances and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.anthem.com/ca or call 1-888-547-2054 for a list of Contract providers in California. See www.bcbs.com or call 1-800-810-2583 for a list of Contract providers outside the state of California.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware your network provider

Important Questions	Answers	Why This Matters:
		might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the specialist you choose without a referral.

All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	10% coinsurance	30% coinsurance	• Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment. • Plan pays 100% for physician online visits with a Contract provider.
	Specialist visit	10% coinsurance	30% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
	Preventive care/screening/ Immunization	10% coinsurance	30% coinsurance	• For adults and children, benefits are limited to one routine physical exam in any 12-month period. • For Employee and Spouse only, benefits include one routine Ob-Gyn examination within a 12-month period in addition to the routine physical. Coverage includes any x-rays and laboratory tests provided in connection with the physical examination, including a pap smear. • You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for. • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	10% coinsurance	30% coinsurance	Professional/physician charges may be billed separately (Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment). Precertification is required for CT/CTA, MRI, Nuclear Cardiology, Pet Scans and Echocardiography.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	10% coinsurance	30% coinsurance	

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about **prescription drug coverage** is available at www.express-scripts.com or call 1-800-939-7093.	Generic drugs	Retail: $15 copay/fill. Mail order: $26 copay/fill	You pay 100% (unless there are no network pharmacies within 10 miles). Plan reimburses no more than it would have paid had you used an In-Network Retail pharmacy.	• Retail Pharmacy – 30-day supply • Mail Order Pharmacy – 90-day supply • Deductible does not apply to outpatient prescription drugs. • Cost sharing for outpatient prescription drugs **does not count** toward the out-of-pocket limit. • If the cost of the drug is less than the copay, you pay just the drug cost. • Some prescription drugs are subject to preauthorization (to avoid non-payment), or step therapy requirements. • Brand name Proton Pump Inhibitors (PPI) and Cholesterol drugs not covered. • For any new Brand Name Drug approved by the federal FDA, including injectable and infusion drugs, the copay is 50% of the cost of the drug for a minimum of 24 months after the drug has been approved. If the PBM determines that the new FDA-approved drug is a "must not add" drug, the copay will remain at 50% of the cost of the drug. • Mail Order is mandatory if more than 2 prescriptions are filled for maintenance medications.
	Preferred brand drugs (Formulary brand drugs)	Retail: $15 copay/fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. $53 copay/fill for single-source formulary brand. Mail order: $26 copay/fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. $106 copay/fill for single-source formulary brand.		
	Non-preferred brand drugs (Non-formulary brand drugs)	Retail: $80 copay/fill; Mail Order: $133 copay/fill		
	Specialty drugs	Subject to Retail Copays (30-day supply).	Not covered	Specialty drugs are available only from the PBM's Mail Order Pharmacy (except certain emergency drugs may be provided by a retail Participating Pharmacy).
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	10% coinsurance	30% coinsurance plus any amounts over $300	For certain outpatient surgeries, the Plan has a maximum benefit payable if services are done at a hospital facility instead of an ambulatory surgery center. To avoid Plan maximums, precertification is required for outpatient surgeries.
	Physician/surgeon fees	10% coinsurance	30% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you need immediate medical attention	Emergency room care	***Medical:*** 10% coinsurance. ***Mental Health or Substance Abuse:*** No charge	***Medical:*** 30% coinsurance (10% coinsurance if no choice in hospital due to emergency). ***Mental Health or Substance Abuse:*** No charge	Professional/physician charges may be billed separately. (Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment).
	Emergency medical transportation	10% coinsurance	10% coinsurance.	Limited to emergency care or medically necessary inter-facility transfer to the nearest hospital, only. Services provided by an Emergency Medical Technician (EMT) without subsequent emergency transport are covered. *See Article 1 of the Plan Document for more information on emergency care.
	Urgent care	***Medical:*** 10% coinsurance. ***Mental Health or Substance Abuse:*** No charge	***Medical:*** 30% coinsurance (10% coinsurance if no choice in hospital due to emergency). ***Mental Health or Substance Abuse:*** No charge	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	10% coinsurance	30% coinsurance	• Precertification is required. • A maximum of $30,000 is payable for the hospital facility charges associated with a single hip joint or knee joint replacement surgery. • In a Non-Contract Hospital, the plan covers a room with 2 or more beds (or the minimum charge for a 2-bed room in the Hospital if a higher priced room is used). • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Physician/surgeon fees	10% coinsurance	30% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	***Mental Health:*** Office visit: No charge, deductible does not apply. Other outpatient services: 10% coinsurance, deductible does not apply. ***Substance Abuse:*** no charge, deductible does not apply	30% coinsurance, deductible does not apply.	• Plan pays 100% for physician online visits with a Contract Provider. • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
	Inpatient services	***Mental Health:*** 10% coinsurance, deductible does not apply. ***Substance Abuse:*** no charge, deductible does not apply.	30% coinsurance, deductible does not apply.	• Precertification is required. • In a Non-Contract Hospital, the plan covers a room with 2 or more beds (or the minimum charge for a 2-bed room in the Hospital if a higher priced room is used) • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
If you are pregnant	Office visits	10% coinsurance	30% coinsurance	• Maternity care may include tests and services described somewhere else in the SBC (i.e., ultrasound). • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment
	Childbirth/delivery professional services	10% coinsurance	30% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Childbirth/delivery facility services	10% coinsurance	30% coinsurance	Precertification is required only if hospital stay is more than 48 hours for vaginal delivery or 96 hours for C-section. Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	10% coinsurance	30% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
	Rehabilitation services	10% coinsurance	30% coinsurance	***Outpatient:*** Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment. ***Inpatient:*** Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Habilitation services	Not covered	Not covered	You pay 100% for this service, even in-network.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
	Skilled nursing care	10% coinsurance	30% coinsurance	Precertification is recommended. Limited to 70 days per confinement. Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Durable medical equipment	10% coinsurance	30% coinsurance	Rental covered up to reasonable purchase price.
	Hospice services	10% coinsurance	30% coinsurance	***Outpatient:*** Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment. ***Inpatient:*** Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered. Covered if terminally ill. Respite care is limited to 8 days.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	$10 copayment	$10 copayment	Vision benefits are available through a separate vision plan. Your cost sharing does not count toward the medical plan's out-of-pocket limit.
	Children's glasses	$25 copayment, plus all amounts over ~~g~~$175 for frames	$25 copayment, plus all amounts over $35 for single vision lenses and amount over $45 for frames	
	Children's dental check-up	No charge, a deductible does not apply to these services.		Limited to $2,500/person for Contract and $2,000/person for Non-Contract per calendar year. Dental benefits are available through a separate dental plan. Your cost sharing does not count toward the medical plan's out-of-pocket limit.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Cosmetic surgery
- Habilitation services
- Infertility treatment
- Long-term care
- Private-duty nursing
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Acupuncture (up to $35/visit and 20 visits per calendar year)
- Bariatric surgery (with precertification)
- Chiropractic care (Employee and spouse only. Up to $25/visit up to 20 visits per calendar year)
- Dental care (Adult) (up to $2,500 for Contract and $2,000 for Non-Contract per calendar year)
- Hearing aids (limited to $800/ear in any 3-year period)
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Routine eye care (Adult) (under separate vision plan)
- Routine foot care

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information on how to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the Trust Fund Office at 1-888-547-2054. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-547-2054.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-547-2054.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-547-2054.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- **The plan's overall deductible** **$128**
- **Specialist coinsurance** **10%**
- **Hospital (facility) coinsurance** **10%**
- **Other coinsurance** **10%**

This EXAMPLE event includes services like:
Specialist office visits (*prenatal care)*
Childbirth/Delivery Professional Services
Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work)*
Specialist visit *(anesthesia)*

