

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA



PLAN DE SALUD Y BIENESTAR **Participantes activos y dependientes** **DESCRIPCIÓN SUMARIA DEL PLAN** **Y REGLAS Y REGLAMENTOS**

Edición de septiembre de 2022

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Descripción Sumaria del Plan y Reglas y Reglamentos para participantes activos y dependientes

PLANES A, B, R Y DE TARIFA FIJA

Revisado el 1.º de septiembre de 2022

**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

Robert Alten
Nancy Brinkerhoff
Don Dolly
Randy Jenco
Mike Mencarini
Scott Smith
Kathryn Cahill Thompson

FIDEICOMISARIOS DEL SINDICATO

Jacob Adiarte
Jay Bradshaw
Edward Gable
Daniel Gregg
Sean Hebard
Eddy Luna
Daniel Nuncio

ASESORES LEGALES

Kraw Law Group
y
Weinberg, Roger & Rosenfeld

CONSULTOR

The Segal Company

AUDITOR

Eide Bailly, LLP

OFICINA ADMINISTRATIVA

Carpenter Funds Administrative Office
of Northern California, Inc.
William Feyling, Administrador

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	2
INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO	9
INSCRIPCIONES Y ELEGIBILIDAD.....	12
COBRA: CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA BAJO LA LEY FEDERAL	30
BENEFICIOS MÉDICOS DE UNA HMO DE KAISER.....	38
PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN/REDES MÉDICAS	39
PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN.....	47
PROGRAMA DE REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN	72
EXCLUSIONES DEL PLAN MÉDICO	76
BENEFICIO DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA	79
COBERTURA DEL PLAN DE LA VISTA.....	85
COBERTURA DEL PLAN DENTAL	90
BENEFICIOS DE ORTODONCIA PARA LOS HIJOS DEPENDIENTES	91
BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA: PARA LOS PLANES A, B Y DE TARIFA FIJA	92
BENEFICIOS POR MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTALES: PARA LOS PLANES A, B Y DE TARIFA FIJA	98
BENEFICIOS SEMANALES SUPLEMENTARIOS POR INCAPACIDAD	100
PROCEDIMIENTOS DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y APELACIONES	102
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS DEL PLAN DE INDEMNIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD DE TERCEROS.....	115
DISPOSICIONES GENERALES/INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESO EN LA JUBILACIÓN DEL EMPLEADO DE 1974 (ERISA)	118
REGLAS Y REGLAMENTOS	106
ARTÍCULO 1. DEFINICIONES	107
ARTÍCULO 2. ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS	115
ARTÍCULO 3. BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN	127
ARTÍCULO 4. BENEFICIOS DE AUDÍFONOS	140
ARTÍCULO 5. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA	140
ARTÍCULO 6. BENEFICIOS DE ORTODONCIA	144
ARTÍCULO 7. BENEFICIOS SEMANALES SUPLEMENTARIOS POR INCAPACIDAD (solo para los Planes A, B	

y R)	144
ARTÍCULO 8. EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y REDUCCIONES	145
ARTÍCULO 9. ESTIPULACIONES GENERALES	151
ARTÍCULO 10. ENMIENDA Y TERMINACIÓN	168
ARTÍCULO 11. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD	168

INTRODUCCIÓN

Qué información le proporciona este documento

Esta Descripción Sumaria del Plan (Summary Plan Description, SPD) y las Reglas y Reglamentos se prepararon 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, el Plan R y el Plan de Tarifa Fija, referidos colectivamente como el “Plan”) entran en vigencia el 1.º de septiembre de 2022 y reemplazan todas las SPD y las 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 estos documentos, Descripción Sumaria del Plan y Reglas y Reglamentos, incluidos los siguientes:

- Plan Médico de Indemnización;
- Plan HMO Kaiser (esta SPD contiene una descripción limitada de los beneficios; favor de consultar la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para ver una descripción completa de los beneficios. La EOC se puede encontrar en el sitio web del Fondo de Fideicomiso, www.carpenterfunds.com.)
- 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 incurra están cubiertos por este Plan.

Todas las disposiciones de este documento contienen información importante.

Ninguna persona tendrá derechos adquiridos a los beneficios que proporciona este plan. Un beneficio con derecho adquirido se refiere a aquel que una persona ha ganado el derecho a recibir y que no 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 bajo; 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 enmienda 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 basarse en esta 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 la ley federal Ley de Seguridad de Ingreso a la Jubilación del Empleado de 1974, según enmiendas, conocida comúnmente como ERISA, y está sujeto a ella. 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), beneficios de audífonos, dentales, de ortodoncia, de la vista y beneficios semanales suplementarios por incapacidad, del Plan, están autofinanciados con las contribuciones de los empleadores contribuyentes y de los participantes 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 encuentra en la tabla de referencia rápida de este documento.

Sobre esta SPD

En esta SPD tratamos de describir sus beneficios tan completamente como es 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 revisiones de la utilización.
- Una sección de **elegibilidad** que resume los requisitos 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** y 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 en español de sus derechos a los beneficios del Plan. Si tiene dificultad para entender cualquier parte de este documento, comuníquese con 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), 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 del Fondo de Fideicomiso recaudada y disponible para tal propósito.

Solamente la Junta de Fideicomisarios en su totalidad está autorizada para interpretar el Plan. La Junta tiene la discreción 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 el tipo y las cantidades de los beneficios de este Plan y las reglas de elegibilidad, incluidas las que disponen una 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 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 para usted, la Oficina del Fondo de Fideicomiso también puede responder las preguntas verbales informalmente y de buena fe. 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 con detenimiento 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, ellos pueden 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.

¿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: Para los servicios de emergencia y los servicios que no sean de emergencia brindados por proveedores no participantes en instalaciones participantes, y los servicios de ambulancia por aire, el cargo permitido es la cantidad reconocida. 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 sean o puedan 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 independiente de revisión médica 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 realmente facturado 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, las instalaciones 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 en investigación: Este Plan se basa en Anthem o en otra organización independiente de revisión para determinar si un medicamento, dispositivo o procedimiento es experimental o se encuentra en investigación. Los términos “Experimental” o “En investigación” significan 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, fueron revisados y aprobados 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 se está investigando en ensayos clínicos en fase I o fase II en marcha, que es la rama investigativa, experimental, de estudio o en investigación de ensayos clínicos en fase III en marcha, o que de otra manera se está estudiando para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico; o
- (4) La **evidencia confiable** muestra que la opinión dominante entre los expertos sobre 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 los medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Para los propósitos de esta definición, “**evidencia confiable**” significa únicamente informes y artículos, publicados en literatura médica y científica acreditada, que han sido revisados 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 por 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: Este Plan se basa en Anthem o en otra organización independiente de revisión para determinar si un medicamento, dispositivo o procedimiento es médicamente necesario. La necesidad médica determina los beneficios cubiertos no reducidos pagaderos por el Fondo por los 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, el diagnóstico o el 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 proporcionada por el Plan; y
- Constituyen el suministro o el nivel de servicio más apropiado que se puede 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 una atención segura y adecuada como paciente ambulatorio o en un entorno médico menos intenso, según lo determine la Organización de Revisión Profesional.

Cantidad calificada del pago (Qualifying Payment Amount, QPA): significa la cantidad que se calcula usando la metodología que se describe en 45 CFR § 149.140(a)(16).

Cantidad reconocida significa (en orden de prioridad) una de las siguientes cantidades:

- Una cantidad determinada por el Acuerdo del Modelo para todos los Pagadores según la sección 1115A de la Ley del Seguro Social;
- Una cantidad determinada por una ley estatal específica; o
- La cantidad menor entre la facturada por el proveedor o la instalación, y la cantidad calificada del pago (QPA).

Para los servicios de ambulancia por aire proporcionados por proveedores no participantes, la **cantidad reconocida** es la cantidad menor entre la facturada por el proveedor o la instalación, y la cantidad calificada del pago (QPA).

Autoridad prevalente de las reglas y los reglamentos

Las disposiciones del Plan están sujetas al documento legal o Reglas y Reglamentos del Plan, y están controladas por estos. En caso de que existan diferencias entre esta Descripción Sumaria del Plan y las disposiciones del documento Reglas y Reglamentos, predominarán las disposiciones contenidas en las reglas y reglamentos. El documento Reglas y Reglamentos está impreso en la parte posterior de esta SPD y también está 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. 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 costos compartidos. 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.

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, 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 del Plan de ciertos beneficios médicos.
 - **Express Scripts** proporciona acceso a las farmacias participantes y administra el programa de servicio por correo y el programa de farmacia especializada del Plan (para los participantes del Plan Médico de Indemnización).
- **Vision Service Plan (VSP)** administra los beneficios de la vista y proporciona acceso a los proveedores participantes para recibir estos beneficios.
- **Delta Dental of California** administra los beneficios dentales del Plan y proporciona acceso a los proveedores participantes para recibir estos beneficios. (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 incluidas en la siguiente tabla de referencia rápida:

► <i>Cuándo comunicarse con la Oficina del Fondo de Fideicomiso</i>	
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
► <i>Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre su Plan Médico de Indemnización</i>	
Reclamaciones y apelaciones del Plan Médico de Indemnización	Oficina del Fondo de Fideicomiso: Línea telefónica directa: (510) 633-0333

Beneficios del Plan Médico de Indemnización	Línea telefónica sin costo: (888) 547-2054 Dirección electrónica: claimservices@carpenterfunds.com www.carpenterfunds.com
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)	
Privacidad y seguridad según 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
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 la HMO de Kaiser	
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) del Plan Médico de Indemnización y la HMO de Kaiser	
Anthem MAP (800) 999-7222 www.anthemmap.com (Inicio de sesión para los participantes: 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 solicitó la inscripción, pero no ha completado el proceso apropiado (que incluye la presentación de documentos de apoyo, no se considerará 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.

Si se inscribe después de su fecha de vigencia inicial, es posible que su acceso a la opción de beneficios de Kaiser esté limitado.

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 a la Oficina del Fondo de Fideicomiso un nuevo formulario de inscripción en el que indique el cambio. 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, es posible que no se consideren para su pago las reclamaciones de sus dependientes presentadas al Plan sino hasta que se proporcione tal comprobante.**

- **Matrimonio:** el acta de matrimonio certificada.
- **Nacimiento:** el acta de nacimiento certificada del 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:** Las declaraciones por escrito actuales del médico del hijo indicando que el hijo dependiente actualmente no puede ganarse la vida y su apoyo financiero depende principalmente del participante debido a una afección, suponiendo que el hijo haya tenido tal afección y que era elegible como dependiente bajo este Plan antes de cumplir la edad limitante.
- **Orden de manutención médica infantil calificada** (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO): Una QMCSO firmada por un juez o una notificación nacional de manutención médica (National Medical Support Notice).
- **Pareja de hecho:** La documentación del participante y de la pareja de hecho que el participante haya registrado con la persona como pareja de hecho ante cualquier agencia gubernamental estatal o local autorizada para realizar tales registros.

SE NECESITAN LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL DE LOS DEPENDIENTES

Para cumplir con los reglamentos federales de coordinación de beneficios de Medicare y con ciertas reglas de declaración del IRS, debe presentar oportunamente al Fondo de Fideicomiso el número de seguro social (Social Security Number, SSN) de sus dependientes elegibles para quienes haya elegido, o esté eligiendo, la cobertura del Plan, e información sobre si usted o cualquiera de tales dependientes son elegibles y 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 solicitud 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 un número de seguro social o si no se rellena el formulario modelo de CMS, las reclamaciones de las personas elegibles podrían no ser pagadas para las personas afectadas. Puede encontrar el formulario del modelo en la Oficina del Fondo o en <http://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Downloads/New-Downloads/RevisedHICNSSF081809.pdf>

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 de Kaiser En cada opción del Plan, los beneficios médicos serán ligeramente diferentes. 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.			
Programa de Asistencia a los Miembros (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 reciben sus beneficios del plan de atención de la vista a través de la HMO de Kaiser.			
Seguro de vida	Sí	Sí	No corresponde	Sí

Tipo de beneficio	Plan A	Plan B	Plan R	Plan de Tarifa Fija
Seguro de muerte y desmembramiento o 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 preparó para aquellos participantes que emigraron a Estados Unidos pero que tienen dependientes en su país de origen. Debido a las dificultades para presentar al Fondo las reclamaciones de estos dependientes, 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 el seguro médico al gobierno extranjero;
- 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 bajo 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. **Tenga en cuenta que si usted es una parte interesada, debe consultar las reglas de elegibilidad que comienzan en la página 15.**

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 que requieren hacer 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 está cubierto por un acuerdo de negociación colectiva que requiera que un empleador que no es un empleador contribuyente haga contribuciones a este Plan.
- 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 beneficios del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados bajo este Fondo, el primer día del 4.º mes posterior a la fecha de su jubilación, independientemente de si eligió o no eligió 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 suscriptor 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 combina 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 ya no reciba los beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo o beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad.

Un participante que no restablezca su elegibilidad debe cumplir con 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 que requieren hacer 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 está cubierto por un acuerdo de negociación colectiva que requiera que un empleador que no es un empleador contribuyente haga contribuciones a este Plan.
- 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 los beneficios del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados bajo este Fondo, el primer día del 4.º mes posterior a la fecha de su jubilación, independientemente de si eligió o no eligió 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 subscritor 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; o
- 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 que requieren hacer contribuciones al Fondo por un acuerdo de negociación colectiva o un contrato del subscritor. 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 subscritor 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; o
- 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 que no tiene un contrato de negociación 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 cubiertos 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 que no tiene un contrato de negociación y es 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

Para el Plan de Tarifa Fija, las contribuciones para la cobertura se pagan cada mes anterior al mes de elegibilidad sin un mes de demora.

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; o
- 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 de un 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

Un banco de horas de una parte interesada será cancelado en la primera de las siguientes fechas:

- Si desempeña un trabajo cubierto por un acuerdo de negociación colectiva, el primer día del segundo mes calendario que sea 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 lo reportó anteriormente como parte interesada, el empleador deja de reportar horas para tal persona que sigue trabajando para el 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”); o
- 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; o
- 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 sigue trabajando para el 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 a partir 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 en los siguientes casos:

- 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 de 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 y los empleados que trabajen bajo un acuerdo de negociación colectiva con el Sindicato Internacional de Empleados Profesionales y de Oficina (Office and Professional Employee International Union, OPEIU) y que requieran hacer contribuciones al Fondo no son elegibles para la extensión de beneficios por 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.

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

- Un participante pasa 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 una persona elegible está incapacitada, y la persona elegible está recibiendo beneficios temporales del Seguro de Accidentes en el Trabajo o beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad (State Disability Insurance Benefits, SDI), los beneficios del Plan Médico de Indemnización se extenderán temporalmente para 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 los 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 y los empleados que trabajen bajo un acuerdo de negociación colectiva con el Sindicato Internacional de Empleados Profesionales y de Oficina (Office and Professional Employee International Union, OPEIU) y que requieran hacer contribuciones al Fondo no son elegibles para la extensión de beneficios de indemnización por incapacidad.

Elegibilidad de los dependientes

Si usted elige cobertura para usted, también es elegible para recibir la 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 dependiente elegible, ya sea por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, pero solo si presentó un formulario de inscripción por escrito relleno 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 define abajo).
- Su hijo, que sea:
 - (1) un hijo biológico, hijastro, niño legalmente adoptado, o un niño que requiera 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 haya 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 pareja de hecho calificada de cualquier edad que no puede ganarse la vida y su apoyo financiero depende principalmente de usted debido a una afección, y presenta documentación por escrito de su médico en la que apoya la afección, y suponiendo que el hijo tenía tal afección mientras era un dependiente elegible bajo este Plan antes de cumplir la edad limitante que se describe en los párrafos (1), (2), (3) o (4) anteriores.

Por favor note: La edad limitante para la cobertura de ortodoncia de todos los hijos dependientes es de hasta 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 de ausencia al menos 30 días antes de la ausencia por razones médicas si esta es previsible, 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 (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 al niño la cobertura de un plan de beneficios médicos, o bien
- Cumpla con 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 requiriera que el Plan proporcionara 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 cuya relación con el participante cumple con los siguientes requisitos:

- Una persona que el participante haya registrado como pareja de hecho ante cualquier agencia gubernamental estatal o local autorizada para realizar tales registros.
- Que cualquier relación de hecho anterior del participante haya terminado no menos de 6 meses antes de la fecha de inscripción de la pareja de hecho subsiguiente.
- La solicitud de la relación de hecho con el participante se presenta adecuadamente como lo requiere la Junta de Fideicomisarios, y todos los impuestos requeridos sobre el ingreso sujeto a impuestos atribuibles a los beneficios de la pareja de hecho se pagan al Fondo cuando se vencen.

Nota: después de que la Oficina del Fondo reciba los documentos de inscripción de la pareja de hecho (incluidos, si corresponde, los hijos elegibles de una pareja de hecho), tal dependiente o dependientes comenzarán a participar en el Plan a partir del primer día del segundo mes después de que la Oficina del Fondo reciba los documentos de inscripción.

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 en la 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 a 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 a partir 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 del 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 le ofreció anteriormente la cobertura de este Plan porque usted o ellos tenían la cobertura médica de 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 intencional 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 elección 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 un 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 habla 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** al que se inscribe apropiadamente dentro de 31 días después del nacimiento, entrará en vigencia en la fecha del nacimiento del niño.
- **La cobertura de un hijo dependiente recientemente adoptado o de un hijo dependiente colocado para adopción** al 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 le aprueba un permiso de ausencia según los términos de la Ley de Ausencia por Razones Familiares y Médicas de 1993 (Family and Medical Leave Act, FMLA) u otros permisos de ausencia obligatorios, 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 un permiso de 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 un permiso de 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 el permiso de 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 en entrenamiento activo, 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, su elegibilidad continuará durante el periodo de servicio militar sin necesidad de hacer autopagos.
- 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 en virtud de 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 con 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 reanuda 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 acreditarán 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 ha trabajado adoptan 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 sea 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 los beneficios que pudiera 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. En cada trimestre que termine el 31 de marzo, el 30 de junio, el 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 del fondo local en ese momento.

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.

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 además de COBRA

Cuando termine la cobertura de este Plan, usted podría tener la opción de comprar la continuación temporal de la cobertura de este 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, en el mercado 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.

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 calificador 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 calificantes 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 calificador. (En el caso de un niño que pierda su estado de dependiente, sólo el niño 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 del 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 33 para ver las fechas límites de notificación.

Sírvase notar que las primas para los 11 meses adicionales serán aproximadamente un 50 % más altas 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 biológico, 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 33 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 adquiriera 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 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 un 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 periodo de cobertura de COBRA durante el cual el Fondo de Fideicomiso extienda 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 vence, la cobertura de COBRA no entrará en vigencia. Después del primer pago, los pagos subsiguientes se vencen el primer día de cada mes.

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.

Si hay un déficit significativo, entonces la cobertura de continuación COBRA terminará en la fecha en la cual se haya hecho el último pago completo de la prima de COBRA.

Si no hay un déficit significativo del pago de su prima, la Oficina del Fondo de Fideicomiso notificará al beneficiario calificado de la cantidad del déficit y permitirá un periodo razonable de 30 días para pagar el déficit.

El Fondo del Fideicomiso determina que un déficit significativo es la cantidad menor entre \$50 y un 10 % del pago requerido de la prima de COBRA.

- Si el déficit se paga en el periodo de 30 días, entonces la cobertura de continuación COBRA continuará durante el mes en el que ocurrió el déficit.
- Si el déficit no se paga en el periodo de 30 días, entonces la cobertura de continuación COBRA terminará la fecha en que se hizo el último pago completo de la prima de COBRA (lo que podría resultar en la terminación de la cobertura COBRA a mitad del mes).

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.

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.

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 podría estar sujeto a aumentos futuros durante el periodo de su vigencia.

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.

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.

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.

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

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 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.

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.

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.

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 bajo Kaiser después de COBRA – Ley de COBRA de California

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.

Esta opción sólo aplica a los miembros de Kaiser.

- 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 puede 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.

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.

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.

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 90.
- Beneficios de ortodoncia para hijos dependientes como se explica a partir de la página 91.
- 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 92.
- 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 de la Oficina del Fondo de Fideicomiso, www.carpenterfunds.com.

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 Kaiser discrimine a proveedores médicos que actúen 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.

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.

Si obtiene y usa información incorrecta sobre si un proveedor tiene un contrato con el Plan o con sus administradores, el Plan aplicará el costo compartido del contrato a su reclamación, aunque el proveedor no sea un proveedor participante.

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.

Continuación de la cobertura

- ✓ Si usted es un paciente que recibe atención continua (como se define más adelante), y Anthem termina su contrato con su proveedor o instalación, Anthem hará lo siguiente:
 1. Le notificará de manera oportuna la terminación del contrato del Plan con el proveedor o la instalación, y le informará su derecho de elegir atención de transición continua del proveedor o instalación; y
 2. Le permitirá noventa (90) días de cobertura continua con el costo compartido del contrato para permitirle que pase su atención a un proveedor participante.
- ✓ Paciente con atención continua significa una persona que, con respecto al proveedor o a la instalación,
 1. Está recibiendo un curso de tratamiento por una afección grave y compleja por parte del proveedor o de la instalación;
 2. Está recibiendo del proveedor o de la instalación un curso de atención institucional o como paciente interno;
 3. Está programado para someterse a una cirugía no electiva llevada a cabo por el proveedor, incluida la atención postoperatoria por parte de tal proveedor o instalación relacionada con dicha cirugía;
 4. Está embarazada y está recibiendo del proveedor o de la instalación un curso de tratamiento relacionado con el embarazo; o
 5. Se determina o se determinó que tiene una enfermedad terminal (según la sección 1861(dd)(3)(A) de la Ley del Seguro Social) y está recibiendo tratamiento para tal enfermedad de parte del proveedor o la instalación.

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 para artroplastia de cadera o de rodilla como paciente interno

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 \$200 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.

Atención de emergencia de proveedores no participantes

Los servicios de emergencia están cubiertos:

- Sin necesidad de la determinación de una autorización previa, aunque los servicios sean brindados por proveedores no participantes;
- Sin importar si el proveedor médico que brinda los servicios de emergencia es un proveedor participante o una instalación de emergencia participante, según corresponda, con respecto a los servicios;
- Sin imponer ningún requisito o limitación administrativos a los servicios de emergencia de proveedores o instalaciones no participantes que sean más restrictivos que los requisitos o las limitaciones que aplican a los servicios de emergencia recibidos de proveedores y de instalaciones de emergencia participantes;
- Calculando el requisito de participación del costo de los servicios de emergencia de proveedores no participantes como si la cantidad total que se hubiera cobrado por tales servicios fuera igual a la cantidad reconocida por los servicios; y
- Contando todo pago del costo compartido que hizo el participante o el beneficiario con respecto a los servicios de emergencia para cualquier deducible o máximo del bolsillo de proveedores participantes, aplicados bajo el Plan, de la misma manera que si los pagos del costo compartido se hubieran hecho con respecto a servicios de emergencia brindados por un proveedor o una instalación de emergencia participante.

En general, no se le puede facturar el saldo por estos artículos o servicios. La cantidad del costo compartido de los servicios de emergencia de proveedores no participantes se basará en la cantidad menor entre los cargos facturados por el proveedor y la cantidad calificada del pago (QPA).

Atención que no es de emergencia de proveedores no participantes en una instalación participante

Con respecto a los artículos o servicios que no sean de emergencia y que de otra manera estén cubiertos por el Plan, si un proveedor no participante brinda los servicios en una instalación médica participante, los artículos y los servicios están cubiertos por el Plan.

- 1) Con el requisito de participación del costo que no sea mayor que el requisito de participación del costo que aplicaría si un proveedor participante hubiera brindado los artículos o servicios;
- 2) Calculando los requisitos de participación del costo como si la cantidad total que tal proveedor participante hubiera cobrado por los artículos y servicios fuera igual a la cantidad reconocida por los artículos y los servicios;
- 3) Contando todo pago del costo compartido que hizo el paciente para cualquier deducible o máximos del coseguro aplicados bajo el Plan.

En general, no se le puede facturar el saldo por estos artículos o servicios.

Los servicios se cubrirán con base en la definición de cargo permitido del Plan y se renunciará a las protecciones financieras descritas arriba si:

- 1) Al menos 72 horas antes del día de la cita (o tres [3] horas antes de los servicios brindados en el caso de una cita el mismo día), se entrega al paciente una notificación por escrito que indique que el proveedor no participa en el Plan, un estimado de los cargos del tratamiento y cualquier limitación anticipada que el Plan podría imponer en el tratamiento, el nombre de los proveedores participantes de las instalaciones que pueden tratar al paciente, y que el paciente puede elegir que se le refiera a uno de los proveedores participantes nombrados; y
- 2) El paciente da su consentimiento informado para continuar con el tratamiento del proveedor no participante, reconociendo que entiende que la continuación del tratamiento por el proveedor no participante podría ocasionar un gasto del bolsillo mayor.

La excepción de la notificación y el consentimiento para los artículos o servicios que no sean de emergencia proporcionados por un proveedor no participante en una instalación médica participante no aplica a los artículos y servicios complementarios brindados como resultado de necesidades médicas imprevistas y urgentes que surjan en el momento que se brinda un artículo o servicio, independientemente de si el proveedor no participante cumplió con los criterios de notificación y consentimiento.

La cantidad del costo compartido por servicios que no sean de emergencia brindados por proveedores no participantes en instalaciones participantes se basará en la cantidad reconocida, que por lo general es la cantidad que sea menor: los cargos facturados por el proveedor no participante o la cantidad calificada del pago (esto es, la mediana de las tarifas contratadas del Plan por el artículo o el servicio en tal lugar).

Servicios de ambulancia por aire

Si recibe servicios de ambulancia por aire que de otra manera están cubiertos de parte de un proveedor no participante, esos servicios estarán cubiertos por el Plan de la siguiente manera:

- Los servicios de ambulancia por aire brindados por un proveedor no participante estarán cubiertos con el requisito de un costo compartido que no sea mayor que el costo de los servicios brindados por un proveedor participante.
- Su participación del costo se calculará como si la cantidad total que un proveedor participante hubiera cobrado por los servicios de ambulancia por aire fuera igual a la cantidad menor entre la cantidad calificada del pago o la cantidad facturada por los servicios.
- Todo pago del costo compartido que haga por los servicios de ambulancia por aire contará hacia el deducible y hacia el máximo de coseguro contratados.