Total Example Cost	**$12,700**

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$128
Copayments	$60
Coinsurance	$1,250
What isn't covered	
Limits or exclusions	$20
The total Peg would pay is	$1,458

Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- **The plan's overall deductible** **$128**
- **Specialist coinsurance** **10%**
- **Hospital (facility) coinsurance** **10%**
- **Other coinsurance** **10%**

This EXAMPLE event includes services like:
Primary care physician office visits (*including disease education)*
Diagnostic tests *(blood work)*
Prescription drugs
Durable medical equipment *(glucose meter)*

Total Example Cost	**$5,600**

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$128
Copayments	$330
Coinsurance	$200
What isn't covered	
Limits or exclusions	$20
The total Joe would pay is	$678

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- **The plan's overall deductible** **$128**
- **Specialist coinsurance** **10%**
- **Hospital (facility) coinsurance** **10%**
- **Other coinsurance** **10%**

This EXAMPLE event includes services like:
Emergency room care *(including medical supplies)*
Diagnostic test *(x-ray)*
Durable medical equipment *(crutches)*
Rehabilitation services *(physical therapy)*

Total Example Cost	**$2,800**

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$128
Copayments	$10
Coinsurance	$270
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	$408

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay for Covered Services

Coverage Period: 09/01/2022-08/31/2023

KAISER PERMANENTE®: Plan A & Plan R

Coverage for: Individual / Family | Plan Type: HMO

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, see www.kp.org/plandocuments or call 1-800-278-3296 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible?	Not Applicable.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible. See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	$1,500 Individual / $3,000 Family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.kp.org or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) for a list of network providers.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	Yes, but you may self-refer to certain specialists.	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist.

All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	$20 / visit	Not Covered	None
	Specialist visit	$20 / visit	Not Covered	None
	Preventive care/screening/ immunization	No Charge	Not Covered	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No Charge	Not Covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No Charge	Not Covered	None
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Generic drugs	$10 / prescription	Not Covered	Up to a 100-day supply retail and mail order. Subject to formulary guidelines. No Charge for Contraceptives.
	Preferred brand drugs	$30 / prescription	Not Covered	Up to a 100-day supply retail and mail order. Subject to formulary guidelines. No Charge for Contraceptives.
	Non-preferred brand drugs	Same as preferred brand drugs	Not Covered	Same as preferred brand drugs when approved through exception process.
	Specialty drugs	20% coinsurance up to $150 / prescription	Not Covered	Up to a 30-day supply retail. Subject to formulary guidelines.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	$20 / procedure	Not Covered	None
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	None
If you need immediate medical attention	Emergency room care	$50 / visit	$50 / visit	None
	Emergency medical transportation	No Charge	No Charge	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
	Urgent care	$20 / visit	$20 / visit	Non-Plan providers covered when temporarily outside the service area.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	No Charge	Not Covered	None
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Mental / Behavioral Health: $20 / individual visit. No charge for other outpatient services; Substance Abuse: $20 / individual visit. $5 / day for other outpatient services	Not Covered	Mental / Behavioral Health: $10 / group visit; Substance Abuse: $5 / group visit.
	Inpatient services	No Charge	Not Covered	None
If you are pregnant	Office visits	No Charge	Not Covered	Depending on the type of services, a copayment, coinsurance, or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound.)
	Childbirth/delivery professional services	No Charge	Not Covered	None
	Childbirth/delivery facility services	No Charge	Not Covered	None
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No Charge	Not Covered	Up to 2 hours maximum / visit, up to 3 visits maximum / day, up to 100 visits maximum / year.
	Rehabilitation services	Inpatient: No Charge; Outpatient: $20 / visit	Not Covered	None
	Habilitation services	$20 / visit	Not Covered	None
	Skilled nursing care	No Charge	Not Covered	Up to 100 days maximum / benefit period.
	Durable medical equipment	No Charge	Not Covered	Requires prior authorization.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
	Hospice services	No Charge	Not Covered	None
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No Charge	Not Covered	None
	Children's glasses	Frames: Amount in excess of $150 allowance; Lenses: No charge	Not Covered	Frame allowance limited to once every 24 months. Lenses limited to CR-39 clear plastic or polycarbonate (single vision, flat top multifocal, or lenticular).
	Children's dental check-up	Not Covered	Not Covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)		
• Cosmetic surgery	• Non-emergency care when traveling outside the U.S	• Routine foot care
• Dental care (Adult & child)	• Private-duty nursing	• Weight loss programs
• Long-term care		

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
• Acupuncture (plan provider referred)	• Chiropractic care (30 visit limit / year)	• Infertility treatment
• Bariatric surgery	• Hearing aids ($2500 limit / ear every 36 months)	• Routine eye care (Adult)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is shown in the chart below. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information on how to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the agencies in the chart below.

Contact Information for Your Rights to Continue Coverage & Your Grievance and Appeals Rights:

Kaiser Permanente Member Services	1-800-278-3296 (TTY: 711) or www.kp.org/memberservices
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov
California Department of Insurance	1-800-927-HELP (4357) or www.insurance.ca.gov
California Department of Managed Healthcare	1-888-466-2219 or www.healthhelp.ca.gov/

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes
Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes
If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711)
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助， 请拨打这个号码1-800-757-7585 (TTY: 711)
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:

This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The plan's overall deductible $0
- Specialist copayment $20
- Hospital (facility) copayment $0
- Other (blood work) copayment $0

This EXAMPLE event includes services like:
Specialist office visits (*prenatal care)*
Childbirth/Delivery Professional Services
Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work)*
Specialist visit *(anesthesia)*

Total Example Cost	$12,700

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$10
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$50
The total Peg would pay is	$60

Managing Joe's Type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The plan's overall deductible $0
- Specialist copayment $20
- Hospital (facility) copayment $0
- Other (blood work) copayment $0

This EXAMPLE event includes services like:
Primary care physician office visits (*including disease education)*
Diagnostic tests *(blood work)*
Prescription drugs
Durable medical equipment *(glucose meter)*

Total Example Cost	$5, 600

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$800
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Joe would pay is	$800

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The plan's overall deductible $0
- Specialist copayment $20
- Hospital (facility) copayment $0
- Other (x-ray) copayment $0

This EXAMPLE event includes services like:
Emergency room care *(including medical supplies)*
Diagnostic test *(x-ray)*
Durable medical equipment *(crutches)*
Rehabilitation services *(physical therapy)*

Total Example Cost	$2,800

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$200
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	$200

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA
265 Hegenberger Road, Suite 100
P.O. Box 2280
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215
www.carpenterfunds.com

July 2022

To: All Active Participants and their Beneficiaries – Plan B and Flat Rate Plan

From: BOARD OF TRUSTEES
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

Re: SUMMARY OF BENEFITS AND COVERAGE (SBC) required by the Affordable Care Act (ACA)

As required by law, group health plans like ours are providing plan participants with a Summary of Benefits and Coverage (SBC) as a way to help understand and compare medical benefits. The SBC provides a brief overview of the medical plan benefits provided by the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. Please share this SBC with your family members who are also covered by the Plan.