En general no se puede facturar el saldo por estos artículos o servicios.

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 72. 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, inscribese 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. Los centros de cirugía ambulatoria pueden proporcionar una atención de alta calidad en una variedad de procedimientos quirúrgicos. En algunos procedimientos, que se enumeran abajo, el Fondo limitará el cargo máximo permitido si usted opta por ir a un hospital en lugar de ir a un centro de cirugía ambulatoria. Si recibe atención en una instalación de cirugía ambulatoria, el cargo máximo permitido se determinará dependiendo de si usted recibe los servicios en una instalación participante o en una instalación no participante.

El Fondo limitará el cargo máximo permitido de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

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 un hospital (ya sea como paciente interno o como paciente ambulatorio)	
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 -	\$6000
Cirugía de cataratas -	\$2000
Colonoscopia -	\$1500
Todas las demás endoscopias -	\$1000
Extirpación laparoscópica de la vesícula biliar	\$5000
Muestra de tejido uterino con histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado)	\$3500
Nariz/Senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior	\$3000
Adenotomía y/o amigdalectomía (para los miembros menores de 12 años) -	\$3000

Procedimiento	* Cargo máximo permitido por cirugía
Nariz/Senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia -	\$3500
Litotricia -	\$7000
Reparación de hernia inguinal (mayor de 5 años, no laparoscópica) -	\$4000
Esofagoscopia -	\$2000
Reparación laparoscópica de una hernia inguinal -	\$5500
Sigmoidoscopia -	\$1000
Endoscopia gastrointestinal superior sin biopsia -	\$1500
Endoscopia gastrointestinal superior con biopsia -	\$2000

*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.

- Si el acceso a un proveedor, hospital o centro de cirugía ambulatoria que acepte los cargos máximos permitidos no es posible, o no puede obtener el servicio después de un tiempo de espera o distancia de viaje razonables; o
- Si la calidad de los servicios para usted o su(s) dependiente(s) pudiera quedar comprometida con el proveedor, hospital o centro de cirugía ambulatoria (p. ej., si las enfermedades concomitantes 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 (incluida ambulancia por aire). • Los servicios de emergencia proporcionados por un proveedor no participante en una instalación participante (sin importar el departamento de la instalación en la que se brindan los artículos o servicios) hasta que el proveedor o la instalación determinen que el participante o el dependiente puede viajar a una instalación participante en un transporte no médico o en un transporte médico que no sea de emergencia. En este caso, los servicios de emergencia incluyen servicios de postestabilización y servicios proporcionados como parte de la observación de un paciente ambulatorio o una estancia como paciente interno o como paciente ambulatorio relacionada con la afección de emergencia. • 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 las facturas se reembolsará de acuerdo con el cargo permitido:

Cumplimiento con las normas financieras de los programas interplanes

Servicios fuera del área

Anthem Blue Cross tiene una variedad de relaciones con otros licenciarios 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 licenciarios 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 licenciario 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, a los servicios de atención preventiva para mujeres, a ciertas vacunas e inmunizaciones 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 Care” (Encuentre atención) y seleccione su estado, el lugar y el tipo de proveedor que busca, 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.
- 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 anesthesiólogo 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 colonoscopia, artroscopia, endoscopia, cirugía de cataratas, extracción laparoscópica de la vesícula biliar, muestra de tejido uterino por histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado), nariz/senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior, adenotomía y/o amigdalectomía (para miembros menores de 12 años), nariz/senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia, litotricia, reparación de una hernia inguinal (para niños mayores de 5 años, no laparoscópica), esofagoscopia, reparación laparoscópica de una hernia inguinal, sigmoidoscopia, endoscopia de la porción alta del tubo gastrointestinal sin biopsia, endoscopia de la porción alta del tubo

gastrointestinal con biopsia, artroplastia de una rodilla y artroplastia de un lado de la cadera, tienen límites específicos en dólares si usted usa un hospital para pacientes ambulatorios (que se define como un hospital en el que se recibe atención sin necesidad de ser internado, o con una estancia menor de 24 horas) 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 total 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 el 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 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 gastos.** La reclamación se debe rellenar totalmente y se debe adjuntar la factura o facturas detalladas. Es posible que le pidan que presente documentación de apoyo de la reclamación presentada.

También puede encontrar más información en el capítulo Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones que comienza en la página 102. Además, revise la sección que se encuentra cerca del final del capítulo “Limitaciones para iniciar una demanda” (en la página 113).

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 del coseguro es lo más que usted paga durante el periodo de un año (el año calendario) 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).	\$1289 por persona \$2578 por familia	Sin máximo de coseguro	\$6445 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
<u>Servicios de hospital (pacientes internos)</u> 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 % de

<u>Servicios quirúrgicos hospitalarios (pacientes ambulatorios)</u> Para ciertas cirugías realizadas en el entorno ambulatorio de un hospital en lugar de un centro de servicios ambulatorios, aplicará un máximo del Plan (como se describe en la fila de la derecha).	• 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. • Con respecto al cargo de hospitales o instalaciones participantes y no participantes, aplicarán los siguientes máximos. Usted paga su coseguro aplicable y cualquier cantidad que exceda el siguiente pago máximo del Plan: • Colonoscopia - \$1500 • Artroscopia - \$6000 • Cirugía de cataratas - \$2000 • Todas las demás endoscopias – \$1000 • Extirpación laparoscópica de la vesícula biliar - \$5000 • Muestra de tejido uterino con histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado) - \$3500 • Nariz/senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior - \$3000 • Adenoctomía y/o amigdalectomía (para los miembros menores de 12 años) - \$3000 • Nariz/Senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia - \$3500 • Litotricia - \$7000 • Reparación de hernia inguinal (mayor de 5 años, no laparoscópica) - \$4000 • Esofagoscopia - \$2000 • Reparación laparoscópica de una hernia inguinal - \$5500 • Sigmoidoscopia - \$1000 • Endoscopia gastrointestinal superior sin biopsia - \$1500 • Endoscopia gastrointestinal superior con biopsia– \$2000 • Artroplastia de una rodilla - \$30 000 • Artroplastia de un lado de la cadera - \$30 000	El Plan paga un 90 % hasta el pago máximo del Plan Usted paga un 10 % y (cuando corresponda) cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan	El Plan paga un 70 % hasta el pago máximo del Plan Usted paga un 30 % y (cuando corresponda) cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan	El Plan paga un 80 % hasta el pago máximo del Plan Usted paga un 20 % y (cuando corresponda) cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan	El Plan paga un 60 % hasta el pago máximo del Plan Usted paga un 40 % y (cuando corresponda) cualquier cantidad que exceda el pago máximo 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
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.) - Los servicios de emergencia que brinde un proveedor no participante o instalación de emergencia no participante también incluyen servicios de postestabilización (servicios después de que se estabiliza al paciente) y como parte de la observación de un paciente ambulatorio o una estancia como paciente interno o como paciente ambulatorio relacionada con la afección están cubiertos, hasta que: - El proveedor o la instalación determinen que el paciente puede viajar en un transporte no médico o en un transporte médico que no sea de emergencia; - Se entrega al paciente una notificación por escrito que indique que el proveedor no participa en el Plan, un estimado de los cargos del tratamiento y cualquier limitación anticipada que el Plan podría imponer en el tratamiento, el nombre de los proveedores participantes de las instalaciones que lo pueden tratar, y que usted puede elegir que se le refiera a uno de los proveedores participantes enumerados; y - El paciente está en condiciones de recibir la notificación por escrito (según lo determine el proveedor que brinda el tratamiento) y de dar su consentimiento informado.	- La cantidad de su costo compartido por los servicios de emergencia en instalaciones participantes por proveedores no participantes se basará en la cantidad menor entre los cargos facturados por el proveedor y la cantidad calificada del pago. - Los servicios de emergencia están cubiertos sin necesidad de autorización previa y sin importar si el proveedor que brinda los servicios de emergencia es un proveedor participante o una instalación de emergencia participante; - En el caso de los internamientos subsiguientes, el Plan podría requerir que se lo transfiera a un hospital participante cuando el médico indique que es médicamente seguro hacerlo y el periodo de emergencia haya terminado. Si usted permanece en un hospital no participante después del periodo de emergencia aguda, aplicará el beneficio del proveedor no participante por el periodo de internamiento después de 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 90 % Usted paga 10 % 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 80 % Usted paga 20 % 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
El paciente da su consentimiento informado para continuar el tratamiento que el proveedor no participante considera que no es de emergencia.					

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 un enfermero partero certificado para la atención obstétrica durante los periodos prenatal, de parto y de postparto, suponiendo que el enfermero partero 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 \$200 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
<u>Visitas en línea con un médico</u> Usted puede hablar con un médico a cualquier hora del día, personalmente en su computadora o dispositivo móvil mediante un chateo por video.	El sitio web para la visita en línea con un médico de LiveHealth es: www.livehealthonline.com Otras visitas médicas en línea están cubiertas con los beneficios regulares del Plan cuando son con un proveedor participante.	Visitas médicas en línea con proveedores participantes que no sean de LiveHealth Online El Plan paga un 90 % Usted paga 10 % Visitas de LiveHealth Online: El Plan paga un 100 % Usted paga 0 %	Visitas médicas en línea: Sin cobertura	Visitas médicas en línea con proveedores participantes que no sean de LiveHealth Online El Plan paga un 80 % Usted paga 20 % Visitas de LiveHealth Online: El Plan paga un 100 % Usted paga 0 %	Visitas médicas en línea: Sin cobertura
<u>Servicios de acupuntura</u>	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

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 ambulancia</u> - Servicio médicamente necesario de transportación por tierra hacia o desde el hospital más cercano. - Una ambulancia por aire con licencia hacia y desde el hospital más cercano también están cubierta 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. - Si usted recibe servicios de ambulancia por aire (que de otra manera no estén cubiertos) de un proveedor no participante: - Su participación del costo no será mayor que la participación del costo de los servicios de una ambulancia por aire brindados por un proveedor participante (equivalente a la cantidad menor entre la cantidad calificada del pago o la cantidad facturada por los servicios). - En general no se le puede facturar el saldo por estos servicios. - Todo costo compartido por los servicios de ambulancia por aire cubiertos contará hacia su deducible y hacia su máximo de coseguro contratados.	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
<u>Instalación o centro de cirugía ambulatoria (para pacientes ambulatorios)</u> 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: - Colonoscopia - \$1500 - Artroscopia - \$6000 - Cirugía de cataratas - \$2000 - Todas las demás endoscopias –\$1000 - Extirpación laparoscópica de la vesícula biliar - \$5000 - Muestra de tejido uterino con histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado) - \$3500 - Nariz/senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior - \$3000 - Adenotomía y/o amigdalectomía (para los miembros menores de 12 años) - \$3000 - Nariz/Senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia - \$3500 - Litotricia - \$7000 - Reparación de hernia inguinal (mayor de 5 años, no laparoscópica) - \$4000 - Esofagoscopia - \$2000 - Reparación laparoscópica de una hernia inguinal - \$5500 - Sigmoidoscopia - \$1000 - Endoscopia gastrointestinal superior sin biopsia - \$1500 - Endoscopia gastrointestinal superior con biopsia – \$2000 - Artroplastia de una rodilla - \$30 000 - Artroplastia de un lado de la cadera - \$30 000	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

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>Quimioterapia</u>	Los siguientes medicamentos especializados podrían estar cubiertos ya sea con el beneficio del Plan Médico de Indemnización o con el beneficio de medicamentos de venta con receta. Si se surten bajo el beneficio de medicamentos de venta con receta, quedarán sujeto a los copagos de los medicamentos de venta con receta. Si se surten bajo el beneficio del Plan Médico de Indemnización, se requerirá autorización previa. • Zirabev o bevacizumab Mvasi genérico • Uplizna (o ipilimumab genérico) • Keytruda (o pembrolizumab genérico) • Herceptin (o trastuzumab genérico) • Rituxan (o rituximab genérico) • Prolia (o denosumab Xgeva genérico) • Opdivo (o nivolumab genérico) • Lupron (o leuporelin genérico)	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 %
<u>Servicios de quiropráctico (sólo para el participante y su cónyuge)</u>	• 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 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 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 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
<u>Servicios dentales</u> Servicios de un médico (M.D. o D.O.) 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 %
<u>Programas de instrucción sobre la diabetes</u>	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	
<u>Medicamentos (medicinas para pacientes ambulatorios)</u> Consulte el capítulo sobre medicamentos de venta con receta que comienza en la página 79. Los siguientes medicamentos especializados podrían estar cubiertos ya sea con el beneficio del Plan Médico de Indemnización o con el beneficio de medicamentos de venta con receta. Si se surten bajo el beneficio del plan médico, quedarán sujetos al costo compartido que se indica en la fila llamada "Quimioterapia". • Zirabev o bevacizumab Mvasi genérico • Uplizna (o ipilimumab genérico) • Keytruda (o pembrolizumab genérico) • Herceptin (o trastuzumab genérico) • Rituxan (o rituximab genérico) • Prolia (o denosumab Xgeva genérico) • Opdivo (o nivolumab genérico) • Lupron (o leuprolerin genérico)	<u>Farmacia minorista de la red</u> (hasta un suministro de 30 días)	PLANES A, B, R Y DE TARIFA FIJA				
		Medicamento genérico del formulario		Copago de \$15		
		Medicamentos de marca de múltiples fuentes		\$15 más la diferencia entre el costo de los medicamentos genéricos y el de los medicamentos de marca		
		Medicamento de marca del formulario de una sola fuente		Copago de \$53		
		Medicamento no incluido en el formulario		\$80, suponiendo que el medicamento ha sido preautorizado o que no requiere revisión de la utilización		
		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.				
	<u>Servicios de pedidos por correo (o en farmacias minoristas selectas que se pueden encontrar en línea en express-scripts.com/90day)</u> (un suministro de hasta 90 días)	Medicamento genérico del formulario		Copago de \$26		
		Medicamentos de marca de múltiples fuentes		\$26 más la diferencia entre los costos de los medicamentos genéricos y de marca		
		Medicamento de marca del formulario de una sola fuente		Copago de \$106		
		Medicamento no incluido en el formulario		\$133 suponiendo que el medicamento ha sido preautorizado o que no requiere revisión de la utilización		
	Medicamentos especializados (hasta un suministro de 30 días)	Medicamento genérico del formulario		Copago de \$15		
		Medicamentos de marca de múltiples fuentes		\$15 más la diferencia entre los costos de los medicamentos genéricos y de marca		
		Medicamento de marca del formulario de una sola fuente		Copago de \$53		
		Medicamento no incluido en el formulario		\$80 suponiendo que el medicamento ha sido preautorizado o que no requiere revisión de la utilización		
		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", el copago permanecerá al 50 % del costo del medicamento.				
	Si el costo del medicamento es menor que el copago, usted pagará solo el costo del medicamento.					
	<u>Excepto por los medicamentos especializados enumerados bajo "Quimioterapia", los medicamentos especializados se deben obtener del administrador de beneficios de farmacia o no habrá disponible un beneficio del Plan.</u>					

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 es 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 diabetes. • 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 diabetes. • 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
<u>Servicios de planificación familiar, reproducción, anticoncepción y fertilidad</u> 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 los 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 %
<u>Beneficios de examen de audición y audífonos</u> Los servicios cubiertos incluyen un examen de audición si es médicamente necesario y es realizado por un médico o profesional médico con un grado de maestría o de doctorado en audiolología.	No se proporcionan beneficios por: - 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.	Examen: El Plan paga un 100 % Usted paga 0 % 100 % hasta un pago máximo de \$800 por oído (en cualquier periodo de 3 años), sin exceder los gastos cubiertos, por el audífono y todas las reparaciones o servicio. No está sujeto al deducible ni al máximo de coseguro.		Examen: El Plan paga un 80% Usted paga 20 % 80 % hasta un pago máximo de \$800 por oído (en cualquier periodo de 3 años), sin exceder los gastos cubiertos, por 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
<u>Servicios de terapia de infusión y de atención médica en el hogar</u> 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 %
<u>Servicios de laboratorio (pacientes ambulatorios)</u> 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
<u>Servicios de maternidad</u> - 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 %
<u>Programa de Asistencia a los Miembros (MAP)</u> ✓ 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 del programa MAP es (800) 999-7222.	- 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
<u>Salud mental</u> - 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 de salud mental como paciente ambulatorio El plan paga un 100 % (sin incluir la atención en instalaciones ambulatorias) Salud mental como paciente interno El Plan paga un 90% Usted paga un 10% Tratamiento en la sala de emergencia El Plan paga un 100% Visitas médicas en línea con proveedores participantes que no sean de LiveHealth Online El Plan paga un 90% Usted paga un 10% Visitas de LiveHealth Online: El Plan paga un 100 % Usted paga 0 %	Tratamiento en la sala de emergencia El Plan paga un 100% Todo lo demás El Plan paga un 70% Usted paga un 30% Visitas en línea: Sin cobertura	Visitas ambulatorias de salud mental El Plan paga 100 % (no incluye atención en instalaciones ambulatorias) 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% Visitas médicas en línea con proveedores participantes que no sean de LiveHealth Online El Plan paga un 80% Usted paga un 20% Visitas de LiveHealth Online: El Plan paga un 100 % Usted paga 0 %	Tratamiento en la sala de emergencia El Plan paga un 100% Todo lo demás El Plan paga un 60% Usted paga un 40% Visitas en línea: Sin cobertura
<u>Dispositivos prostéticos</u>	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 %

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>Radiología (rayos X), estudios de imágenes y servicios de radioterapia (pacientes ambulatorios)</u> Los servicios frecuentes 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 %
<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 linfedemas.	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
<u>Instalación de enfermería especializada (SNF) incluidos servicios de rehabilitación</u> - 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
<u>Tratamiento por abuso de sustancias químicas</u> - 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 %
<u>Trasplantes (órganos y tejidos)</u> - 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
<u>Programa de bienestar (preventivo)</u> <u>Exámenes e inmunizaciones de niños sanos</u> - Los beneficios normales del Plan, incluidos el deducible y el coseguro, aplican a la mayoría de los servicios preventivos cubiertos. - Si opta por recibir una vacuna contra la influenza en su farmacia, podría presentar su reclamación de reembolso a la Oficina del Fondo proporcionando la siguiente información; 1) Una copia de su recibo que incluya el nombre de la persona que recibe la vacuna, 2) La fecha de administración de la vacuna y 3) La cantidad pagada. También incluya una copia de su tarjeta médica. - Las vacunas y/o las inmunizaciones, incluidas las inmunizaciones para viajes incluidas en el programa de cobertura integral de vacunas de Express Scripts estarán cubiertas un 100 %, sin copagos <u>cuando las reciba en una farmacia participante</u>. Puede encontrar una lista de las inmunizaciones cubiertas por este programa en Express Scripts.	- El Plan cubrirá: - Exámenes físicos de rutina para hijos dependientes - 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 deducible no aplica a las siguientes vacunas e inmunizaciones que se reciban de un proveedor participante: - Hepatitis B, rotavirus, difteria, tétano, tos ferina, <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, antineumocócica, polivirus inactivados, influenza, sarampión, paperas, rubéola, varicela, hepatitis A, antimeningocócica, papilomavirus humano (PVH) y COVID-19	Vacunas preventivas El Plan paga 100 % Usted paga 0 % Todas las demás: El Plan paga 90 % Usted paga 10 %	Vacuna contra el COVID-19 El Plan paga 100 % <u>solo</u> durante el periodo de emergencia de salud pública. Vacuna contra la influenza: El Plan paga 100 % hasta \$30 Usted paga Cualquier cantidad que exceda \$30 Otras vacunas preventivas: Sin cobertura Todos los demás servicios: El Plan paga 70 % Usted paga 30 %	Vacuna contra el COVID-19 El Plan paga 100 % <u>solo</u> durante el periodo de emergencia de salud pública. Vacuna contra la influenza: El Plan paga 100 % hasta \$30 Usted paga Cualquier cantidad que exceda \$30 Otras vacunas preventivas: Sin cobertura Todos los demás servicios: El Plan paga 60 % Usted paga 40 %	Vacuna contra el COVID-19 El Plan paga 100 % <u>solo</u> durante el periodo de emergencia de salud pública. Vacuna contra la influenza: El Plan paga 100 % hasta \$30 Usted paga Cualquier cantidad que exceda \$30 Otras vacunas preventivas: Sin cobertura Todos los demás servicios: El Plan paga 60 % Usted paga 40 %

Programa de bienestar (preventivo) Programa para el participante y su cónyuge - Los beneficios normales del Plan, incluidos el deducible y el coseguro, aplican a la mayoría de los servicios preventivos cubiertos. - Si opta por recibir una vacuna contra la influenza en su farmacia, podría presentar su reclamación de reembolso a la Oficina del Fondo proporcionando la siguiente información; 1) Una copia de su recibo que incluya el nombre de la persona que recibe la vacuna, 2) La fecha de administración de la vacuna y 3) La cantidad pagada. También incluya una copia de su tarjeta médica. - Las vacunas y/o las inmunizaciones, incluidas las inmunizaciones para viajes incluidas en el programa de cobertura integral de vacunas de Express Scripts estarán cubiertas un 100 %, sin copagos cuando las reciba en una farmacia <u>participante</u>. Puede encontrar una lista de las inmunizaciones cubiertas por este programa en Express Scripts.	El Plan cubrirá: - Un examen físico de rutina para un participante y su cónyuge una vez en un periodo de 12 meses. - Examen rutinario de obstetricia y ginecología realizado por un médico una vez dentro de un periodo de 12 meses, solo para la participante y el cónyuge del participante. La cobertura incluye rayos X y pruebas de laboratorio relacionados con el examen físico, incluidas pruebas de Papanicolaou. No aplican deducibles. - 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. - El deducible no aplica a las siguientes vacunas e inmunizaciones que se reciban de un proveedor participante: - Difteria, tétanos, tos ferina, Sarampión, paperas, rubéola (Measles/mumps/rubella, MMR), papilomavirus humano, PVH), antineumocócica (polisacárida), zóster, hepatitis B, antimeningocócica, varicela y COVID-19	Vacunas preventivas El Plan paga 100 % Usted paga 0 % Servicios preventivos para mujeres: El Plan paga 100 % Usted paga 0 % Todos los demás servicios: El Plan paga 90 % Usted paga 10 %	Vacuna contra el COVID-19 El Plan paga 100 % <u>solo</u> durante el periodo de emergencia de salud pública. Vacuna contra la influenza: El Plan paga 100 % hasta \$30 Usted paga Cualquier cantidad que exceda \$30 Otras vacunas preventivas: Sin cobertura Todos los demás servicios: El Plan paga 70 % Usted paga 30 %	Vacunas preventivas El Plan paga 100 % Usted paga 0 % Servicios preventivos para mujeres: El Plan paga 100 % Usted paga 0 % Todos los demás servicios: El Plan paga 80 % Usted paga 20 %	Vacuna contra el COVID-19 El Plan paga 100 % <u>solo</u> durante el periodo de emergencia de salud pública. Vacuna contra la influenza: El Plan paga 100 % hasta \$30 Usted paga Cualquier cantidad que exceda \$30 Otras vacunas preventivas: Sin cobertura Todos los demás servicios: 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 la 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.
Ciertas cirugías ambulatorias	Colonoscopia, artroscopia, cirugía de cataratas, todas las endoscopias, extracción laparoscópica de la vesícula biliar, muestra de tejido uterino por histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado), nariz/senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior), adenotomía y/o amigdalectomía (para miembros menores de 12 años), nariz/senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia, litotricia, reparación de una hernia inguinal (para niños mayores de 5 años, no laparoscópica), esofagoscopia, reparación laparoscópica de una hernia inguinal, sigmoidoscopia, endoscopia de la porción alta del tubo gastrointestinal sin biopsia, endoscopia de la porción alta del tubo gastrointestinal con biopsia, artroplastia de una rodilla y artroplastia de un lado de la cadera deben estar aprobadas por Anthem antes de que se proporcione el servicio.
Ciertos medicamentos especializados	Los siguientes medicamentos especializados podrían estar cubiertos ya sea con el beneficio del Plan Médico de Indemnización o con el beneficio de medicamentos de venta con receta. Si se surten bajo el beneficio del plan médico, deben ser aprobados por Anthem antes de que se surta el medicamento. • Zirabev o bevacizumab Mvasi genérico • Uplizna (o ipilimumab genérico) • Keytruda (o pembrolizumab genérico) • Herceptin (o trastuzumab genérico) • Rituxan (o rituximab genérico) • Prolia (o denosumab Xgeva genérico) • Opdivo (o nivolumab genérico) • Lupron (o leuprorelin genérico)
El recibo de una revisión de la utilización no significa que los beneficios son pagaderos en todos los casos.	

SITUACIÓN	PREQUISITOS DEL PLAN PARA LA REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN
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 curas de descanso. Los servicios proporcionados por un hogar de descanso, un hogar para ancianos, un hogar de convalecencia o cualquier instalación similar, excepto que el Plan podría cubrir una estadía en una instalación de atención intensiva a largo plazo cuando un paciente recibe terapia de rehabilitación inmediatamente después de, o en lugar de una hospitalización aguda. Para que el Plan considere tales servicios, la estancia debe tener autorización previa y el paciente debe continuar haciendo progresos en el tratamiento como lo documenten las notas sobre el paciente.
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 cualquier otro beneficio de compensación ocupacional disponibles; y
 - b. 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
 - 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.

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

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 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 los beneficios proporcionados para programas de instrucción sobre diabetes o servicios de asesoramiento en nutrición que sean médicamente necesarios para el tratamiento de una persona diagnosticada con una afección mental, como un trastorno de la conducta alimentaria. La cobertura se proporciona y es pagadera de acuerdo con los beneficios del Plan que aplican a ese servicio específico. No todos los cargos son elegibles para los beneficios. Por ejemplo, se excluyen los servicios que no son médicamente necesarios, el asesoramiento en nutrición que no sea para el tratamiento de una afección mental y/o el asesoramiento en nutrición que no sea parte de un programa de instrucción sobre diabetes de otra manera cubierto.
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/semén 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.
33. Aquellos proveedores que, después de una investigación y recomendaciones del proveedor de servicios relacionados con fraude, desperdicios y abuso del Plan, se determinó que participaron en una actividad fraudulenta.