Each SBC contains concise medical plan information in plain language about benefits and coverage. This includes what is covered, what you need to pay for various benefits, what is not covered, and where to go for more information or to get answers to questions. Government regulations are very specific about the information that can and cannot be included in each SBC so the Plan is not allowed to customize much of the form or content. The attached SBC includes:

- A health plan comparison tool called "Coverage Examples." These examples illustrate how the medical plan covers care for three common health scenarios: having a baby, diabetes care and care for a fractured bone. These examples show the projected total costs associated with each of these three situations, how much of these costs the Plan covers and how much you, the Participant, need to pay. In these examples, it's important to note that the costs are national averages and do not reflect what the actual services might cost in your area. Plus, the cost for your treatment might also be very different depending on your doctor's approach, whether your doctor is an In-Network PPO Provider or a Non-PPO Provider, your age and any other health issues you may also have. These examples are there to help you compare how different health plans might cover the same condition—not for predicting your own actual costs.
- A link to a "Glossary" of common terms used in describing health benefits, including words such as *"deductible," "co-payment,"* and *"co-insurance."* The glossary is standard and cannot be customized by a Plan.
- Websites and toll-free phone numbers you can contact if you have questions or need assistance with benefits.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please call Benefit Services at the Trust Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com.

Group 2/Active/B&FlatRate

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay For Covered Services
Carpenters Health & Welfare Trust Fund for California: Plans B and Flat Rate

Coverage Period: 09/01/2022 – 08/31/2023
Coverage for: Individual + Family | Plan Type: PPO

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately.
This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.carpenterfunds.com or call 1-888-547-2054. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.carpenterfunds.com or call 1-888-547-2054 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	Contract Provider: $128/individual per calendar year; $256/family per calendar year. Non-Contract Provider: $257/person per calendar year; $514/family per calendar year.	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan, each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Mental health, chemical dependency (including detox), member assistance program visits, Contract Provider On-line physician visits up to $49 per visit, and outpatient prescription drugs are covered before you meet your deductible.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	There is no out-of-pocket limit on all types of cost sharing, but there is a $6,445/person ($12,890/family) on the amount of coinsurance that you must pay for covered services in a year.	This plan does not have an out-of-pocket limit on your expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billing charges, hearing examination and hearing aid expenses, penalties for failure to obtain precertification, deductibles, expenses from Non-Contract providers, outpatient retail/mail order prescription drug expenses, amounts over the reference-based pricing allowances and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.anthem.com/ca or call 1-888-547-2054 for a list of Contract providers in California. See www.bcbs.com or call 1-800-	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's

Important Questions	Answers	Why This Matters:
	810-2583 for a list of Contract providers outside the state of California.	charge and what your plan pays (balance billing). Be aware your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the specialist you choose without a referral.

All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	20% coinsurance	40% coinsurance	• Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment. • Plan pays 100% for physician online visits with a Contract provider.
	Specialist visit	20% coinsurance	40% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
	Preventive care/screening/ Immunization	20% coinsurance	40% coinsurance	• For adults and children, benefits are limited to one routine physical exam in any 12-month period. • For Employee and Spouse only, benefits include one routine Ob-Gyn examination within a 12-month period in addition to the routine physical. Coverage includes any x-rays and laboratory tests provided in connection with the physical examination, including a pap smear. • You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for. • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	20% coinsurance	40% coinsurance	Professional/physician charges may be billed separately (Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment). Precertification is required for CT/CTA, MRI, Nuclear Cardiology, Pet Scans and Echocardiography.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% coinsurance	40% coinsurance	

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about **prescription drug coverage** is available at www.express-scripts.com or call 1-800-939-7093.	Generic drugs	Retail: $15 copay/fill. Mail order: $26 copay/fill	You pay 100% (unless there are no network pharmacies within 10 miles). Plan reimburses no more than it would have paid had you used an In-Network Retail pharmacy.	• Retail Pharmacy – 30-day supply • Mail Order Pharmacy – 90-day supply • Deductible does not apply to outpatient prescription drugs. • Cost sharing for outpatient prescription drugs **does not count** toward the out-of-pocket limit. • If the cost of the drug is less than the copay, you pay just the drug cost. • Some prescription drugs are subject to preauthorization (to avoid non-payment), or step therapy requirements. • Brand name Proton Pump Inhibitors (PPI) and Cholesterol drugs not covered. • For any new Brand Name Drug approved by the federal FDA, including injectable and infusion drugs, the copay is 50% of the cost of the drug for a minimum of 24 months after the drug has been approved. If the PBM determines that the new FDA-approved drug is a "must not add" drug, the copay will remain at 50% of the cost of the drug. • Mail Order is mandatory if more than 2 prescriptions are filled for maintenance medications.
	Preferred brand drugs (Formulary brand drugs)	Retail: $15 copay/fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. $53 copay/fill for single-source formulary brand. Mail order: $26 copay/fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. $106 copay/fill for single-source formulary brand.		
	Non-preferred brand drugs (Non-formulary brand drugs)	Retail: $80 copay/fill; Mail Order: $133 copay/fill		
	Specialty drugs	Subject to Retail Copays (30-day supply).	Not covered	Specialty drugs are available only from the PBM's Mail Order Pharmacy (except certain emergency drugs may be provided by a retail Participating Pharmacy).
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% coinsurance	40% coinsurance plus any amounts over $300	For certain outpatient surgeries, the Plan has a maximum benefit payable if services are done at a hospital facility instead of an ambulatory surgery center. To avoid Plan maximums, precertification is required for outpatient surgeries.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	40% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you need immediate medical attention	Emergency room care	***Medical:*** 20% coinsurance. ***Mental Health or Substance Abuse:*** No charge	***Medical:*** 40% coinsurance (20% coinsurance if no choice in hospital due to emergency). ***Mental Health or Substance Abuse:*** No charge	Professional/physician charges may be billed separately. (Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment).
	Emergency medical transportation	20% coinsurance	20% coinsurance.	Limited to emergency care or medically necessary inter-facility transfer to the nearest hospital, only. Services provided by an Emergency Medical Technician (EMT) without subsequent emergency transport are covered.*See Article 1 of the Plan Document for more information on emergency care.
	Urgent care	***Medical:*** 20% coinsurance. ***Mental Health or Substance Abuse:*** No charge	***Medical:*** 40% coinsurance (20% coinsurance if no choice in hospital due to emergency). ***Mental Health or Substance Abuse:*** No charge	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% coinsurance	40% coinsurance	• Precertification is required. • A maximum of $30,000 is payable for the hospital facility charges associated with a single hip joint or knee joint replacement surgery. • In a Non-Contract Hospital, the plan covers a room with 2 or more beds (or the minimum charge for a 2-bed room in the Hospital if a higher priced room is used). • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Physician/surgeon fees	20% coinsurance	40% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	***Mental Health:*** Office visit: No charge, deductible does not apply. Other outpatient services: 20% coinsurance, deductible does not apply. ***Substance Abuse:*** no charge, deductible does not apply	40% coinsurance, deductible does not apply.	• Plan pays 100% for physician online visits with a Contract provider. • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
	Inpatient services	***Mental Health:*** 20% coinsurance, deductible does not apply. ***Substance Abuse:*** no charge, deductible does not apply.	40% coinsurance, deductible does not apply.	• Precertification is required. • In a Non-Contract Hospital, the plan covers a room with 2 or more beds (or the minimum charge for a 2-bed room in the Hospital if a higher priced room is used) • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
If you are pregnant	Office visits	20% coinsurance	40% coinsurance	• Maternity care may include tests and services described somewhere else in the SBC (i.e., ultrasound). • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment
	Childbirth/delivery professional services	20% coinsurance	40% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Childbirth/delivery facility services	20% coinsurance	40% coinsurance	Precertification is required only if hospital stay is more than 48 hours for vaginal delivery or 96 hours for C-section. Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	20% coinsurance	40% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
	Rehabilitation services	20% coinsurance	40% coinsurance	***Outpatient:*** Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment. ***Inpatient:*** Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Habilitation services	Not covered	Not covered	You pay 100% for this service, even in-network.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
	Skilled nursing care	20% coinsurance	40% coinsurance	Precertification is recommended. Limited to 70 days per confinement. Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Durable medical equipment	20% coinsurance	40% coinsurance	Rental covered up to reasonable purchase price.
	Hospice services	20% coinsurance	40% coinsurance	***Outpatient:*** Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment. ***Inpatient:*** Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered. Covered if terminally ill. Respite care is limited to 8 days.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	$10 copayment	$10 copayment	Vision benefits are available through a separate vision plan. Your cost sharing does not count toward the medical plan's out-of-pocket limit.
	Children's glasses	$25 copayment, plus all amounts over $175 for frames	$25 copayment, plus all amounts over $35 for single vision lenses and amount over $45 for frames	
	Children's dental check-up	No charge, a deductible does not apply to these services.		Limited to $2,500/person for Contract and $2,000/person for Non-Contract per calendar year. Dental benefits are available through a separate dental plan. Your cost sharing does not count toward the medical plan's out-of-pocket limit.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Cosmetic surgery
- Habilitation services
- Infertility treatment
- Long-term care
- Private-duty nursing
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)