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. No todos los medicamentos están aprobados para la cobertura. 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 o el uso de una lista selecta de farmacias minoristas (la lista se puede encontrar en línea en express-scripts.com/90day), y pruebas genéticas y/o de eficacia. Algunos medicamentos se excluyen según el Comité Terapéutico y de Farmacia PBM o el Comité Recomendatorio Clínico de la Fraternidad Unida de Carpinteros (United Brotherhood of Carpenter, UBC). 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. Si desea ver una lista de los medicamentos cubiertos, consulte el directorio disponible en internet en www.express-scripts.com.

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 alentarlos 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. 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 47 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 o en una farmacia incluida en la lista de farmacias minoristas enumeradas en línea en express-scripts.com/90day.

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).

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.
- **"Marca de múltiples fuentes"** es un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico.
- **"Marca de una sola fuente"** es un medicamento de marca que no tiene un equivalente genérico.

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.

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.

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.

Si obtuvo dos medicamentos de mantenimiento de venta con receta, debe usar el programa de pedidos por correo u obtener el medicamento de una lista selecta de farmacias minoristas que se puede encontrar en línea en express-scripts.com/90day. Si no lo hace, no recibirá beneficios.

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.

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.

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 cáncer, 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 especiales de parte de un farmacéutico, 24 horas al día, 7 días a la semana.

Nota: Los medicamentos especializados están disponibles solo en farmacias de pedidos por correo de PBM, excepto que ciertos medicamentos contra el cáncer podrían ser proporcionados por un proveedor médico.

- 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.

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, excepto ciertos medicamentos oncológicos y para emergencias. La lista de medicamentos oncológicos especializados que también están cubiertos bajo el plan médico se puede encontrar bajo “Quimioterapia” en la sección Programa de Beneficios del Plan Médico de Indemnización de este documento. Los medicamentos para emergencias que se podrían proporcionar en una farmacia minorista de la red son aquellos como los productos de heparina de bajo peso molecular que se usan para evitar coágulos sanguíneos después de una artroplastia de cadera.
- 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 diabetes.
- 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 se 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 oncológicos que se describen bajo “Quimioterapia” en la sección Programa de Beneficios del Plan Médico de Indemnización de este documento y los 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.
 - 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
- Las vacunas y/o las inmunizaciones, incluidas las inmunizaciones para viajes incluidas en el programa de cobertura integral de vacunas de Express Scripts estarán cubiertas un 100 %, sin copagos, cuando las reciba en una farmacia participante. _ Puede encontrar una lista de las inmunizaciones cubiertas por este programa en Express Scripts.

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

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 diabetes
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. 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.
13. Surtido de medicamentos de venta con receta después de un año de la fecha original de surtido
14. 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)
15. Cargos por medicamentos de venta con receta, comprados en una farmacia minorista, con un suministro mayor de 30 días por receta (excepto farmacias minoristas selectas enumeradas en línea en [express-scripts.com/90day](https://www.express-scripts.com/90day))
16. Reemplazo de recetas debido a pérdida, robo o rompimiento
17. Medicamentos excluidos bajo el Comité Terapéutico y de Farmacia del gerente de beneficios de farmacia (PBM) o el Comité Recomendatorio Clínico de la Fraternidad Unida de Carpinteros, o que no cumplen con las pautas de PBM.
18. Tratamiento con células madre sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos.

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.

La dirección es:

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

Puede imprimir un formulario de reclamación del sitio web www.express-scripts.com o llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Express Scripts.

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 participantes 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.

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 identificación 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 los auxiliares suplementarios y cualquier cantidad que exceda el máximo del Plan.

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 participantes después de la deducción de su copago o copagos.

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).

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

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).

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.

Beneficios de la vista	Médico afiliado a VSP	Proveedor no afiliado a VSP
Copagos		
Examen	\$10	\$10
Materiales (anteojos de venta con receta y de seguridad)	\$25	\$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	- El Plan paga asignación de hasta \$175 (precio minorista). - El Plan paga hasta \$95 por un armazón comprado en un Centro Óptico de Costco	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	El Plan paga asignación de hasta \$150 (precio minorista). Después de un copago de \$25, los anteojos de seguridad ProTech están totalmente cubiertos si se escogen armazones de seguridad de la colección ProTech Eyeware, certificados por ANSI y suministrados por un médico VSP. Los lentes cubiertos incluyen unifocales, bifocales con línea y trifocales con línea de venta con receta.	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 \$155 por los lentes de contacto, evaluación y ajuste	El Plan paga hasta \$155 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.)
- **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 \$155 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.)

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.

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:

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

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

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 participantes 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 ciertos 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	\$2500 por persona	\$2000 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.

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.

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.

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 \$20,000 se pagarán a su beneficiario en el evento de su fallecimiento por cualquier causa mientras sea elegible bajo el Plan.

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.

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

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 \$10,000) se le podría pagar a usted o a su representante legal mientras usted 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.

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

- Estar asegurado como participante elegible para recibir beneficios del seguro de vida.
- 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 \$10,000 como beneficio acelerado, su beneficiario recibiría \$10,000 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 o pareja de hecho - \$5000
- Niños (desde el nacimiento pero menos de 21 años de edad) - \$1000

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.

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.

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.

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 \$20,000 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:

- se incapacita **temporalmente** debido a una enfermedad o lesión mientras es elegible bajo el Plan, y recibe beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo o beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad (State Disability Insurance Benefits, SDI);
- 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.

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

El beneficio

- 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.

“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 de California durante el Desempleo, 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.
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 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 a 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:

- **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)
- Ciertos procedimientos ambulatorios como colonoscopia, artroscopia, cirugía de cataratas, endoscopia, extracción laparoscópica de la vesícula biliar, muestra de tejido uterino por histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado), nariz/senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior), adenotomía y/o amigdalectomía (para miembros menores de 12 años), nariz/senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia, litotricia, reparación de una hernia inguinal (para niños mayores de 5 años, no laparoscópica), esofagoscopia, reparación laparoscópica de una hernia inguinal, sigmoidoscopia, endoscopia de la porción alta del tubo gastrointestinal sin biopsia, endoscopia de la porción alta del tubo gastrointestinal con biopsia, artroplastia de una rodilla y artroplastia de un lado de la cadera, deben estar preaprobados 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

Si desea información sobre cuándo presentar una reclamación o una apelación, consulte la tabla que se encuentra en la página 114 de este documento.

- 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 23). Una reclamación sobre la cancelación de la cobertura de incapacidad se tratará como una reclamación por incapacidad a menos que la cancelación haya sido por incumplimiento del pago de las primas o contribuciones de la cobertura de incapacidad.
- **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 93 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 agilizada) 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 de 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 llenó 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.

Servicios de emergencia, servicios que no sean de emergencia en instalaciones PPO por proveedores que no sean PPO y servicios de ambulancia por aire: El Plan hará un pago inicial o notificará la denegación del pago por servicios de emergencia, servicios que no sean de emergencia en instalaciones participantes por proveedores no participantes, y servicios de ambulancia por aire en un lapso de 30 días calendario a partir de que reciba una reclamación limpia de un proveedor no participante. El periodo de 30 días calendario comienza en la fecha en que el Plan reciba la información necesaria para decidir una reclamación del pago de los servicios.

Si una reclamación está sujeta a la Ley contra Facturación Inesperada (No Surprises Act), no se puede requerir al participante que pague más que su participación del costo bajo el Plan, y se prohíbe que el proveedor o la instalación facturen al participante o al dependiente una cantidad que exceda la participación del costo requerida.

Si un proveedor o una instalación no participante y el Plan inician el proceso de Resolución Independiente de Disputas (Independent Dispute Resolution, IDR) en virtud de la Ley contra Facturación Inesperada (Ley Pública 116-260, División BB) y no llegan a un acuerdo antes de la fecha en que una entidad de IDR certificada tome una determinación con respecto a tal artículo o servicio, la cantidad permitida es la cantidad de tal determinación. El participante o el dependiente no tiene el derecho ni la obligación de participar en ningún proceso de IDR según la Ley contra Facturación Inesperada.

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 agilizada 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 114 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 PacificCare 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.

Revisión externa de ciertas reclamaciones de servicios de emergencia, servicios que no sean de emergencia de un proveedor no participante en una instalación participante, y servicios de ambulancia por aire.

Este proceso de revisión externa tiene como objetivo cumplir con los requisitos de revisión externa de la Ley contra Facturación Inesperada. La revisión externa solo es aplicable en ciertos casos. Usted podría procurar una revisión externa adicional, por parte de una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, “IRO”), solo en una situación en la que la apelación de una reclamación de atención médica, ya sea urgente, concurrente, antes del servicio o posterior al servicio se deniegue y sea una reclamación de servicios de emergencia, servicios que no son de emergencia de un proveedor no participante en una instalación participante, o ambulancia por aire.

La revisión externa no está disponible para ningún otro tipo de denegaciones, incluso si una reclamación se denegó debido a que usted no cumplió los requisitos de elegibilidad bajo los términos del Plan.

La solicitud de una revisión externa no tiene costo alguno. El Plan asume la responsabilidad de las cuotas asociadas con las revisiones externas descritas en este documento.

Por lo general, usted solo puede solicitar una revisión externa después de haber agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Plan que se describe arriba. Esto significa que, generalmente, usted solo puede procurar una revisión externa después de que se haya tomado una determinación final sobre la apelación.

Revisión externa de reclamaciones estándar (no urgentes)

Usted puede solicitar una revisión externa de una reclamación estándar (no urgente) por escrito dentro de un lapso de cuatro (4) meses a partir de la fecha en que recibió la notificación de una determinación del beneficio de apelación de una reclamación. Por conveniencia, estas determinaciones subsiguientemente se denominan “determinaciones adversas”.

Revisión preliminar de reclamaciones estándar. En un lapso de cinco (5) días hábiles a partir de que el Plan reciba su solicitud de revisión externa de una reclamación estándar, el Plan completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:

- ✓ Usted estaba cubierto bajo el Plan en el momento de solicitar el artículo o el servicio o, en el caso de una revisión retroactiva, si estaba cubierto bajo el Plan en el momento en que se brindó el artículo o servicio de atención médica;
- ✓ La determinación adversa satisface los requisitos para una revisión externa;
- ✓ Usted ha agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Plan (excepto en circunstancias limitadas y excepcionales cuando según los reglamentos usted no requiera hacerlo); y
- ✓ Usted ha proporcionado toda la información y los formularios requeridos para procesar una revisión externa.

En el lapso de un (1) día hábil de completar su revisión preliminar, el Plan le notificará por escrito si la solicitud de una revisión externa cumple con los requisitos arriba mencionados. Esta notificación le informará:

- ✓ Si la solicitud está completa y es elegible para una revisión externa; o
- ✓ Si la solicitud está completa pero no es elegible para una revisión externa, y en este caso la notificación incluirá las razones de su inelegibilidad y la información de contacto de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) (número telefónico sin costo 866-444-EBSA [3272]).
- ✓ Si la solicitud no está completa (está incompleta), la notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud, y se le permitirá perfeccionar (completar) la solicitud de revisión externa dentro del periodo de presentación de cuatro (4) meses, o dentro del periodo de 48 horas posterior al recibo de la notificación, lo que sea más tarde.

Revisión de reclamaciones estándar por una organización de revisión independiente (IRO): Si la solicitud está completa y es elegible para una revisión externa, el Plan la asignará a una IRO. Una vez que la reclamación se asigne a una IRO, se realizará el siguiente procedimiento:

- ✓ La IRO asignada le notificará oportunamente por escrito la elegibilidad de la solicitud y su aceptación para una revisión externa, e incluirá instrucciones para presentar información adicional sobre la reclamación (por lo general se le permite presentar tal información en un lapso de diez (10) días hábiles).
- ✓ En un lapso de cinco (5) días hábiles después de la asignación de la revisión externa a la IRO, el Plan proporcionará a la IRO los documentos y la información que el Plan consideró para tomar su determinación adversa.
- ✓ Si usted presenta a la IRO información adicional relacionada con la reclamación, la IRO asignada debe, dentro de un (1) día hábil, enviar tal información al Plan. Cuando reciba tal información, el Plan podría reconsiderar su determinación adversa que es el objeto de la revisión externa. La reconsideración por parte del Plan no demorará la revisión externa. Sin embargo, si el Plan revierte su determinación adversa después de reconsiderarla, el Plan proporcionará una notificación por escrito de su decisión a usted y a la IRO dentro de un (1) día hábil después de tomar tal decisión. Al recibo de tal notificación, la IRO terminará su revisión externa.
- ✓ La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Para tomar una decisión, la IRO revisará la reclamación *de novo* (como si fuera nueva) y no estará obligada por ninguna decisión o conclusiones a las que haya llegado durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones. Sin embargo, la IRO quedará obligada a observar los términos del Plan para asegurarse de que la decisión de la IRO no contravenga los términos del Plan, a menos que los términos sean incongruentes con la ley aplicable. La IRO también debe observar los requisitos para recibir los beneficios del Plan, incluidas las normas del plan para los criterios de revisión clínica, necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de un beneficio cubierto.
- ✓ Además de los documentos y la información proporcionados, la IRO asignada podría, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y sean apropiados, considerar información adicional, incluida información de sus expedientes médicos, recomendaciones u otra información de sus proveedores médicos que le dan tratamiento (lo atienden), otra información de usted o del Plan, informes de los profesionales médicos apropiados, pautas de práctica apropiadas y normas fundamentadas aplicables, los criterios de revisión clínica aplicables del Plan y/o la opinión del revisor o revisores clínicos de la IRO.
- ✓ La IRO asignada proporcionará una notificación por escrito de su decisión final sobre la revisión externa a usted y al Plan **en un lapso de 45 días** después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa.

- ✓ Si la revisión externa final de la IRO revierte la determinación adversa del Plan, cuando el Plan reciba la notificación de tal reversión, inmediatamente proporcionará la cobertura o el pago de la reclamación revisada. Sin embargo, aún después de proporcionar la cobertura o el pago de la reclamación, el Plan podría, a su sola discreción, procurar un remedio judicial para revertir o modificar la decisión de la IRO.
- ✓ Si la revisión externa final mantiene la determinación adversa del Plan, el Plan seguirá sin proporcionar la cobertura ni el pago de la reclamación revisada. Si usted no está satisfecho con la determinación de la revisión externa, puede procurar una revisión judicial como lo permite la sección 502(a) de ERISA.
- ✓ La notificación de la decisión de la IRO asignada incluirá:
 - 1) Una descripción general de la razón de la solicitud de revisión externa que incluya información suficiente para identificar la reclamación (como la fecha o las fechas de servicio, el proveedor de atención médica, la cantidad de la reclamación (si corresponde), el código del diagnóstico y su significado correspondiente, el código del tratamiento y su significado correspondiente, y la razón de la denegación previa);
 - 2) La fecha en que la IRO recibió la solicitud para realizar la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO;
 - 3) Referencias a la evidencia o a la documentación que se consideró para tomar su decisión, incluidas las disposiciones específicas de la cobertura y las normas fundamentadas;
 - 4) Una explicación de la razón o las razones principales de la decisión de la IRO, incluido el razonamiento de la decisión y cualquier norma fundamentada en la que se basó para tomar la decisión;
 - 5) Una declaración de que la determinación de la IRO es obligatoria para el Plan (a menos que hubiera disponibles otros remedios para usted o para el plan según la ley estatal o federal aplicable);
 - 6) Una declaración de que usted podría tener a su disposición una revisión judicial; y
 - 7) Información de contacto actualizada, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina de asistencia o defensa del consumidor de seguros médicos correspondiente establecida en virtud de la Ley de Atención Asequible para asistir con los procesos de revisión externa.

Revisión externa de reclamaciones de atención urgente agilizadas

Usted puede solicitar una revisión externa agilizada si:

- ✓ Recibe una determinación adversa sobre el beneficio de apelación de una reclamación inicial referente a una afección para la cual el tiempo necesario para la conclusión de una apelación interna agilizada arriesgaría seriamente la vida o la salud, o arriesgaría la habilidad de recuperar el funcionamiento máximo, y usted presentó una solicitud de apelación interna agilizada; o
- ✓ Usted recibió una determinación adversa sobre el beneficio de apelación de una reclamación referente a una afección para la cual el tiempo necesario para la conclusión de una revisión externa estándar arriesgaría seriamente su vida o su salud, o arriesgaría la habilidad de recuperar el funcionamiento máximo; o, usted recibe una determinación adversa del beneficio de apelación de reclamaciones que se refiere a admisión, disponibilidad de la atención, continuación de la estancia, o un artículo o servicio de atención médica por los cuales el reclamante recibió servicios de emergencia, pero aún no se le da de alta de la instalación.

Revisión preliminar de una reclamación agilizada. Inmediatamente al recibo de la solicitud de una revisión externa agilizada, el Plan completará la revisión preliminar de la solicitud a fin de determinar si se cumplen los requisitos de la revisión preliminar (como se describe arriba en Reclamaciones estándar). El Plan inmediatamente notificará al reclamante (por ejemplo, por teléfono o por fax) si la solicitud de revisión cumple los requisitos de revisión preliminar, y si no los cumple, proporcionará o procurará la información (como también se describe bajo Reclamaciones estándar de arriba).

Revisión de reclamaciones agilizadas por una organización de revisión independiente (IRO). Después de una revisión preliminar que indique que una solicitud es elegible para una revisión externa agilizada, el Plan asignará a una IRO (siguiendo el proceso que se describe bajo Revisión estándar de arriba). El Plan proporcionará o transmitirá con prontitud (por ejemplo, por teléfono, fax, mensajero, entrega de un día para

otro, etc.) a la IRO asignada todos los documentos y la información necesarios que consideró para tomar su determinación adversa.

- ✓ La IRO asignada, en la medida de que la información o los documentos estén disponibles y que la IRO los considere apropiados, debe tomar en cuenta la información o los documentos descritos en los procedimientos para la revisión estándar (descritos arriba bajo Reclamaciones estándar). Para tomar una decisión, la IRO asignada debe revisar la reclamación *de novo* (como si fuera nueva) y no quedará obligada por ninguna decisión o conclusiones a las que haya llegado durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Plan. Sin embargo, la IRO quedará obligada a observar los términos del Plan para asegurarse de que la decisión de la IRO no contraviene los términos del Plan, a menos que los términos sean incongruentes con la ley aplicable.
- ✓ La IRO también debe observar los requisitos para los beneficios del Plan, incluidas las normas del plan para los criterios de revisión clínica, necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de un beneficio cubierto.
- ✓ La IRO proporcionará una notificación de su decisión final sobre la revisión externa agilizada, de acuerdo con los requisitos establecidos arriba bajo Reclamaciones estándar, con tanta prontitud como su afección o circunstancias requieran, pero en ningún caso más de **setenta y dos (72) horas** después de que la IRO reciba la solicitud de una revisión externa agilizada. Si la notificación de la decisión de la IRO no se hace por escrito, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de la fecha en la que proporcione tal notificación, la IRO debe proporcionar una confirmación por escrito de la decisión a usted y al Plan.
- ✓ Si la revisión externa final de la IRO revierte la determinación adversa del Plan, cuando el Plan reciba la notificación de tal reversión, inmediatamente proporcionará la cobertura o el pago de la reclamación revisada. Sin embargo, aún después de proporcionar la cobertura o el pago de la reclamación, el Plan podría, a su sola discreción, procurar un remedio judicial para revertir o modificar la decisión de la IRO.
- ✓ Si la revisión externa final mantiene la determinación adversa del Plan, el Plan seguirá sin proporcionar la cobertura ni el pago de la reclamación revisada. Si el reclamante está insatisfecho con la determinación de la revisión externa, puede procurar una revisión judicial como lo permite la sección 502(a) de ERISA.

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, 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.

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

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS DEL PLAN DE INDEMNIZACIÓN Y RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

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 cobertura 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

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 148 de ese documento).

Primero se debe reembolsar al Fondo, antes de 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:

William Feyling, Administrator
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

Robert Alten
Alten Construction, Inc.
1141 Marina Way South
Richmond, CA 94804

Fideicomisarios laborales

Jacob Adiarte
Northern California Carpenters Regional Council
(Consejo Regional de Carpinteros de Northern California)
265 Hegenberger Road, Suite 200
Oakland, CA 94621

Nancy Brinkerhoff
Ironwood Commercial Builders
3953 Industrial Way, Suite E
Concord, CA 94520

Don Dolly
Condon-Johnson & Associates, Inc.
P.O Box 1574
Oakdale, CA 95361

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

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

Scott Smith
James E. Roberts-Obayashi Corporation
20 Oak Court
Danville, CA 94526

Kathryn Cahill Thompson
Cahill Contractors LLC
425 California Street, Suite 2200
San Francisco, CA 94104

Jay Bradshaw
Consejo Regional de Carpinteros de Northern
California
265 Hegenberger Road, Suite 200
Oakland, CA 94621

Edward Gable
Consejo Regional de Carpinteros de Northern
California
265 Hegenberger Road, Suite 200
Oakland, CA 94621

Daniel Gregg
Carpenters Local Union No. 713
1050 Mattox Road
Hayward, CA 94541

Sean Hebard
Consejo Regional de Carpinteros de Northern
California
265 Hegenberger Road, Suite 200
Oakland, CA 94621

Eddy Luna
Carpenters Local Union No. 713
1050 Mattox Road
Hayward, CA 94541

Daniel Nuncio
Carpenters Local Union No. 701
1361 N. Hulbert Avenue
Fresno, CA 93728

Requisitos del Plan respecto a la elegibilidad para recibir beneficios

Consulte la sección de elegibilidad de esta SPD que comienza en la página 12

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 no calificado.** 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 15 y 16.

- **Incumplimiento de los requisitos de revisión de la utilización del Plan** 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 72 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.
- **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 115.
- **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 115.
- **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.

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.

- **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 12 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 suscriptor 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 102. Además, consulte la página 113 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 disponen 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	Delta Dental Plan 100 First Street San Francisco, CA 94105

Nombre y dirección de la organización	
requerida para el Plan Médico de Indemnización. (Los beneficios están autofinanciados por el Fondo de Fideicomiso.)	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.

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.)

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.

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 del Plan A, Plan R, Plan B y Plan de Tarifa Fija

**Enmendadas y reiteradas con fecha de vigencia del 1.º de
septiembre de 2022**

Hasta la enmienda n.º 12 de los planes A, B, R y de Tarifa
Fija

(Con fecha de vigencia del 1.º de septiembre de 2022)

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. Para los servicios de emergencia y los servicios que no sean de emergencia brindados por proveedores no participantes en instalaciones participantes, y los servicios de ambulancia por aire, el cargo permitido es la cantidad reconocida. Para todos los demás servicios, el término “Cargo permitido” significa la cantidad menor entre:

- (1) 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 no se basa en, ni tiene la intención de reflejar las tarifas que sean o puedan 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 independiente de revisión médica 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 realmente facturado y el cargo máximo permitido por el Fondo, además de cualquier copago y porcentaje del coseguro que el Plan requiera.
- (2) El cargo realmente facturado por el proveedor.
- (3) El Fondo ha adoptado una estrategia de reembolso basada en Medicare para los hospitales no participantes, las instalaciones 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 proveedores 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 que no sea PPO. Los beneficios pagados por servicios a *pacientes internos* brindados por un proveedor no participante se basan en un porcentaje de la tarifa de ese 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 “Servicios complementarios” significa, con respecto a una instalación médica contratada:

- (1) Los artículos y servicios relacionados con medicina de emergencia, anestesiología, patología, radiología y neonatología, ya sea proporcionados por un médico o proporcionados por un profesional que no sea un médico.
- (2) Los artículos y servicios proporcionados por asociado quirúrgicos, hospitalistas e intensivistas;
- (3) Servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de radiología y laboratorio; y
- (4) Los artículos y servicios proporcionados por un proveedor no participante si no hay un proveedor participante que pueda proporcionar tales artículos y servicios en esta instalación.

Sección 1.03. El término “Junta” significa la Junta de Fideicomisarios establecida mediante el Acuerdo del Fideicomiso.

Sección 1.04. 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 1.05. 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 1.06. El término “Máximo de coseguro” significa la cantidad máxima de coseguro que cada persona o familia cubierta 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 1.07. 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 (no reducidos) de acuerdo con los términos del Plan. Esto ocurre después de que una persona elegible ha sido ingresada en un hospital.

Sección 1.08. Paciente con atención continua significa una persona que, con respecto al proveedor o a la instalación,

- (1) está recibiendo un curso de tratamiento por una afección grave y compleja por parte del proveedor o la instalación;
- (2) está recibiendo del proveedor o de la instalación un ciclo de atención institucional o como paciente interno;
- (3) está programado para someterse a una cirugía no electiva llevada a cabo por el proveedor, incluida la atención postoperatoria por parte de tal proveedor o instalación relacionada con dicha cirugía;
- (4) está embarazada y está recibiendo del proveedor o de la instalación un ciclo de tratamiento relacionado con el embarazo; o
- (5) se determina o se determinó que tiene una enfermedad terminal (según la sección 1861(dd)(3)(A) de la Ley del Seguro Social) y está recibiendo tratamiento para tal enfermedad de parte del proveedor o la instalación.

Sección 1.09. El término “Hospital participante” significa un hospital que tiene un contrato vigente con la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) del Fondo.

Sección 1.10. El término “Instalación participante” significa una instalación de atención médica o una instalación de tratamiento de farmacodependencia que tiene un contrato vigente con la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) del Fondo.

Sección 1.11. 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 1.12. El término “Empleador contribuyente” significa cualquier empleador que, de acuerdo con cualquier acuerdo de negociación colectiva, memorandos de entendimiento o acuerdos del subscritor, requiere hacer contribuciones al Fondo, y que de hecho hace una o más contribuciones al Fondo.

El término “Empleador contribuyente” también incluye a 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 asista 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 en relación con el trabajo de sus participantes según el acuerdo del subscritor 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 1.13. 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 1.14. El término “Participación de costos” significa la cantidad que el participante o el

dependiente es responsable de pagar por un artículo o servicio cubierto, según los términos del Plan. La participación de costos por lo general incluye copagos, coseguro y las cantidades pagadas hacia los deducibles, pero no incluye cantidades pagadas hacia las primas, la facturación del saldo por proveedores no participantes, o el costo de los artículos o servicios que no están cubiertos por el Plan. La cantidad de la participación de costos por servicios de emergencia y servicios que no son de emergencia en instalaciones participantes brindados por proveedores no participantes, y servicios de ambulancia por aire de proveedores no participantes se basará en la cantidad reconocida.

Sección 1.15. El término “Gasto(s) cubierto(s)” significa solo aquellos cargos que son cargos permitidos bajo el Plan y que se hacen por atención y tratamiento 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 1.16. 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 1.17. El término “Dentista” significa un dentista con licencia para practicar odontología en el estado en el cual proporciona el tratamiento.

Sección 1.18. El término “Dependiente” significa:

- (1) El cónyuge legal o la pareja de hecho calificado de un participante.
- (2) Un hijo que es:
 - a. el hijo biológico, hijastro, niño legalmente adoptado por el 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.
 - b. 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;
 - c. 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;
 - d. un hijo soltero que aparte de la edad, sea 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 del lugar de residencia del participante por razones de educación no se considera ausencia para los propósitos del cumplimiento de los requisitos de residencia de los párrafos (2) y (3) de esta subsección; o
 - e. un hijo soltero del participante (o hijo del cónyuge o pareja de hecho calificada del participante) de cualquier edad que no pueda ganarse la vida y su apoyo financiero dependa principalmente del participante debido a una afección, y que presente documentación por escrito de su médico en la que apoya la afección, y suponiendo que el hijo tenía tal afección mientras era un dependiente elegible bajo este Plan antes de cumplir la edad limitante que se describe en los párrafos (1), (2), (3) o (4) anteriores.

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

Sección 1.19. El término “Incapacitado” e “Incapacidad” significa:

- (1) Para los propósitos de la extensión del periodo de incapacidad que se describe en la sección 2.05 y de los beneficios semanales suplementarios por incapacidad del artículo 7, que el participante recibe beneficios temporales del Seguro de Accidentes en el Trabajo o beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad (State Disability Insurance, SDI).
- (2) Para los propósitos de la extensión de los beneficios por incapacidad que se describe en la sección 3.08, que el participante recibe beneficios temporales del Seguro de Accidentes en el Trabajo o beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad (SDI).
- (3) En el caso de la elegibilidad de un hijo dependiente, un hijo incapacitado significa aquel que no puede ganarse la vida y su apoyo financiero depende principalmente del participante debido a una afección, y presenta documentación por escrito de su médico en la que apoya la afección, y suponiendo que el hijo tenía tal afección cuando era un dependiente elegible bajo este Plan antes de cumplir la edad limitante que se describe en los párrafos (1), (2), (3) o (4) de la sección 1.15 anterior. El término “Incapacidad temporal” o “Temporalmente incapacitado” significa que el participante recibe beneficios temporales del Seguro de Accidentes en el Trabajo o beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad (SDI). Los periodos de incapacidad se considerarán periodos de incapacidad separados cuando entre ellos se haya trabajado al menos 60 horas para las cuales se requiera hacer contribuciones al Fondo a fin de recibir beneficios del Plan.

Sección 1.20. El término “Pareja de hecho” significa:

- a) Una persona que el participante haya registrado como pareja de hecho ante cualquier agencia gubernamental estatal o local autorizada para realizar tales registros.
- b) Cualquier relación de hecho anterior que el participante haya terminado no menos de 6 meses antes de la fecha de inscripción de la pareja de hecho subsiguiente.
- c) La solicitud de relación de hecho con el participante se presentó adecuadamente como lo requiere la Junta de Fideicomisarios, y todos los impuestos requeridos sobre el ingreso imputable atribuibles a los beneficios de la pareja de hecho se pagan al Fondo cuando se vencen.

Sección 1.21. 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 recetarlos.

Sección 1.22. El término “Persona elegible” significa cada participante y cada uno de sus dependientes, si los tiene.

Sección 1.23. Afección de emergencia significa una afección, incluida una afección mental o un trastorno de farmacodependencia, que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso) que una persona normal prudente que posea conocimientos medios de salud y medicina pudiera razonablemente esperar que la ausencia de tal atención médica inmediata daría como resultado un deterioro grave de las funciones orgánicas, disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal, o que arriesgue gravemente la salud de una mujer, o en el caso de una mujer embarazada, a su hijo no nacido.

Sección 1.24. Servicios de emergencia significan lo siguiente:

1. Un examen médico apropiado (como se requiere en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social) que está dentro de la capacidad de un departamento de emergencia de un hospital o de un departamento de emergencia autónomo independiente, según corresponda, incluidos servicios complementarios rutinariamente disponibles en el departamento de emergencia para evaluar tal afección de emergencia; y
2. Dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital o en el

departamento de emergencia autónomo independiente, según corresponda, tal examen médico adicional y tratamiento sean como se requiere en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social para estabilizar al paciente (independientemente del departamento del hospital en el que se haga tal examen o se proporcione tal tratamiento).

Los servicios de emergencia que brinde un proveedor no participante o instalación de emergencia no participante (independientemente del departamento del hospital en el que se haga tal examen o se proporcione tal tratamiento) también incluyen servicios de postestabilización (servicios después de que se estabiliza al paciente) y como parte de la observación de un paciente ambulatorio o una estancia como paciente interno o como paciente ambulatorio relacionada con la afección están cubiertos, hasta que:

- i. El proveedor o la instalación determinen que el participante o el dependiente puede viajar en un transporte no médico o en un transporte médico que no sea de emergencia; o
- ii. Se entrega al participante o al dependiente una notificación por escrito, como lo requiere la ley federal, que indique que el proveedor no participa en el Plan, un estimado de los cargos del tratamiento y cualquier limitación anticipada que el Plan podría imponer en el tratamiento, el nombre de los proveedores participantes de las instalaciones que lo pueden tratar, y que usted podría elegir que se le refiera a uno de los proveedores participantes enumerados; y
- iii. El participante o el dependiente da su consentimiento informado para continuar con el tratamiento del proveedor no participante, reconociendo que el participante o el dependiente entiende que la continuación del tratamiento por el proveedor no participante podría ocasionarle un gasto del bolsillo mayor.

Sección 1.25. 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 1.26. 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 1.27. 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 que 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 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 solo informes y artículos publicados en documentos médicos y científicos acreditados revisados 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 instalación encargada del tratamiento o por otra instalación que está estudiando substancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

Sección 1.28. 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 1.29. 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.

Sección 1.30. El término “Fondo” significa Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California.

Sección 1.31. 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 1.32. El término “Instalación médica” (para servicios que no son de emergencia) significa cada uno de lo siguiente:

- a. Un hospital (como lo define la sección 1861(e) de la Ley del Seguro Social);
- b. El departamento ambulatorio de un hospital;
- c. Un hospital de acceso crítico (como lo define la sección 1861(mm)(1) de la Ley del Seguro Social); y
- d. Un centro de cirugía ambulatoria como se describe en la sección 1833(i)(1)(A) de la Ley del Seguro Social.

Sección 1.33. 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 1.34. El término “Instalación 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 1.35. 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 médicos, 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 las 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 1.36. 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 1.37. 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 1.38. El término “Departamento de emergencia autónomo independiente” significa una instalación médica (sin limitarse a las que se describen en la definición de instalación médica) que está geográficamente separada y es distinta de un hospital bajo la ley estatal aplicable y que proporciona servicios de emergencia.

Sección 1.39. 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 1.40. 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 1.41. El término “Edad limitante” significa la edad a la cual el hijo pierde el estatus de elegibilidad según se define en la sección 1.15.b.

Sección 1.42. El término “Médicamente necesario”, con respecto a los servicios y suministros recibidos para el tratamiento de una enfermedad o lesión, y con el propósito de determinar la elegibilidad para recibir los beneficios del Plan, significa aquellos servicios y suministros que se determine que:

- (1) Son apropiados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión;
- (2) Son proporcionados para el diagnóstico o el cuidado y tratamiento directos de la enfermedad o lesión;
- (3) Se encuentran dentro de las normas de las buenas prácticas médicas de la comunidad médica organizada;
- (4) 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
- (5) Constituyen el suministro o el nivel de servicio más apropiado que se puede 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 1.43. El término “Instalación de emergencia no participante” significa el departamento de emergencia de un hospital, o un departamento de emergencia autónomo independiente (o un hospital, con respecto a servicios de emergencia como se definen), que no tiene una relación contractual directa ni indirecta con un plan médico de grupo o cobertura de un seguro médico de grupo ofrecida por una aseguradora médica, con respecto al suministro de un artículo o servicio bajo el Plan o la cobertura, respectivamente.

Sección 1.44. El término “Hospital no participante” significa un hospital que no tiene un contrato vigente con la Organización de Proveedores Preferidos del Fondo.

Sección 1.45. El término “Instalación no participante” significa una instalación de atención médica o una instalación de tratamiento de farmacodependencia que no tiene un contrato vigente con la Organización de Proveedores Preferidos del Fondo.

Sección 1.46. 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 1.47. El término “Proveedor no participante” significa un proveedor médico que no tiene una relación contractual directa ni indirecta con el Plan con respecto al suministro de un artículo o servicio bajo el Plan o la cobertura, respectivamente.

Sección 1.48. 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 1.49. El término “Ley contra Facturación Inesperada” significa la ley federal contra la facturación inesperada (Ley pública 116-260, División BB).

Sección 1.50. El término “Ortodoncista” significa un dentista cuya práctica se limita a la ortodoncia.

Sección 1.51. El término “Tarifa fuera de la red” con respecto a artículos y servicios proporcionados por un proveedor no participante, una instalación de emergencia fuera de la red o un proveedor no participante de servicios de ambulancia, significa uno de los siguientes:

- a) la cantidad que las partes negocian;

- b) la cantidad aprobada en un proceso independiente de resolución de disputas (independent dispute resolution, IDR);
- c) si el estado tiene un Acuerdo del Modelo para todos los Pagadores, la cantidad que el estado aprueba bajo ese sistema; o
- d) si corresponde, si una ley estatal es vigente y aplica, la cantidad determinada de acuerdo con dicha ley.
- e) la cantidad permitida como se describe en la sección 1.01.

Sección 1.52. El término “Participante” significa cada empleado que cumple con las reglas de elegibilidad establecidas en la sección 2.01 y en la sección 2.02.

Sección 1.53. El término “Paciente” significa la persona elegible que está recibiendo tratamiento, servicios o suministros médicos cubiertos por el Plan.

Sección 1.54. 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 1.55. El término “Plan” significa las Reglas y reglamentos de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California para los participantes activos del Plan A, Plan R, Plan B y Plan de Tarifa Fija, incluida cualquier enmienda.

Sección 1.56. El término “Año del Plan” significa del 1.º de septiembre de cualquier año al 31 de agosto del año siguiente.

Sección 1.57. 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 1.58. 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 de beneficios de acuerdo con los términos del Plan. La certificación antes de la admisión de la PRO incluye los procedimientos ambulatorios indicados en la sección 3.04.b. Para determinar la necesidad médica de un procedimiento quirúrgico elegible para la cobertura de los beneficios según los términos del Plan.

Sección 1.59. El término “Organización de Proveedores Preferidos” (Preferred Provider Organization, PPO) 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. El participante o el dependiente puede encontrar una lista gratuita de proveedores participantes visitando el sitio web o llamando al número telefónico que aparece en la tarjeta de identificación. Si el participante o el dependiente obtiene y usa información incorrecta sobre si un proveedor tiene un contrato con el Plan o con sus administradores, el Plan aplicará el costo compartido del contrato a su reclamación, aunque el proveedor no sea un proveedor participante.

Sección 1.60. El término “Plan médico prepago” 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 prepago.

Sección 1.61. 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 o si el procedimiento ambulatorio indicado en la sección 3.04.b. es médicamente necesario.

Sección 1.62. El término “Cantidad calificada del pago (Qualifying Payment Amount, QPA)” significa la cantidad que se calcula usando la metodología que se describe en 45 CFR § 149.140(a)(16).

Sección 1.63. El término “Cantidad reconocida” significa (en orden de prioridad) una de las siguientes cantidades:

- 1) Una cantidad determinada por el Acuerdo del Modelo para todos los Pagadores según la sección 1115A de la Ley del Seguro Social;
- 2) Una cantidad determinada por una ley estatal específica; o
- 3) La cantidad menor entre la facturada por el proveedor o la instalación, y la cantidad calificada del pago (QPA).

Para los servicios de ambulancia por aire proporcionados por proveedores no participantes, la **cantidad reconocida** es la cantidad menor entre la facturada por el proveedor o la instalación y la cantidad calificada del pago (QPA).

Sección 1.64. 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 1.65. El término “Afección grave y compleja” significa, con respecto al participante o al dependiente bajo el Plan, uno de lo siguiente:

- en el caso de una afección aguda, es una enfermedad que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado a fin de evitar la posibilidad razonable de muerte o de una incapacidad permanente.
- en el caso de una afección o enfermedad crónica, una enfermedad que:
 - 1) amenaza la vida, es degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita; y
 - 2) que requiere atención médica especializada por un periodo de tiempo prolongado.

Sección 1.66. El término “Instalación de enfermería especializada” significa una institución según se define en la sección 186(j) de la Ley de Seguro Social.

Sección 1.67. El término “Cónyuge”, siempre que aparezca en este Plan, significará el cónyuge legal, o la pareja de hecho calificada del participante.

Sección 1.68. El término “Parte interesada” significa cada persona que es un propietario, socio, accionista, 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 de 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 1.69. El término “Beneficios del Seguro Estatal por Incapacidad” significa los 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 1.70. Para ver la definición de “Temporalmente incapacitado”, vea “Incapacitado” o “Incapacidad”.

Sección 1.71. En el contexto de continuidad de la atención, el término “Terminación” incluye, con respecto a un contrato, el vencimiento o la no renovación del contrato, pero no incluye una terminación del contrato por no cumplir las normas de calidad aplicables o por fraude.

Sección 1.72. El término “Acuerdo del Fideicomiso” significa el acuerdo del fideicomiso que estableció 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 1.73. El término “Sindicato” significa Carpenters 46 Northern California Counties Conference Board o uno de sus sindicatos afiliados.

Sección 1.74. 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 (no reducida) de los beneficios. En el caso de internaciones de emergencia, la revisión se debe obtener retroactivamente.

Sección 1.75. 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. ELEGIBILIDAD 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 suscriptor, 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 haya trabajado 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 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, se volverán 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 trabaje 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 correspondientes del Plan Médico de Indemnización 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 en un lapso de un año a partir de que lo recibe. Los participantes deben conservar los talonarios de sus cheques o estados para que puedan 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 cree 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 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 en un lapso 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 de un 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 del 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 en su nombre las contribuciones requeridas al Fondo. Habrá un mes de demora entre el mes en el que se trabajaron 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 del Plan de Tarifa Fija continuará, suponiendo que sigue trabajando un mínimo de 17.5 horas por semana y que su empleador contribuyente continúa haciendo en 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 subsección e. que aparece abajo, 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;
- (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 su ingreso en un empleo no calificado; o
 - (5) El primer día del mes en que el empleado se vuelve elegible para la 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 en la 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 estatus como 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, incluida una certificación del médico de la necesidad médica de la ausencia. Debe presentar este formulario de certificación en la Oficina del Fondo 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 de 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 estatus fiscal 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.
 - (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.
 - (3) El primer día del segundo mes calendario, si después de un periodo durante el cual un empleador individual reportó horas del empleado como parte interesada, el empleador deja de reportar horas para esta persona que sigue trabajando con el empleador en cualquier capacidad.
- e. **Reanudación de la elegibilidad**
 - (1) **Plan A:**
 - a) Si se termina la elegibilidad de un **participante en el Plan A**, 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.
 - 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 un médico ya no certifique su incapacidad.

- c) Cualquier **participante del Plan A** que no restablezca su elegibilidad de acuerdo con el párrafo se volverá elegible otra vez cuando cumpla con los requisitos de la subsección 2.01.a (1).
- (2) **Plan B:** Si la elegibilidad de un participante del Plan B ha terminado, su elegibilidad se reanuda de acuerdo con las disposiciones de la subsección 2.01.a.(2).
- (3) **Plan R:** Si la elegibilidad de un participante del Plan R ha terminado, su elegibilidad se reanuda de acuerdo con las disposiciones de la subsección 2.01.a.(3).
- (4) **Plan de Tarifa Fija:** Si la elegibilidad de un participante del Plan de Tarifa Fija ha terminado, su elegibilidad se reanuda 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 lo reportó anteriormente como parte interesada, el empleador deja de reportar horas para tal persona que sigue trabajando para el 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 designada 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 Recontratación y Empleo de los Servicios Uniformados 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 en un lapso 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 haya determinado 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 los 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 o del Plan B** que no pueda trabajar para un empleador

contribuyente como resultado de una incapacidad temporal, y que esté recibiendo ya sea 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 por incapacidad para extender su elegibilidad existente por 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 el Plan B y el Plan 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 de las horas acumuladas en el banco de horas 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 de las horas acumuladas en el banco de horas 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.

No obstante las secciones de la (1) a la (3) de arriba, se excluirán todas las horas trabajadas como parte interesada.

No obstante las secciones de la (1) a la (3) de arriba, se excluirán todas las horas trabajadas bajo un acuerdo de negociación colectiva del Sindicato Internacional de Empleados Profesionales y de Oficina (Office and Professional Employee International Union, OPEIU) que requiera contribuciones al Fondo.

- b. **Exclusiones y limitaciones.** Los beneficios descritos en 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 de las horas acumuladas en el banco de horas 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 de los 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 en un lapso 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 esté recibiendo el pago de beneficios de Carpenters Pension Trust Fund for Northern California, y que a partir del 1.º 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 en 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.º de enero de 2010 o después de esta fecha, un participante que no se haya separado del servicio pero que haya 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 de 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 y cualquiera de sus reglamentos respecto a la continuación de la atención médica. 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 y 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. en nombre del participante en cualquier mes;
 - (2) Terminación del empleo del participante (en el Plan de Tarifa Fija);
 - (3) Fallecimiento del participante;

- (4) El divorcio del participante de su cónyuge dependiente;
- (5) Terminación del estatus de dependiente de un hijo dependiente.
- c. **Beneficiario calificado.** Según la definición de COBRA, beneficiario calificado es una persona que pierde la 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 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 ambas), el periodo máximo de continuación de la cobertura para los dependientes del participante será de 36 meses a partir de la fecha en la 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 en la 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. “Cobertura básica” se refiere a los beneficios de salud que el beneficiario calificado estaba recibiendo inmediatamente antes del evento calificante, *excepto* los 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 el 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 en 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 deben 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 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 estatus de dependiente bajo el plan.
 - c) Si ocurre un segundo evento calificante 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 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 el beneficiario calificado ya no está incapacitado, se debe proporcionar a la Oficina del Fondo 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 en nombre del 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 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 empleadores 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 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 tomará la determinación de que el empleador o empleadores de un participante han reportado en 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 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 reciba del beneficiario calificado o del empleador una notificación por escrito, o después de que la Oficina del Fondo 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 en un lapso 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 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 para recibir la cobertura de continuación COBRA, dicho 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 en un lapso de 30 días después del nacimiento, matrimonio, colocación para adopción o tutela 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 para los beneficios bajo la Ley de Asistencia para el Ajuste Comercial de 2002 (Trade Adjustment Assistance Act, 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 la 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 certificaron. 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 la 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. en nombre del participante en cualquier mes;
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 estatus 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 en 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 o la 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 colectivo después de un evento calificante (como empleado o de otra manera) o adquiere el derecho a la cobertura de Medicare.
- e. **Requisitos 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 deben elegir la cobertura de continuación en un lapso 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 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 abajo, 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. **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 efectivo 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 la 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 aplican sólo si United Brotherhood of Carpenters and Joiners of America Master Reciprocal Agreement for Health and Welfare Funds (Acuerdo Maestro Recíproco sobre Fondos de Salud y Bienestar establecido entre la Fraternidad Unida de Carpinteros y Carpinteros de América) ha sido adoptado por los fondos signatarios (en lo sucesivo denominados fondos cooperativos) 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 cooperativo 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 cooperativo 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 cooperativo 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, de 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. **Reinversión 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 que reciba un fondo local de un fondo externo se convertirán en horas, con base en la tasa de contribución vigente del fondo local en ese momento.
- g. **Cambio en el 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 cooperativo a otro fondo cooperativo:
 - (1) Se debe presentar una solicitud por escrito tanto al fondo local existente como al fondo cooperativo 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 hayan 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 proveedores participantes también se aplicará al deducible del proveedor no participante, y cualquier cantidad aplicada al deducible del proveedor no participante también contará hacia la cantidad del deducible del proveedor participante.
- 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 tratamiento de salud mental y farmacodependencia.
- f. El deducible no aplica a las visitas médicas LiveHealth en línea.
- g. Mientras dure la emergencia de salud pública, el deducible no aplica a las cantidades permitidas de proveedores participantes por los servicios de detección del COVID-19 ni al precio en efectivo indicado en el sitio web público (o si es más baja, la tarifa negociada) por los exámenes de laboratorio realizados por un proveedor no participante. Esto incluye artículos y servicios brindados durante una visita al consultorio, instalación de atención urgente, telesalud y visitas a la sala de emergencia relacionadas con la evaluación o la realización de la prueba.
- h. El deducible no aplica a las vacunas contra el COVID-19 cuando las administra un proveedor participante o un proveedor no participante. Cuando termine la emergencia de salud pública, el Plan continuará cubriendo las vacunas contra el COVID-19 sin deducible cuando las administre un proveedor participante, pero ya no las cubrirá si las administra un proveedor no participante.
- i. El deducible no aplica a los servicios de atención preventiva como se describe en las secciones 3.05.c. y 3.05.e., ni a ciertas vacunas e inmunizaciones como se describe en la sección 3.05.g.