- Acupuncture (up to $35/visit and 20 visits per calendar year)
- Bariatric surgery (with precertification)
- Chiropractic care (Employee and spouse only. Up to $25/visit up to 20 visits per calendar year)
- Dental care (Adult) (up to $2,500 for Contract and $2,000 for Non-Contract per calendar year)
- Hearing aids (limited to $800/ear in any 3-year period)
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Routine eye care (Adult) (under separate vision plan)
- Routine foot care

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information on how to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the Trust Fund Office at 1-888-547-2054. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-547-2054.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-547-2054.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-888-547-2054.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- **The plan's overall deductible** **$128**
- **Specialist coinsurance** **10%**
- **Hospital (facility) coinsurance** **10%**
- **Other coinsurance** **10%**

This EXAMPLE event includes services like:
Specialist office visits (*prenatal care)*
Childbirth/Delivery Professional Services
Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work)*
Specialist visit *(anesthesia)*

Total Example Cost	**$12,700**

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$128
Copayments	$60
Coinsurance	$2,500
What isn't covered	
Limits or exclusions	$20
The total Peg would pay is	$2,708

Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- **The plan's overall deductible** **$128**
- **Specialist coinsurance** **10%**
- **Hospital (facility) coinsurance** **10%**
- **Other coinsurance** **10%**

This EXAMPLE event includes services like:
Primary care physician office visits (*including disease education)*
Diagnostic tests *(blood work)*
Prescription drugs
Durable medical equipment *(glucose meter)*

Total Example Cost	**$5,600**

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$128
Copayments	$330
Coinsurance	$390
What isn't covered	
Limits or exclusions	$20
The total Joe would pay is	$868

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- **The plan's overall deductible** **$128**
- **Specialist coinsurance** **10%**
- **Hospital (facility) coinsurance** **10%**
- **Other coinsurance** **10%**

This EXAMPLE event includes services like:
Emergency room care *(including medical supplies)*
Diagnostic test *(x-ray)*
Durable medical equipment *(crutches)*
Rehabilitation services *(physical therapy)*

Total Example Cost	**$2,800**

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$128
Copayments	$10
Coinsurance	$530
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	$668

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay for Covered Services

Coverage Period: 09/01/2022-08/31/2023

KAISER PERMANENTE®: Plan B and Flat Rate Plan

Coverage for: Individual / Family | Plan Type: HMO

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, see www.kp.org/plandocuments or call 1-800-278-3296 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible?	Not Applicable.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible. See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	$1,500 Individual / $3,000 Family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.kp.org or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) for a list of network providers.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	Yes, but you may self-refer to certain specialists.	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist.

All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	$20 / visit	Not Covered	None
	Specialist visit	$20 / visit	Not Covered	None
	Preventive care/screening/ immunization	No Charge	Not Covered	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No Charge	Not Covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No Charge	Not Covered	None
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Generic drugs	Retail: $10 / prescription; Mail order: $20 / prescription	Not Covered	Up to a 30-day supply retail or 100-day supply mail order. Subject to formulary guidelines. No Charge for Contraceptives.
	Preferred brand drugs	Retail: $30 / prescription; Mail order: $60 / prescription	Not Covered	Up to a 30-day supply retail or 100-day supply mail order. Subject to formulary guidelines. No Charge for Contraceptives.
	Non-preferred brand drugs	Same as preferred brand drugs	Not Covered	Same as preferred brand drugs when approved through exception process.
	Specialty drugs	30% coinsurance up to $150 / prescription	Not Covered	Up to a 30-day supply retail. Subject to formulary guidelines.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	$20 / procedure	Not Covered	None
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	None
If you need immediate medical attention	Emergency room care	$100 / visit	$100 / visit	None
	Emergency medical transportation	No Charge	No Charge	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
	Urgent care	$20 / visit	$20 / visit	Non-Plan providers covered when temporarily outside the service area.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	$250 / admission	Not Covered	None
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Mental / Behavioral Health: $20 / individual visit. No Charge for other outpatient services; Substance Abuse: $20 / individual visit. $5 / day for other outpatient services	Not Covered	Mental / Behavioral Health: $10 / group visit; Substance Abuse: $5 / group visit.
	Inpatient services	$250 / admission	Not Covered	None
If you are pregnant	Office visits	No Charge	Not Covered	Depending on the type of services, a copayment, coinsurance, or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound.)
	Childbirth/delivery professional services	No Charge	Not Covered	None
	Childbirth/delivery facility services	$250 / admission	Not Covered	None
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No Charge	Not Covered	Up to 2 hours maximum / visit, up to 3 visits maximum / day, up to 100 visits maximum / year.
	Rehabilitation services	Inpatient: $250 / admission; Outpatient: $20 / visit	Not Covered	None
	Habilitation services	$20 / visit	Not Covered	None
	Skilled nursing care	$250 / admission	Not Covered	Up to 100 days maximum / benefit period.
	Durable medical equipment	No Charge	Not Covered	Requires prior authorization.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
	Hospice services	No Charge	Not Covered	None
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No Charge	Not Covered	None
	Children's glasses	Frames: Amount in excess of $150 allowance; Lenses: No charge	Not Covered	Frame allowance limited to once every 24 months. Lenses limited to CR-39 clear plastic or polycarbonate (single vision, flat top multifocal, or lenticular).
	Children's dental check-up	Not Covered	Not Covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)		
• Cosmetic surgery	• Non-emergency care when traveling outside the U.S	• Routine foot care
• Dental Care (Adult & Child)	• Private-duty nursing	• Weight loss programs
• Long-term care		

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your plan document.)		
• Acupuncture (plan provider referred)	• Chiropractic care (30 visit limit / year)	• Infertility treatment
• Bariatric surgery	• Hearing aids ($2500 limit / ear every 36 months)	• Routine eye care (Adult)

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is shown in the chart below. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information on how to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the agencies in the chart below.