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) Tratamiento de salud mental y 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.º de enero de 2017)
- (3) Ciertos beneficios preventivos de proveedores participantes son pagaderos al 100 % (sin deducible ni coseguro). El beneficio pagadero por servicios preventivos para mujeres como se describe en las subsecciones 3.05.c. y 3.05.e. así como todas las vacunas e inmunizaciones que se describen en la subsección 3.05.g. cuando se reciben de un proveedor participante.
- (4) 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 un **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) Los servicios de emergencia en un hospital no participante están cubiertos a un **90 %** de los cargos permitidos:
 - i. Sin necesidad de ninguna determinación de autorización previa, aunque los servicios sean brindados por proveedores no participantes;
 - ii. Sin importar si el proveedor médico que brinda los servicios de emergencia sea un proveedor participante o una instalación de emergencia participante, según corresponda, con respecto a los servicios;
 - iii. Si los servicios de emergencia son brindados por un proveedor no participante o en una instalación de emergencia no participante:
 - a. Sin imponer ningún requisito o limitación administrativos a los servicios de emergencia de proveedores no participantes que sean más restrictivos que los requisitos o las limitaciones que aplican a los servicios de emergencia recibidos de proveedores y de instalaciones de emergencia participantes;
 - b. Sin imponer requisitos de participación del costo de los servicios de emergencia de proveedores no participantes que aplicarían si los servicios fueran proporcionados por un proveedor o en una instalación participante.
 - c. Calculando el requisito de participación del costo de los servicios de emergencia de proveedores no participantes como si la cantidad total que se hubiera cobrado por tales servicios fuera igual a la cantidad reconocida por los servicios; y
 - d. Contando todo pago del costo compartido hecho por el participante o el dependiente con respecto a los servicios de emergencia hacia cualquier deducible o máximo del bolsillo contratados, aplicados bajo el Plan (y el deducible y el máximo del bolsillo contratados son aplicados), de la misma manera que si los pagos del costo compartido se hubieran hecho con respecto a servicios de emergencia brindados por un proveedor o una instalación de emergencia participante.
 - iv. Los servicios de emergencia brindados por un proveedor no participante o instalación

de emergencia no participante (independientemente del departamento del hospital en donde tales artículos o servicios se proporcionaron) también incluyen servicios de postestabilización (servicios que se brindan después de que se estabiliza al paciente) y como parte de la observación de un paciente ambulatorio o una estancia como paciente interno o como paciente ambulatorio relacionada con la afección están cubiertos, hasta que:

- a. El proveedor o la instalación determinen que el paciente o el dependiente puede viajar en un transporte no médico o en un transporte médico que no sea de emergencia;
 - b. Se entrega al participante o al dependiente una notificación por escrito, como lo requiere la ley federal, que indique que el proveedor no participa en el Plan, un estimado de los cargos del tratamiento y cualquier limitación anticipada que el Plan podría imponer en el tratamiento, el nombre de los proveedores participantes de las instalaciones que lo pueden tratar, y que usted podría elegir que se le refiera a uno de los proveedores participantes enumerados; y
 - c. El participante o el dependiente se encuentra en condición para recibir la notificación por escrito, según lo determine el médico de emergencia encargado del paciente o el proveedor encargado del tratamiento usando su criterio médico apropiado, y proporciona su consentimiento informado bajo tal sección de acuerdo con la ley estatal aplicable.
 - d. El participante o el dependiente da su consentimiento informado para continuar con el tratamiento que el proveedor no participante no considera que sean servicios de emergencia, reconociendo que el participante o el dependiente entiende que la continuación del tratamiento por el proveedor no participante podría ocasionarle un gasto del bolsillo mayor o la facturación del saldo.
- v. Con respecto a los artículos o servicios que no sean de emergencia y que de otra manera estén cubiertos por el Plan, si un proveedor no participante brinda estos artículos o servicios cubiertos que no sean de emergencia en una instalación médica participante, los artículos y los servicios están cubiertos por el Plan.
- a. Con el requisito de que la participación del costo no sea mayor que el requisito de participación del costo que aplicaría si un proveedor participante hubiera brindado los artículos o servicios.
 - b. Calculando los requisitos de participación del costo como si la cantidad total que tal proveedor participante hubiera cobrado por los artículos y servicios fuera igual a la cantidad reconocida por los artículos y los servicios.
 - c. Contando todo pago del costo compartido hecho por el participante o el dependiente hacia cualquier deducible o máximo del bolsillo contratados aplicados bajo el Plan (y el deducible y máximo del bolsillo contratados deben ser aplicados), de la misma manera que si los pagos del costo compartido se hubieran hecho por los servicios de emergencia brindados por un proveedor o una instalación de emergencia participante.
- vi. Los artículos o servicios que no son de emergencia brindados por un proveedor no participante en una instalación participante estarán cubiertos con base en su cobertura fuera de la red si:
- a. Al menos 72 horas antes del día de la cita (o 3 horas antes de que se brinden los servicios en el caso de citas en el mismo día), se entrega al participante o al dependiente una notificación por escrito, como lo requiere la ley federal, que indique que el proveedor no es un proveedor participante en el Plan, los cargos estimados de su tratamiento, y cualquier limitación que el Plan pudiera imponer en su tratamiento; y

- b. El participante o el dependiente da su consentimiento informado para continuar con el tratamiento del proveedor no participante, reconociendo que el participante o el dependiente entiende que la continuación del tratamiento por el proveedor no participante podría ocasionarle un mayor costo, que el pago de tal cargo podría no acumularse para cumplir con cualquier limitación del Plan sobre la participación del costo (como deducible o máximo del bolsillo), y que al participante o al dependiente se le podría facturar el saldo.
 - vii. La excepción de la notificación y el consentimiento no aplica a los servicios complementarios ni a los artículos y servicios brindados como resultado de necesidades médicas imprevistas y urgentes que surjan en el momento que se brinda un artículo o servicio, independientemente de si el proveedor no participante cumplió con los criterios de notificación y consentimiento, y por lo tanto estos servicios estarán cubiertos.
 - a. Con el requisito de que la participación del costo no sea mayor que el requisito de participación del costo que aplicaría si un proveedor participante hubiera brindado los artículos o servicios.
 - b. Calculando los requisitos de participación del costo como si la cantidad total que tal proveedor participante hubiera cobrado por los artículos y servicios fuera igual a la cantidad reconocida para los artículos y los servicios;
 - c. Con el costo compartido contando hacia cualquier deducible y máximo del bolsillo contratados, como si tales pagos del costo compartido se hicieran por los artículos y servicios proporcionados por un proveedor participante.
 - viii. 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.
 - e) Mientras dure la emergencia de salud pública, el beneficio pagadero por los servicios del laboratorio para la detección del COVID-19 es un 100 % de la cantidad permitida del proveedor participante o un 100 % del precio en efectivo indicado en el sitio web público (o si es menor, la tarifa negociada) por los exámenes de laboratorio realizados por un proveedor no participante. Esto incluye artículos y servicios brindados durante una visita al consultorio, instalación de atención urgente, telesalud y visitas a la sala, emergencia al grado que estén relacionadas con la evaluación o la realización de la prueba.
 - f) El beneficio pagadero por las vacunas contra el COVID-19 es el 100 % de la cantidad permitida de un proveedor participante o, solo durante la emergencia de salud pública, un 100 % del promedio de la cantidad permitida contratada por los servicios de un proveedor no participante.
- (5) 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) Los servicios de emergencia en un hospital no participante están cubiertos a un **80 %** de los cargos permitidos:
 - i. Sin necesidad de ninguna determinación de autorización previa, aunque los

servicios sean brindados por proveedores no participantes;

- ii. Sin importar si el proveedor médico que brinda los servicios de emergencia sea un proveedor participante o una instalación de emergencia participante, según corresponda, con respecto a los servicios;
- iii. Si los servicios de emergencia son brindados por un proveedor no participante o en una instalación de emergencia no participante:
 - a) Sin imponer ningún requisito o limitación administrativos a los servicios de emergencia de proveedores no participantes que sean más restrictivos que los requisitos o las limitaciones que aplican a los servicios de emergencia recibidos de proveedores y de instalaciones de emergencia participantes;
 - b) Sin imponer requisitos de participación del costo de los servicios de emergencia de proveedores no participantes que aplicarían si los servicios fueran proporcionados por un proveedor o en una instalación participante.
 - c) Calculando el requisito de participación del costo de los servicios de emergencia de proveedores no participantes como si la cantidad total que se hubiera cobrado por tales servicios fuera igual a la cantidad reconocida por los servicios; y
 - d) Contando todo pago del costo compartido hecho por el participante o el dependiente con respecto a los servicios de emergencia hacia cualquier deducible o máximo del bolsillo contratados, aplicados bajo el Plan (y el deducible y el máximo del bolsillo contratados son aplicados), de la misma manera que si los pagos del costo compartido se hubieran hecho con respecto a servicios de emergencia brindados por un proveedor o una instalación de emergencia participante.
- iv. Los servicios de emergencia brindados por un proveedor no participante o instalación de emergencia no participante (independientemente del departamento del hospital en donde tales artículos o servicios se proporcionaron) también incluyen servicios de postestabilización (servicios que se brindan después de que se estabiliza al paciente) y como parte de la observación de un paciente ambulatorio o una estancia como paciente interno o como paciente ambulatorio relacionada con la afección están cubiertos, hasta que:
 - a) El proveedor o la instalación determinan que el paciente o el dependiente puede viajar en un transporte no médico o en un transporte médico que no sea de emergencia; y se entrega al participante o al dependiente una notificación por escrito, como lo requiere la ley federal, que indique que el proveedor no participa en el Plan, un estimado de los cargos del tratamiento y cualquier limitación anticipada que el Plan podría imponer en el tratamiento, el nombre de los proveedores participantes de las instalaciones que lo pueden tratar, y que usted podría elegir que se le refiera a uno de los proveedores participantes enumerados; y
 - b) El participante o el dependiente se encuentra en condición para recibir la notificación por escrito, según lo determine el médico de emergencia encargado del paciente o el proveedor encargado del tratamiento usando su criterio médico apropiado, y proporciona su consentimiento informado bajo tal sección de acuerdo con la ley estatal aplicable.
 - c) El participante o el dependiente da su consentimiento informado para continuar con el tratamiento que el proveedor no participante no considera que sean servicios de emergencia, reconociendo que el participante o el dependiente entiende que la continuación del tratamiento por el proveedor no participante podría ocasionarle un gasto del bolsillo mayor o la facturación del saldo.
- v. Con respecto a los artículos o servicios que no sean de emergencia y que de otra manera estén cubiertos por el Plan, si un proveedor no participante brinda los artículos o los servicios en una instalación médica participante, los artículos y los

servicios están cubiertos por el Plan:

- a) con el requisito de que la participación del costo no sea mayor que el requisito de participación del costo que aplicaría si un proveedor participante hubiera brindado los artículos o servicios.
 - b) Calculando los requisitos de participación del costo como si la cantidad total que tal proveedor participante hubiera cobrado por los artículos y servicios fuera igual a la cantidad reconocida por los artículos y los servicios.
 - c) Contando todo pago del costo compartido hecho por el participante o el dependiente hacia cualquier deducible o máximo del bolsillo contratados aplicados bajo el Plan (y el deducible y máximo del bolsillo contratados deben ser aplicados), de la misma manera que si los pagos del costo compartido se hubieran hecho por los servicios de emergencia brindados por un proveedor o una instalación de emergencia participante.
- vi. Los artículos o servicios que no son de emergencia brindados por un proveedor no participante en una instalación participante estarán cubiertos con base en su cobertura fuera de la red si:
- a) Al menos 72 horas antes del día de la cita (o 3 horas antes de que se brinden los servicios en el caso de citas en el mismo día), se entrega al participante o al dependiente una notificación por escrito, como lo requiere la ley federal, que indique que el proveedor no es un proveedor participante en el Plan, los cargos estimados de su tratamiento, y cualquier limitación que el Plan pudiera imponer en su tratamiento; y
 - b) El participante o el dependiente da su consentimiento informado para continuar con el tratamiento del proveedor no participante, reconociendo que el participante o el dependiente entiende que la continuación del tratamiento por el proveedor no participante podría ocasionarle un mayor costo, que el pago de tal cargo podría no acumularse para cumplir con cualquier limitación del Plan sobre la participación del costo (como un deducible o máximo del bolsillo), y que al participante o al dependiente se le podría facturar el saldo.
- vii. La excepción de la notificación y el consentimiento no aplica a los servicios complementarios ni a los artículos y servicios brindados como resultado de necesidades médicas imprevistas y urgentes que surjan en el momento que se brinda un artículo o servicio, independientemente de si el proveedor no participante cumplió con los criterios de notificación y consentimiento, y por lo tanto estos servicios estarán cubiertos
- a) con el requisito de que la participación del costo no sea mayor que el requisito de participación del costo que aplicaría si un proveedor participante hubiera brindado los artículos o servicios.
 - b) Calculando los requisitos de participación del costo como si la cantidad total que tal proveedor participante hubiera cobrado por los artículos y servicios fuera igual a la cantidad reconocida para los artículos y los servicios;
 - c) Con el costo compartido contando hacia cualquier deducible y máximo del bolsillo contratados, como si tales pagos del costo compartido se hicieran por los artículos y servicios proporcionados por un proveedor participante.
- viii. 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.
- e) Mientras dure la emergencia de salud pública, el beneficio pagadero por los servicios del

laboratorio para la detección del COVID-19 es un 100 % de la cantidad permitida del proveedor participante o un 100 % del precio en efectivo indicado en el sitio web público (o si es menor, la tarifa negociada) por los exámenes de laboratorio realizados por un proveedor no participante. Esto incluye artículos y servicios brindados durante una visita al consultorio, instalación de atención urgente, telesalud y visitas a la sala, emergencia al grado que estén relacionadas con la evaluación o la realización de la prueba.

- f) El beneficio pagadero por las vacunas contra el COVID-19 es el 100 % de la cantidad permitida de un proveedor participante o, solo durante la emergencia de salud pública, un 100 % del promedio de la cantidad permitida contratada por los servicios de un proveedor no participante.
- (6) **Atención continua (para los Planes A, R, B y de Tarifa Fija).** Si el participante o el dependiente es un paciente de atención continua, y el contrato con el proveedor o la instalación se termina, o los beneficios bajo un plan médico de grupo se terminan debido a un cambio en los términos de la participación de los proveedores y/o de las instalaciones en el Plan:
- (a) El participante o el dependiente será notificado oportunamente de la terminación del contrato y del derecho de elegir atención de transición continua del proveedor o de la instalación; y
 - (b) Se permitirá que el participante o el dependiente continúe con la cobertura al costo compartido contratado para permitir la transición de la atención a un proveedor participante hasta la primera de las siguientes ocurrencias a) noventa (90) días o b) la fecha en la que el participante o el dependiente ya no se considere un paciente de atención continua con respecto a ese proveedor.

Sección 3.03. Gasto máximo anual del bolsillo

Cada año calendario, después de que una persona elegible o su familia alcance 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: \$1289 por persona, sin exceder \$2578 por familia
 - (2) Plan B y plan de Tarifa Fija \$6445 por persona, sin exceder \$12 890 por familia
- b. No hay un máximo anual de su propio bolsillo por los cargos de proveedores no participantes.
- c. Los siguientes gastos no se aplicarán para pagar el gasto máximo de su propio bolsillo y no serán pagaderos al 100 % después de que se pague el gasto máximo de su propio bolsillo:
 - (1) Cantidades aplicables al deducible.
 - (2) Cualquier cantidad que exceda los límites del plan para beneficios específicos, inclusive los límites del plan correspondientes a los siguientes beneficios: Acupuntura, servicios de quiropráctica, audífonos, instalaciones de cirugía ambulatoria no participantes, servicios de instalaciones hospitalarias para pacientes internos y pacientes ambulatorios asociados con una artroplastía en un lado de la cadera o una artroplastía en una sola 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 en un lapso 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 el 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 artroplastia de un lado de la cadera o de una artroplastia de una sola rodilla.

- b. En hospitales para pacientes externos, instituciones de atención urgente, suponiendo que los servicios de la instalación quirúrgica estén relacionados con una cirugía cubierta por el Plan. Si una persona elegible necesita uno de los siguientes procedimientos quirúrgicos ambulatorios, el médico o el hospital o instalación debe obtener una revisión antes de la admisión por parte de la Organización de Revisión Profesional (ORP) a fin de determinar la necesidad médica de la cirugía. La revisión antes de la admisión se debe obtener antes de los siguientes procedimientos quirúrgicos.

Los beneficios máximos pagaderos indicados a continuación aplicarán a los siguientes procedimientos cuando se reciban en el entorno ambulatorio de un hospital:

- | | |
|---|---------------|
| (1) Colonoscopia – | \$1500 |
| (2) Artroscopia – | \$6000 |
| (3) Cirugía de cataratas – | \$2000 |
| (4) Todas las demás endoscopias - | \$1000 |
| (5) Extirpación laparoscópica de la vesícula biliar | \$5000 |

(6)	Muestra de tejido uterino con histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado)	\$3500
(7)	Nariz/Senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior	\$3000
(8)	Adenotomía y/o amigdalectomía (para los miembros menores de 12 años) -	\$3000
(9)	Nariz/Senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia -	\$3500
(10)	Litotricia -	\$7000
(11)	Reparación de hernia inguinal (mayor de 5 años, no laparoscópica) -	\$4000
(12)	Esofagoscopia -	\$2000
(13)	Reparación laparoscópica de una hernia inguinal -	\$5500
(14)	Sigmoidoscopia -	\$1000
(15)	Endoscopia gastrointestinal superior sin biopsia -	\$1500
(16)	Endoscopia gastrointestinal superior con biopsia -	\$2000
(17)	Artroplastia de una rodilla -	\$30 000
(18)	Artroplastia de un lado de la cadera -	\$30 000

- 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 médica 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 niños dependientes. Los beneficios son pagaderos a los porcentajes descritos en la sección 3.02 por exámenes físicos de rutina para hijos dependientes. 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.).

- 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. Beneficio del examen de OB/GIN de rutina. Los beneficios son pagaderos a los porcentajes descritos en la sección 3.02 por exámenes OB-GIN de rutina realizados por un médico. Los beneficios se limitan a un examen físico de rutina en cualquier periodo de 12 meses, solo para el participante y su cónyuge. La cobertura incluye rayos X y pruebas de laboratorio relacionados con el examen físico, incluidas pruebas de Papanicolaou.
- f. 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 **\$1500** para una colonoscopia que se realice en el entorno ambulatorio de un hospital.
- g. Las siguientes vacunas e inmunizaciones administradas por un proveedor participante se pagarán a un 100 % de la tarifa contratada (sin deducible ni coseguro):
 - (1) Vacunas para adultos, las dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas se deben satisfacer:
 - a) Difteria, tétanos, tos ferina
 - b) Sarampión, paperas, rubéola (Measles/mumps/rubella, MMR)
 - c) Influenza
 - d) Papilomavirus humano (Human papillomavirus, HPV)
 - e) Neumocócica (polisacárida)
 - f) Zóster
 - g) Hepatitis A
 - h) Hepatitis B
 - i) Meningocócica
 - j) Varicela
 - k) COVID-19

- (2) Las vacunas para niños desde el nacimiento hasta los 18 años, las dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas se deben satisfacer:
- a) Hepatitis B
 - b) Rotavirus
 - c) Difteria, tétanos, tos ferina
 - d) *Haemophilus influenzae* tipo b
 - e) Neumocócica
 - f) Poliovirus inactivado
 - g) Influenza
 - h) Sarampión, paperas, rubéola
 - i) Varicela
 - j) Hepatitis A
 - k) Meningocócica
 - l) Papilomavirus humano (Human papillomavirus, HPV)
 - m) COVID-19

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, inclusive:
 - (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 apósitos.
 - (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 considerarían 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 para el médico por los servicios prestados.
 - (5) Para los proveedores participantes, los gastos cubiertos se limitan a la tarifa negociada para 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 tuvo 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 al ojo un tratamiento médico Medicamento Necesario, 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, 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. Visitas médicas en línea: Las visitas de LiveHealth Online proporcionadas a un participante o a un dependiente serán pagaderas al 100 % si las brinda un médico de LiveHealth Online u otro profesional médico de LiveHealth Online.
1. Visitas médicas en línea con un proveedor participante.

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, inclusive 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 médica 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 por 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. 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).

l. Programas de instrucción sobre diabetes, suponiendo que el programa sea reconocido como un programa aceptable por la Asociación Estadounidense de Diabetes (American Diabetes Association).

m. Proveedores no participantes que no estén 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

n. Renta o compra de una bomba de lactancia para mujeres que están lactando. Una bomba de lactancia manual o eléctrica tiene la cobertura del Plan hasta un pago máximo de beneficios de **\$75 por año calendario**.

- o. Examen de la audición realizado por un médico o por una persona que tenga un grado de maestría o de doctorado en audiología, cuando lo ordene un médico.
- p. Los siguientes medicamentos especializados podrían estar cubiertos ya sea con el beneficio del Plan Médico de Indemnización o con el beneficio de medicamentos de venta con receta. Si se surten bajo el beneficio del Plan Médico de Indemnización, quedarán sujetos al costo compartido que se especifica en la sección 3.02 y requieren autorización previa.

Medicamento de marca	Medicamento genérico
Zirabev o Mvasi	bevacizumab
Uplizno	ipilimumab
Keytruda	pembrolizumab
Herceptin	trastuzumab
Rituxan	rituximab
Prolia o Xgeva	denosumab
Opdivo	nivolumab
Lupron	leuprorelin

Sección 3.08. Extensión de los beneficios por incapacidad

Si la persona elegible está incapacitada (como se define en la sección 1.16), 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. El reemplazo de audífonos por cualquier razón con mayor frecuencia que una vez durante cualquier periodo de 3 años;
- b. Pilas u otro equipo auxiliar que no se obtenga con la compra de una audífono; o
- c. Gastos incurridos que la persona no esté obligada a pagar.

ARTÍCULO 5. BENEFICIO 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 de Walgreen's**, el copago por cada surtido de 90 días es de:
 - (1) Medicamento genérico del formulario – \$26
 - (2) Medicamento de marca de múltiples fuentes – \$26 más la diferencia en costo entre los medicamentos genéricos y los de marca
 - (3) Medicamento de marca del formulario de una sola fuente – \$106
 - (4) Medicamento no incluido en el formulario: \$133, 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.º 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 que “no se debe incluir”, el copago seguirá siendo el 50 % del costo del medicamento de manera indefinida.
- 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.
- f. Inmunizaciones/vacunas. Las inmunizaciones, incluidas las inmunizaciones para viajes incluidas en el programa de cobertura integral de vacunas de Express Scripts estarán cubiertas un 100 %, sin copagos, cuando las reciba en una farmacia participante. Puede encontrar una lista de las inmunizaciones cubiertas por este programa en Express Scripts. Las vacunas contra el COVID-19 también son pagaderas al 100 % de la cantidad permitida por la farmacia participante o, solo durante la emergencia de salud pública, un 100 % del promedio de la cantidad permitida contratada por los servicios de una farmacia no participante.

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 diabetes.
- 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. Gotas para la nariz u otras preparaciones nasales.
- f. Los medicamentos especializados, según la definición del administrador de beneficios de farmacia, están sujetos a los siguientes requisitos:
 - (1) En la mayoría de los casos 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 medicamentos identificados en la subsección 3, de abajo, y 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 artroplastias de cadera.
 - (2) Los siguientes medicamentos especializados podrían estar cubiertos ya sea por el beneficio del Plan o por el beneficio de medicamentos de venta con receta. Si se surten bajo el programa de medicamentos de venta con receta, quedarán sujetos a los copagos de las farmacia minoristas especificados en la sección 5.01. a.

Medicamento de marca	Medicamento genérico
Zirabev o Mvasi	Bevacizumab
Uplizno	Ipilimumab
Keytruda	Pembrolizumab
Herceptin	Trastuzumab
Rituxan	Rituximab
Prolia o Xgeva	Denosumab
Opdivo	Nivolumab
Lupron	Leuprorelin

- (3) 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 se conforman a la definición de “Medicamentos” establecidos en la sección 1.18. Excepto por insulina, kits de inyección de insulina y los artículos enumerados 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. 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 pedidos por correo de medicamentos de venta con receta del Fondo.
- l. Medicamentos que no tengan indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE.UU.
- 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.
- v. No todos los medicamentos están aprobados para la cobertura. Los medicamentos excluidos bajo el Comité de Farmacia y Terapéutica del gerente de beneficios de farmacia (PBM) o el Comité Recomendatorio Clínico de la Fraternidad Unida de Carpinteros (United Brotherhood of Carpenter’s, UBC) no están cubiertos. Si desea ver una lista de los medicamentos cubiertos, consulte el directorio disponible en internet en www.express-scripts.com.

- w. Tratamiento con células madre sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- x. Cualquier medicamento que no cumpla con las pautas clínicas del PBM.
- y. Cualquier medicamento que no cumpla con los requisitos de autorización previa de PBM, terapias graduales, pautas terapéuticas u otros protocolos de seguridad y ahorro en los costos.

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 **\$1500**.

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 preortodónico 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. BENEFICIOS SEMANALES SUPLEMENTARIOS 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 beneficio semanal suplementario por incapacidad son pagaderos si un **participante del Plan A, B o R** está recibiendo ya sea

Beneficios del Seguro de Accidentes en el Trabajo o 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 la subsección d. 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, beneficio por incapacidad permanente del Seguro de Accidentes en el Trabajo, o beneficio de pensión por incapacidad recibido de Carpenters Pension Trust Fund for Northern California. En el evento de que la Administración del Seguro Social o el Seguro de Accidentes en el Trabajo otorgue los beneficios por incapacidad permanente de manera retroactiva, la reducción del beneficio del Fondo será retroactiva y el participante requerirá hacer un reembolso 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, excluidas todas las horas trabajadas como parte interesada 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 estén separados por un nuevo primer día de incapacidad. 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.
- j. Un participante que recibe un beneficio de pensión de Carpenters Pension Trust Fund for Northern California.
- k. Un participante cuyo acuerdo de negociación colectiva o acuerdo del suscriptor expresamente prohíbe este beneficio.

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 involucrada.
- 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. Los servicios proporcionados por un hogar de descanso, un hogar para ancianos, un hogar de convalecencia o cualquier instalación similar, excepto que el Plan podría cubrir una estadía en una instalación de atención intensiva a largo plazo cuando un paciente recibe terapia de rehabilitación inmediatamente después de, o en lugar de una hospitalización aguda. Para que el Plan considere cubrir tales servicios, la estancia debe tener autorización previa y el paciente debe continuar haciendo progresos en el tratamiento como lo documenten las notas sobre el paciente.
- 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 o registro médicos.
- 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, anteojos 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 cantidad menor entre:
 - a) Los cargos normales facturados por el proveedor, 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 sobre nutrición o suplementos o sustitutos alimenticios. Esta exclusión no aplica al asesoramiento en nutrición específicamente dispuesto en la sección 3.07.m., ni a los servicios de asesoramiento en nutrición que sean médicamente necesarios para el tratamiento de una persona diagnosticada con una afección mental, como un trastorno de la conducta alimentaria. Además, esta exclusión no aplica a la nutrición parenteral total (Total Parenteral Nutrition, TPN) que Anthem apruebe como médicamente necesaria y de naturaleza curativa.
- 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 intratubárica de gametos, inseminación artificial, transferencia de embriones, transferencia de gametos, transferencia de cigotos, paternidad/maternidad suplente, donador de óvulos/semén 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 no quirúrgicos 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 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 fundamentado 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 se está investigando en ensayos clínicos en fase I o fase II en marcha, que es la rama investigativa, experimental, de estudio o en investigación de ensayos clínicos en fase III en marcha, o que de otra manera se está estudiando para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico; o
 - (4) La **evidencia confiable** muestra que la opinión dominante entre los expertos sobre 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 los medios estándar de tratamiento o diagnóstico.
- Para los propósitos de esta definición, “**evidencia confiable**” significa únicamente informes y artículos, publicados en literatura médica y científica acreditada, que han sido revisados 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 por escrito usado por la instalación encargada del tratamiento o por otra instalación 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. Gastos de un hospital no participante, una instalación no participante o de otro proveedor no participante que no completó su inscripción en el programa Medicare, excepto como de otra manera

lo disponga la sección 1.01c.

- 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.
- ee. Aquellos proveedores que, después de una investigación y recomendaciones del proveedor de servicios relacionados con fraude, desperdicios y abuso del Plan, se determinó que participaron en una actividad fraudulenta.

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 de 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.
- c. Si el Fondo paga algún beneficio por tal afección, lesión, enfermedad u otro padecimiento, el Fondo también tendrá un derecho automático de retención y/o un fideicomiso legal sobre esa porción de cualquier recuperación obtenida por la persona elegible o por cualquier otra persona o parte para la persona elegible, por tal afección, lesión, enfermedad u otro padecimiento por el cual el Fondo debe pagar tales beneficios, aunque la sentencia, veredicto, adjudicación, otorgamiento 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.
- 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 preferencia y/o fideicomiso constructivo 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 pueda tener contra el tercero razonable 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 persona elegible para la cobertura del motorista no asegurado;
- (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, en el lapso 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 el Fondo 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 de grupo, 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 colectivo.
- c. Si la persona elegible en 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, exceptuando 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, exceptuando 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 en 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 en 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 cubra 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 en 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 del 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 estipuladas en los apartados 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 colectivo, con sujeción a lo siguiente:
 - (1) los beneficios de un plan colectivo 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 colectivo 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 colectivos tiene estipulaciones referentes a empleados despedidos o jubilados, lo cual dé como resultado que cada plan colectivo determine sus beneficios después del otro, entonces la estipulación (1) anterior no aplicará.

Sección 8.04. Coordinación con planes prepagados

Independientemente de si este Plan se considera 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 que tienen derecho a Medicare debido a 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 en 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 ningún beneficio pagadero, ni 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 instalación 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 de 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 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 en un lapso 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 permitirán 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 se 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 niega a surtir la receta a menos que el reclamante pague el costo total, no se considera una determinación adversa sobre un beneficio (pero solo al grado que la decisión de la farmacia de denegar el surtido de la receta se base en las reglas de 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 previas al 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) Reclamación previa al servicio. El término “reclamación previa al 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) Reclamación 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 bajo la sección 2.05.c. O la sección 7.01.e. Cuando la certificación por escrito de un médico indica que el solicitante está incapacitado según la definición del Plan, pero de todas maneras el Plan deniega un beneficio por incapacidad.
- (3) Documentos relevantes. 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 demuestran que las reglas del Fondo se aplicaron apropiadamente a una reclamación, incluidos los documentos relacionados con una reclamación, si ellos:
- a) Se tomaron en cuenta para tomar la determinación sobre el beneficio,
 - b) Se presentaron, consideraron o generaron en el curso de la determinación del beneficio.
 - c) Demuestran el cumplimiento de los procesos y las protecciones administrativos requeridos por los reglamentos, o constituyen la política o la directriz del Plan con respecto al beneficio o a la opción de tratamiento denegado.
 - d) Para las reclamaciones de incapacidad, ellos constituyen la declaración de una política o directriz del Plan sobre el beneficio o la opción de tratamiento denegado para el diagnóstico de los reclamantes, independientemente de tal consejo o declaración que se tomó en cuenta para hacer la determinación del beneficio.

b. Procedimientos para presentar reclamaciones.

- (1) Requisitos de tiempo para el pago de servicios de emergencia, servicios que no sean de emergencia en instalaciones PPO por proveedores que no sean PPO y servicios de ambulancia por aire: El Plan hará un pago inicial o notificará la denegación del pago por servicios de emergencia, servicios que no sean de emergencia en instalaciones participantes por proveedores no participantes, y servicios de ambulancia por aire en un lapso de 30 días calendario a partir de que reciba una reclamación limpia de un proveedor no participante. El periodo de 30 días calendario comienza en la fecha en que el Plan reciba la información necesaria para decidir una reclamación del pago de los servicios.

Si una reclamación está sujeta a la Ley contra Facturación Inesperada (No Surprises Act), no se puede requerir al participante que pague más que su participación del costo bajo el Plan, y se prohíbe que el proveedor o la instalación facturen al participante o al dependiente una cantidad que exceda la participación del costo requerida.

Si un proveedor o una instalación no participante y el Plan inician el proceso de Resolución Independiente de Disputas (Independent Dispute Resolution, IDR) en virtud de la Ley contra Facturación Inesperada (Ley Pública 116-260, División BB) y no llegan a un acuerdo antes de la fecha en que una entidad de IDR certificada tome una determinación con respecto a tal artículo o servicio, la cantidad permitida es la cantidad de tal determinación. El participante o el dependiente no tiene el derecho ni la obligación de participar en ningún proceso de IDR según la Ley contra Facturación Inesperada.

- (2) 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 en un lapso 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.

- (3) Reclamaciones previas al 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 afección que no sea de emergencia o por ciertos procedimientos quirúrgicos ambulatorios como se describe en la sección 3.04(b) a fin de recibir los beneficios máximos.

La PRO designada por el Fondo tan pronto notificará al reclamante de una **reclamación previa al servicio** inadecuadamente presentada y 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 solo recibirá una notificación de una reclamación previa al servicio presentada inadecuadamente si la reclamación se presenta a 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 previas al servicio adecuadamente presentadas, el reclamante (y el médico del reclamante) serán notificados de la decisión en un lapso 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.

- (4) Reclamaciones concurrentes. Cualquier solicitud presentada por un reclamante para extender una reclamación urgente aprobada será procesada por la PRO en un lapso 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.
- (5) 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 en 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 proporciona:

- 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 en un lapso de 30 días a partir de la fecha en que la Oficina del Fondo 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 en un lapso de 45 días, el Fondo emitirá una notificación de determinación adversa sobre los beneficios.

- (6) 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.
- d) El término “Reclamación por incapacidad” significa cualquier reclamación bajo la sección 2.05.c. o la sección 7.01.e. cuando la certificación por escrito de un médico indica que el solicitante está incapacitado según la definición del Plan, pero de todas maneras el Plan deniega un beneficio por incapacidad.

Para las reclamaciones por incapacidad presentadas el 1.º de abril de 2018 o después de esta fecha, a fin de asegurarse de que todas las reclamaciones y apelaciones de los beneficios por incapacidad según la Sección 2.05.c., o la sección 7.01.e., cuando la certificación por escrito de un médico establece que el solicitante está incapacitado, según la definición del Plan, pero de todas maneras el Plan deniega un beneficio por incapacidad, se adjudican en una manera diseñada para asegurar la independencia y la imparcialidad de las personas involucradas en la toma de decisiones, las decisiones cubiertas por la autoridad de este Plan respecto a la contratación, compensación, terminación, promoción u otros asuntos similares con respecto a cualquier persona (como un adjudicador de reclamaciones o un experto médico o vocacional) que toma determinaciones con respecto a la sección 2.05.c, o la sección 7.01.e., del Plan no se tomarán con base en la probabilidad de que la persona apoyará la denegación de los beneficios.

- (7) Representantes autorizados. Un representante autorizado, como un cónyuge o un hijo adulto, puede presentar una reclamación o apelación en nombre del reclamante si anteriormente el reclamante designó a esta persona para que actuara en su nombre por medio de un formulario disponible en la Oficina del Fondo. 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 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.

- (8) 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 disposiciones 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).

Además de la información requerida que se describe en la subsección 9.05.b.(7), la notificación por escrito de la denegación de un beneficio por incapacidad bajo la sección 2.05.c. y la sección 7.01.e. del Plan cuando la certificación por escrito de un médico indica que el solicitante está incapacitado según la definición del Plan, pero de todas maneras el Plan deniega un beneficio por incapacidad, establecerá en una manera que el solicitante pueda entender, lo siguiente:

- a) una discusión de la decisión, incluida la base del desacuerdo, o no ceñirse a:
- b) Un médico encargado del tratamiento o un profesional vocacional que evaluó al reclamante;
- c) Las opiniones médicas o de expertos vocacionales obtenidas por el Plan; y
- d) Cualquier determinación de incapacidad tomada por la Administración del Seguro Social.
- e) Si la determinación adversa sobre los beneficios se basa en la necesidad médica o el tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, se proporcionará gratuitamente una declaración que indique que se proporcionará una explicación del criterio científico o clínico usado para la determinación, si se solicita.
- f) Cualquier regla interna, directriz, protocolos u otros criterios similares que se usaron para denegar la reclamación, o una declaración que indique que tales reglas internas no existen;
- g) Cuando la reclamación se deniegue, una declaración que indique que el reclamante tiene derecho a recibir los documentos relevantes si los solicita;
- h) Una declaración que indique que no se pueden iniciar ni mantener acciones legales en contra del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de California ni de la Junta de Fideicomisarios más de dos (2) años después de que se haya denegado una reclamación y
- i) Las notificaciones se deberán proporcionar de manera cultural y lingüísticamente apropiada de acuerdo con los requisitos descritos en DOL Reg. §2560.503-1(o).

c. Procedimientos de apelación.

- (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 en un lapso 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 previas al servicio. Las apelaciones de determinaciones adversas sobre los beneficios referentes a las reclamaciones previas al servicio se deben hacer por escrito por correo o fax. Una apelación de una reclamación previa al 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 previa al 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 en un lapso 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.

Antes de que la Junta de Fideicomisarios pueda emitir una determinación adversa sobre los beneficios después de la revisión de una reclamación de beneficios por incapacidad según la Sección 2.05.c. O la sección 7.01.e. del Plan cuando la certificación por escrito de un médico indique que el reclamante está discapacitado según la definición del Plan pero de todas maneras

el Plan emite la denegación de un beneficio por incapacidad, con base en razones nuevas o adicionales, la Junta de Fideicomisarios deberá proporcionar automáticamente al reclamante y de manera gratuita, toda evidencia nueva o adicional y las razones adicionales que el Plan consideró, usó o generó (o a discreción del Plan) en relación con la reclamación denegada. Tal evidencia o razones se proporcionarán tan pronto como sea posible (y con suficiente anticipación de la fecha en la cual se requiere proporcionar la notificación de la apelación) para dar al reclamante la oportunidad de responder antes de esa fecha. Si el Plan recibe evidencia o razones nuevas o adicionales tan tarde en el proceso presentación de una reclamación por incapacidad o de apelación de una reclamación por incapacidad que el reclamante no tendría una oportunidad razonable para responder, el periodo para proporcionar la determinación final se demora hasta el momento que el reclamante haya tenido tal oportunidad.

(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 en un lapso de 72 horas a partir de que la Oficina del Fondo de Fideicomiso o la Organización de Revisión por éste designada reciba la apelación.
- b) Reclamaciones previas al servicio. La notificación de la determinación sobre la apelación de reclamaciones previas al servicio se enviará en un lapso de 30 días a partir de que la Oficina del Fondo 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 podría 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.
- f) Para las reclamaciones de beneficios de incapacidad según la sección 2.05.c., o la sección 7.01.e., del Plan, cuando la certificación por escrito de un médico indique que el reclamante está incapacitado según la definición del Plan pero de todas maneras el Plan emite la denegación de un beneficio por incapacidad, los procedimientos administrativos no se considerarán agotados si la violación del plan fue *de minimis* y no causó y no es probable que cause perjuicios o daños al reclamante (si el Plan demuestra que la violación fue por una causa justificada o que no estuvo bajo su control, y la violación ocurrió en el contexto del intercambio de información de buena fe entre el Plan y el reclamante. Si el Plan no proporciona una explicación por escrito en un lapso de 10 días a partir de una solicitud por escrito, la reclamación se considerará denegada.

- (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.
 - g) Para las reclamaciones de beneficios por incapacidad según la sección 2.05.c. o la sección 7.01.e. del Plan, cuando la certificación por escrito de un médico indica que el reclamante está incapacitado según la definición del Plan, pero de todas maneras el Plan deniega un beneficio por incapacidad, la notificación de la denegación también incluirá:
 - i. Una discusión de la decisión, incluida la base del desacuerdo, o no ceñirse a:
 - a. Las opiniones de los profesionales médicos que tratan al reclamante y de los profesionales vocacionales que evaluaron al reclamante que el reclamante presenta al Plan;
 - b. La opinión de expertos médicos o vocacionales cuyo consejo se obtuvo en nombre del Plan en relación con la determinación adversa sobre el beneficio para un reclamante, independientemente de si se tomó en cuenta tal consejo para tomar la decisión sobre el beneficio; y
 - c. Cualquier determinación de incapacidad tomada por la Administración del Seguro Social.
 - ii. Si la determinación adversa sobre los beneficios se basa en la necesidad médica o el tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, se proporcionará gratuitamente una declaración que indique que se proporcionará una explicación del criterio científico o clínico usado para la determinación, si se solicita.
 - iii. Cualquier regla interna, directriz, protocolos o criterios similares que se usaron para denegar la reclamación, o una declaración que indique que tales reglas internas no existen;
 - iv. Cuando la reclamación se deniegue, una declaración que indique que el reclamante tiene derecho a recibir los documentos relevantes si los solicita; y a responder a información nueva presentando evidencia y testimonio por escrito.
 - h) Las notificaciones se deberán proporcionar de manera cultural y lingüísticamente apropiada de acuerdo con los requisitos descritos en DOL Reg. §2560.503-1(o).
- (5) Revisión externa de ciertas reclamaciones de servicios de emergencia, servicios que no sean de emergencia de un proveedor no PPO en una instalación PPO, y servicios de ambulancia por

aire. Este proceso de revisión externa tiene como objetivo cumplir con los requisitos de revisión externa de la Ley contra Facturación Inesperada. Para los propósitos de esta sección, las referencias a “reclamante” incluyen al empleado, el o los dependientes cubiertos, a cualquier representante autorizado; y las referencias a “Plan” incluyen al Plan y a su designado o designados.

La revisión externa solo es aplicable en ciertos casos. El reclamante podría procurar una revisión externa adicional, por parte de una organización de revisión independiente (“IRO”), solo en una situación en la que la apelación de una reclamación de atención médica, ya sea urgente, concurrente, previa al servicio o posterior al servicio se deniegue y sea una reclamación de servicios de emergencia, servicios que no son de emergencia de un proveedor no PPO en una instalación PPO, o ambulancia por aire.

La revisión externa no está disponible para ningún otro tipo de denegaciones, incluso si una reclamación se denegó debido a que el reclamante no cumplió los requisitos de elegibilidad bajo los términos del Plan.

La solicitud de una revisión externa no tiene costo alguno para el reclamante. El Plan asume la responsabilidad de las cuotas asociadas con las revisiones externas descritas en este documento.

Por lo general, el reclamante solo puede solicitar una revisión externa después de haber agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Plan que se describe arriba. Esto significa que, generalmente, un reclamante solo puede procurar una revisión externa después de que se haya tomado una determinación final sobre la apelación.

A continuación se describen dos tipos de reclamaciones externas: Reclamaciones estándar (no urgentes) y reclamaciones de atención urgentes agilizadas.

(a) **Revisión externa de reclamaciones estándar (no urgentes).** Un reclamante podría solicitar la revisión externa de una reclamación estándar (no urgente) presentando la solicitud por escrito en el lapso de cuatro

(4) meses a partir de la fecha en que se reciba una notificación de la determinación del beneficio de apelación de reclamaciones. Por conveniencia, estas determinaciones subsiguientemente se denominan “determinaciones adversas”, a menos que sea necesario abordarlas por separado.

1. ***Revisión preliminar de reclamaciones estándar. En un lapso de cinco (5) días hábiles*** a partir de que el Plan reciba su solicitud de revisión externa de una reclamación estándar, el Plan completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:

- i) El reclamante estaba cubierto bajo el Plan en el momento de solicitar el artículo o el servicio o, en el caso de una revisión retroactiva, si estaba cubierto bajo el Plan en el momento en que se brindó el artículo o servicio de atención médica;
- ii) La determinación adversa cumple con los requisitos mencionados para una revisión externa y no, por ejemplo, se relaciona con la falla del reclamante para cumplir los requisitos de elegibilidad según los términos del Plan.

- iii) El reclamante ha agotado el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Plan (excepto en circunstancias limitadas y excepcionales cuando según los reglamentos el reclamante no requiera hacerlo); y
 - iv) El reclamante ha proporcionado toda la información y los formularios requeridos para procesar una revisión externa.
2. **En el lapso de un (1) día hábil** de completar su revisión preliminar, el Plan le notificará por escrito al reclamante si la solicitud de una revisión externa cumple con los requisitos arriba mencionados para una revisión externa. Esta notificación informará al reclamante:
- i) Si la solicitud está completa y es elegible para una revisión externa; o
 - ii) Si la solicitud está completa pero no es elegible para una revisión externa, y en este caso la notificación incluirá las razones de su inelegibilidad y la información de contacto de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) (número telefónico sin costo 866-444-EBSA [3272]).
 - iii) Si la solicitud no está completa (está incompleta), la notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud, y se permitirá que el reclamante perfeccione (complete) la solicitud de revisión externa dentro del periodo de presentación de cuatro (4) meses, o dentro del periodo de 48 horas posterior al recibo de la notificación, lo que sea más tarde.
3. **Revisión de reclamaciones estándar por una organización de revisión independiente (IRO):** Si la solicitud está completa y es elegible para una revisión externa, el Plan la asignará a una IRO. (Note que la IRO no es elegible para ningún incentivo financiero o pago con base en la probabilidad de que la IRO apoyara la denegación de los beneficios. El Plan podría rotar las asignaciones entre las IRO que contrata. Una vez que la reclamación se asigne a una IRO, se realizará el siguiente procedimiento:
- i) La IRO asignada le notificará oportunamente por escrito al reclamante la elegibilidad de la solicitud y su aceptación para una revisión externa, e incluirá instrucciones sobre cómo el reclamante podría presentar información adicional sobre la reclamación (por lo general se le permite presentar tal información en un lapso de diez (10) días hábiles).
 - ii) En un lapso de cinco (5) días hábiles después de la asignación de la revisión externa a la IRO, el Plan proporcionará a la IRO los documentos y la información que el Plan consideró para tomar su determinación adversa.
 - iii) Si el reclamante presenta a la IRO información adicional relacionada con la reclamación, la IRO asignada debe, dentro de un (1) día hábil, enviar tal información al Plan. Cuando reciba tal información, el Plan podría reconsiderar su determinación adversa que es el objeto de la revisión externa. La reconsideración por parte del Plan no demorará la revisión externa. Sin embargo, si el Plan revierte su determinación adversa después de reconsiderarla, el Plan proporcionará una notificación por escrito de su decisión al reclamante y a la IRO dentro de un (1) día hábil después de tomar tal decisión. Al recibo de tal notificación, la IRO terminará su revisión externa.
 - iv) La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Para tomar una decisión, la IRO revisará la reclamación *de novo* (como si fuera nueva) y no estará obligada por ninguna decisión o conclusiones a las que haya llegado durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones. Sin embargo, la IRO quedará obligada a observar los términos del Plan para asegurarse de que la decisión de la IRO no contravenga los términos del Plan, a menos que nos

términos sean incongruentes con la ley aplicable. La IRO también debe observar los requisitos para recibir los beneficios del Plan, incluidas las normas del plan para los criterios de revisión clínica, necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de un beneficio cubierto.

- v) Además de los documentos y la información proporcionados, la IRO asignada podría, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y sean apropiados, considerar información adicional, incluida información de sus expedientes médicos, recomendaciones u otra información de sus proveedores médicos que le dan tratamiento (lo atienden), otra información de usted o del Plan, informes de los profesionales médicos apropiados, pautas de práctica apropiadas y normas fundamentadas aplicables, los criterios de revisión clínica aplicables del Plan y/o la opinión del revisor o revisores clínicos de la IRO.
- vi) La IRO asignada proporcionará una notificación por escrito de su decisión final sobre la revisión externa al reclamante y al Plan **en un lapso de 45 días** después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa.
- vii) Si la revisión externa final de la IRO revierte la determinación adversa del Plan, cuando el Plan reciba la notificación de tal reversión, inmediatamente proporcionará la cobertura o el pago de la reclamación revisada. Sin embargo, aún después de proporcionar la cobertura o el pago de la reclamación, el Plan podría, a su sola discreción, procurar un remedio judicial para revertir o modificar la decisión de la IRO.
- viii) Si la revisión externa final mantiene la determinación adversa del Plan, el Plan seguirá sin proporcionar la cobertura ni el pago de la reclamación revisada. Si el reclamante está insatisfecho con la determinación de la revisión externa, puede procurar una revisión judicial como lo permite la sección 502(a) de ERISA.
- ix) La notificación de la decisión de la IRO asignada contendrá:
 - 1) Una descripción general de la razón de la solicitud de revisión externa que incluya información suficiente para identificar la reclamación (como la fecha o las fechas de servicio, el proveedor de atención médica, la cantidad de la reclamación (si corresponde), el código del diagnóstico y su significado correspondiente, el código del tratamiento y su significado correspondiente, y la razón de la denegación previa);
 - 2) La fecha en que la IRO recibió la solicitud para realizar la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO;
 - 3) Referencias a la evidencia o a la documentación que se consideró para tomar su decisión, incluidas las disposiciones específicas de la cobertura y las normas fundamentadas;
 - 4) Una explicación de la razón o las razones principales de la decisión de la IRO, incluido el razonamiento de la decisión y cualquier norma fundamentada en la que se basó para tomar la decisión;
 - 5) Una declaración de que la determinación de la IRO es obligatoria para el Plan (a menos que hubiera disponibles otros remedios para usted o para el plan según la ley estatal o federal aplicable);
 - 6) Una declaración de que usted podría tener a su disposición una revisión judicial; y
 - 7) Información de contacto actualizada, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina de asistencia o defensa del consumidor de seguros médicos correspondiente establecida en virtud de la Ley de Atención Asequible para asistir con los procesos de revisión externa.

- (b) **Revisión externa de reclamaciones de atención urgente agilizadas.** El reclamante puede solicitar una revisión externa agilizada si:

- i) El reclamante recibe una determinación adversa sobre el beneficio de apelación de una reclamación inicial referente a una afección para la cual el tiempo necesario para la conclusión de una apelación interna agilizada arriesgaría seriamente la vida o la salud, o arriesgaría la habilidad de recuperar el funcionamiento máximo, y el reclamante presentó una solicitud de apelación interna agilizada; o
 - ii) El reclamante recibe una determinación adversa sobre el beneficio de apelación de una reclamación que involucra una afección para la cual el tiempo necesario para la conclusión de una revisión externa de una reclamación estándar arriesgaría seriamente la vida o la salud del reclamante, o arriesgaría la habilidad de que recuperara el funcionamiento máximo; o el reclamante recibe una determinación adversa sobre el beneficio de apelación de una reclamación que se trata de un ingreso, disponibilidad de atención, continuación de una estancia o artículo o servicio de atención médica por el cual el reclamante recibió servicios de emergencia, pero aún no se le da de alta de la instalación.
1. **Revisión preliminar de una reclamación agilizada.** Inmediatamente al recibo de la solicitud de una revisión externa agilizada, el Plan completará la revisión preliminar de la solicitud a fin de determinar si se cumplen los requisitos de la revisión preliminar (como se describe arriba en Reclamaciones estándar). El Plan inmediatamente notificará al reclamante (por ejemplo, por teléfono o por fax) si la solicitud de revisión cumple los requisitos de revisión preliminar, y si no los cumple, proporcionará o procurará la información (como también se describe bajo Reclamaciones estándar de arriba).
2. **Revisión de reclamaciones agilizadas por una organización de revisión independiente (IRO).** Después de una revisión preliminar que indique que una solicitud es elegible para una revisión externa agilizada, el Plan asignará a una IRO (siguiendo el proceso que se describe bajo Revisión estándar de arriba). El Plan proporcionará o transmitirá con prontitud (por ejemplo, por teléfono, fax, mensajero, entrega de un día para otro, etc.) a la IRO asignada todos los documentos y la información necesarios que consideró para tomar su determinación adversa.
- i) La IRO asignada, en la medida de que la información o los documentos estén disponibles y que la IRO los considere apropiados, debe tomar en cuenta la información o los documentos descritos en los procedimientos para la revisión estándar (descritos arriba bajo Reclamaciones estándar). Para tomar una decisión, la IRO asignada debe revisar la reclamación *de novo* (como si fuera nueva) y no quedará obligada por ninguna decisión o conclusiones a las que haya llegado durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Plan. Sin embargo, la IRO quedará obligada a observar los términos del Plan para asegurarse de que la decisión de la IRO no contravenga los términos del Plan, a menos que los términos sean incongruentes con la ley aplicable.
 - ii) La IRO también debe observar los requisitos para recibir los beneficios del Plan, incluidas las normas del plan para los criterios de revisión clínica, necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de un beneficio cubierto.
 - iii) La IRO proporcionará una notificación de su decisión final sobre la revisión externa agilizada, de acuerdo con los requisitos establecidos arriba bajo Reclamaciones estándar, con tanta prontitud como su afección o circunstancias lo requieran, pero en ningún caso más de **setenta y dos (72) horas** después de que la IRO reciba la solicitud de una revisión externa agilizada. Si la notificación de la decisión de la IRO no se hace por escrito, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de la fecha en la que proporcione tal notificación, la IRO debe proporcionar una confirmación por escrito de la decisión a usted y al Plan.

- iv) Si la revisión externa final de la IRO revierte la determinación adversa del Plan, cuando el Plan reciba la notificación de tal reversión, inmediatamente proporcionará la cobertura o el pago de la reclamación revisada. Sin embargo, aún después de proporcionar la cobertura o el pago de la reclamación, el Plan podría, a su sola discreción, procurar un remedio judicial para revertir o modificar la decisión de la IRO.
- v) Si la revisión externa final mantiene la determinación adversa del Plan, el Plan seguirá sin proporcionar la cobertura ni el pago de la reclamación revisada. Si el reclamante está insatisfecho con la determinación de la revisión externa, puede procurar una revisión judicial como lo permite la sección 502(a) de ERISA.

(6) Agotamiento de los remedios administrativos

Por lo general, si el Plan no establece o no sigue los procedimientos de reclamaciones congruentes con los requisitos de la sección 9.05, se considerará que un reclamante ha agotado los remedios administrativos disponibles bajo el Plan y tendrá derecho de proseguir cualquier remedio disponible bajo ERISA 502(a).

Además, si el plan no se adhiere estrictamente a todos los requisitos de la sección con respecto a las reclamaciones de beneficios por incapacidad en lo que se refiere a la sección 2.05.c., o la sección 7.01.e., se considerará que un reclamante ha agotado los remedios administrativos disponibles bajo el Plan (a menos que las

Violaciones sean “*de minimis*” según DOL Reg. 2560.503.-1(1)(2)(ii)), se considerará que la reclamación o la apelación fue denegada a la revisión sin ejercer la discreción de un fiduciario apropiado, y el reclamante tendrá derecho a procurar cualquier remedio disponible según ERISA 502(a).

(7) 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 la persona de cualquier individuo 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. Para los propósitos de determinar la aplicabilidad y la implementación de los términos de las secciones de la 8.03 a la 8.06 que tratan de la coordinación de beneficios de este Plan, o cualquier disposición de propósito similar de cualquier otro plan, el Plan podría, al grado congruente con las leyes federales y estatales de privacidad (al grado aplicable) y los procedimientos de privacidad del Plan, divulgar u obtener de una compañía aseguradora o de otra organización o persona cualquier información, con respecto a otra 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 privacidad 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 privacidad. 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 y la Junta de Fideicomisarios pueden 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.

Propósitos permitidos para la divulgación de información:

- 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.

Divulgaciones requeridas:

- 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 reglamentos 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 estipulación 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 español 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.