Contact Information for Your Rights to Continue Coverage & Your Grievance and Appeals Rights:

Kaiser Permanente Member Services	1-800-278-3296 (TTY: 711) or www.kp.org/memberservices
Department of Labor's Employee Benefits Security Administration	1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform
Department of Health & Human Services, Center for Consumer Information & Insurance Oversight	1-877-267-2323 x61565 or www.cciio.cms.gov
California Department of Insurance	1-800-927-HELP (4357) or www.insurance.ca.gov
California Department of Managed Healthcare	1-888-466-2219 or www.healthhelp.ca.gov/

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes
Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes
If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-800-788-0616 (TTY: 711)
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-278-3296 (TTY: 711)
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码1-800-757-7585 (TTY: 711)
Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwiijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:

This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The plan's overall deductible $0
- Specialist copayment $20
- Hospital (facility) copayment $250
- Other (blood work) copayment $0

This EXAMPLE event includes services like:
Specialist office visits (*prenatal care)*
Childbirth/Delivery Professional Services
Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work)*
Specialist visit *(anesthesia)*

Total Example Cost	$12,700

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$300
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$50
The total Peg would pay is	$350

Managing Joe's Type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The plan's overall deductible $0
- Specialist copayment $20
- Hospital (facility) copayment $250
- Other (blood work) copayment $0

This EXAMPLE event includes services like:
Primary care physician office visits (*including disease education)*
Diagnostic tests *(blood work)*
Prescription drugs
Durable medical equipment *(glucose meter)*

Total Example Cost	$5, 600

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$800
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Joe would pay is	$800

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The plan's overall deductible $0
- Specialist copayment $20
- Hospital (facility) copayment $250
- Other (x-ray) copayment $0

This EXAMPLE event includes services like:
Emergency room care *(including medical supplies)*
Diagnostic test *(x-ray)*
Durable medical equipment *(crutches)*
Rehabilitation services *(physical therapy)*

Total Example Cost	$2,800

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$200
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	$200

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100 ✧ P.O. Box 2280
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215
www.carpenterfunds.com

July 2022

To: **All Active Participants and Dependents of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, including COBRA Beneficiaries**

From: **Board of Trustees**

Re: **Notice of Creditable Coverage**
Important Information about Medicare Prescription Drug Program (Part D)

This notice is for people with Medicare or who may become eligible for Medicare.
Please read this notice carefully and keep it where you can find it.

This Notice has information about your current prescription drug coverage with Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California and the prescription drug coverage available for people with Medicare. It also explains the options you have under Medicare's prescription drug coverage and can help you decide whether or not you want to enroll in that Medicare prescription drug coverage. At the end of this notice is information on where you can get help to make a decision about Medicare's prescription drug coverage.

- **If you and/or your family members <u>are not now eligible for Medicare</u>, and will not be eligible during the next 12 months, you may disregard this Notice.**
- **If, however, you and/or your family members <u>are now eligible for Medicare or may become eligible</u> for Medicare in the next 12 months, you should read this Notice very carefully.**

Prescription drug coverage for Medicare-eligible people is available through Medicare prescription drug plans (PDPs) and Medicare Advantage Plans (like an HMO or PPO) that offer prescription drug coverage. All Medicare prescription drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more drug coverage for a higher monthly premium.

<u>The Trust Fund has determined that the prescription drug coverage under the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California – Indemnity Medical Plan (as administered by Express Scripts) and the Kaiser Plan for Active Employees and Non-Medicare Retirees are "creditable." (the Kaiser Senior Advantage is an actual Medicare Part D plan and this notice does not apply to Participants who are covered by this plan.)</u>

Coverage is "Creditable" if the value of this Plan's prescription drug benefit equals or exceeds the value of the standard Medicare prescription drug coverage. In other words, the benefit is, on average for all plan participants, expected to pay out as much or more than the standard Medicare prescription drug coverage will pay.

Because the Plan option(s) noted above are, on average, at least as good as the standard Medicare prescription drug coverage, **you can keep your prescription drug coverage under the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California Indemnity Medical Plan, and you will not pay extra if you later decide to enroll in Medicare prescription drug coverage.** You may enroll in Medicare prescription drug coverage at a later time, and because you maintain creditable coverage, you will not have to pay a higher premium (a late enrollment penalty).

REMEMBER TO KEEP THIS NOTICE

If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and, therefore, whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).

WHEN CAN YOU JOIN A MEDICARE DRUG PLAN?

Medicare-eligible people can enroll in a Medicare prescription drug plan at one of the following three (3) times:

- when they first become eligible for Medicare; or
- during Medicare's annual election period (from October 15th through December 7th); or
- for beneficiaries leaving employer/union coverage, you may be eligible for a two-month Special Enrollment Period (SEP) in which to sign up for a Medicare prescription drug plan.

When you make your decision whether to enroll in a Medicare prescription drug plan, you should also compare your current prescription drug coverage (including which drugs are covered and at what cost) with the coverage and cost of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area.

YOUR RIGHT TO RECEIVE A NOTICE

You will receive this notice at least every 12 months, and at other times in the future such if the creditable/non-creditable status of the prescription drug coverage through this plan changes. You may also request a copy of a Notice at any time.

WHY CREDITABLE COVERAGE IS IMPORTANT (When you will pay a higher premium (penalty) to join a Medicare drug plan)

If you do not have creditable prescription drug coverage when you are first eligible to enroll in a Medicare prescription drug plan and you elect or continue prescription drug coverage under a **non-creditable** prescription drug plan, then at a later date when you decide to elect Medicare prescription drug coverage, you may pay a higher premium (a penalty) for that Medicare prescription drug coverage for as long as you have that Medicare coverage.

Maintaining creditable prescription drug coverage will help you avoid Medicare's late enrollment penalty. This **late enrollment penalty** is described below:

If you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage (meaning drug coverage that is at least as good as Medicare's prescription drug coverage), your monthly premium may go up by at least 1% of the Medicare base beneficiary premium per month for every month that you did not have either Medicare prescription drug coverage or coverage under a creditable prescription drug plan. You may have to pay this higher premium (the penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage.

For example, if 19 months pass where you do not have creditable prescription drug coverage, when you decide to join Medicare's drug coverage your monthly premium will always be at least 19% higher than the Medicare base beneficiary premium. Additionally, if you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage you may also have to wait until the next October to enroll for Medicare prescription drug coverage.

WHAT ARE YOUR CHOICES?

You can choose either **one** of the following options:

OPTION 1

What you can do:
You can select or keep your current prescription drug coverage with Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California Indemnity Medical Plan, and **you do not have to enroll in a Medicare prescription drug plan.**

What this option means to you:
You will continue to be able to use your prescription drug benefits through Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California Indemnity Medical Plan.

- You may, in the future, enroll in a Medicare prescription drug plan during Medicare's annual enrollment period (during October 15 through December 7 of each year).
- As long as you are enrolled in creditable drug coverage you will not have to pay a higher premium (a late enrollment penalty) to Medicare when you do choose, at a later date, to sign up for a Medicare prescription drug plan.

OPTION 2

What you can do:
This option applies to Indemnity Medical Plan members only. You can select or keep your current Indemnity medical and prescription drug coverage with Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California **and also enroll in a Medicare prescription drug plan.**

You will need to pay the Medicare Part D premium out of your own pocket.

What this option means to you:
For Indemnity Medical Plan Members Only: Your current coverage pays for other health expenses in addition to prescription drugs. If you enroll in a Medicare prescription drug plan, and you are in the Indemnity Medical Plan, you and your eligible dependents will still be eligible to receive all of your current health and prescription drug benefits. Having dual prescription drug coverage under the Indemnity Medical Plan and Medicare means that you will still be able to receive all your current health coverage and this Plan will coordinate its drug payments with Medicare. This group health plan pays primary and Medicare Part D coverage pays secondary.

Note that you may not drop just the prescription drug coverage under the Indemnity Medical Plan of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. That is because prescription drug coverage is part of the entire medical Plan.

Note that each Medicare prescription drug plan (PDP) may differ. Compare coverage, such as:

- PDPs may have different premium amounts;
- PDPs may cover different brand name drugs at different costs to you;
- PDPs may have different prescription drug deductibles and different drug copayments;
- PDPs may have different networks for retail pharmacies and mail order services.

FOR MORE INFORMATION ABOUT YOUR OPTIONS UNDER MEDICARE'S PRESCRIPTION DRUG COVERAGE

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is available in the "Medicare & You" handbook. A person enrolled in Medicare (a "beneficiary") will get a copy of this handbook in the mail each year from Medicare. A Medicare beneficiary may also be contacted directly by Medicare-approved prescription drug plans.

For more information about Medicare prescription drug coverage:

- Visit www.medicare.gov
- Call your State Health Insurance Assistance Program for personalized help. (See your copy of the Medicare & You handbook for their telephone number)
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

Para mas información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas medicas.

Revise el manual "Medicare Y Usted" para información detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas medicas. Visite www.medicare.gov por el Internet o llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben de llamar al 1-877-486-2048. Para más información sobre la ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben de llamar al 1-800-325-0778).

For people with limited income and resources, extra help paying for a Medicare prescription drug plan is available. Information about this extra help is available from the Social Security Administration (SSA). For more information about this extra help, visit SSA online at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

For more information about this notice or your current prescription drug coverage contact:

Contact: Benefit Services Department
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
Address: 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621
Phone Number: (888) 547-2054

As in all cases, the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California and, when applicable, the insurance companies of the insured medical plan options offered by the Trust Fund reserves the right to modify benefits at any time, in accordance with applicable law. This document dated **July 2022** is intended to serve as your Medicare Notice of Creditable Coverage, as required by law.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100 ✧ P.O. Box 2280
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215
www.carpenterfunds.com

July 2022

To: **All Active Participants and Dependents of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, including COBRA Beneficiaries**

From: **Board of Trustees**

Re: **Important Information about Your Medical Plan**

IMPORTANT REMINDER TO PROVIDE THE PLAN WITH THE TAXPAYER IDENTIFICATION NUMBER (TIN) OR SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN) OF EACH ENROLLEE IN YOUR HEALTH PLAN

Certain entities, including the trustees of a group health plan, are required by law to collect the Taxpayer Identification Number (TIN) or Social Security Number (SSN) of each medical plan participant and provide that number on reports that will be provided to the IRS each year. These entities are required to make at least two consecutive attempts to gather missing TINs/SSNs.

If a dependent does not yet have a Social Security Number, visit http://www.socialsecurity.gov/online/ss-5.pdf for the form to request a SSN. Applying for a Social Security Number is FREE.

If you have not yet provided the Social Security Number (or other TIN) for each of your dependents enrolled in the health plan, please contact the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054.

HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA)
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) REMINDER

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 requires health plans to comply with privacy rules. These rules are intended to protect your personal health information from being inappropriately used and disclosed. The rules also give you additional rights concerning control of your own healthcare information.

This Plan's HIPAA Notice of Privacy Practices explains how the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California uses and discloses your personal health information. You are provided a copy of this Notice when you enroll in the Plan. To obtain another copy of this Notice write the Trust Fund Office in care of: HIPAA Privacy Officer, 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621. You may also request a copy by calling (510) 633-0333, or toll free at (888) 547-2054 visiting our website at www.carpenterfunds.com, or emailing, benefitservices@carpenterfunds.com.

HIPAA Privacy Notices that pertain to the HMOs (prepaid medical and drug plans) may be obtained by contacting the HMO directly at the address provided in the Summary Plan Description or Evidence of Coverage, or by calling Kaiser at (800) 464-4000.

WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT (WHCRA)

You or your dependents may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

These benefits will be provided subject to the same deductibles, copayments, and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits under the various medical plans offered by the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. For more information on WHCRA benefits, contact the Trust Fund Office or your medical plan directly at one of the following phone numbers:

Kaiser: 1(800) 464-4000
Indemnity: 1(888) 547-2054 (Claims Department)

SPECIAL EXTENSION OF COVERAGE FOR CERTAIN DEPENDENT STUDENTS ON A MEDICALLY NECESSARY LEAVE OF ABSENCE – MICHELLE'S LAW

This only applies to children of a Domestic Partner and children who are covered as a result of legal guardianship and must be full-time students in order to be covered after age 19.

If you have a dependent child that is over the age of 18 and is enrolled in a post-secondary institution (i.e. college or university) and the Plan receives a written certification from a covered child's treating physician that:

(1) the child is suffering from a serious illness or injury, and
(2) a leave of absence (or other change in enrollment) from a post-secondary institution is medically necessary, and the loss of postsecondary student status would result in a loss of health coverage under the Plan, then

the Plan will extend the child's coverage for up to one year.

This maximum one-year extension of coverage begins on the first day of the medically necessary leave of absence (or other change in enrollment) and ends on the date that is the **earlier** of (1) one year later, or (2) the date on which coverage would otherwise terminate under the terms of the Plan. Contact the Trust Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054 for more information.

HOSPITAL LENGTH OF STAY FOR CHILDBIRTH

Under federal law, group health plans, like this Plan, generally may not restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or the newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, the Plan may pay for a shorter stay if the attending Physician, after consultation with the mother, discharges the mother or newborn earlier. Also, under federal law, plans may not set the level of benefits or out-of-pocket costs so that any later portion of the 48-hour (or 96-hour) stay is treated in a manner less favorable to the mother or newborn than any earlier portion of the stay. In addition, the Plan may not, under federal law, require that a Physician obtain authorization for prescribing a length of stay of up to 48 hours (or 96 hours). However, to use certain providers or facilities, or to reduce your out-of-pocket costs, you may be required to obtain pre-authorization.

DISCLOSURE OF "GRANDFATHERED" STATUS

This group health Plan believes that the Fund's Indemnity Medical Plan is considered to be a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act (the Affordable Care Act). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage already in effect when that law was enacted.

Being a grandfathered health plan means that certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans may not be required. For example, the requirement for the provision of preventive health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example, the elimination of lifetime limits on benefits.

Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the Trust Fund Office at (510) 633-0333 or Toll Free at (888) 547-2054. You may also contact the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor at 1-866-444-3272 or http://www.dol.gov/ebsa/healthreform/. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

PATIENT PROTECTION RIGHTS OF THE AFFORDABLE CARE ACT (ENROLLED IN THE KAISER PLANS ONLY)

The Kaiser medical plan generally allows the designation of a primary care provider (PCP). You have the right to designate any primary care provider who participates in the network and who is available to accept you or your family members. For information on how to select a primary care provider, and for a list of the participating primary care providers, contact Kaiser at 1-800-464-4000. Medicare Advantage Plans are subject to many of their own requirements, be sure to contact Kaiser at 1-800-464-4000 for more information about your Medicare Advantage Plan.

DIRECT ACCESS TO OBSTETRICAL / GYNECOLOGICAL PROVIDERS (KAISER PLANS ONLY)

You do not need prior authorization (pre-approval) from Kaiser or from any other person (including a primary care provider) in order to obtain access to obstetrical or gynecological (OB/GYN) care from an in-network health care professional who specializes in obstetrics or gynecology. The health care professional, however, may be required to comply with certain procedures, including obtaining prior authorization for certain services, following a pre-approved treatment plan, or procedures for making referrals.

For a list of participating health care professionals who specialize in obstetrics or gynecology, contact Kaiser at 1-800-464-4000. Medicare Advantage Plans are subject to many of their own requirements, be sure to contact Kaiser at 1-800-464-4000 for more information about your Medicare Advantage Plan.

REPORTING REQUIREMENTS UNDER THE AFFORDABLE CARE ACT AND STATE MANDATES

As required by the Affordable Care Act, each year, you will receive an IRS form (called Form 1095-B) in the mail if you or your dependents have been covered under a medical plan during the year. For each month of the calendar year that you were enrolled in a medical plan, Form 1095-B documents that you (and any enrolled family members) met the federal requirement to have "minimum essential coverage," meaning group medical plan coverage. Starting in 2020, you may have to pay a penalty if you do not have qualifying health insurance or an "exemption". The penalty will be applied by the California Franchise Tax Board when you file your state tax return. For information about the penalty, including the amount your family could owe for not having coverage, visit the Franchise Tax Board's website. If you live outside California, check with your State to see if a penalty applies.