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

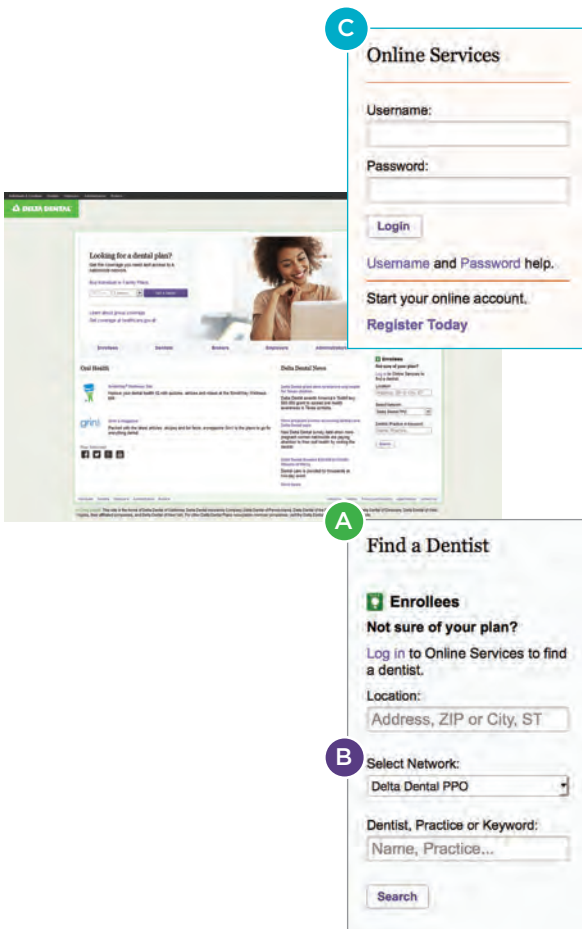
Go to **deltadentalins.com**.

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.



Online Services

Username:

Password:

Login

Username and Password help.

Start your online account.

Register Today

Find a Dentist

Enrollees

Not sure of your plan?

Log in to Online Services to find a dentist.

Location:

Address, ZIP or City, ST

Select Network:

Delta Dental PPO

Dentist, Practice or Keyword:

Name, Practice...

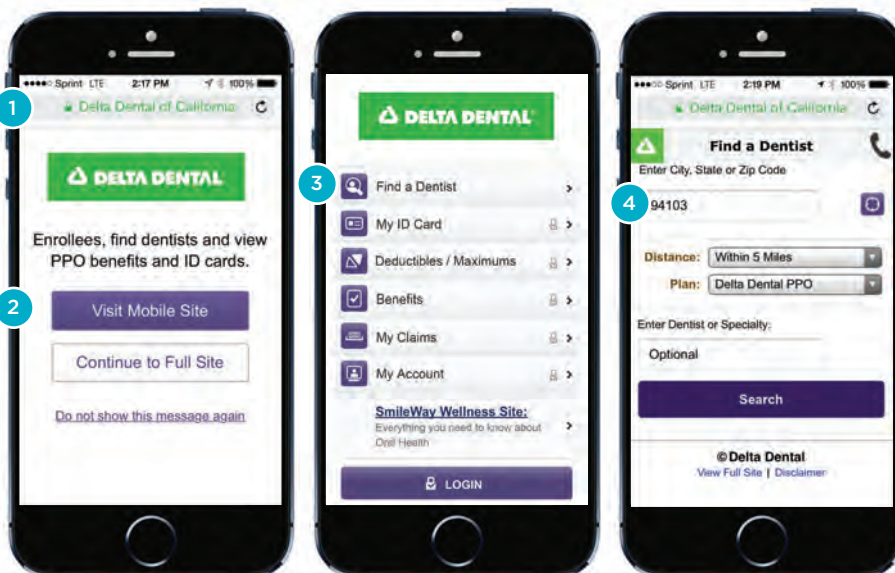
Search

MOBILE APP¹:

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 SITE¹:

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.

**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
www.carpenterfunds.com



January 27, 2023

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: Plan Changes

- o Improved Member Assistance Program – Effective 1/1/2023
- o Allowed Amount Increase – Effective 11/1/2022
- o No Surprises Act – Effective 9/1/2022

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.

Member Assistance Program (MAP)

Improvements to MAP Benefits for Counseling Visits

Beginning January 1, 2023, the number of free counseling visits increases from four (4) visits to six (6) visits for each personal situation.

Your MAP benefits provide services such as counseling visits, articles and podcasts, and online seminars for a wide variety of needs, including:

- crisis counseling
- relationship counseling
- legal assistance
- financial advice and identity protection
- tobacco cessation coaching
- other work-life services

All Plan enrollees, regardless of which medical plan option you are enrolled in (Indemnity or Kaiser) have access to MAP services. All MAP benefits are free of charge for you to use. For more information or to use MAP services, please contact Anthem MAP at (800) 999-7222 or visit the website at www.anthemmap.com and enter the code: Carpenters Trust.

Indemnity Plan Allowed Amount

The Indemnity Health Plan has a Medicare-based reimbursement strategy for Providers who do not have PPO contracts with Anthem Blue Cross (Non-Contract Providers). In addition, the Plan has a specific Allowed Amount for physician and other health care practitioners when the Provider does not have a PPO Contract with Anthem Blue Cross and is not registered with the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).

Effective November 1, 2022, the Allowed Amount was increased to \$200 for each visit with a Non-Contract and Non-CMS registered Provider. Prior to November 1, 2022 the Allowed Amount was \$100 for each visit.

No Surprises Act

Indemnity Plan Benefits Improvements for Certain Services from Non-Contract Providers

The No Surprises Act, signed into law in December 2020, protects patients who receive Emergency Services at a hospital or an Independent Freestanding Emergency Department or Air Ambulance Services. This law also protects patients who receive non-emergency services from a Non-Contract Provider at an in-network (Contract) facility.¹ Effective September 1, 2022, participants and dependents receiving these services will only be responsible for paying their in-network Cost-Sharing requirement, and cannot be Balance Billed by the provider or facility for these services.

If you have elected to enroll in the Kaiser HMO Plan, information about the No Surprises Act will be included in the Evidence of Coverage issued by Kaiser Permanente.

Effective for services on or after September 1, 2022, the Fund is implementing a number of improvements to the Indemnity Plan to comply with the No Surprises Act, including:

Emergency Services

Emergency Services are covered:

- Without the need for a prior authorization determination, even if the services are provided out-of-network;
- Without regard to whether the health care provider furnishing the Emergency Services is a Contract provider or a Contract emergency facility, as applicable, with respect to the services;
- Without imposing any administrative requirement or limitation on out-of-network Emergency Services that is more restrictive than the requirements or limitations that apply to Emergency Services received from Contract providers and Contract emergency facilities;
- At the Contracted coinsurance when received from either a Contract or Non-Contract Provider;
- By calculating the Cost-Sharing requirement for out-of-network Emergency Services as if the total amount that would have been charged for the services were equal to the Recognized Amount for the services; and
- By counting any Cost-Sharing payments made by the Participant or beneficiary with respect to the Emergency Services toward any Contract deductible or Contract Coinsurance Maximum applied under the Plan regardless of whether Emergency Services are furnished by a Contract provider or Non-Contract emergency facility.

¹ The federal law does not apply for non-emergency services from a Non-Contract Provider at an in-network facility if the Non-Contract Provider meets certain notice and consent requirements for such services.

In general, you cannot be Balance Billed for these items or services. Your Cost-Sharing amount for Emergency Services from Non-Contract Providers will be based on the lesser of billed charges from the provider or the Qualified Payment Amount (QPA).

For example, you received Emergency Services at a Non-Contract facility and you've already met your deductible. The billed charge is \$2,000. However, the Qualified Payment Amount (QPA) for those services is \$1,000. As a Participant in Carpenter Funds Indemnity Plan A/R, Emergency Services are covered at 90% (after your deductible is satisfied).

Therefore, your Cost-Sharing responsibility will be only \$100 – 10% coinsurance of the \$1,000 QPA.

You cannot be Balance Billed, nor will you have to pay a higher Non-Contract coinsurance. Your entire Cost-Sharing responsibility in our example is \$100.

Non-Emergency Items or Services from a Non-Contract Provider at a Contract Facility

With regard to Covered non-emergency items or services performed by a Non-Contract Provider at a Contract facility, these items or services are covered by the Plan:

- With a Cost-Sharing requirement that is no greater than the Cost-Sharing requirement that would apply if the items or services had been furnished by a Contract provider;
- By calculating the Cost-Sharing requirements as if the total amount that would have been charged for the items and services by such Contract provider were equal to the Recognized Amount for the items and services;
- By counting any Cost-Sharing payments made by the Participant or beneficiary toward any Contract deductible and Contract coinsurance maximum applied under the Plan regardless of whether such Cost-Sharing payments were made with respect to items and services furnished by a Contract or Non-Contract provider.

In general, you cannot be Balance Billed for these items or services. Your Cost-Sharing amount for non-emergency services performed at a Contract facility from Non-Contract Providers will be based on the lesser of billed charges from the provider or the Qualified Payment Amount (QPA).

Non-emergency items or services performed by a Non-Contract Provider at a Contract facility will be covered based on the Plan's definition of Allowed Charge and forgo the financial protections of the No Surprises Act if:

1. At least 72 hours before the day of the appointment (or three (3) hours in advance of services rendered in the case of a same-day appointment) the Participant or dependent is supplied with:
 - written notice that the provider is a Non-Contract Provider with respect to the Plan,
 - an estimate of the charges for treatment and any advance limitations that the Plan may put on the treatment,
 - the names of any Contract providers at the facility who are able to treat the patient, and informed that the patient may elect to be referred to one of the Contract providers listed; and
2. The Participant or dependent gives informed consent to continued treatment by the Non-Contract Provider, acknowledging that the Participant or beneficiary understands that continued treatment by the Non-Contract Provider may result in greater cost to the Participant or beneficiary.

The notice and consent exception for non-emergency items or services provided by a Non-Contract Provider at a Contract facility does not apply to Ancillary Services and items or services furnished as a result of unforeseen, urgent medical needs that arise at the time an item or service is furnished, regardless of whether the Non-Contract Provider satisfied the notice and consent criteria, and therefore these services will be covered as follows:

- With a Cost-Sharing requirement that is no greater than the Cost-Sharing requirement that would apply if the items or services had been furnished by a Contract provider;
- With Cost-Sharing requirements calculated as if the total amount charged for the items and services were equal to the Recognized Amount for the items and services;
- With Cost-Sharing for items and services so furnished counted toward any in-network deductible and in-network coinsurance maximums, as if such Cost-Sharing payments were made for items and services furnished by a Contract provider.

In general, you cannot be Balance Billed for these items or services. The Cost-Sharing Amount for non-emergency services at Contract Facilities by Non-Contract Providers will be based on the Recognized Amount, which is, generally, the lesser of the billed charges from the Non-Contract Provider or the Qualifying Payment Amount (i.e., the Plan's median of contracted rates for the item or service in that location).

Air Ambulance Services

If you receive Air Ambulance Services from a Non-Contract Provider that are otherwise covered by the Plan, those services will be covered by the Plan as follows:

- Air Ambulance Services received from a Non-Contract Provider will be covered with a Cost-Sharing requirement that is no greater than the Cost-Sharing requirement that would apply if the services had been furnished by a Contract provider;
- Your Cost-Sharing Amount will be calculated as if the total amount that would have been charged for the services by a Contract provider of Air Ambulance Services were equal to the lesser of the Qualifying Payment Amount or the billed amount for the services;
- Any Cost-Sharing payments you make with respect to covered Air Ambulance Services will count toward your Contract deductible and Contract coinsurance maximum in the same manner as if those services were received from a Contract provider.

In general, you cannot be Balance Billed for these items or services.

Payments to Non-Contract Providers and Facilities

The Plan will make an initial payment or notice of denial of payment for Emergency Services, Non-Emergency Services at Contract Facilities by Non-Contract Providers, and Air Ambulance Services within 30 calendar days of receiving a clean claim from the Non-Contract Provider or Air Ambulance Service provider. The 30-day calendar period begins on the date the Plan receives the information necessary to decide a claim for payment for the services.

If a claim is subject to the No Surprises Act, the Participant cannot be required to pay more than the Cost-Sharing Amount under the Plan, and the provider or facility is prohibited from billing the Participant or dependent in excess of the required Cost-Sharing Amount.

The Plan will pay a total Plan payment directly to the Non-Contract Provider that is equal to the amount by which the Out-of-Network Rate for the services exceeds the Cost-Sharing Amount for the services, less any initial payment amount.

Continuity of Coverage

If you are a Continuing Care Patient, and the contract with your Contract provider or facility terminates, or your benefits terminate under the Plan because of a change in terms of the providers' and/or facilities' participation in the Plan:

- You will be notified in a timely manner of the contract termination and of your right to elect continued transitional care from the provider or facility; and
- You will be allowed up to ninety (90) days of continued coverage at the Contract Cost-Sharing Amount to allow for a transition of care to a Contract provider.

Incorrect Contract Provider Information

A list of Contract providers is available to you without charge on the website (www.anthem.com) or by calling the phone number on your ID card. The network consists of providers, including hospitals, of varied specialties as well as general practice, who are contracted with the Plan or an organization contracting on its behalf.

If you obtain and rely upon incorrect information provided by the Plan about whether a provider is a Contract provider from the Plan or its administrators, the Plan will apply the Contract Cost-Sharing Amount to your claim, even if the provider was a Non-Contract Provider when the service were received.

Complaint Process

If you believe you've been billed incorrectly, or otherwise have a complaint under the No Surprises Act, contact the Trust Fund Office.

EXTERNAL REVIEW OF CERTAIN COVERAGE DETERMINATIONS

Effective September 1, 2022

If your initial claim for benefits related to an Emergency Service, Non-Emergency Service provided by a Non-Contract Provider at a Contract facility, and/or Air Ambulances service has been denied (i.e., an adverse benefit determination), and you are dissatisfied with the outcome of the Plan's internal claims and appeals process, you may be eligible for External Review of the determination. Please contact the Fund Office for a copy of the Fund's External Review procedures.

PATIENT PROTECTIONS

Effective September 1, 2022

The Indemnity Plan does not require the selection or designation of a primary care provider (PCP) or pediatrician. You have the ability to visit any Contract or Non-Contract Health Care Provider; however, payment by the Plan may be less for the use of a Non-Contract Provider.

You do not need prior authorization from the Fund, Anthem Blue Cross, or from any other person (including a primary care provider) to obtain access to obstetrical or gynecological care from a health care professional in our network 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 Anthem Blue Cross at www.anthem.com or call the Fund Office at (888) 547-2054.

NEW/REVISED DEFINITIONS OF THE PLAN

Effective September 1, 2022

To implement the protections of the No Surprises Act, effective September 1, 2022, the Fund is adopting the following new/revised definitions of terms in the Plan.

Air Ambulance Service means medical transport for patients by a rotary wing air ambulance, as defined in 42 CFR § 414.605, or fixed wing air ambulance, as defined in 42 CFR § 414.605.

The definition of “Allowed Charge” is Amended and modified as follows:

Allowed Charge/Allowed Amount/Allowable Charge means:

- a. For Emergency Services provided by Non-Contract Providers, Non-Emergency Services provided by a Non-Contract provider at a Contract facility, and for Air Ambulance Services, the Out-of-Network Rate, as defined below.
- b. For all other services, the lesser of:
 - (1) The dollar amount this Plan has determined it will allow for covered Medically Necessary services or supplies provided by Non-Contract Providers as determined by the Plan’s Preferred Provider Organization based on appropriate and reasonable charges for the services in the geographical area where the services are provided. With respect to Non-Contract Hospitals or Facilities within the Contract Provider service area for other than Emergency Services, the Allowed Charge will be the negotiated contract rate of the Contract Hospital or Facility that is geographically nearest to the Hospital or Facility where treatment was received. The Plan’s Allowed Charge is not based on or intended to be reflective of fees that have traditionally been described as usual and customary (U&C), usual, customary and reasonable (UCR) or any other traditional term. Non-Contract Providers’ bills often exceed the Plan’s Allowed Charge, and in such cases the Plan’s benefits will be based on the Allowed Charge not the Non-Contract Providers billed rate except as provided for Emergency Services provided by Non-Contract Providers, for Non-Emergency Services provided by a Non-Contract provider at a Contract facility, and for Air Ambulance services. When using Non-Contract Providers, the Eligible Individual is responsible for any difference between the actual billed charge and the Plan’s Allowed Charge, in addition to any copay and coinsurance required by the Plan.
 - (2) The Non-Contract Provider’s actual billed charge.

Ancillary Services are, with respect to a Contract Health Care Facility:

- Items and services related to emergency medicine, anesthesiology, pathology, radiology, and neonatology, whether provided by a physician or non-physician practitioner,
- Items and services provided by assistant surgeons, hospitalists, and intensivists;
- Diagnostic services, including radiology and laboratory services, and subject to designated exceptions specified; and
- Items and services provided by a Non-Contract Provider if there is no Contract Provider who can furnish such item or service at such facility.

The definition of “Balance Billing” is Amended and modified as follows:

Balance Billing/Billed is a bill from a Health Care Provider to a patient for the difference (or balance) between this Plan’s Allowed Charges and what the provider actually charged (the billed charges). Amounts associated with Balance Billing are not covered by this Plan, even if the Plan’s Coinsurance Maximum limits are reached. See also the provisions related to the Plan’s Out-of-Pocket Expenses and the Plan’s definition of Allowed Charge. Remember, amounts exceeding the Allowed Charge do not count toward the Plan’s Coinsurance Maximum and may result in Balance Billing to you. **Non-Contract Providers commonly engage in Balance Billing.** This means a Plan Participant may be billed for any balance that may be due in addition to the amount payable by the Plan. **Generally, you can avoid Balance Billing by using Contract Providers.**

Pursuant to the No Surprises Act, you may not be Balance Billed for Emergency Services, Air Ambulance Services, and, unless appropriate notice and consent criteria are met, Non-Emergency Services performed by non-participating providers at a participating facility. For these services, Cost-Sharing payments shall count toward any in-network deductible and in-network coinsurance maximum.

Continuing Care Patient means an individual who, with respect to a provider or facility—

- Is undergoing a course of treatment for a serious and complex condition from the provider or facility;
- Is undergoing a course of institutional or inpatient care from the provider or facility;
- Is scheduled to undergo non-elective surgery from the provider, including receipt of postoperative care from such provider or facility with respect to such a surgery;
- Is pregnant and undergoing a course of treatment for the pregnancy from the provider or facility; or
- Is or was determined to be terminally ill (as determined under section 1861(dd)(3)(A) of the Social Security Act) and is receiving treatment for such illness from such provider or facility.

Cost-Sharing means the amount a Participant or beneficiary is responsible for paying for a covered item or service under the terms of the Plan. Cost-Sharing generally includes copayments, coinsurance, and amounts paid towards deductibles, but does not include amounts paid towards premiums, Balance Billing by Non-Contract Providers, or the cost of items or services that are not covered under the Plan.

The **Cost-Sharing Amount** for Emergency and Non-Emergency Services at Contract Facilities performed by Non-Contract Providers, and Air Ambulance Services from Non-Contract Providers will be based on the Recognized Amount.

The definition of “Emergency (Qualified)” is Amended and modified as follows:

Emergency Medical Condition means a medical condition, including mental health condition or substance use disorder, manifested by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that a prudent layperson who possesses an average knowledge of health and medicine could reasonably expect the absence of immediate medical attention to result in serious impairment to bodily functions, serious dysfunction of any bodily organ or part, or placing the health of a woman or her unborn child in serious jeopardy.

Emergency Services means the following:

- An appropriate medical screening examination that is within the capability of the emergency department of a hospital or of an independent freestanding emergency department, as applicable, including Ancillary Services routinely available to the emergency department to evaluate such emergency medical condition; and
- Within the capabilities of the staff and facilities available at the hospital or the independent freestanding emergency department, as applicable, such further medical examination and treatment as are required to stabilize the patient (regardless of the department of the hospital in which such further examination or treatment is furnished).

Emergency Services furnished by a Non-Contract Provider or Non-Contract Emergency Facility (regardless of the department of the hospital in which such items or services are furnished) also include post stabilization services (i.e., items and services provided after the patient is stabilized) as part of outpatient observation or an inpatient or outpatient stay with respect to the visit in which the Emergency Services were furnished until:

- The attending emergency physician or treating provider determines that the Participant or beneficiary is able to travel a reasonable distance using nonmedical transportation or nonemergency medical transportation; and
- The Participant or beneficiary is supplied with a written notice of the following:
 - a. The provider is a Non-Contract Provider with respect to the Plan,
 - b. An estimate of the charges for treatment and any advance limitations that the Plan may put on your treatment,
 - c. The names of any Contract Providers at the facility who are able to treat the patient, and that the patient may elect to be referred to one of the Contract Providers listed; and
 - d. The patient (or their authorized representative) gives informed voluntary consent to continued treatment by the Non-Contract Provider, acknowledging that the patient (or their authorized representative) understands that continued treatment by the Non-Contract Provider may result in greater cost to the Participant or beneficiary.

Health Care Facility (for non-emergency services) is each of the following:

- A hospital (as defined in section 1861(e) of the Social Security Act);
- A hospital outpatient department;
- A critical access hospital (as defined in section 1861(mm)(1) of the Social Security Act); and
- An ambulatory surgical center described in section 1833(i)(1)(A) of the Social Security Act.

Independent Freestanding Emergency Department is a Health Care Facility (not limited to those described in the definition of Health Care Facility) that is geographically separate and distinct from a hospital under applicable State law and provides Emergency Services.

No Surprises Act means the No Surprises Act (Public Law 116-260, Division BB).

Non-Contract Emergency Facility means an emergency department of a hospital, or an independent freestanding emergency department (or a hospital, with respect to Emergency Services as defined), that does not have a contractual relationship directly or indirectly with a group health plan or group health insurance coverage offered by a health insurance issuer, with respect to the furnishing of an item or service under the Plan or coverage.

Non-Contract Provider means a health care provider who does not have a contractual relationship directly or indirectly with the Plan with respect to furnishing of an item or service under the Plan.

Out-of-Network Rate: With respect to Emergency Services provided by a Non-Contract Provider, non-emergency services furnished by a Non-Contract Provider at a Contract Facility, and Air Ambulance Services by a Non-Contract Provider, **Out-of-Network Rate** means one of the following:

- The amount the parties negotiate;
- The amount approved under the independent dispute resolution (IDR) process; or
- If the state has an All-Payer Model Agreement, the amount that the state approves under that system.

Out-of-Pocket Maximum or Limit: The No Surprises Act modifies the definition of Coinsurance Maximum, an Out-of-Pocket Limit, provided in the Summary Plan Description for Emergency Services, non-emergency services furnished by a Non-Contract Provider at a Contract Facility, and Air Ambulance Services. Any Cost-Sharing payments (e.g., copayments, *coinsurance*, and deductible) made by the Participant or beneficiary are counted towards any in-network deductible or Out-of-Pocket Limit.

Qualifying Payment Amount (QPA) means the amount calculated using the methodology described in 29 CFR § 2590.716-6(c), which is generally the median of the contracted rates of the Plan or issuer for the item or service in the area.

Recognized Amount means (in order of priority) one of the following:

- An amount determined by an applicable All-Payer Model Agreement under section 1115A of the Social Security Act;
- An amount determined by a specified state law; or
- The lesser of the amount billed by the provider or facility or the Qualifying Payment Amount (QPA).

For Air Ambulance Services furnished by Non-Contract Providers, the **Recognized Amount** is the lesser of the amount billed by the provider or facility or the Qualifying Payment Amount (QPA).

Serious and Complex Condition means with respect to a Participant, beneficiary, or enrollee under the Plan one of the following:

- In the case of an acute illness, a condition that is serious enough to require specialized medical treatment to avoid the reasonable possibility of death or permanent;
- In the case of a chronic illness or condition, a condition that is—
 - a. Life-threatening, degenerative, potentially disabling, or congenital; and
 - b. Requires specialized medical care over a prolonged period of time.

Termination: In the context of Continuity of Care, **Termination** includes, with respect to a contract, the expiration or nonrenewal of the contract, but does not include a termination of the contract for failure to meet applicable quality standards or for fraud.

Please keep this important notice with your Plan Document/Summary Plan Description (SPD) for easy reference to all Plan provisions. You may also call the Plan's Administrative Office at (510) 633-0333 or Toll Free at (888) 547-2054.

* * * * *

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

May 30, 2023

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: Plan Changes

- o **Orthodontic Claims to be paid by Delta Dental**
- o **Improvements to Indemnity Plan Benefits**
- o **End of the Public Health Emergency (PHE)**

This Participant Notice advises you of material modifications made to your medical and orthodontic benefits. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

Orthodontic Claims for Children
(Applies only to Dependents covered under the Active Plan)

At this time, Orthodontic benefits are payable at the Trust Fund Office. Orthodontic benefits are payable at 50% of Allowed Charges and are paid in one lump sum, up to \$1,500 (lifetime maximum) per Dependent child under the age of 19.

Beginning for services on or after July 1, 2023, orthodontic benefits will remain the same as above; however, benefits will be paid by Delta Dental instead of at the Trust Fund Office.

Submit your Dependent children's orthodontic claims to:

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

Improvements to Indemnity Plan Benefits

The Board of Trustees has made the following changes and/or clarifications to your benefits effective for services received on or after July 1, 2023:

- **Maximum Allowable Charge for single hip replacement or single knee replacement:** The Fund has increased the maximum benefit of \$30,000 for a single hip replacement or a single knee joint replacement surgery performed at a hospital (whether inpatient or outpatient) from \$30,000 to \$35,000 for surgeries on or after July 1, 2023.
Maximums will not apply to a single hip replacement or a single knee joint replacement done in an outpatient surgical center. A list of in-network PPO outpatient surgical centers can be found at: <https://www.anthem.com/find-care/>

- **Smoking cessation:** The Board amended the Plan to allow counseling and interventions for tobacco use (both smoking and chewing tobacco) as follows:
 - screening for tobacco use; and,
 - for tobacco users, at least two (2) tobacco cessation attempts per year. Each “tobacco cessation attempt” includes coverage for:
 - **four (4) tobacco cessation counseling sessions** of at least 10 minutes each (including telephone counseling, group counseling and individual counseling) without prior authorization; and
 - all **FDA-approved tobacco cessation medications (including both prescription and over-the-counter medications)** for a 90-day treatment regimen when prescribed by a health care provider
- **Hospice Benefits:** Hospice benefits were inadvertently omitted from the Rules and Regulations of the Plan in error. To clarify, hospice benefits are available as follows:

If an Eligible Individual is terminally ill, with a life expectancy of 6 months or less, benefits are payable for hospice care provided by an Approved Hospice Program. Covered Services must be prescribed by a Physician and will include nursing services by a registered nurse (R.N.) or a licensed practical nurse (L.P.N.), Medical social services by a person with a Master’s degree in social work, Home health aide, medical supplies normally used by Hospital inpatients and dispensed by the hospice agency, nutritional supplements such as diet substitutes administered intravenously or through hyperalimentation and respite care, not to exceed 8 days. Covered benefits will not include transportation, services of volunteers, food, clothing or housing, services provided by household members, family or friends or services of financial or legal counselors.