If you receive a 1095 form, you will want to keep this form in a safe place because you may need to produce it if requested by the IRS. (For large employers, a copy of the form 1095 will also be provided to the IRS.)

Reminder: if you have not been covered by a medical plan during the last calendar year you will not receive a Form 1095-B. If you have been covered by various medical plans during the calendar year, you may receive more than one IRS form.

SPECIAL ENROLLMENT EVENT

IMPORTANT: Generally, you **will not** be allowed to change your benefit elections or add/delete dependents until next years' rolling enrollment period, unless you have a Special Enrollment Event or as outlined below:

- **Loss of Other Coverage Event**: If you are declining enrollment for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if your employer stops contributing toward your or your dependents' other coverage). However, you must **request enrollment within 31 days** after your or your dependents' other coverage ends (or after the employer stops contributing towards the other coverage).
- **Marriage, Birth, Adoption Event**: In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must **request enrollment within 31 days** after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

Medicaid/CHIP Event: You and your eligible dependents may also enroll in this plan if you (or your dependents):

- have coverage through Medicaid or a State Children's Health Insurance Program (CHIP) and you (or your dependents) lose eligibility for that coverage. However, you must **request enrollment within 60 days** after the Medicaid or CHIP coverage ends.
- become eligible for a premium assistance program through Medicaid or CHIP. However, you must **request enrollment within 60 days** after you (or your dependents) are determined to be eligible for such assistance.

To request special enrollment or obtain more information, contact the Trust Fund Office.

PREMIUM ASSISTANCE UNDER MEDICAID AND THE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you are eligible for health coverage from your employer, your State may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children are not eligible for Medicaid or CHIP, you will not be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit **www.healthcare.gov.**

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed on the following pages, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or **www.insurekidsnow.gov** to find out how to apply. If you qualify, ask your State if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you are not already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at **www.askebsa.dol.gov** or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

If you live in one of the following States, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of States is current as of January 31, 2022. Contact your State for further information on eligibility.

ALABAMA – Medicaid	**ALASKA –** Medicaid	**ARKANSAS –** Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (1-855-692-7447)
CALIFORNIA – Medicaid	**COLORADO** – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	**FLORIDA** – Medicaid
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program https://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 1-916-445-8322 Fax: 1-916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov	Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	**INDIANA** – Medicaid	**IOWA** – Medicaid and CHIP (Hawki)
A HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 1-678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization- act-2009-chipra Phone: (678) 564-1162, Press 2	Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Website: http://www.in.gov/fssa/hip/ Phone: 1-877-438-4479 All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ Phone: 1-800-457-4584	Medicaid Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: http://dhs.iowa.gov/Hawki Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp HIPP Phone:1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid	**KENTUCKY** – Medicaid	**LOUISIANA** – Medicaid
Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884	Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov	Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicare hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	**MASSACHUSETTS** – Medicaid and CHIP	**MINNESOTA** – Medicaid
Enrollment Website: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840	Website: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Phone: 1-800-657-3739
MISSOURI – Medicaid	**MONTANA** – Medicaid	**NEBRASKA** – Medicaid
Website: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 1-573-751-2005	Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084	Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 1-402-473-7000 Omaha: 1-402-595-1178

NEVADA – Medicaid	**NEW HAMPSHIRE** – Medicaid	**NEW JERSEY** – Medicaid and CHIP
Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	Website: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Phone: 1-603-271-5218 Toll-Free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 5218	Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Phone: 1-609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710
NEW YORK – Medicaid	**NORTH CAROLINA** – Medicaid	**NORTH DAKOTA** – Medicaid
Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831	Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 1-919-855-4100	Website: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Phone: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	**OREGON** – Medicaid	**PENNSYLVANIA** – Medicaid
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Phone: 1-800-699-9075	Website: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Phone: 1-800-692-7462
RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP	**SOUTH CAROLINA** – Medicaid	**SOUTH DAKOTA** – Medicaid
Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 1-401-462-0311 (Direct RIte Share Line)	Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	**UTAH** – Medicaid and CHIP	**VERMONT**– Medicaid
Website: http://gethipptexas.com/ Phone: 1-800-440-0493	Medicaid Website: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Website: http://health.utah.gov/chip Phone: 1-877-543-7669	Website: http://www.greenmountaincare.org/ Phone: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid and CHIP	**WASHINGTON** – Medicaid	**WEST VIRGINIA** – Medicaid and CHIP
Website: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp/ Medicaid Phone: 1-800-432-5924 CHIP Phone: 1-800-432-5924	Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.ww.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 1-304-558-1700 CHIP Toll-free Phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP	**WYOMING** – Medicaid	
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269	

To see if any other States have added a premium assistance program since January 31, 2022, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, California 94621
(510) 633-0333 ▪ (888) 547-2054 ▪ fax (510) 633-0215 ▪ www.carpenterfunds.com

Extension of Certain Timeframes for Employee Benefit Plans, Participants, and Beneficiaries Affected by the COVID–19 Outbreak

In light of the ongoing COVID-19 national emergency, certain deadlines currently established by the Plans will be extended to help prevent participants and beneficiaries from losing rights and benefits under the Plans. These extended deadlines relate to HIPAA special enrollment, COBRA and the filing of claims and appeals. In calculating the new deadline, the Plans will disregard the time period between March 1, 2020 and 60 days after the end of the COVID-19 national emergency. This time period is called the Outbreak Period in the examples below.

- ***HIPAA Special Enrollment.*** Participants will get extra time to exercise their special enrollment rights (e.g., enroll a new dependent or a dependent who loses eligibility for other coverage. For example, if this special enrollment event happened on or after March 1, 2020, the new deadline would be 30 days after the end of the Outbreak Period. If the special enrollment event relates to loss of coverage under Medicaid or the Children's Health Insurance Program, the new deadline would be 60 days after the end of the Outbreak Period.

- ***COBRA Continuation Coverage***. Participants will have additional time to notify the Plan of a qualifying event, submit a COBRA Election Form and make COBRA premium payments. For example, if the usual 60-day clock to submit the Election Form would start ticking on May 15, that clock would not start ticking until the end of the Outbreak Period. These deadline extensions do not extend the maximum period of COBRA coverage.

  If COBRA is elected and premiums are paid, claims for covered expenses will be paid retroactive to the first date of COBRA coverage, for every month for which premium are paid in full. The Plan will not pay any claims for medical expenses until COBRA is elected and COBRA premiums are paid in full.

- ***Filing Benefits Claims & Appeals.*** Participants will have additional time to file a claim for benefits, submit a request for an internal appeal and request an external appeal. In calculating the new deadlines, the Plans will disregard the days during the Outbreak Period.

If you have questions or would like more information about the dates that will apply to your rights under the Plans as they relate to special enrollment, COBRA or claims and appeals rights, please contact Benefit Services at the Fund Office at benefitservices@carpenterfunds.com, (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. Find forms and information on our website, www.carpenterfunds.com.

SUMMARY ANNUAL REPORT FOR CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Plan Year – September 1, 2020 through August 31, 2021

This is a summary of the annual report for the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, Employer Identification Number 94-1234856, a multiemployer health and welfare plan, for the period September 1, 2020 through August 31, 2021. The annual report has been filed with the Employee Benefits Security Administration, as required under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California has committed the Fund to pay certain Medical, Hospital, Dental, Orthodontia, Prescription Drug, Vision, Hearing Aid, Physical Examination, Weekly Disability, Mental Health and Substance Abuse claims under the terms of the Plan.