- **Autism:** Beginning for services on or after July 1, 2023, the Fund will provide coverage for Applied Behavioral Therapy (ABA) in accordance with Anthem guidelines. In addition, there will be coverage available for physical, occupational and speech therapy (even if habilitative in nature) if the therapy is being done as part of an approved autism plan.

Clarifications of Medical Benefits for COVID-19 Services Effective May 12, 2023

This Notice clarifies important changes in COVID-19 related benefits and administrative deadlines as a result of the declared end of the National Emergency (“NE”) and Public Health Emergency (“PHE”) on May 11, 2023.

The federal government has announced that both the National Emergency (NE) and Public Health Emergency (PHE) related to COVID-19 terminated on May 11, 2023. Consequently, the plan rules concerning coverage of certain benefits related to COVID-19 will be changing. In general, special rules in effect during the emergency will terminate and benefits will be covered under the usual cost-sharing provisions of the Welfare Fund.

Changes to COVID-19 Related Benefits

Below is a brief summary of changes to COVID-19 related medical and prescription drug coverage beginning May 12, 2023:

Benefit	During the Emergency Period	Effective May 12, 2023
COVID-19 vaccines, including boosters	No charge for the vaccine when received at either in-network or out-of-network providers.	• Contract Provider: Deductible does not apply, payable at 100% • Non-Contract Provider: Not covered.
COVID-19 diagnostic tests and related services	No charge for COVID-19 test related office visits or lab tests (including rapid diagnostic and swab-and-send tests) performed by either in-network or out-of-network providers.	COVID-19 test related office visits or lab tests will be covered in the same manner and at the same shared cost as any test or lab, based on whether the service is performed with a Contracted or Non-Contracted Provider registered with CMS.
COVID-19 at-home test kits, also known as over-the-counter, or OTC test kits	No charge for up to eight (8) over-the-counter (OTC) COVID-19 tests per month, both in and out-of-network. Reimbursement for out-of-network OTC COVID-19 tests is limited to \$12 per test.	COVID-19 OTC tests are not covered under the plan and are not reimbursable.

Elimination of Extended Deadlines for Administrative Actions

In addition to the changes above, there are also certain administrative timeframes that will return to normal after the end of the NE and PHE.

Below is a brief summary of changes to administrative related deadlines beginning the earlier of 60 days after the announced end of the COVID-19 National Health Emergency, July 10, 2023, or one year from the deadline for your particular deadline, whichever is earlier.

Administrative Timeframe	During the Emergency Period	Return to Normal Timeframes
COBRA, HIPAA, special enrollment and benefit claims and appeals	During the National Emergency, deadlines were extended until the earlier of July 10, 2023, or one year from the original due date for: ✓ COBRA elections ✓ Paying COBRA premiums ✓ Electing HIPAA special enrollment ✓ Filing claims, appeals and requests for external review	Beginning on and after July 10, 2023, these deadlines return to their normal timeframes and due dates. Please see your Summary Plan Description or contact the Fund Office for details on applicable timeframes.

You are still encouraged to use Contracted facilities and Contracted providers whenever possible. Please keep this important notice with your SPD/Rules and Regulations for easy reference to all Plan provisions. Please review these changes carefully and contact the Fund Office with any questions that you may have.

* * * * *

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.

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: (888) 547-2054 Phone: (510) 633-0333

July 2023

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 <u>Provider</u> : \$128/individual per calendar year; \$256/family per calendar year. Non-Contract <u>Provider</u> : \$257/person per calendar year; \$514/family per calendar year.	Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the <u>plan</u> , each family member must meet their own individual <u>deductible</u> until the total amount of <u>deductible</u> expenses paid by all family members meets the overall family <u>deductible</u> .
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Mental health, chemical dependency (including detox), member assistance program visits, Contract <u>Provider</u> On-line physician visits up to \$49 per visit, and outpatient <u>prescription drugs</u> are covered before you meet your <u>deductible</u> .	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	There is no <u>out-of-pocket limit</u> on all types of <u>cost sharing</u> , but there is a \$1,289/person (\$2,578/family) on the amount of <u>coinsurance</u> that you must pay for covered services in a year.	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?	<u>Premiums</u> , <u>balance-billing</u> charges, hearing examination and hearing aid expenses, penalties for failure to obtain precertification, <u>deductibles</u> , expenses from Non-Contract <u>providers</u> , outpatient retail/mail order <u>prescription drug</u> expenses, amounts over the reference-based pricing allowances and health care this <u>plan</u> doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
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 <u>providers</u> in California. See www.bcbs.com or call 1-800-810-2583 for a list of Contract <u>providers</u> outside the state of California.	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's charge</u> and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
Do you need a <u>referral</u> to see a <u>specialist</u> ?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .



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 <u>provider's</u> office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	- Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment. <u>Plan</u> pays 100% for physician online visits with a Contract <u>provider</u>.
	<u>Specialist</u> visit	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
	<u>Preventive care/screening/Immunization</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	- 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. - No charge for COVID-19 vaccine and <u>deductible</u> does not apply from a Contract <u>provider</u>. No coverage from a Non-Contract <u>provider</u>. - You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your <u>provider</u> if the services needed are preventive. Then check what your <u>plan</u> will pay for. - Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Professional/physician charges may be billed separately (Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment). Precertification is required for CT/CTA, MRI, Nuclear Cardiology, Pet Scans and Echocardiography.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	

* 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 <u>copay</u> /fill. Mail order: \$26 <u>copay</u> /fill	You pay 100% (unless there are no <u>network</u> pharmacies within 10 miles). <u>Plan</u> reimburses no more than it would have paid had you used an In- <u>Network</u> Retail pharmacy.	- Retail Pharmacy – 30-day supply - Mail Order Pharmacy – 90-day supply <u>Deductible</u> does not apply to outpatient <u>prescription drugs</u>. <u>Cost sharing</u> for outpatient <u>prescription drugs</u> does not count toward the <u>out-of-pocket limit</u>. - If the cost of the drug is less than the <u>copay</u>, you pay just the drug cost. - Some <u>prescription drugs</u> are subject to <u>preauthorization</u> (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 <u>copay</u> 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 <u>copay</u> 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 (<u>Formulary</u> brand drugs)	Retail: \$15 <u>copay</u> /fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. \$53 <u>copay</u> /fill for single-source <u>formulary</u> brand. Mail order: \$26 <u>copay</u> /fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. \$106 <u>copay</u> /fill for single-source <u>formulary</u> brand.		
	Non-preferred brand drugs (Non- <u>formulary</u> brand drugs)	Retail: \$80 <u>copay</u> /fill; Mail Order: \$133 <u>copay</u> /fill		
	<u>Specialty drugs</u>	Subject to Retail <u>Copays</u> (30-day supply).	Not covered	<u>Specialty drugs</u> 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% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u> plus any amounts over \$300	For certain outpatient surgeries, the <u>Plan</u> has a maximum benefit payable if services are done at a hospital facility instead of an ambulatory surgery center. To avoid <u>Plan</u> maximums, precertification is required for outpatient surgeries.
	Physician/surgeon fees	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/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	<u>Emergency room care</u>	Medical: 10% <u>coinsurance</u> . Mental Health or Substance Abuse: No charge	Medical: 30% <u>coinsurance</u> (10% <u>coinsurance</u> 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 <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment).
	<u>Emergency medical transportation</u>	10% <u>coinsurance</u>	10% <u>coinsurance</u> .	Limited to emergency care or <u>medically necessary</u> 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 <u>Plan</u> Document for more information on emergency care.
	<u>Urgent care</u>	Medical: 10% <u>coinsurance</u> . Mental Health or Substance Abuse: No charge	Medical: 30% <u>coinsurance</u> (10% <u>coinsurance</u> if no choice in hospital due to emergency). Mental Health or Substance Abuse: No charge	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	- Precertification is required. - A maximum of \$35,000 is payable for the hospital facility charges associated with a single hip joint or knee joint replacement surgery. - In a Non-Contract Hospital, the <u>plan</u> 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 <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
	Physician/surgeon fees	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> 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, <u>deductible</u> does not apply. Other outpatient services: 10% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> does not apply. Substance Abuse: no charge, <u>deductible</u> does not apply	30% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> does not apply.	- Plan pays 100% for physician online visits with a Contract <u>Provider</u>. - Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
	Inpatient services	Mental Health: 10% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> does not apply. Substance Abuse: no charge, <u>deductible</u> does not apply.	30% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> does not apply.	- Precertification is required. - In a Non-Contract Hospital, the <u>plan</u> 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 <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
If you are pregnant	Office visits	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	- Maternity care may include tests and services described somewhere else in the SBC (i.e., ultrasound). - Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment
	Childbirth/delivery professional services	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
	Childbirth/delivery facility services	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	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 <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.

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 help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
	<u>Rehabilitation services</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Outpatient: Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment. Inpatient: Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
	<u>Habilitation services</u>	Therapy done as part of an approved autism plan: 10% <u>coinsurance</u> ; Other services: Not covered	Not covered	Coverage is limited to therapy that is being done as part of an approved autism plan.
	<u>Skilled nursing care</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Precertification is recommended. Limited to 70 days per confinement. Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
	<u>Durable medical equipment</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Rental covered up to reasonable purchase price.
	<u>Hospice services</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Outpatient: Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment. Inpatient: Services from Non-Contract <u>providers</u> 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 <u>copayment</u> /exam	\$10 <u>copayment</u> /exam	Vision benefits are available through a separate vision <u>plan</u> . Your <u>cost sharing</u> does not count toward the medical <u>plan's out-of-pocket limit</u> .
	Children's glasses	\$25 <u>copayment</u> , plus all amounts over \$175 for frames	\$25 <u>copayment</u> , plus all amounts over \$35 for single vision lenses and amount over \$45 for frames	
	Children's dental check-up	No charge, a <u>deductible</u> 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 <u>plan</u> . Your <u>cost sharing</u> does not count toward the medical <u>plan's out-of-pocket limit</u> .

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your <u>Plan</u> Generally Does NOT Cover (Check your policy or <u>plan</u> document for more information and a list of any other excluded services.)		
• Cosmetic surgery	• Infertility treatment	• Private-duty nursing
• <u>Habilitation services</u> (except for therapy that is being done as part of an approved autism plan)	• Long-term care	• Weight loss programs
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your <u>plan</u> document.)		
• Acupuncture (up to \$35/visit and 20 visits per calendar year)	• Dental care (Adult) (up to \$2,500 for Contract and \$2,000 for Non-Contract per calendar year)	• Non-emergency care when traveling outside the U.S.
• Bariatric surgery (with precertification)	• Hearing aids (limited to \$800/ear in any 3-year period)	• Routine eye care (Adult) (under separate vision <u>plan</u>)
• Chiropractic care (Employee and spouse only. Up to \$25/visit up to 20 visits per calendar year)		• Routine foot care

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 <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	10%
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	10%
■ <u>Other coinsurance</u>	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	
<u>Deductibles</u>	\$128
<u>Copayments</u>	\$60
<u>Coinsurance</u>	\$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 <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	10%
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	10%
■ <u>Other coinsurance</u>	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	
<u>Deductibles</u>	\$128
<u>Copayments</u>	\$330
<u>Coinsurance</u>	\$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 <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	10%
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	10%
■ <u>Other coinsurance</u>	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	
<u>Deductibles</u>	\$128
<u>Copayments</u>	\$10
<u>Coinsurance</u>	\$270
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$408



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 .

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

PID:26 CNTR:1 EU:0 Plan ID:1161 SBC ID:471116

1 of 6



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 (Tier 1)	\$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 (Tier 2)	\$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 (Tier 2)	Same as preferred brand drugs	Not Covered	The cost-sharing for non-preferred brand drugs under this plan aligns with the cost-sharing for preferred brand drugs (Tier 2), when approved through the formulary exception process.
	Specialty drugs (Tier 4)	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

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 need immediate medical attention	Emergency room care	\$50 / visit	\$50 / visit	None
	Emergency medical transportation	No Charge	No Charge	None
	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	\$20 / individual visit. No charge 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
- Dental care (Adult and child)
- Long-term care
- Non-emergency care when traveling outside the U.S
- Private-duty nursing
- Routine foot care
- Weight loss programs

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your [plan](#) document.)

- Acupuncture (plan provider referred)
- Bariatric surgery
- Chiropractic care (30 visit limit/year)
- Hearing aids (\$2500 limit / ear every 36 months)
- Infertility treatment
- 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, kwijigo 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.



CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: (888) 547-2054 Phone: (510) 633-0333

July 2023

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.



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 <u>Provider</u> : \$128/individual per calendar year; \$256/family per calendar year. Non-Contract <u>Provider</u> : \$257/person per calendar year; \$514/family per calendar year.	Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the <u>plan</u> , each family member must meet their own individual <u>deductible</u> until the total amount of <u>deductible</u> expenses paid by all family members meets the overall family <u>deductible</u> .
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Mental health, chemical dependency (including detox), member assistance program visits, Contract <u>Provider</u> On-line physician visits up to \$49 per visit, and outpatient <u>prescription drugs</u> are covered before you meet your <u>deductible</u> .	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	There is no <u>out-of-pocket limit</u> on all types of <u>cost sharing</u> , but there is a \$6,445/person (\$12,890/family) on the amount of <u>coinsurance</u> that you must pay for covered services in a year.	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?	<u>Premiums</u> , <u>balance-billing</u> charges, hearing examination and hearing aid expenses, penalties for failure to obtain precertification, <u>deductibles</u> , expenses from Non-Contract <u>providers</u> , outpatient retail/mail order <u>prescription drug</u> expenses, amounts over the reference-based pricing allowances and health care this <u>plan</u> doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
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 <u>providers</u> in California. See www.bcbs.com or call 1-800-810-2583 for a list of Contract <u>providers</u> outside the state of California.	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's</u> charge and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
Do you need a <u>referral</u> to see a <u>specialist</u> ?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .



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 <u>provider's</u> office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	- Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment. - Plan pays 100% for physician online visits with a Contract <u>provider</u>.
	<u>Specialist</u> visit	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
	<u>Preventive care/screening/Immunization</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	- 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. - No charge for COVID-19 vaccine and <u>deductible</u> does not apply from a Contract <u>Provider</u>. No coverage from a Non-Contract <u>provider</u>. - You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your <u>plan</u> will pay for. - Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Professional/physician charges may be billed separately (Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment). Precertification is required for CT/CTA, MRI, Nuclear Cardiology, Pet Scans and Echocardiography.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	

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 <u>copay</u> /fill. Mail order: \$26 <u>copay</u> /fill	You pay 100% (unless there are no <u>network</u> pharmacies within 10 miles). <u>Plan</u> reimburses no more than it would have paid had you used an In- <u>Network</u> Retail pharmacy.	• Retail Pharmacy – 30-day supply • Mail Order Pharmacy – 90-day supply • <u>Deductible</u> does not apply to outpatient <u>prescription drugs</u>. • <u>Cost sharing</u> for outpatient <u>prescription drugs</u> does not count toward the <u>out-of-pocket limit</u>. • If the cost of the drug is less than the <u>copay</u>, you pay just the drug cost. • Some <u>prescription drugs</u> are subject to <u>preauthorization</u> (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 <u>copay</u> 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 <u>copay</u> 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 (<u>Formulary</u> brand drugs)	Retail: \$15 <u>copay</u> /fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. \$53 <u>copay</u> /fill for single-source <u>formulary</u> brand. Mail order: \$26 <u>copay</u> /fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. \$106 <u>copay</u> /fill for single-source <u>formulary</u> brand.		
	Non-preferred brand drugs (<u>Non-formulary</u> brand drugs)	Retail: \$80 <u>copay</u> /fill; Mail Order: \$133 <u>copay</u> /fill		
	<u>Specialty drugs</u>	Subject to Retail <u>Copays</u> (30-day supply).	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u> plus any amounts over \$300	For certain outpatient surgeries, the <u>Plan</u> has a maximum benefit payable if services are done at a hospital facility instead of an ambulatory surgery center. To avoid <u>Plan</u> maximums, precertification is required for outpatient surgeries.
	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/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	<u>Emergency room care</u>	Medical: 20% <u>coinsurance</u> . Mental Health or Substance Abuse: No charge	Medical: 40% <u>coinsurance</u> (20% <u>coinsurance</u> 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 <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment).
	<u>Emergency medical transportation</u>	20% <u>coinsurance</u>	20% <u>coinsurance</u> .	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 <u>Plan</u> Document for more information on emergency care.
	<u>Urgent care</u>	Medical: 20% <u>coinsurance</u> . Mental Health or Substance Abuse: No charge	Medical: 40% <u>coinsurance</u> (20% <u>coinsurance</u> if no choice in hospital due to emergency). Mental Health or Substance Abuse: No charge	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	- Precertification is required. - A maximum of \$35,000 is payable for the hospital facility charges associated with a single hip joint or knee joint replacement surgery. - In a Non-Contract Hospital, the <u>plan</u> 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 <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
	Physician/surgeon fees	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> 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, <u>deductible</u> does not apply. Other outpatient services: 20% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> does not apply. Substance Abuse: no charge, <u>deductible</u> does not apply	40% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> does not apply.	- Plan pays 100% for physician online visits with a Contract <u>provider</u>. - Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
	Inpatient services	Mental Health: 20% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> does not apply. Substance Abuse: no charge, <u>deductible</u> does not apply.	40% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> does not apply.	- Precertification is required. - In a Non-Contract Hospital, the <u>plan</u> 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 <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
If you are pregnant	Office visits	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	- Maternity care may include tests and services described somewhere else in the SBC (i.e., ultrasound). - Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment
	Childbirth/delivery professional services	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
	Childbirth/delivery facility services	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	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 <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
	<u>Rehabilitation services</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Outpatient: Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment. Inpatient: Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
	<u>Habilitation services</u>	Therapy done as part of an approved autism plan: 10% <u>coinsurance</u> ;	Not covered	Coverage is limited to therapy that is being done as part of an approved autism plan.

* 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)	
		Other services: Not covered		
	<u>Skilled nursing care</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Precertification is recommended. Limited to 70 days per confinement. Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
	<u>Durable medical equipment</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Rental covered up to reasonable purchase price.
	<u>Hospice services</u>	20% <u>coinsurance</u>	40% <u>coinsurance</u>	Outpatient: Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment. Inpatient: Services from Non-Contract <u>providers</u> 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 <u>copayment</u> /exam	\$10 <u>copayment</u> /exam	Vision benefits are available through a separate vision <u>plan</u> . Your <u>cost sharing</u> does not count toward the medical <u>plan's out-of-pocket limit</u> .
	Children's glasses	\$25 <u>copayment</u> , plus all amounts over \$175 for frames	\$25 <u>copayment</u> , plus all amounts over \$35 for single vision lenses and amount over \$45 for frames	
	Children's dental check-up	No charge, a <u>deductible</u> 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 <u>plan</u> . Your <u>cost sharing</u> does not count toward the medical <u>plan's out-of-pocket limit</u> .

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 | • Infertility treatment | • Private-duty nursing |
| • <u>Habilitation services</u> (except for therapy that is being done as part of an approved autism plan) | • Long-term care | • 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) | • Dental care (Adult) (up to \$2,500 for Contract and \$2,000 for Non-Contract per calendar year) | • Non-emergency care when traveling outside the U.S. |
| • Bariatric surgery (with precertification) | • Hearing aids (limited to \$800/ear in any 3-year period) | • Routine eye care (Adult) (under separate vision plan) |
| • Chiropractic care (Employee and spouse only. Up to \$25/visit up to 20 visits per calendar year) | | • Routine foot care |

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 <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	10%
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	10%
■ Other <u>coinsurance</u>	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	
<u>Deductibles</u>	\$128
<u>Copayments</u>	\$60
<u>Coinsurance</u>	\$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 <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	10%
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	10%
■ Other <u>coinsurance</u>	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	
<u>Deductibles</u>	\$128
<u>Copayments</u>	\$330
<u>Coinsurance</u>	\$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 <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	10%
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	10%
■ Other <u>coinsurance</u>	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	
<u>Deductibles</u>	\$128
<u>Copayments</u>	\$10
<u>Coinsurance</u>	\$530
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$668



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 .

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

PID:9076 CNTR:1 EU:0 Plan ID:1161 SBC ID:471218

1 of 6



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 (Tier 1)	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 (Tier 2)	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 (Tier 2)	Same as preferred brand drugs	Not Covered	The cost-sharing for non-preferred brand drugs under this plan aligns with the cost-sharing for preferred brand drugs (Tier 2), when approved through the formulary exception process.
	Specialty drugs (Tier 4)	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

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 need immediate medical attention	Emergency room care	\$100 / visit	\$100 / visit	None
	Emergency medical transportation	No Charge	No Charge	None
	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	\$20 / individual visit. No charge 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.

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)	
	Durable medical equipment	No Charge	Not Covered	Requires prior authorization.
	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 and 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, kwijigo 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.

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: (888) 547-2054 Phone: (510) 633-0333

July 2023

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 are not now eligible for Medicare, and will not be eligible during the next 12 months, you may disregard this Notice.**
- **If, however, you and/or your family members are now eligible for Medicare or may become eligible 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.

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.)

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 2023** is intended to serve as your Medicare Notice of Creditable Coverage, as required by law.



**CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.**

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: (888) 547-2054 Phone: (510) 633-0333

July 2023

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

Kaiser HMO: 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.

Indemnity Plan: The Indemnity Plan does not require the selection or designation of a primary care provider (PCP) or pediatrician. You have the ability to visit any Contract or Non-Contract Health Care Provider; however, payment by the Plan may be less for the use of a Non-Contract Provider.

DIRECT ACCESS TO OBSTETRICAL / GYNECOLOGICAL PROVIDERS

Kaiser HMO: 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.

Indemnity Plan: You do not need prior authorization from the Fund, Anthem Blue Cross, or from any other person (including a primary care provider) to obtain access to obstetrical or gynecological care from a health care professional in our network 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 Anthem Blue Cross at (800) 274-7767.

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, 2023. 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: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/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://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid GA 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: 1-678-564-1162, Press 2	INDIANA – Medicaid 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	IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki) 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 Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-766-9012	KENTUCKY – Medicaid 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: KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov	LOUISIANA – Medicaid Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/la hipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicare hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid Enrollment Website: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/ 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	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: (617) 886-8102	MINNESOTA – Medicaid 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 Website: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 1-573-751-2005	MONTANA – Medicaid Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HSHIPPProgram@mt.gov	NEBRASKA – Medicaid Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 1-402-473-7000 Omaha: 1-402-595-1178
NEVADA – Medicaid Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	NEW HAMPSHIRE – Medicaid Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 1-603-271-5218 Toll-Free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 5218	NEW JERSEY – Medicaid and CHIP 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 Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831	NORTH CAROLINA – Medicaid Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 1-919-855-4100	NORTH DAKOTA – Medicaid Website: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Phone: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	OREGON – Medicaid Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Phone: 1-800-699-9075	PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP Website: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)
RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 1-401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)	SOUTH CAROLINA – Medicaid Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	SOUTH DAKOTA – Medicaid Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid Website: http://gethipptexas.com/ Phone: 1-800-440-0493	UTAH – Medicaid and CHIP Medicaid Website: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Website: http://health.utah.gov/chip Phone: 1-877-543-7669	VERMONT – Medicaid Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid and CHIP Website: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924	WASHINGTON – Medicaid Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP Website: https://dhhr.wv.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 Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	WYOMING – Medicaid 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, 2023, 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

SUMMARY ANNUAL REPORT FOR CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Plan Year – September 1, 2021 through August 31, 2022

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, 2021 through August 31, 2022. 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, 2022 were \$299,514,734.

Basic Financial Statement:

The value of Plan assets, after subtracting liabilities of the Plan, was \$736,546,487 minus premiums and self-funded claims payable of \$71,299,311, minus claims incurred but not reported of \$23,236,000, minus bank of hours liability of \$168,325,000, equals \$473,686,176 as of August 31, 2022, compared to \$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 September 1, 2021. During the Plan year, the Plan experienced an increase in its net assets of \$60,865,426. 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 \$424,116,674; including employer contributions of \$395,146,547, participant contributions of \$31,392,471, realized gains of \$6,259,737 from the sale of assets, losses from investments of \$32,291,696, and other income of \$23,609,615.

Plan expenses were \$484,982,100. These expenses included \$14,355,714 in administrative expenses, \$2,273,045 in investment expenses, \$299,514,734 in premium costs, and \$168,838,607 in self-funded benefits paid directly to participants and beneficiaries or to service providers on their behalf.

<i>Condensed Financial Statement</i>		
Beginning Balance Value of Net Plan Assets	As of 9/01/2020 \$482,783,275	As of 9/01/2021 \$534,551,602
Employer Contributions	\$407,404,683	\$395,146,547
Participant Contributions	\$31,498,363	\$31,392,471
Investments – Earnings/Losses	\$40,208,384	\$-32,291,696
Sale of Assets - Earnings	\$41,189,910	\$6,259,737
Other Income	\$20,172,879	\$23,609,615
Plan Income	\$540,474,219	\$424,116,674
Insurance Premiums	\$293,341,241	\$299,514,734
Self-Funded Benefits	\$179,995,596	\$168,838,607
Administrative Fees	\$13,711,927	\$14,355,714
Investment Expenses	\$1,657,128	\$2,273,045
Total Expenses	\$488,705,892	\$484,982,100
Ending Balance Value of Net Plan Assets	As of 08/31/2021 \$534,551,602	As of 08/31/2022 \$473,686,176

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.