Insurance Information:

The Plan has contracts with Kaiser Foundation Health Plan, Inc. to pay certain medical, hospital, mental health, substance abuse, and prescription drug claims, Voya Financial, Inc. to pay all accidental death, dismemberment, life insurance claims, and all stop loss claims incurred under the terms of the plan. The total premiums paid for all contracts for the Plan year ending August 31, 2021 were $293,341,241.

Basic Financial Statement:

The value of Plan assets, after subtracting liabilities of the Plan, was $795,724,450 minus premiums and self-funded claims payable of $74,292,391, minus claims incurred but not reported of $29,165,457, minus bank of hours liability of $157,715,000, equals $534,551,602 as of August 31, 2021, compared to $743,506,933 minus premiums and self-funded claims payable of $71,448,658, minus claims incurred but not reported of $27,442,000, minus bank of hours liability of $161,833,000, equals $482,783,275 as of September 1, 2020. During the Plan year, the Plan experienced an increase in its net assets of $51,768,327. This increase included unrealized appreciation or depreciation in the value of Plan assets; that is, the difference between the value of the Plan's assets at the end of the year and the value of the assets at the beginning of the year, or the cost of assets acquired during the year.

During the plan year, the Plan had total income of $540,474,219; including employer contributions of $407,404,683, participant contributions of $31,498,363, realized gains of $41,189,910 from the sale of assets, earnings from investments of $40,208,384, and other income of $20,172,879.

Plan expenses were $488,705,892. These expenses included $13,711,927 in administrative expenses, $1,657,128 in investment expenses, $293,341,241 in premium costs, and $179,995,596 in self-funded benefits paid directly to participants and beneficiaries or to service providers on their behalf.

Condensed Financial Statement		
Beginning Balance Value of Net Plan Assets	**As of 9/01/2020 $482,783,275**	**As of 9/01/2019 $396,717,592**
Employer Contributions	$407,404,683	$434,869,382
Participant Contributions	$31,498,363	$31,417,512
Investments - Earnings	$40,208,384	$1,078,845
Sale of Assets - Earnings/Losses	$41,189,910	$43,619,115
Other Income	$20,172,879	$24,568,101
Plan Income	**$540,474,219**	**$535,552,955**
Insurance Premiums	$293,341,241	$288,691,387
Self-Funded Benefits	$179,995,596	$146,475,198
Administrative Fees	$13,711,927	$12,802,578
Investment Expenses	$1,657,128	$1,518,109
Total Expenses	**$488,705,892**	**$449,487,272**
Ending Balance Value of Net Plan Assets	**As of 08/31/2021 $534,551,602**	**As of 08/31/2020 $482,783,275**

Your Rights to Additional Information:

You have the right to receive a copy of the full annual report, or any part thereof, on request. The following items are included in that report: 1. an accountant's report; 2. financial information and information on payments to service providers; 3. assets held for investment; 4. fiduciary information, including non-exempt transactions between the plan and parties-in-interest (that is, persons who have certain relationships with the plan); 5. transactions in excess of 5 percent of the plan assets; and 6. insurance information including sales commissions paid by insurance carriers.

Obtaining Copies of a Summary Annual Report:

The report provided is a summary of the annual report filed for the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. To obtain a copy of the full annual report or any part thereof, write or call the Carpenter Funds Administrative Office of Northern California, Inc., which is the Fund Manager appointed by the Plans' Administrator, at 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, California 94621; telephone (888) 547-2054. The charge to cover copying costs will be $15.00 for the full annual report, or $.25 per page for any part thereof.

You also have the right to receive from the Plan Administrator, on request and at no charge, a statement of the assets and liabilities of the Plan and accompanying notes, or a statement of income and expenses of the Plan and accompanying notes, or both. If you request a copy of the full annual report from the Plan Administrator, these two statements and accompanying notes will be included as part of that report. The charge to cover copying costs given above does not include a charge for the copying of these portions of the report because these portions are furnished without charge.

You also have the legally protected right to examine the annual report at the main office of the Plan, 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, California 94621 and at the U.S. Department of Labor in Washington, D.C., or to obtain a copy from the U.S. Department of Labor upon payment of copying costs. Requests to the Department should be addressed to: Public Disclosure Room, N-1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

AVISO

Si usted tiene dificultad en entender alguna parte de este folleto, comuníquese con Carpenter Funds Administrative Office en 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621. El horario de atención telefónica de las horas de Oficina del Fondo Fiduciario es de 8 la mañana a 5 de la tarde, de lunes a viernes. Usted también puede llamar a la oficina del Plan, teléfono 888-547-2054, para ayuda.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: 1 (888) 547-2054
Phone: (510) 633-0333

September 23, 2022

TO: **All Active and Non-Medicare Eligible Retired Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Health and Welfare Plan Benefit Changes**

- **Increased Life and AD&D Insurance Benefit**
- **Exclusion and Limitation for Nutritional Counseling or Food Supplements or Substitutes**
- **90-Day Supply of Medication at Retail Pharmacies**

This Participant Notice will advise you of material modifications that have been made to your Health and Welfare Plan benefits. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

HEALTH AND WELFARE PLAN BENEFIT IMPROVEMENTS

Active Plan Participants: Life and AD&D Insurance Benefit

Effective September 1, 2022, the Trustees approved an increase to your Life Insurance and Accidental Death and Dismemberment (AD&D) benefits.

- $20,000 in group life insurance benefits will be paid to your beneficiary in the event of your death from any cause while eligible under the Plan.
- Up to $20,000 in AD&D benefits will be paid for death or dismemberment due to an accident that happens on or off the job, and if:
  - You are eligible under the Health Plan on the date of the accident,
  - The death or dismemberment occurs within 180 days after the accident, and
  - The cause of death or dismemberment is not excluded.

Life Insurance benefits provided for your eligible Dependents including Spouse/Domestic Partner and Dependent child(ren) up to age 21 have also increased, as follows:

- Spouse or Domestic Partner - $5,000
- Children less than 21 years of age - $1,000

These benefits are available to Participants, Spouses/Domestic Partners and eligible Dependent child(ren) up to age 21 who are enrolled in Plans A, B and Flat Rate (both Indemnity Medical Plan and the Kaiser HMO Plan). These benefits are not available to participants or dependents who are covered under Plan R.

The full Schedule of Benefits is available at the Trust Fund Office upon request.

Indemnity Plan Participants Only

Nutritional Counseling or Food Supplements or Substitutes

Effective December 1, 2021 there was a change to your Health Plan for coverage of food supplements or substitutes. Nutritional counseling or food supplements or substitutes are typically excluded under the Plan. However, this exclusion no longer applies to nutritional counseling services that are medically necessary for the treatment of an individual diagnosed with a mental health condition, such as an eating disorder. In addition, this exclusion does not apply to Total Parenteral Nutrition (TPN) that is approved by Anthem as Medically Necessary and is curative in nature.

90-Day Supply of Medication Now Available at Many Retail Pharmacies

Beginning September 1, 2022, access to a 3-month supply of your prescription medication is now available at many retail pharmacies. You may now avoid paying higher costs by choosing to receive your 90-day supply via mail order or directly from a participating retail pharmacy.

Choose your way to save with a 3-month supply	
Express Scripts Pharmacy	**Participating Retail Pharmacies**
• Delivered to your door with free standard shipping	• At convenient locations near you
• Transfer prescriptions easily online by phone or Express Scripts mobile app	• Transfer your prescriptions easily in-store, by phone or online
• Auto-refills and refill reminders available	• Ask about auto refills and refill reminders
• Talk with a pharmacist by phone 24/7	• Log in online @ express-scripts.com/90day or contact us to find more participating pharmacies in your area.

****

Because this Plan is a “grandfathered health plan,” we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (“the Affordable Care Act”). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements, this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan