CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Descripción Sumaria del Plan (SPD) y Normas y Reglamentos para Jubilados

Vigente a partir del 1 de septiembre de 2017

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Descripción Sumaria del Plan (SPD) y Normas y Reglamentos para Jubilados

Vigente a partir del 1 de septiembre de 2017

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
(510) 633-0333 • Número gratuito (888) 547-2054
www.carpenterfunds.com

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

FIDEICOMISARIOS DE LOS EMPLEADOS
Robert Alvarado
Augie Beltran
Frank Crim
William Feyling
Curtis Kelly
Timothy Lipscomb
Tom Mattis

ASESOR LEGAL
Kraw Law Group
y
Weinberg, Roger & Rosenfeld

CONSULTOR
The Segal Company

AUDITOR
Hemming Morse, LLP

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

INSCRIPCIÓN EN MEDICARE

Es muy importante que usted se inscriba tanto en la **Parte A como en la Parte B** de Medicare cuando cumpla 65 años de edad, o si queda discapacitado y es elegible para los beneficios del Seguro Social antes de los 65 años de edad. No inscribirse en ambas partes de Medicare podría crear graves dificultades financieras para usted. El primer día del mes que usted sea elegible para Medicare, el Plan Médico de Indemnity asumirá que Medicare ha cubierto los cargos, independientemente de si usted realmente se ha inscrito en Medicare y de si Medicare hace pago alguno. Esto significa que el Plan pagará únicamente el 20% de los servicios que normalmente están cubiertos por la Parte B de Medicare y únicamente el monto del deducible para servicios de hospitalización de Medicare si es hospitalizado, y usted será responsable de todos los cargos restantes.

Los miembros de una HMO elegibles para Medicare también deben inscribirse en las Partes A y B de Medicare y asignar sus beneficios de Medicare a la HMO. Si usted está inscrito en Kaiser y no se inscribe en las Partes A y B de Medicare cuando es elegible, su cobertura en el plan HMO se dará por terminada. En este caso, se le permitirá inscribirse en el Plan de Indemnity; sin embargo, el Plan de Indemnity pagará como si se hubiera inscrito en ambas partes de Medicare como se ha descrito anteriormente.

Consulte la página 10 para obtener más información sobre cómo inscribirse en Medicare.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE HEALTH NET

A partir del **1 de enero de 2018,** la opción para la cobertura conforme al plan HMO de Health Net ya no se seguirá ofreciendo.

Para obtener una descripción de los beneficios y las opciones de cobertura disponibles conforme al plan HMO de Health Net antes de enero de 2018, consulte la Descripción Sumaria del Plan de junio de 2012 o la Prueba de la cobertura (EOC, por sus siglas en inglés). Para solicitar una copia de la Descripción Sumaria del Plan de junio de 2012, póngase en contacto con la Oficina del Fondo. Si desea una copia de la Prueba de la cobertura (EOC) de Health Net, comuníquese con Health Net al (800) 638-3889 o www.healthnet.com.

INTRODUCCIÓN **1**
Acerca de esta SPD (Descripción sumaria del plan) 2
¿Término desconocido? 3
Autoridad prevaleciente de las Normas y Reglamentos 4
Plan de salud con derechos adquiridos según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de Protección al Paciente (la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio) 4
Declaración general sobre la prohibición de discriminación: (La discriminación está contra la ley) 5
INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO **7**
INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD **10**
Inscripción en el Plan para Jubilados 10
Inscripción en Medicare 10
Prueba de estatus de Dependiente 11
Opción de declinar la cobertura del Plan de visión (no aplica a los participantes de Kaiser) 12
Beneficios del Plan 12
Elegibilidad de los Jubilados 12
Cuándo comienza la participación de los Jubilados 13
Terminación de la elegibilidad 13
Participación en el empleo 14
Elegibilidad de Dependientes 14
Medicare 18
Inscripción especial 18
COBRA: CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA SEGÚN LA LEY FEDERAL **21**
Otras alternativas de cobertura de salud para la COBRA (para personas que no son elegibles para Medicare) 21
Eventos que califican 21
Duración de la cobertura de COBRA 21
Costo de la cobertura de continuación: beneficios que pueden continuarse 21
Su deber de notificar a la Oficina del Fondo 22
Elegir la cobertura de continuación 23
Agregar Dependientes nuevos 23
Cambio de planes médicos conforme a la cobertura de Continuación de la COBRA 24
Terminación de la cobertura de Continuación de la COBRA 24
Conversión a la cobertura individual de Kaiser 24
Mantener notificada a la Oficina del Fondo 26
Continuación de la cobertura para Parejas de hecho e hijos de Parejas de hecho 26
Elección y procedimiento de aviso para la cobertura de continuación para las Parejas de hecho 26
HMO DE KAISER **27**
Derechos de protección del paciente 27
PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA JUBILADOS CON MEDICARE **28**
Deducible por año calendario 29
Beneficios hospitalarios para pacientes internados 29
Beneficios complementarios para servicios ambulatorios en hospitales o centros de atención 29
Beneficios médicos complementarios, incluidos los tratamientos de salud mental y por abuso de sustancias (para servicios distintos a los servicios ambulatorios en hospitales o centros de atención) 29
Nota importante acerca de los médicos que realizan contratos privados: 29
Cobertura de prótesis auditivas 30

Presentación de reclamaciones ... 30
Beneficios de visión ... 30
Servicios de visión cubiertos ... 31
Descuentos de Médicos miembros de VSP ... 32
Exclusiones y limitaciones ... 33
Servicios no cubiertos ... 33
Beneficio para visión baja ... 33
Cómo presentar una reclamación ... 34
Apelaciones por denegación de beneficios de cuidado de la visión ... 34
Beneficios de medicamentos recetados ... 34
Descripción general de los beneficios ... 34
Farmacia de atención a largo plazo (LTC) ... 35
Cobertura fuera de la red ... 36
Información importante del plan ... 36
¿Mi plan cubre los medicamentos de la Parte B o que no son de la Parte D de Medicare? ... 37

PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA JUBILADOS SIN MEDICARE ... 38

Cómo funciona el Plan ... 39
Organización de Proveedores Preferidos (PPO) ... 39
Directorios de Proveedores contratados ... 39
Proveedores contratados y no contratados ... 40
Características adicionales del Plan para recibir los mejores beneficios posibles ... 40
Evitar una reducción de los beneficios ... 42
Se aplican cargos permisibles máximos para ciertos procedimientos quirúrgicos ... 42
Excepciones para el pago de beneficios y deducible de proveedores no contratados ... 43
Servicios cubiertos ... 43
Deducibles ... 43
Coseguro ... 44
Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer de 1998 ... 44
Ley de Protección de la Salud para Madres y Recién Nacidos de 1996 ... 45

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA JUBILADOS SIN MEDICARE ... 46

Programa de Asesor / Concierge ... 46
LiveHealth Online ... 46
Línea de enfermería ... 47
Cirugía ... 47
Pruebas de laboratorio y patología ... 47
Programa de revisión de utilización ... 47
Propósito del Programa de revisión de utilización ... 47
Gestión del Programa de revisión de utilización ... 48
Elementos del Programa de revisión de utilización ... 48
Cómo funciona la Revisión de utilización ... 48
Revisión retrospectiva (posterior al servicio) ... 49
Apelar una determinación de Revisión de utilización (proceso de apelaciones) ... 49
Programa de farmacia ... 69
Programa de pedido por correo ... 69
Beneficios de visión ... 72
Servicios de visión cubiertos ... 72
Descuentos de Médicos miembros de VSP ... 73
Exclusiones y limitaciones ... 73

Servicios no cubiertos ... 73
Beneficio para visión baja ... 74
Cómo presentar una reclamación ... 74

EXCLUSIONES DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY ... 75

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES Y APELACIONES ... 77
Uso de representante autorizado ... 77
Tipos de reclamaciones ... 77
Por qué NO es una "Reclamación" ... 78
Presentar una reclamación ... 78
Cuándo se deben presentar las reclamaciones ... 79
Notificación de que su reclamación previa al servicio o reclamación urgente no ha sido presentada de manera apropiada ... 79
Plazos para las decisiones iniciales sobre las reclamaciones ... 79
Reclamaciones denegadas (Determinaciones adversas sobre los beneficios) ... 80
Apelación de una determinación adversa sobre los beneficios ... 81
Proceso de revisión ... 82
Aviso de la decisión sobre la apelación ... 82
Si su apelación es denegada ... 83

COORDINACIÓN DE LOS BENEFICIOS (COB) DE INDEMNITY Y RESPONSABILIDAD DE TERCEROS ... 85
Coordinación de los beneficios con otros planes ... 85
Coordinación con los acuerdos de proveedores preferidos ... 86
Coordinación con Medicare ... 86
Coordinación con Medicaid ... 87
Coordinación con planes prepagados (como las HMO) ... 87
Responsabilidad de terceros ... 87

INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE SEGURIDAD DE LOS INGRESOS DE JUBILACIÓN DE LOS EMPLEADOS DE 1974 (ERISA) ... 89
Información general sobre el Plan ... 89
Sus derechos de ERISA ... 93
Descuentos ... 94
Los títulos, fuente y estilo no modifican las disposiciones del Plan ... 94
Privacidad de la información de salud ... 95

NORMAS Y REGLAMENTOS ... 96
ARTÍCULO 1. DEFINICIONES ... 98
ARTÍCULO 2. ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS ... 105
ARTÍCULO 3. BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA LOS JUBILADOS Y SUS DEPENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE ... 114
ARTÍCULO 4. BENEFICIOS DE PRÓTESIS AUDITIVAS PARA LOS INDIVIDUOS ELEGIBLES O NO PARA MEDICARE ... 124
ARTÍCULO 5. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA LOS INDIVIDUOS QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE ... 125
ARTÍCULO 6. BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS DE MEDICARE PARA LOS JUBILADOS Y SUS DEPENDIENTES QUE SON ELEGIBLES PARA MEDICARE ... 128
ARTÍCULO 7. EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y REDUCCIONES ... 130
ARTÍCULO 8. DISPOSICIONES GENERALES ... 138
ARTÍCULO 9. ENMIENDA Y TERMINACIÓN ... 152
ARTÍCULO 10. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD ... 152

INTRODUCCIÓN

Esta Descripción Sumaria del Plan (SPD)/Normas y reglamentos está diseñada para ayudarle a comprender los beneficios disponibles para usted a través de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. El plan descrito en esta SPD está vigente a partir del 1 de septiembre de 2017 y reemplaza a todos los otros documentos del plan que se le han proporcionado previamente.

El Fondo Fiduciario ofrece una amplia variedad de beneficios que se describen en esta SPD, los cuales incluyen:

- Plan Médico de Indemnity;
- Beneficios de salud mental y dependencia a químicos;
- Beneficios de medicamentos recetados;
- Beneficios para prótesis auditivas para el Plan Médico de Indemnity; y
- Beneficios de cuidado de la visión para los participantes del Plan Médico de Indemnity.

Este folleto no contiene una descripción completa del plan Kaiser ni información sobre el programa dental voluntario para Jubilados a través de Delta Dental. Estos planes se describen en otros folletos.

Nota: Los beneficios dentales también están disponibles a través de un programa dental voluntario para Jubilados proporcionado por Delta Dental. El plan dental requiere una inscripción por separado, el pago de las primas correspondientes al costo total de la cobertura y tiene normas por separado sobre la elegibilidad y terminación. Usted puede inscribirse en los beneficios mencionados anteriormente sin tener que inscribirse en el plan dental. Los beneficios dentales no se describen en este folleto - si usted se ha inscrito en el plan dental o está interesado en los detalles del plan, puede solicitar un folleto sobre el plan dental por separado.

Si bien se reconoce los muchos beneficios asociados con este Plan, también es importante señalar que no todos los gastos a los que usted incurra para atención médica están cubiertos por este Plan.

Todas las disposiciones de este documento contienen información importante.

Ninguna persona tendrá derechos adquiridos para los beneficios conforme a estos Planes. Un derecho adquirido se refiere a un beneficio que una persona se ha ganado el derecho a recibir y que no se puede confiscar. Los beneficios del plan de salud no están investidos ni garantizados.

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura o sus obligaciones según los términos de su Plan, asegúrese de buscar ayuda o información. Este capítulo incluye una Tabla de referencia rápida de fuentes de ayuda o información sobre el Plan.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California está comprometido a mantener la cobertura de atención médica para los Participantes y sus familias a un costo que se puede pagar; sin embargo, debido a que no se pueden predecir las condiciones en el futuro, la Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de enmendar o terminar las coberturas en cualquier momento y por cualquier razón. Dado que el Plan se modifica de vez en cuando, se le enviará la información que explique los cambios. Si esos avisos posteriores describen un beneficio o procedimiento que es diferente de lo que se describe en este documento, usted debe confiar en la información posterior.

Asegúrese de guardar este documento, junto con los avisos de cualquier cambio en el Plan, en un lugar cómodo y seguro donde usted y su familia puedan encontrarlos para consultarlos.

Este Plan está establecido según y sujeto a la ley federal, la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974, y sus modificaciones, conocida comúnmente como ERISA por sus siglas en inglés. El Plan Médico de Indemnity (incluyendo la salud mental, el tratamiento por abuso de sustancias y los medicamentos recetados) y los beneficios de prótesis auditivas del Plan son auto-financiados con contribuciones de los empleadores contribuyentes y los participantes elegibles que se mantienen en un Fideicomiso. Los beneficios de la HMO de Kaiser del Plan están completamente asegurados con Kaiser.

ACERCA DE ESTA SPD (DESCRIPCIÓN SUMARIA DEL PLAN)

En esta SPD, hemos intentado describir sus beneficios lo más completamente posible y en un lenguaje cotidiano. Esta SPD incluye:

- Una sección importante de **información de contactos**, la cual incluye los números de teléfono y los sitios web de la Oficina del Fondo y otras organizaciones que prestan servicios según el Plan, incluyendo información de contacto para la Revisión de utilización de los servicios.

- Una sección de **elegibilidad** que resume los requisitos de elegibilidad que debe cumplir para calificar para los beneficios.

- Una explicación acerca de su cobertura según **cada programa de beneficios** del Plan, incluyendo un ***Resumen de los beneficios*** para cada programa de beneficios que resume la cobertura disponible.

- Una sección sobre **cómo presentar reclamaciones,** incluyendo lo que debe hacer para presentar una apelación si le rechazan una reclamación.

- Una sección de **información administrativa** que incluye información general del Plan y sus derechos según la ley.

Este documento contiene una breve descripción sobre sus derechos de beneficios del plan, en inglés. Si usted tiene dificultad para comprender cualquier parte de este documento, por favor, póngase en contacto con la Oficina del Fondo Fiduciario (Trust Fund Office) a la dirección y teléfono que aparecen en la Tabla de referencia rápida de este documento.

El Plan HMO de Kaiser se proporciona a través de un contrato entre la Junta de Fideicomisarios y la Compañía de seguros.

El Plan Médico de Indemnity (incluyendo los servicios de salud mental, el tratamiento por abuso de sustancias y los medicamentos recetados) y los beneficios de visión y prótesis auditivas no están asegurados por ningún contrato de seguro, y no hay ninguna responsabilidad por parte de la Junta de Fideicomisarios o cualquier individuo o entidad para proveer el pago más allá del monto recolectado en el Fondo Fiduciario y que está disponible para ese fin.

La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho exclusivo y la discreción para interpretar el Plan y es el único juez del estándar de prueba requerido en cualquier reclamación y la aplicación e interpretación del Plan. Cualquier controversia en cuanto a la elegibilidad, el tipo, el monto o la duración de los beneficios o cualquier derecho o reclamación para los pagos del Fondo será resuelta por la Junta o su representante debidamente autorizado según y de conformidad con las disposiciones del Plan y el Acuerdo Fiduciario, y su decisión será definitiva y vinculante para todas las partes, sujeto solo a la revisión judicial que pueda estar en armonía con la ley federal del trabajo.

Tenga en cuenta que la Junta ha autorizado a la Oficina del Fondo para responder por escrito a sus preguntas presentadas por escrito. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios, debe escribir a la Oficina del Fondo para una respuesta definitiva. Como cortesía para usted, la Oficina del Fondo también puede responder, de manera informal, a las preguntas orales. Sin embargo, la información oral y las respuestas no son vinculantes para la Junta de Fideicomisarios y no pueden utilizarse para ninguna disputa relacionada con sus beneficios.

Las normas y los beneficios del Plan pueden cambiar periódicamente. Si esto ocurre, usted recibirá un aviso por escrito que explica el cambio. Asegúrese de leer todas las cartas de anuncios del Plan sobre los cambios en los beneficios y mantenerlas con este folleto. A fin de que conozca los beneficios disponibles para usted y sus Dependientes, le instamos a leer este folleto cuidadosamente antes de obtener atención médica. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios descritos en este folleto, póngase en contacto con la Oficina del Fondo Fiduciario, donde nos complacerá ayudarle.

La revisión de utilización del Plan Médico de Indemnity y los programas de los Proveedores contratados (para los Jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare) siguen siendo elementos fundamentales

de nuestros esfuerzos para contener el aumento de los costos de la atención médica. Hay incentivos financieros para que utilice estos programas de contención de costos.

¿Término desconocido?

Si ve una palabra y no está seguro de su significado, revise la sección Definiciones en el Artículo I de las Normas y Reglamentos que se aplican a la SPD. Contiene las definiciones de las palabras utilizadas en la SPD.

Sin embargo, debido a que los siguientes términos son tan importantes, incluimos las definiciones para que usted entienda el significado de estos términos cuando los vea en la SPD. Para la definición legal completa de estos términos, consulte el Artículo I de las Normas y Reglamentos.

Cargo permitido: se refiere al menor de:

a) El monto en dólares que este Fondo ha determinado que permitirá para los servicios o suministros cubiertos necesarios médicamente, proporcionados por los Proveedores sin contrato. El Cargo permitido del Fondo no se basa en ni está destinado a ser reflejo de las tarifas que son o pueden ser descritas como regulares y habituales (U&C, por sus siglas en inglés), regulares, habituales y razonables (UCR, por sus siglas en inglés), prevalecientes o cualquier término similar. Un cargo facturado por un proveedor puede exceder el Cargo permitido del Fondo. El Fondo se reserva el derecho a que la cantidad facturada de una reclamación sea revisada por una empresa de revisión médica independiente para ayudar a determinar la cantidad que el Fondo permitirá para las reclamaciones presentadas. **Al utilizar Proveedores sin contrato, la Persona elegible es responsable de cualquier diferencia entre el cargo facturado real y el Cargo permitido máximo del Fondo, además de cualquier copago y coseguro del porcentaje requeridos por el Plan.**

b) El cargo facturado real del Proveedor.

c) El Fondo ha adoptado una estrategia de reembolso basado en Medicare para Hospitales sin contrato, Centros sin contrato y otros Proveedores sin contrato donde la cantidad máxima que pagará este Plan es un porcentaje de la cantidad que se hubiera podido pagar de conformidad con los pagos permitidos de Medicare.

Experimental o de investigación: se refiere a un fármaco o dispositivo, tratamiento o procedimiento médico si:

a) El fármaco o dispositivo no se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos, y la aprobación para la comercialización no se ha llevado a cabo en el momento en que se proporciona el fármaco o dispositivo; o
b) El fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado con el fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fue examinado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional del centro tratante o el ente que cumpla una función similar, o si la ley federal exige dicha revisión o aprobación; o
c) **Prueba confiable** indica que el fármaco, dispositivo, procedimiento o tratamiento médico es el sujeto de pruebas clínicas continuas de fase I o fase II, es el brazo de investigación, experimental o de estudio de pruebas clínicas continuas de fase III, o se encuentra bajo estudio para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, o eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico; o
d) **Prueba confiable** muestra que la opinión predominante entre los expertos con respecto al fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que otros estudios o pruebas clínicas son necesarios para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, o eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico.

A efectos de esta definición, **"Prueba confiable"** se refiere solo a los informes y artículos publicados en literatura médica y científica acreditada y revisada por pares; el protocolo o los protocolos escritos utilizados por el centro tratante o el (los) protocolo(s) de otro centro que estudie sustancialmente el mismo fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado por escrito utilizado por el centro tratante o por otro centro que estudie sustancialmente el mismo fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

Necesario médicamente: se refiere al propósito de determinar los beneficios cubiertos íntegros que puede pagar el Fondo por los servicios recibidos para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Los servicios que no sean necesarios médicamente (excepto los servicios preventivos de rutina cubiertos específicamente por el Plan) no son Cargos permitidos.

Servicios o suministros necesarios médicamente se refieren aquellos que se determinen como:

- Apropiados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección médica, y
- Se proporcionan para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directo de la afección médica, y
- Se encuentran dentro de los estándares de la buena práctica médica dentro de la comunidad médica organizada, y
- No son principalmente para la comodidad o conveniencia personal del paciente, su familia, cualquier persona que cuide al paciente, cualquier profesional médico o cualquier hospital o centro 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 el suministro será considerado necesario médicamente para la cobertura médica proporcionada por el Plan, y
- El suministro o el nivel de servicio más apropiado que se pueda proporcionar de manera segura. Para las hospitalizaciones, esto significa que el cuidado agudo como paciente en cama es necesario debido al tipo de servicios que el paciente está recibiendo o la severidad de la condición del paciente, y que una atención adecuada y segura no se puede recibir como paciente ambulatorio o en un establecimiento médico menos intensificado, según lo determine la Organización de Revisión Profesional.

Autoridad prevaleciente de las Normas y Reglamentos

Las disposiciones del Plan están sujetas y son controladas por el Documento del Plan o las Normas y Reglamentos. Si hay una discrepancia entre esta Descripción Sumaria del Plan (SPD) y las disposiciones de las Normas y Reglamentos, regirán las disposiciones de las Normas y Reglamentos. Las Normas y Reglamentos están impresos en el reverso de esta SPD y también están disponibles en el sitio web del Fondo (www.carpenterfunds.com).

Plan de salud con derechos adquiridos según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de Protección al Paciente (la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio)

Este plan de salud grupal considera que el Plan Médico de Indemnity ofrecido por el Fondo es un "plan de salud con derechos adquiridos" conforme a la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de Protección al Paciente (la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio). Según lo permite la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, un plan de salud con derechos adquiridos puede conservar cierta cobertura básica de salud que ya estaba en vigor cuando la ley fue promulgada. Un plan de salud con derechos adquiridos significa que su plan no puede incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito para la prestación de servicios de salud preventiva sin participación en los costos. Sin embargo, los planes de salud con derechos adquiridos deben cumplir con ciertas protecciones al consumidor según la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, por ejemplo, la eliminación de los límites de por vida sobre los beneficios.

Las preguntas relacionadas con cuáles protecciones se aplican y cuáles no se aplican a un plan de salud con derechos adquiridos, así como lo que podría causar que un plan cambie de la condición de plan de salud con derechos adquiridos, pueden dirigirse a la Oficina del Fondo Fiduciario al (888) 547-2054 o (510) 633-0333.

También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-3272 o http://www.dol.gov/ebsa/healthreform/. Este sitio web tiene una tabla que resume las protecciones que se aplican y las que no se aplican a los planes de salud con derechos adquiridos.

Declaración general sobre la prohibición de discriminación: (La discriminación está contra la ley)

El plan de atención médica del Fondo cumple con las leyes federales sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. El Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo. El Plan:

a) Proporciona gratuitamente servicios y ayudas a las personas con discapacidad para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, tales como:

- Intérpretes de lenguaje de signos calificados
- Información escrita en otros formatos (impresión en letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

b) Proporciona gratuitamente servicios de idiomas para personas cuyo idioma natal no es el inglés, tales como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con Pauline Hann, Coordinadora de Derechos Civiles.

Si cree que el Plan ha fallado en proveer estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja con: Pauline Hann, Coordinadora de Derechos Civiles, Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, California 94621-1480, (510) 633-0333 o al número directo (888) 547-2054. Usted puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Pauline Hann, Coordinadora de Derechos Civiles, está disponible para ayudarle.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., electrónicamente a través del Portal de denuncias de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en *https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf*, o por correo regular o teléfono en: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en *http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html*.

ATENCIÓN: ASISTENCIA LINGÜÍSTICA GRATIS Este gráfico muestra, en varios idiomas, el número de teléfono al que puede llamar para recibir los servicios de asistencia lingüística gratis para las personas con conocimientos limitados del inglés.	
Idioma	**Mensaje acerca de la asistencia lingüística**
Español	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054).
Chino	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1 (888) 547-2054 （TTY：1 (888) 547-2054)
Francés	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1 (888) 547-2054 (ATS : 1 (888) 547-2054).
Italiano	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054).
Alemán	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054).
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054).
Vietnamita	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054).

ATENCIÓN: ASISTENCIA LINGÜÍSTICA GRATIS Este gráfico muestra, en varios idiomas, el número de teléfono al que puede llamar para recibir los servicios de asistencia lingüística gratis para las personas con conocimientos limitados del inglés.	
Idioma	**Mensaje acerca de la asistencia lingüística**
Persa	اگر شما به زبان فارسی صحبت می‌کنید، می‌توانید از خدمات ترجمه شفاهی رایگان استفاده کنید. با 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054) تماس بگیرید
Hindi	ध्यान द: यद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह। 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054) पर कॉल कर।
Tagalo.	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054).
Navajo	Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti' go Diné Bizaad, saad bee áká'ánida'ánida'áwo'dęę , t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054.)
Árabe	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. اتصل بـ 1- 547-2054 (888) (TTY: 1- 547-2054 (888)).
Coreano	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054)번으로 전화해 주십시오.
Tailandés	เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054).
Lao	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1 (888) 547-2054 (TTY: 1 (888) 547-2054).

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE CONTACTO

El Plan está patrocinado y administrado por la Junta de Fideicomisarios del Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. Sin embargo, los Fideicomisarios han delegado responsabilidades administrativas a otros individuos u organizaciones de la siguiente manera:

- **Oficina del Fondo Fiduciario:**
  - ✓ Mantener registros de elegibilidad;
  - ✓ Contabiliza las contribuciones de auto-pago;
  - ✓ Administra los beneficios médicos y de prótesis auditivas de Indemnity;
  - ✓ Responde a las preguntas de los participantes; y
  - ✓ Maneja otras funciones administrativas de rutina.
- **Kaiser Foundation Health Plan ofrece una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)** para los beneficios médicos, de medicamentos recetados, prótesis auditivas y de visión.
- **Plan Médico de Indemnity**
  - ✓ **Anthem Blue Cross of California** proporciona acceso a una red de Proveedores contratados para los beneficios médicos de Indemnity y proporciona el programa de revisión de utilización del Plan para determinados beneficios médicos (aplicable solo a los Jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare).
  - ✓ **Express Scripts** proporciona acceso a las farmacias contratadas, y administra el programa de servicio por correo y el programa de farmacia especializada del Plan.
  - ✓ **Vision Service Plan (VSP)** administra y proporciona acceso a los Proveedores contratados para los beneficios de la visión.
- **Delta Dental PPO y DeltaCare USA** proporcionan los beneficios dentales voluntarios a los Jubilados que decidan adquirir la cobertura.

Cuando necesite más información, revise este documento primero. Si necesita más ayuda, llame a las personas que aparecen en la siguiente Tabla de referencia rápida:

►*¿Cuándo ponerse en contacto con la Oficina del Fondo Fiduciario?*	
Cuando tenga preguntas sobre: la elegibilidad, los beneficios, la cobertura de continuación de COBRA, las contribuciones de auto-pago y otras funciones administrativas de rutina.	Línea directa: (510) 633-0333 Número gratuito: (888) 547-2054 Correo electrónico: benefitservices@carpenterfunds.com www.carpenterfunds.com

►*¿A quién contactar si tiene preguntas acerca de su Plan Médico de Indemnity?*	
Reclamaciones y apelaciones para el Plan Médico de Indemnity	**Oficina del Fondo Fiduciario** Línea directa: (510) 633-0333 Número gratuito: (888) 547-2054 Correo electrónico: benefitservices@carpenterfunds.com www.carpenterfunds.com
Beneficios del Plan Médico de Indemnity	
Beneficios de prótesis auditivas para el Plan Médico de Indemnity	
Aviso de la Parte D de Medicare sobre la cobertura acreditable	
Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC)	

Notificación sobre privacidad de HIPAA	
Encontrar un proveedor contratado (para los Jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare, y están cubiertos bajo el Plan Médico de Indemnity)	Dentro de California: **Anthem** (800) 810-2583 www.anthem.com Fuera de California: **Blue Card** (800) 810-2583 www.bcbs.com
Para obtener asistencia con preguntas médicas que no sean de emergencia	**Línea de Enfermería de Anthem disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana** (800) 700-9184
Organización de Revisión para la revisión de utilización requerida – dentro o fuera de California (para los Jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare)	**Anthem** (800) 274-7767 (solo médicos)
Medicamentos recetados - Servicios de farmacia de la red, servicio de pedido por correo y farmacia de especialidad (Los participantes de la HMO de Kaiser deben ponerse en contacto con Kaiser para obtener información acerca de los beneficios de medicamentos recetados)	**Express Scripts** (800) 939-7093 www.express-scripts.com (800) 473-3455 (para solicitar el reabastecimiento) (800) 753-2851 (para los médicos para solicitar la revisión de utilización) **Los participantes elegibles de Medicare deben llamar a:** **1.800.311.2757 para obtener asistencia**
Beneficios de visión para el Plan Médico de Indemnity	**Vision Service Plan (VSP)** (800) 877-7195 www.vsp.com
Programa de Asesoría	**Anthem** (844) 437-0488
Coach de salud (manejo de estilos de vida)	**Trestle Tree** (866) 856-4612
LiveHealth Online	www.livehealthonline.com
Examen anual	**Health Dynamics** (866) 443-0164

►*¿A quién contactar si tiene preguntas acerca de sus beneficios de HMO de Kaiser?*

Servicios para los Miembros de Kaiser
(800) 464-4000
www.kp.org

►*¿A quién contactar si tiene preguntas acerca de la cobertura de continuación de la COBRA?*

Oficina del Fondo Fiduciario
Línea directa: (510) 633-0333, Número gratuito: (888) 547-2054
Correo electrónico: benefitservices@carpenterfunds.com
www.carpenterfunds.com

►*¿A quién contactar si tiene preguntas acerca de sus beneficios dentales voluntarios?*

Delta Dental (PPO) (800) 765-6003 www.deltadentalins.com **DeltaCare USA** Relaciones con los Clientes (800) 422-4234
►¿A quién contactar si tiene preguntas acerca del Mercado de Seguros de Salud?
Residentes de California: Covered California www.coveredca.com **Residentes de otros estados: Mercado de Seguros de Salud** www.healthcare.gov
►¿A quién contactar si tiene preguntas acerca de su cobertura médica?
Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

INSCRIPCIÓN Y ELEGIBILIDAD

Inscripción en el Plan para Jubilados

Cada Jubilado elegible debe completar un formulario de inscripción. Los formularios de inscripción en blanco están disponibles en línea en www.carpenterfunds.com o en la Oficina del Fondo Fiduciario. La inscripción adecuada es necesaria para la cobertura según este Plan. Si se ha solicitado la inscripción, pero no se ha completado la inscripción adecuada (incluida la presentación de los documentos de soporte), las reclamaciones no podrán ser consideradas para el pago hasta que dicha inscripción se haya completado y presentado a la Oficina del Fondo Fiduciario.

Usted debe permanecer en la compañía aseguradora (Indemnity o Kaiser) que haya elegido por al menos 12 meses (salvo que esté inscrito en Kaiser y se mude fuera del área de servicio). Después de 12 meses, puede cambiarse a otra compañía aseguradora mediante la presentación de un nuevo formulario de inscripción indicando el cambio a la Oficina del Fondo.

Cualquier cambio en las compañías aseguradoras será efectivo en el primer día del segundo mes siguiente a la fecha en que:

- el Fondo recibe el formulario de inscripción; o
- la fecha en que un plan prepagado confirma la inscripción o cancelación de la inscripción en un plan de riesgos de Medicare.

Inscripción en Medicare

Si usted está recibiendo beneficios de jubilación del Seguro Social cuando cumple los 65 años de edad, será inscrito en la Parte A de Medicare automáticamente.

Si no está recibiendo beneficios de jubilación del Seguro Social, tendrá que realizar la solicitud para Medicare. Póngase en contacto con la oficina más cercana de la Administración del Seguro Social en los 3 meses antes de que cumpla 65 años para inscribirse en las Partes A y B de Medicare. Al inscribirse de manera oportuna, podrá evitar un posible retraso en el inicio de su cobertura y un posible aumento en las primas que tendrá que pagar para la Parte B.

Si tiene preguntas sobre Medicare, visite www.medicare.gov o llame al (800) 633-4227 (usuarios de TTY: (877) 486-2048)

No inscribirse en **ambas** partes de Medicare podría crear graves dificultades financieras para usted. **El primer día del mes que usted sea elegible para Medicare, los beneficios que puede pagar este Plan estarán limitados a los beneficios complementarios de Medicare que se describen en la página 28, independientemente de si usted se ha inscrito en Medicare y de si Medicare hace algún pago.** Esto significa que el Plan pagará solo el 20% de los servicios que normalmente están cubiertos por la Parte B de Medicare y solo la cantidad del deducible para servicios de hospitalización de Medicare si usted es hospitalizado.

Los miembros de una HMO elegibles para Medicare también deben inscribirse en Medicare, ya que deben asignar sus beneficios de Medicare a la HMO. Si usted es miembro de una HMO elegible para Medicare, y no se inscribe en las Partes A y B de Medicare, se terminará su cobertura en el plan HMO. En este caso, usted y sus Dependientes podrán inscribirse en el Plan de Indemnity; sin embargo, el Plan de Indemnity pagará como si se hubiera inscrito en ambas partes de Medicare.

Si usted es elegible para Medicare antes de su cónyuge, su cónyuge continuará estando cubierto(a) por los beneficios para Jubilados destinados a los beneficiarios no elegibles para Medicare hasta que él/ella sea elegible para Medicare. Si su cónyuge es elegible para Medicare antes de usted, su cónyuge debe inscribirse en Medicare y recibir los beneficios complementarios de Medicare, y usted continuará estando cubierto por los beneficios no relacionados a Medicare hasta que usted sea elegible para Medicare.

Prueba de estatus de Dependiente

El Plan exigirá documentación específica para justificar el estatus de Dependiente, la cual puede incluir un acta de nacimiento, acta de matrimonio, prueba de la edad del Dependiente, y el número del Seguro Social del Dependiente. A continuación, se indican los documentos que el Plan podrá solicitar para justificar el estatus de Dependiente. **Tenga en cuenta que no proporcionar oportunamente la prueba del estatus de Dependiente causará que las reclamaciones presentadas al Plan para los Dependientes no se podrán considerar para el pago hasta que dicha prueba sea proporcionada.**

- **Cónyuge:** el acta de matrimonio certificada.
- **Hijos:** el acta de nacimiento que muestre que el hijo(a) es el hijo(a) biológico(a) del Jubilado.
- **Hijastros:** el acta de nacimiento del hijastro(a) y el acta de matrimonio de los padres biológicos.
- **Hijo(a) por adopción o colocación para adopción**: orden del tribunal firmada por el juez, la cual muestre que el Jubilado ha adoptado o piensa adoptar al menor.
- **Tutela legal:** los documentos de la tutela legal designada por un tribunal, el acta de nacimiento certificada y la prueba de que el menor es considerado(a) su dependiente para efectos del impuesto sobre la renta federal.
- **Hijo(a) Dependiente discapacitado(a):** declaración escrita actual del médico del menor la cual indique que el menor Dependiente está discapacitado mental o físicamente en la actualidad, siempre que el menor estada discapacitado y es elegible como un Dependiente según este Plan antes de alcanzar el límite de edad. Para un hijo(a) Dependiente discapacitado(a) que supere el límite de edad, el Fondo debe recibir una declaración del Jubilado de que él/ella proporciona manutención financiera al hijo(a).
- **Aviso Nacional de Manutención Médica para Hijos que Reúnan los Requisitos: un** Aviso Nacional de Manutención Médica (NMSN, por sus siglas en inglés) u **Orden de Manutención Médica para Menores Calificada** (QMCSO, por sus siglas en inglés) firmada por un juez.
- **Pareja de hecho**: declaración jurada del Jubilado y su pareja de hecho, prueba de responsabilidad financiera conjunta la cual muestre que cumplan con los requisitos de este Plan sobre la elegibilidad de las parejas de hecho, y el pago de los impuestos aplicables.
- **Hijo(a) de Pareja de hecho**: el acta de nacimiento la cual muestre que el menor es hijo(a) biológico(a) de la Pareja de hecho, e inscripción de la Pareja de hecho.
- **Estudiantes:** estudiantes a tiempo completo que son hijos en tutela o hijos de Parejas de hecho, que tengan entre 19 y 23 años de edad, con prueba del estatus de estudiante a tiempo completo en una institución acreditada.

SE NECESITAN LOS NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL DE LOS DEPENDIENTES

Para cumplir con la coordinación federal de Medicare sobre los reglamentos de los beneficios y ciertas normas de presentación de informes del IRS, usted debe proporcionar con prontitud al Administrador del Plan, o a su designado, el número del Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de sus Dependientes elegibles para quien ha elegido, o está eligiendo, la cobertura del Plan, y la información sobre si usted o cualquiera de sus Dependientes están inscritos actualmente en Medicare o han cancelado la inscripción de Medicare. Esta información será requerida cuando se inscriba por primera vez en la cobertura del Plan, pero también se le puede solicitar en una fecha posterior.

Si un Dependiente aún no tiene un número del Seguro Social, usted puede visitar este sitio web a fin de completar un formulario para solicitar un SSN: http://www.socialsecurity.gov/online/ss-5.pdf. Solicitar un número del Seguro Social es gratis.

Si no proporciona un SSN o no completa el formulario modelo de CMS (el formulario está disponible con el Administrador de Reclamaciones o en http://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Downloads/New-Downloads/RevisedHICNSSNForm081809.pdf) causará que las reclamaciones para las personas elegibles no sean consideradas como reclamación que se puede pagar para las personas afectadas.

Opción de declinar la cobertura del Plan de visión (no aplica a los participantes de Kaiser)

Si usted elige la cobertura médica de Indemnity, se le inscribirá automáticamente en la cobertura de visión. De conformidad con los reglamentos de la Reforma de Salud, usted tiene la opción de rechazar la cobertura de visión del Plan.

- Tenga en cuenta que no hay ninguna compensación adicional para usted si decide rechazar/renunciar a la cobertura de visión.
- Si desea rechazar la cobertura de visión, notifique a la Oficina del Fondo Fiduciario por escrito.

Los cambios en su inscripción en la cobertura de visión del Plan se permiten una vez cada 12 meses.

Beneficios del Plan

Cuando sea elegible y se inscriba, usted puede escoger la cobertura del Plan Médico de Indemnity y la cobertura de medicamentos recetados proporcionada directamente por el Fondo, o por el Plan HMO de Kaiser. El Plan Médico de Indemnity y la cobertura de medicamentos recetados proporcionada por el Fondo se describen en este folleto. Los beneficios de HMO de Kaiser se describen en un folleto separado disponible con Kaiser.

Sus Dependientes elegibles serán inscritos en el mismo plan que elija para usted.

Nota: Para ser elegible para la HMO de Kaiser, debe vivir en el área de servicio de Kaiser. Si usted es elegible para Medicare porque tiene 65 años o más o está discapacitado, no se le permitirá inscribirse en Kaiser, a menos que esté inscrito tanto en la Parte A como la Parte B de Medicare y ha cedido sus beneficios de Medicare a Kaiser.

Elegibilidad de los Jubilados

Los requisitos de elegibilidad están descritos en las siguientes páginas. Lea la siguiente información importante acerca de la inscripción en este Plan y la inscripción en Medicare.

Usted es elegible para los beneficios de salud y bienestar si cumple con **cada uno** de los siguientes 5 requisitos:

Si tiene créditos de elegibilidad recíprocos del Southwest Carpenters Pension Trust, consulte también la sección de "Reciprocidad con el Southwest Carpenters Health and Welfare Trust" en la página 20.

(1) Debe recibir los beneficios de pensión del Carpenters Pension Trust Fund for Northern California o un plan relacionado que se base en 10 o más años de crédito de elegibilidad, sobre la base de horas de trabajo o servicio militar calificado. Puede utilizar las horas de calificación de cualquiera de los siguientes planes para satisfacer el requisito de 10 años de crédito de elegibilidad:

- Carpenters Pension Trust for Northern California
- Carpenters Fund Administration Office Staff Plan
- Cualquier Plan Lathers Plan fusionado en el Carpenters Pension Trust Fund for Northern California
- OPEIU Local 3 o 29 (si el servicio se realizó con un Empleador contribuyente)
- Industrial Carpenters Pension Plan
- Cualquier Plan de pensión cuando sea requerido por un Acuerdo de negociación colectiva y/o Memorando de entendimiento negociado por la Carpenters 46 Northern California Counties Conference Board y/o cualquiera de sus filiales

(2) En cada uno de los 2 años calendario inmediatamente anteriores al año calendario en que se produjo la fecha de vigencia de su pensión, usted trabajó al menos 300 horas de empleo cubierto para un Empleador contribuyente, tiempo durante el cual las contribuciones se debían pagar en el Plan A, Plan B, o Plan R de los Empleados activos.

A efectos de la mencionada disposición de 300 horas, usted puede contar las horas trabajadas en el año de jubilación aun cuando no trabaje un año calendario completo. También puede contar las horas de crédito por discapacidad otorgado según las disposiciones del Plan de los Empleados activos, las horas de crédito por discapacidad otorgado según las disposiciones del Carpenters Pension Trust Fund for Northern

California, y las horas trabajadas para un Empleador contribuyente en el Southwest Carpenters Health and Welfare Plan.

(3) En 3 de los últimos 5 años calendario inmediatamente anteriores al año en que se produjo la fecha de vigencia de su pensión, usted trabajó al menos 400 horas por año de empleo cubierto para un Empleador contribuyente, tiempo durante el cual las contribuciones se debían pagar en el Plan A, Plan B, o Plan R de los Empleados activos. A efectos de este requisito de 400 horas, usted puede contar las horas trabajadas en el año de jubilación aun cuando no trabaje un año calendario completo. **Las horas de crédito por discapacidad no se pueden utilizar para satisfacer este requisito**.

(4) Usted no participó en ninguna de las horas de trabajo por salarios o ganancias en el Sector de la construcción para una entidad que no era un Empleador contribuyente al Plan de los Empleados activos, o no era un Empleador contribuyente a un plan relacionado que es signatario del Convenio de Reciprocidad Internacional para los Carpenters Health and Welfare Funds (incluyendo el empleo por cuenta propia) durante el año calendario en que se produjo la fecha de vigencia de su pensión, y en cada uno de los 2 años calendario inmediatamente anteriores.

(5) Usted hace los auto-pagos requeridos en la forma y manera designadas por la Junta de Fideicomisarios.

Cuándo comienza la participación de los Jubilados

Si usted es un Jubilado que cumple con los requisitos mencionados anteriormente, su participación en este Plan comenzará el primer día del cuarto mes siguiente a su fecha de jubilación o el primer día del mes siguiente al agotamiento de la elegibilidad proporcionado por su Banco de horas según el Plan de los Empleados activos, el que sea primero.

Por ejemplo: Si se jubiló el 1 de marzo y tenía un saldo en el Banco de horas activo de 600 horas (6 meses de Elegibilidad futura), su cobertura de Jubilado comenzaría el 1 de junio. (El 1 de junio sería el primer día del cuarto mes siguiente a su fecha de jubilación y sería **anterior** al final de los 6 meses de elegibilidad proporcionados por su Banco de horas activo).

Si se jubiló el 1 de marzo y tenía un saldo en el Banco de horas activo de 200 horas (2 meses de Elegibilidad futura), su cobertura de Jubilado comenzaría el 1 de mayo. (El final de los 2 meses de elegibilidad proporcionados por su Banco de horas activo sería **antes** del primer día del cuarto mes siguiente a su fecha de jubilación).

Terminación de la elegibilidad

Su elegibilidad terminará en la *primera* de las siguientes fechas:

- Al final del último mes en el que se le puede pagar un beneficio de pensión del Carpenters Pension Trust Fund for Northern California o de uno de los planes relacionados mencionados en la sección "Elegibilidad de los Jubilados" en la página 12, incluyendo una suspensión de los pagos de los beneficios de pensión, o
- Al final del mes en que el Fondo Fiduciario recibió su último auto-pago.

Elegibilidad extendida para los Dependientes sobrevivientes de Jubilados fallecidos

El Plan tiene las siguientes disposiciones para ampliar la elegibilidad para sus Dependientes en el caso de su muerte:

- **Extensión para cónyuge únicamente:** Si recibía una Pensión conjunta y de sobreviviente en el momento de su muerte y usted tiene un Cónyuge sobreviviente que recibirá la porción del Cónyuge de dicha pensión, él o ella puede continuar su elegibilidad solo si se realiza el auto-pago requerido.

- **Extensión para el Cónyuge y los hijos Dependientes** (si usted está recibiendo su pensión en la forma de pago de una Pensión conjunta y de sobreviviente o alguna otra forma de pago): Si usted muere antes de recibir los beneficios de pensión (distinta de una Pensión por discapacidad) durante al menos 60 meses, su Cónyuge e hijos Dependientes elegibles podrán continuar su elegibilidad por el resto del período de 60 meses, siempre que realicen el auto-pago requerido. Si está recibiendo una Pensión por discapacidad o una Pensión por discapacidad recíproca y usted muere antes de recibir los beneficios por lo menos 36 meses, su Cónyuge y sus hijos Dependientes elegibles podrán continuar su elegibilidad por el resto del período de 36 meses, siempre que realicen el auto-pago requerido. En cualquier caso, si el/la Cónyuge se vuelve a casar antes de la terminación de los pagos de la pensión, la cobertura conforme a esta extensión terminará en la fecha en que se vuelva a casar.

Beneficios extendidos para hospitales, centros de enfermería especializada o atención médica a domicilio

Si está recibiendo los beneficios del Plan para atención en un hospital, centro de enfermería especializada o atención médica a domicilio en la fecha en que finaliza la cobertura debido a la pérdida de elegibilidad, usted continuará recibiendo los beneficios para esa atención hasta que sea dado de alta del hospital o centro de enfermería especializada o se complete su atención médica a domicilio.

Estos beneficios extendidos están sujetos a los mismos términos que se habrían aplicado si esta cobertura hubiese permanecido en vigor.

Participación en el empleo

Las siguientes reglas se aplicarán si participa en un tipo de trabajo que requiera contribuciones al Plan de los Empleados activos durante el período señalado anteriormente, siempre que el trabajo no resulte en la suspensión de los pagos de los beneficios del Carpenters Pension Trust Fund for Northern California:

No podrá establecer la elegibilidad bajo el Plan de los Empleados activos, independientemente del número de horas trabajadas; sin embargo, si trabaja las suficientes horas consecutivas que en ausencia de esta regla usted habría calificado para la elegibilidad bajo el Plan de los Empleados activos, el 50% de las contribuciones de salud y bienestar pagadas al Plan de los Empleados activos en su nombre se utilizará para compensar sus contribuciones de auto-pago para la cobertura de salud de los Jubilados.

Esta compensación solo se concederá por el 50% de las contribuciones hasta un máximo de 480 horas en un año calendario.

Si usted no es un Empleado Jubilado elegible en este plan, o si las horas trabajadas son menos que el número requerido para obtener la elegibilidad bajo el Plan de los Empleados activos en la ausencia de esta regla, no se acreditarán contribuciones de salud y bienestar en su nombre.

Elegibilidad de Dependientes

Si elige la cobertura para usted, también puede inscribir a sus Dependientes elegibles en el día en que usted es elegible para su propia cobertura o en el día en que usted adquiera un Dependiente elegible, ya sea por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, pero solo si ha presentado un formulario de inscripción completado que puede obtener en la Oficina del Fondo Fiduciario y siempre que la Oficina del Fondo Fiduciario reciba la prueba requerida del Plan sobre el estatus de Dependiente, y presente la solicitud dentro de los plazos establecidos en las directrices del Plan.

Un Dependiente no se puede inscribir para la cobertura a menos que el Jubilado también esté inscrito (excepto como un Dependiente sobreviviente de un Jubilado fallecido). El Plan requerirá documentación específica para justificar el estatus de Dependiente. Un Dependiente elegible incluye:

- Su cónyuge legal;
- Su Pareja de hecho que califique (como se define más abajo);

- Su hijo(a) que es:
    1) un hijo natural, hijastro, hijo legalmente adoptado, o un hijo que requiere cobertura según un Aviso Nacional de Manutención Médica u Orden de Manutención Médica para Menores Calificada, que sea menor de 26 años de edad, casado(a) o soltero(a). Los hijos adoptados son elegibles según el Plan cuando son colocados para su adopción.
    2) un hijo(a) soltero(a) para quien usted ha sido nombrado como su tutor legal, siempre y cuando el hijo(a) es menor de 19 años de edad y es considerado(a) como su dependiente para efectos del impuesto sobre la renta federal;
    3) un hijo(a) soltero(a) de su Pareja de hecho que califique, siempre y cuando el hijo(a) es menor de 19 años de edad y depende principalmente de usted para su manutención financiera;
    4) un hijo(a) soltero(a) elegible según el párrafo (2) o (3) anterior que tenga al menos 19 años, pero menos de 23 años de edad y sea un(a) estudiante de tiempo completo en una institución educativa acreditada, siempre que el hijo(a) satisfaga los requisitos del párrafo (2) o (3) anterior; o
    5) un hijo(a) soltero(a) de usted o de su Cónyuge o Pareja de hecho que califique de cualquier edad que no pueda ganarse la vida debido a una discapacidad física o mental, siempre que el hijo(a) esté discapacitado(a) y sea elegible como Dependiente según este Plan antes de alcanzar el límite de edad descrito en los párrafos (1), (2), (3) o (4) anteriores, y siempre que el hijo(a) dependa principalmente del Jubilado para su manutención financiera.

Para los hijos de una Pareja de hecho o los hijos que están cubiertos según una tutela legal: Si el Plan recibe una certificación escrita de un Médico tratante del hijo(a) la cual indique que (1) el hijo(a) sufre de una enfermedad o lesión grave, y (2) una licencia (u otro cambio en la inscripción) de una institución postsecundaria es Necesaria médicamente, y si la pérdida de la condición de estudiante causaría la pérdida de la cobertura de salud conforme al Plan, el Plan extenderá la cobertura del hijo(a) por hasta un año. Esta extensión máxima de un año de la cobertura comienza el primer día de la licencia Necesaria médicamente (u otro cambio en la inscripción) y termina en la fecha en que ocurra de primero cualquiera de los siguientes: (i) un año más tarde, o (ii) la fecha en que la cobertura se terminaría según los términos del Plan (por ejemplo, cuando el hijo(a) alcance la edad límite del Plan). Usted o su Dependiente deben presentar una certificación de un médico acerca de la necesidad médica de la licencia a la Oficina del Fondo Fiduciario al menos 30 días antes de la licencia médica si es previsible, o 30 días después del inicio de la licencia en cualquier otro caso.

Aviso Nacional de Manutención Médica (NMSN, por sus siglas en inglés) u Orden de Manutención Médica para Menores Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés): De conformidad con la Sección 609(a) de ERISA, el Fondo proporcionará cobertura para un hijo(a) de un Participante si es requerido por una Orden de Manutención Médica para Menores Calificada, incluido un Aviso Nacional de Manutención Médica (NMSN, por sus siglas en inglés). Una QMCSO o un NMSN reemplazará cualquier requisito en la definición de Dependiente del Plan indicada anteriormente. El Plan realizará la inscripción de acuerdo a lo estipulado en la Orden para cualquier hijo(a) de un Participante del Plan según lo especificado en la Orden. Una *Orden de Manutención Médica para Menores Calificada* es cualquier sentencia, decreto u orden (incluyendo la aprobación de un acuerdo de conciliación de parejas de hecho o Aviso Nacional de Manutención Médica) emitido por un tribunal que:

- Proporcione manutención al hijo(a) de un Participante del Plan u ordene al Participante que proporcione al hijo(a) la cobertura de un plan de beneficios de salud, o
- Aplica una ley estatal relativa a la manutención infantil médica conforme a la Sección 1908 de la Ley de Seguridad Social, la cual establece en parte que si el padre/madre Participante no inscribe al hijo(a), entonces el padre/madre no Participante o la agencia estatal pueden inscribir al hijo(a).
- Una Orden de Manutención Médica para Menores no calificará si se requiere que el Plan proporcione cualquier tipo o forma de beneficio o cualquier opción que no se disponga según este Plan, excepto en la medida necesaria para cumplir con la Sección 1908 de la Ley de Seguridad Social.

Cuando reciba una QMCSO o NMSN, el Fondo debe inscribir a su(s) hijo(s) en el Plan.

A ningún hijo(a) del Participante elegible cubierto por una Orden de Manutención Médica para Menores Calificada se le denegará la inscripción sobre la base de que el hijo(a) no es declarado como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta federal del padre/madre o no reside con su padre/madre.

Los procedimientos que rigen el NMSN o la QMCSO están disponibles con la Oficina del Fondo Fiduciario.

Pareja de hecho (conviviente) que califique*:* El término "Pareja de hecho (conviviente) que califique" significa una persona que vive con el Participante en la misma residencia, tiene al menos 18 años de edad y cuya relación con el Participante cumple con los siguientes requisitos:

- La Pareja de hecho (conviviente) y el Participante tienen una relación íntima de compromiso para su cuidado mutuo durante un período mínimo de 6 meses y son la pareja de hecho (conviviente) de cada uno;
- La Pareja de hecho (conviviente) y el Participante comparten la responsabilidad conjunta de su bienestar común y sus obligaciones financieras y pueden presentar una prueba de esa relación según lo requiera la Junta de Fideicomisarios.
- Ni el/la Pareja de hecho (conviviente) ni el/la Participante están casados;
- La Pareja de hecho (conviviente) y el Participante son competentes para realizar contratos;
- La Pareja de hecho (conviviente) y el Participante no están relacionados por sangre lo cual prohibiría el matrimonio legal en el Estado de California.
- Cualquier relación de pareja de hecho (conviviente) de cualquier persona se ha terminado por lo menos 6 meses antes de la fecha de la firma de la declaración definitiva de la relación de pareja de hecho (conviviente) con la Oficina del Fondo Fiduciario; y
- La solicitud de relación de pareja de hecho (conviviente) con el Participante se realiza de manera apropiada según lo requerido por la Junta de Fideicomisarios y todos los impuestos sobre la renta requeridos atribuibles a los beneficios de la Pareja de hecho (conviviente) se pagan al Fondo cuando son exigibles.

La siguiente tabla describe las reglas del Fondo para la elegibilidad de Dependientes:

Dependiente	Límite de edad y/o requisitos de elegibilidad	Documentación requerida
Cónyuge	Casados legalmente	• El acta de matrimonio certificada; y • Número del Seguro Social (o número de identificación fiscal).
Pareja de hecho (conviviente)	Debe ser una Pareja de hecho (conviviente) que califique	• Declaración jurada del Jubilado y la Pareja de hecho (conviviente); • Prueba de la responsabilidad financiera conjunta la cual muestre que cumplen con los requisitos de elegibilidad de Pareja de hecho (conviviente) de este Plan; • Número del Seguro Social (o número de identificación fiscal); y • Pago de impuestos gravados.
Hijo(a) natural	Menor de 26 años	• El acta de nacimiento certificada la cual muestre que es hijo(a) biológico(a) del Jubilado; y • Número del Seguro Social (o número de identificación fiscal).
Hijastro(a)	Menor de 26 años	• Acta de nacimiento certificada; • Decreto de divorcio; • Acta de matrimonio; y • Número del Seguro Social (o número de identificación fiscal).

Dependiente	Límite de edad y/o requisitos de elegibilidad	Documentación requerida
Hijo(a) legalmente adoptado(a) (o colocado en adopción)	Menor de 26 años	• Orden del tribunal firmada por el juez, la cual muestre que el Jubilado ha adoptado o piensa adoptar al menor (colocado en adopción). • Acta de nacimiento certificada; y • Número del Seguro Social (o número de identificación fiscal).
Hijos que deben estar cubiertos debido a una Orden de Manutención Médica para Menores Calificada (o un Aviso Nacional de Manutención Médica).	Menores de 26 años (o cuando se termine la QMCSO o el Aviso Nacional de Manutención Médica)	• Un Aviso Nacional de Manutención Médica (NMSN, por sus siglas en inglés) u Orden de Manutención Médica para Menores Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés) firmada por un juez; y • Número del Seguro Social (o número de identificación fiscal).
Hijos de una Pareja de hecho (conviviente)	• Menor de 19 años; • Dependiente principalmente del Jubilado para su manutención financiera; y • Menor de 23 años de edad si es un estudiante a tiempo completo en una institución educativa acreditada.	• El acta de nacimiento que muestre que el hijo(a) es el hijo(a) biológico(a) de la Pareja de hecho (conviviente); • Prueba de la dependencia financiera; • Número del Seguro Social (o número de identificación fiscal); y • Pago de impuestos gravados. Además, los estudiantes a tiempo completo que son hijos de Parejas de hecho, que tengan entre 19 y 23 años de edad, deben proporcionar una prueba del estatus de estudiante a tiempo completo en una institución acreditada.
Hijos que deben estar cubiertos según una tutela legal:	• Menor de 19 años; • Deben considerarse como Dependiente del Jubilado para efectos del impuesto sobre la renta federal; y • Menor de 23 años de edad si es un estudiante a tiempo completo en una institución educativa acreditada.	• Documentos de la tutela legal designada por un tribunal; • Acta de nacimiento certificada; • Prueba de que el hijo(a) se considera como su dependiente para efectos del impuesto sobre la renta federal; y • Número del Seguro Social (o número de identificación fiscal). Además, los hijos en tutela entre las edades de 19 a 23 años de edad deben proporcionar al Fondo una prueba de su estatus de estudiantes a tiempo completo en una institución acreditada.

Dependiente	Límite de edad y/o requisitos de elegibilidad	Documentación requerida
Hijo(a) discapacitado(a) mental o físicamente	No hay límite de edad si el Dependiente califica como un hijo(a) discapacitado(a) y es: • Soltero(a); • No puede ganarse la vida debido a una discapacidad física o mental, • Era elegible como Dependiente según el Plan antes del límite de edad; y • Dependiente principalmente del Jubilado para su manutención financiera.	• Documentación de su Médico la cual indique que el hijo(a) no puede ganarse la vida debido a la discapacidad mental o física; • Documentación que confirme que el hijo(a) discapacitado depende principalmente del Jubilado para su manutención financiera; y • Número del Seguro Social (o número de identificación fiscal).

Cuándo comienza la participación de los Dependientes

Sus Dependientes elegibles comienzan su participación en el Plan en la misma fecha que usted. Si usted se casa o tiene un nuevo hijo Dependiente después de esa fecha, su nuevo Dependiente(s) comienza(n) su participación en la fecha en que usted los adquiere, siempre que inscriba a su nuevo(a) Cónyuge dentro de los 60 días después de la fecha del matrimonio y el hijo(a) nuevo(a) dentro de los 60 días de su nacimiento o adopción o la fecha en la que se convirtió en tutor legal del hijo(a).

Terminación de la elegibilidad de los Dependientes

- En la fecha en que termine la elegibilidad del Participante o, en el caso de fallecimiento del Participante, en la fecha en que su elegibilidad habría terminado sino fuese por su muerte; o

- En la fecha en que él o ella ya no califica como Dependiente, salvo que la elegibilidad para los hijos naturales, hijastros e hijos legalmente adoptados Dependientes terminará al final del mes en el que el Dependiente cumpla 26 años de edad; o

- En la fecha en la que usted deje de realizar los auto-pagos requeridos para la cobertura de un Dependiente.

Medicare

Si usted no es elegible para Medicare cuando se jubile, puede retrasar la inscripción en el plan hasta que sea elegible para Medicare. Debe solicitar la inscripción en la Oficina del Fondo ***dentro de los 90 días*** de adquirir el derecho para Medicare. Esta misma disposición se aplica a su Cónyuge si él o ella no es elegible para Medicare cuando usted se jubile. (Si el/la Cónyuge se convierte en elegible para Medicare antes del Jubilado, el/la Cónyuge puede inscribirse cuando el Jubilado se inscriba, independientemente de la fecha efectiva de Medicare del Cónyuge).

Inscripción especial

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

- Si se demora la inscripción en el Plan cuando se jubile y posteriormente adquiere un(a) Cónyuge por matrimonio, o adquiere un hijo(a) Dependiente por nacimiento, adopción o colocación en adopción o por matrimonio, podrá solicitar la inscripción para usted y su nuevo(a) Cónyuge y/o cualquier hijo(s) Dependiente(s) a más tardar 31 días después de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. (Nota: un hijo(a) es "colocado(a) en adopción" con usted en la fecha en que usted pase a estar obligado legalmente a proporcionar la manutención completa o parcial del menor a quien planea adoptar).

- Si usted está inscrito en el Plan y posteriormente adquiere un(a) Cónyuge por matrimonio, o adquiere un hijo(a) Dependiente por nacimiento, adopción o colocación en adopción, podrá solicitar la inscripción para

su nuevo(a) Cónyuge y/o cualquier hijo(s) Dependiente(s) dentro de los 60 días siguientes a la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Pérdida de otra cobertura

Si demora su inscripción en el Plan cuando se jubila inicialmente porque usted, su cónyuge y/o cualquier hijo(s) Dependiente(s) tenían cobertura de salud bajo otro plan de salud grupal o póliza de seguro de salud (incluida la cobertura de Continuación de la COBRA, ciertos tipos de seguros de salud individuales, Medicare, del Mercado de Seguros de Salud u otro programa público) **y** usted, su Cónyuge y/o cualquier hijo(s) Dependiente(s) **pierden la cobertura** bajo ese otro plan de salud grupal o póliza de seguro de salud; y usted es elegible para la cobertura según este Plan, podrá solicitar la inscripción para usted y/o su Cónyuge y/o cualquier hijo(s) Dependiente(s) dentro de los **31 días** siguientes a la terminación de su cobertura según ese otro plan de salud grupal o póliza de seguro de salud **si** esa otra cobertura se termina debido a:

- la pérdida de elegibilidad para esa cobertura, incluida la pérdida resultante del divorcio, muerte, terminación del empleo voluntaria o involuntaria o reducción de horas (pero no incluye la pérdida debido a la falla del Participante de pagar las primas de manera oportuna o la terminación de la otra cobertura con causa justificada); o
- terminación de las contribuciones del empleador hacia esa otra cobertura (una reducción del empleador, pero no un cese de las contribuciones, no ocasionará un derecho especial de inscripción); o
- el seguro de salud que se proporcionó según la cobertura de Continuación de la COBRA, y tal cobertura de COBRA fue **"agotada";** o
- se mudó fuera del área de servicio de la HMO si la cobertura de HMO se terminó por ese motivo y, en el caso de la cobertura grupal, no hay otra opción disponible conforme al otro plan.

La cobertura de Continuación de la COBRA se **"agota"** si se interrumpe por cualquier otra razón distinta a la falta de la persona en pagar la prima aplicable de COBRA en forma oportuna, o con causa justificada (tal como hacer una reclamación fraudulenta o una tergiversación deliberada de los hechos en relación con la cobertura de Continuación de la COBRA). El agotamiento de la cobertura de Continuación de la COBRA también puede ocurrir si la cobertura cesa:

- debido a la falta del empleador u otra entidad responsable de remitir las primas de manera oportuna;
- cuando el empleador u otra entidad responsable termina el plan de salud y no hay ninguna otra cobertura de Continuación de la COBRA a disposición del individuo;
- cuando el individuo ya no reside, vive o trabaja en un área de servicio de una HMO o un programa similar (sea o no por la elección del individuo) y no hay ninguna otra cobertura de Continuación de la COBRA a disposición del individuo; o
- debido a que ha caducado el periodo de cobertura de Continuación de la COBRA de 18, 29 o 36 meses (según corresponda).

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

Cuando es elegible para los beneficios según este Plan, usted y sus dependientes **también pueden inscribirse en este Plan** si usted (o sus dependientes elegibles):

- tienen cobertura a través de **Medicaid o un Programa de Seguro Médico Estatal para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)** y usted (o sus dependientes) **pierden su elegibilidad para esa cobertura**. No obstante, debe solicitar la inscripción en este Plan dentro de los **60 días** siguientes a la fecha en que termine la cobertura de Medicaid o CHIP; o
- Son **elegibles para un programa de asistencia para las primas a través de Medicaid o CHIP**. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en este Plan dentro de los **60 días** después de que se determina que usted (o sus dependientes) son elegibles para dicha asistencia para las primas.

Inicio de la cobertura para la Inscripción especial:

- **La cobertura de un individuo que se inscriba debido a la pérdida de otra cobertura o por causa de matrimonio:** Si la persona solicita la Inscripción especial dentro del plazo descrito anteriormente, la cobertura se hará efectiva el primer día del mes siguiente a la fecha en que el Plan recibe la solicitud para la Inscripción especial.
- Si la persona que solicita la inscripción en el plazo de 60 días a partir de la fecha de la oportunidad de

Inscripción especial relacionada con Medicaid o un Programa de Seguro Médico Estatal para Niños (CHIP), por lo general, la cobertura se hará efectiva el primer día del mes siguiente a la fecha del evento que permitió esta oportunidad de Inscripción especial.

- **Cobertura de un hijo(a) Dependiente recién nacido o recién nacido que ha sido adoptado recientemente** a quien inscriban de manera apropiada dentro de los 31 días después del nacimiento será efectiva a partir de la fecha del nacimiento del hijo(a).
- **Cobertura de un hijo(a) Dependiente adoptado recientemente o un hijo(a) Dependiente colocado en adopción** a quien inscriban de manera apropiada en más de 31 días después del nacimiento, pero dentro de los 31 días después de que el niño es adoptado o colocado en adopción, será efectiva a partir de la fecha de la adopción del menor o su colocación en adopción, lo que ocurra primero.
- Las personas inscritas durante la Inscripción especial tienen la misma oportunidad de seleccionar opciones de beneficios del plan al mismo costo y con los mismos requisitos de inscripción que están disponibles para los Participantes en una situación similar, en la Inscripción inicial.

Si eligió la cobertura de Continuación de la COBRA

Cuando se jubiló, le pudieron haber ofrecido una elección entre la cobertura para Jubilados o la cobertura de Continuación de la COBRA. Si eligió continuar sus beneficios de Empleado activo durante 18 meses conforme a la COBRA cuando se jubiló, su participación en este Plan para Jubilados comenzará el primer día del mes siguiente a la fecha en que haya agotado la duración máxima de la cobertura de Continuación de la COBRA.

Reinscripción después de terminar la cobertura

Si usted y/o su Cónyuge se inscribieron en el Plan, y luego terminaron la cobertura del Fondo porque obtuvieron la cobertura bajo un plan de salud de un empleador, la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, el Mercado de Seguros de Salud o cambio de estado si no es elegible para Medicare, o conforme a un contrato de Medicare Advantage con otro empleador o fondo fiduciario, usted podrá volver a inscribirse en este Plan ***dentro de 31 días*** a partir de la fecha en que se termine la otra cobertura. Para que un Cónyuge pueda inscribirse en el Plan, el Jubilado también debe estar inscrito, salvo en el caso de un Cónyuge sobreviviente.

Reciprocidad con el Southwest Carpenters Health and Welfare Trust

Si usted recibe una Pensión de servicio recíproca del Carpenters Pension Trust Fund for Northern California y satisface el requisito de diez años de crédito de elegibilidad para la Pensión, incluso si no tiene los créditos de elegibilidad de Southwest Carpenters, puede elegir la cobertura de salud y bienestar para jubilados de este Fondo y la cantidad requerida de auto-pago se basará en los años de crédito de elegibilidad según este Fondo únicamente y no en la suma de los años de crédito de elegibilidad conforme a los dos fondos fiduciarios.

Opciones para los Dependientes de un Jubilado cuando finalice la cobertura

Cuando termine la cobertura de Dependientes conforme a este Plan, puede tener la opción de comprar la continuación temporal de la cobertura de este plan de salud grupal al elegir la COBRA (para los Dependientes de un Jubilado), o puede buscar en sus opciones para comprar una póliza de seguro individual para la cobertura médica en el **Mercado de Seguros de Salud**.

Además, en el Mercado de Seguros de Salud, usted podría ser elegible para recibir un crédito fiscal que reduce sus primas mensuales para la cobertura adquirida a través del Mercado de Seguros de Salud. Ser elegible para COBRA no limita su elegibilidad para la cobertura de un crédito fiscal. Para obtener más información acerca del Mercado de Seguros de Salud, visite www.coveredca.com (para residentes de California) o www.healthcare.gov. También, puede calificar para una oportunidad de inscripción especial para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (tal como un plan del cónyuge), si solicita la inscripción en ese otro plan dentro de los 30 días de perder la cobertura bajo este Plan.

Cuando termina la cobertura conforme a este Plan, recuerde que tiene opciones a considerar para evitar la penalización del Mandato Individual de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Para obtener más información sobre el Mandato Individual, hable con su asesor fiscal o visite www.healthcare.gov.

COBRA: CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA SEGÚN LA LEY FEDERAL

(Esta cobertura de Continuación de la COBRA no se aplica a las Parejas de hecho ni a los hijos de las Parejas de hecho. Consulte la página 26 para las disposiciones sobre las Parejas de hecho).

Tenga en cuenta que: La cobertura de COBRA según este Plan es solo para los Dependientes.

Conforme a la ley federal conocida como COBRA, el Fondo Fiduciario debe ofrecer a los Dependientes de un Jubilado la oportunidad de una continuación temporal de la cobertura de salud en determinadas circunstancias en las que de otra forma la cobertura según el Plan terminaría.

Si usted es un Dependiente de un Jubilado cubierto por este Plan y ocurre uno de los siguientes eventos (conocidos como Eventos que califican), lo cual causa una pérdida de la cobertura, usted tiene derecho a continuar la cobertura de salud que estaba en vigor en el momento del Evento que califica. Para recibir esta cobertura de continuación, deberá pagar las primas mensuales al Fondo.

Otras alternativas de cobertura de salud para la COBRA (para personas que no son elegibles para Medicare)

Tenga en cuenta que también puede tener otras alternativas de cobertura de salud para la COBRA a su disposición, las cuales puede adquirir a través del **Mercado de Seguros de Salud** (*el Mercado ayuda a las personas sin cobertura de salud a encontrar e inscribirse en un plan de salud. Para los residentes de California, visite: www.coveredca.com. Para los que no sean residentes de California, consulte el Mercado de Seguros de Salud de su estado o www.healthcare.gov*).

Además, en el Mercado de Seguros de Salud, usted podría ser elegible para recibir un crédito fiscal que reduce sus primas mensuales para la cobertura adquirida a través del Mercado de Seguros de Salud. Ser elegible para COBRA no limita su elegibilidad para la cobertura de un crédito fiscal. También, puede calificar para una oportunidad de inscripción especial para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (tal como un plan del cónyuge), si solicita la inscripción en ese otro plan dentro de los 30 días de perder la cobertura bajo este Plan, incluso si ese otro plan por lo general no acepta la inscripción tardía.

Eventos que califican

Los siguientes son Eventos que califican de la COBRA**:**

1. La muerte del Jubilado;
2. Divorcio del Jubilado y el/la cónyuge; o
3. Cese del estatus de dependiente del Hijo(a) Dependiente.

Duración de la cobertura de COBRA

La cobertura de COBRA generalmente puede continuar hasta por 36 meses. Los 36 meses serán compensados por cualquier cobertura ampliada según se dispone en la SECCIÓN 2.01.d.(5) del Documento del Plan.

Costo de la cobertura de continuación: beneficios que pueden continuarse

La cobertura de Continuación de la COBRA está disponible únicamente por su propia cuenta. Si su(s) dependiente(s) decide(n) continuar con la cobertura, se aplicará el costo total, más un cargo administrativo del 2%.

Usted puede elegir continuar:

- Solo la cobertura médica y de medicamentos recetados (Cobertura Básica); o
- Cobertura médica, de medicamentos recetados y visión (Cobertura Básica Plus).

Pagar la cobertura de COBRA

La Oficina del Fondo le notificará el costo de la cobertura en el momento en que usted reciba el aviso de su derecho a la cobertura de COBRA, así como los cambios en la cantidad de la prima mensual de COBRA.

El costo de la cobertura de Continuación de la COBRA puede estar sujeto a aumentos futuros durante el período en que siga en vigor.

Habrá un período de gracia inicial de 45 días para pagar la primera prima a partir de la fecha en que se elija la cobertura de COBRA.

Si este primer pago no se efectúa en el momento exigible, la cobertura de COBRA no tendrá efecto. Después del primer pago, los pagos posteriores vencen en el primer día de cada mes.

Habrá un período de gracia de 30 días para realizar los pagos de la prima mensual. Si el pago de la cantidad adeudada no se realiza antes del final del período de gracia aplicable, su cobertura de COBRA finalizará.

Si usted hace un pago después del primer día del mes de cobertura al que se aplica, pero antes del final del período de gracia para ese mes, sus beneficios conforme al plan se suspenderán a partir del primer día del mes de cobertura y luego se reactivarán retroactivamente (volviendo al primer día del mes de cobertura) cuando el pago sea recibido. Esto significa que cualquier reclamación que envíe para los beneficios mientras su cobertura está suspendida podrá ser denegada y puede tener que volverla a enviar, una vez que su cobertura haya sido reactivada.

Su deber de notificar a la Oficina del Fondo

Usted o su Dependiente son responsables de proporcionar a la Oficina del Fondo el aviso de un Evento que califica a más tardar en los 60 días siguientes:

- La muerte del Jubilado;
- Divorcio del Jubilado y el/la cónyuge; o
- Cese del estatus de dependiente del Hijo(a) Dependiente.

Nota: No proporcionar este aviso dentro de los plazos descritos a continuación puede impedir que sus Dependientes obtengan o amplíen la cobertura de COBRA.

Nota: No proporcionar este aviso dentro de 60 días puede impedir que su(s) Dependiente(s) obtenga(n) o amplíe(n) la cobertura de COBRA.

Debe asegurarse de que la Oficina del Fondo Fiduciario sea notificada de cualquiera de los hechos mencionados anteriormente.

Cómo notificar a la Oficina del Fondo

El aviso de cualquier Evento que califica se debe proporcionar a la Oficina del Fondo por escrito. El aviso por escrito debe contener la siguiente información:

- Nombre del beneficiario elegible,
- Nombre del Jubilado y su número de identificación o número del Seguro Social,
- El evento para el que usted está proporcionando el aviso y la fecha del Evento que califica (por ejemplo, la fecha en que un Dependiente cumple 26 años), y
- Una copia de la disolución matrimonial definitiva si el Evento que califica es un divorcio,
- Si usted es un hijo(a) que se encuentra bajo la tutela legal del Jubilado o un hijo(a) de la Pareja de hecho (conviviente) del Jubilado y su estatus como Dependiente se basa en su condición de estudiante a tiempo

completo, y su Evento que califica es una pérdida del estatus como Dependiente elegible, su carta debe incluir la fecha de la última vez que asistió a la escuela.

Si tiene alguna pregunta acerca de cómo notificar al Fondo sobre uno de estos eventos, envíe un correo electrónico a la Oficina del Fondo Fiduciario a benefitservices@carpenterfunds.com o puede llamar al (510) 633-0333 o (888) 547-2054.

Quién puede notificar a la Oficina del Fondo

El Jubilado, el Dependiente, o cualquier representante que actúe en nombre del Dependiente, pueden proporcionar el aviso.

El aviso de un individuo satisfará el requisito de notificación para todos los beneficiarios calificados afectados por el mismo Evento que califica. Por ejemplo, si un cónyuge notifica a la Oficina del Fondo sobre la muerte de un Jubilado, ese aviso satisfaría el requisito de notificación para cualquier hijo(a) Dependiente elegible.

A dónde debe enviar su aviso

El aviso del Evento que califica se debe proporcionar a la Oficina del Fondo en la siguiente dirección:

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Atención: Servicios de Beneficios

También puede enviar su aviso por correo electrónico a benefitservices@carpenterfunds.com.

Cuándo notificar a la Oficina del Fondo

Usted deberá enviar el aviso a más tardar **60 días después** de la fecha del Evento que califica. Los derechos de COBRA de su Dependiente se perderán si no notifica a la Oficina del Fondo dentro de este plazo.

Elegir la cobertura de continuación

Después de recibir el aviso de un Evento que califica, la Oficina del Fondo le enviará un aviso acerca de su derecho a elegir la cobertura de continuación con un formulario de elección, o si usted no califica para la cobertura de continuación, un Aviso de falta de disponibilidad de la cobertura de COBRA. Estos avisos se enviarán en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que la Oficina del Fondo recibe el aviso del Evento que califica.

Debe firmar y devolver el formulario de elección a la Oficina del Fondo a más tardar 60 días después de la fecha en que pierde la elegibilidad o la fecha en que la Oficina del Fondo proporciona el Aviso de elección de COBRA (lo que ocurra de último) o perderá su derecho a la cobertura de Continuación de la COBRA.

Los derechos de COBRA se perderán si usted no presenta el formulario de elección de COBRA dentro de ese período de 60 días.

Si su Cónyuge e hijos Dependientes elegibles no eligen la cobertura de continuación, se terminará la cobertura. Su cobertura de continuación inicial debe ser idéntica a la cobertura proporcionada a los Dependientes en situación similar según el Plan el día antes del Evento que califica, aunque se puede modificar en caso de que la cobertura cambie para otros Participantes o familiares.

Agregar Dependientes nuevos

Si, mientras su cónyuge está inscrito(a) para la cobertura de Continuación de la COBRA, él o ella tiene un hijo(a) recién nacido, un menor colocado en adopción, o asume la custodia legal de un menor, ese hijo(a) se puede inscribir para el resto del período de la cobertura de continuación de su cónyuge, mediante el envío de un formulario de inscripción completado a la Oficina del Fondo Fiduciario dentro de los 30 días siguientes al nacimiento, matrimonio o colocación en adopción.

La inscripción especial para el resto de su período de COBRA también está permitida para los dependientes que pierdan otra cobertura. Para que esto suceda:

- Su dependiente debe haber sido elegible para la cobertura de COBRA en la fecha del Evento que califica, pero no aceptó la cobertura cuando se le ofreció previamente porque él o ella tenía cobertura bajo otro plan de salud grupal o tenía otra cobertura de seguro de salud,
- Su dependiente debe agotar la otra cobertura, perder la elegibilidad para la misma, o perder las contribuciones del empleador para esa cobertura, y
- Usted debe inscribir a ese dependiente al enviar un formulario de inscripción a la Oficina del Fondo Fiduciario dentro de los 30 días después de la terminación de la otra cobertura o contribuciones.

Cambio de planes médicos conforme a la cobertura de Continuación de la COBRA

Si sus Dependientes desean cambiar planes médicos mientras están en la COBRA, él o ella debe cumplir los mismos requisitos como los Participantes activos del Plan. Esto significa que él o ella debe estar en un plan médico durante al menos 12 meses antes de cambiarse a un plan médico diferente. Solo se harán excepciones si el Dependiente está inscrito en Kaiser y se muda fuera del área de servicio de Kaiser o el cambio es aprobado por la Junta de Fideicomisarios.

Si su Dependiente es elegible para un cambio, él o ella puede presentar un nuevo formulario de inscripción indicando el cambio a la Oficina del Fondo. Todo cambio en los planes será efectivo cuando ocurra el último de los siguientes: el primer día del segundo mes calendario siguiente a la fecha en que el Fondo recibe el formulario de inscripción, o la fecha en la que un plan prepagado confirma la inscripción o cancelación de la inscripción en un plan de riesgos de Medicare.

Terminación de la cobertura de Continuación de la COBRA

La cobertura de Continuación de la COBRA terminará al final del periodo de continuación máximo permitido de 36 meses. La cobertura de Continuación de la COBRA terminará con antelación, antes del final del período de 36 meses, cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- Su Dependiente no remite los pagos requeridos de la prima en su totalidad y a tiempo (dentro de los 45 días siguientes a la presentación del formulario de elección de COBRA inicial e incluyendo el costo de la cobertura retroactiva al primer día en que su cobertura habría terminado, o dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento para los pagos mensuales subsiguientes).
- Su Dependiente pasa a ser cubierto por otro plan médico grupal después de la fecha en que usted elije la cobertura de COBRA.
- Su(s) Dependiente(s) adquiere(n) el derecho a Medicare después de la fecha de su elección de COBRA (derecho a Medicare significa estar inscrito en la Parte A o Parte B de Medicare, lo que ocurra primero).
- El Fondo Fiduciario deja de proporcionar la cobertura médica grupal a alguno de los participantes.

La cobertura de Continuación de la COBRA terminará el primer día del mes siguiente a cualquiera de estos eventos.

La cobertura de Continuación de la COBRA terminará el primer día del mes siguiente a los eventos 1 al 4.

Si la cobertura de COBRA se termina antes del final del período máximo de cobertura, la Oficina del Fondo le enviará un aviso por escrito tan pronto como sea posible luego de su determinación de que la cobertura de continuación finalizará.

Conversión a la cobertura individual de Kaiser

Si su(s) Dependiente(s) está(n) inscrito(s) en Kaiser cuando finalice su cobertura de Continuación de la COBRA, él o ella puede inscribirse en cualquier plan de conversión individual ofrecido por Kaiser al final del período de cobertura de continuación, como se describe en el folleto de Prueba de la cobertura.

Consulte el folleto de Prueba de la cobertura de Kaiser para obtener más información sobre cómo inscribirse en un plan de conversión. También puede llamar al departamento de Servicios para miembros de Kaiser.

Esta opción solo se aplica a los miembros de Kaiser.

Nota: Su(s) Dependiente(s) también puede(n) tener la opción de adquirir la cobertura de conversión individual de Kaiser en lugar de la cobertura de COBRA, pero solo si él o ella estaba inscrito(a) en Kaiser cuando finalizó su cobertura del Fondo Fiduciario.

Mantener notificada a la Oficina del Fondo

Si ha cambiado su estado civil, o si ha cambiado su dirección, póngase en contacto con la Oficina del Fondo.

Nota: Si las leyes federales o estatales cambian las disposiciones de COBRA que estaban vigentes en el momento en que se imprimió esta esta Descripción Sumaria del Plan o si hay un cambio en el Plan, el Fondo Fiduciario le informará sobre esos cambios.

Cobertura de Continuación de la COBRA – Tabla de referencia rápida

Evento que califica	Beneficiario calificado	Período máximo de continuación
La muerte del Jubilado	Su Cónyuge e hijos Dependientes	36 meses después de la fecha del Evento que califica
Su divorcio	Su ex Cónyuge e hijos Dependientes	36 meses después de la fecha del Evento que califica
Cese del estatus de Dependiente según el Plan	Hijo(a) afectado(a) si está cubierto(a) por el Plan	36 meses después de la fecha del Evento que califica

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

Las Parejas de hecho elegibles de los Jubilados y los hijos elegibles de las Parejas de hecho que pierden su elegibilidad según el Plan pueden continuar la cobertura del Plan a través del auto-pago por un período limitado. La Pareja de hecho (conviviente) y los hijos de la Pareja de hecho (conviviente) que pierden su elegibilidad según el Plan pueden continuar la cobertura del Plan cuando la elegibilidad se pierde debido a alguna de las siguientes razones:

- La muerte del Jubilado
- La terminación de la relación de Pareja de hecho (conviviente) con el/la Jubilado(a)
- Cese del estatus de Dependiente del hijo(a) según el Plan

Primas. Se cobrará una prima para la cobertura de continuación a la Pareja de hecho (conviviente) o al hijo(a) Dependiente, o ambos, según las cantidades establecidas por la Junta de Fideicomisarios. La prima se puede pagar en cuotas mensuales.

La cobertura se puede continuar por hasta 36 meses a partir de la fecha del evento que resultó en la pérdida de la elegibilidad.

La cobertura de Continuación se terminará antes del final del período de 36 meses, cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- El pago de la prima requerido para la cobertura de continuación no se realiza cuando es exigible.
- El Fondo Fiduciario deja de proporcionar la cobertura médica grupal a alguno de los participantes.
- La Pareja de hecho (conviviente) o el hijo(a) Dependiente pasa a ser cubierto(a) por otro plan grupal (como un participante o de otra forma).
- Cualquier beneficiario de COBRA que adquiere el derecho a la cobertura de Medicare.

Elección y procedimiento de aviso para la cobertura de continuación para las Parejas de hecho

La Pareja de hecho (conviviente) o el hijo(a) de la Pareja de hecho (conviviente), o ambos, deberán elegir la cobertura de continuación dentro de los 60 días después del último de los siguientes:

- La fecha de cualquiera de los eventos descritos anteriormente en la sección "Cobertura de continuación"; o
- La fecha en que la Oficina del Fondo proporciona el aviso al individuo acerca de su derecho a la cobertura de continuación.

HMO DE KAISER

Si está inscrito en el Plan HMO de Kaiser Permanente, usted será elegible para los beneficios médicos, de medicamentos recetados, prótesis auditivas y de visión.

Si desea una copia de la Prueba de la cobertura (EOC) de Kaiser, comuníquese con Servicios para Miembros de Kaiser al (800) 464-4000 o visite www.kp.org

Derechos de protección del paciente

Designación del PCP

Kaiser generalmente exige la designación de un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Usted tiene el derecho de designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en la red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información acerca de cómo seleccionar un proveedor de atención primaria, y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Servicios para Miembros de Kaiser al (800) 464-4000.

Para sus hijos, usted podrá designar a un pediatra (incluyendo las subespecialidades pediátricas) como el proveedor de atención primaria, si el proveedor está aceptando pacientes.

Acceso al proveedor de obstetricia y ginecología

No necesita autorización previa de Kaiser o de cualquier otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a cuidados obstétricos o ginecológicos de un profesional de atención médica en nuestra red, especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, al profesional de atención médica se le puede requerir que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de una autorización previa para ciertos servicios, según un plan de tratamiento pre-aprobado, o para procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con Kaiser en el número telefónico indicado anteriormente.

No discriminación en la atención médica

De conformidad con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, en la medida en que un elemento o servicio es un beneficio cubierto por el Plan, y de conformidad con las técnicas de gestión médica razonables con respecto a la frecuencia, el método, el tratamiento o el ajuste de un elemento o servicio, Kaiser no discriminará con respecto a la participación según el Plan o la cobertura contra cualquier proveedor de atención médica que esté actuando dentro del ámbito de aplicación de la licencia o certificación del proveedor, de conformidad con las leyes estatales aplicables. En este contexto, la discriminación significa tratar a un proveedor de manera diferente basado únicamente en el tipo de licencia o certificación del proveedor. Kaiser no está obligado a contratar a cualquier proveedor de atención médica dispuesto a acatar los términos y condiciones para la participación establecidos por Kaiser. La HMO puede establecer diferentes tasas de reembolso con base en medidas de rendimiento o calidad.

PLAN MÉDICO DE INDEMNITY

PARA JUBILADOS

CON MEDICARE

Páginas 28-37 y Páginas 77-87

Tenga en cuenta que: Los beneficios en este capítulo se aplican a los Jubilados o Dependientes que son elegibles para Medicare según el Plan de Indemnity únicamente. Si usted y sus Dependientes elegibles están cubiertos bajo el plan HMO de Kaiser, póngase en contacto con Kaiser (en el número de teléfono que aparece en la Tabla de referencia rápida) para obtener una copia de su Prueba de la cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) la cual describe sus beneficios médicos según el plan HMO de Kaiser.

Como se señaló en la sección "Inscripción y elegibilidad" a partir de la página 10, es muy importante que se inscriba en las Partes A y B del programa federal de Medicare durante los 3 meses anteriores al mes en que usted sea elegible para Medicare. (Esto se aplica tanto a los Jubilados como a sus Cónyuges). Una vez que usted sea elegible para Medicare, el Fondo pagará los beneficios que se describen a continuación como si se hubiera inscrito para la Parte A y la Parte B de Medicare, independientemente de si está inscrito realmente. **Esto significa que el Plan solo pagará el 20% de las tarifas de Medicare para los servicios y usted debe pagar el resto del costo.** Debe ser consciente de que puede haber gastos de bolsillo significativos si no está inscrito en las Partes A y B de Medicare.

Deducible por año calendario

El Fondo pagará los beneficios que se describen en esta Sección después de que usted satisfaga el deducible de $128 cada año calendario. El Deducible se aplica a cada persona cubierta.

Beneficios hospitalarios para pacientes internados

Si usted es elegible para Medicare y le hospitalizan en un hospital, el Plan pagará el deducible de Hospital de la Parte A de Medicare durante los primeros 60 días de cada período de beneficios de Medicare para los servicios hospitalarios cubiertos. Los días de Coseguro de la Parte A de Medicare no están cubiertos por este Plan.

Beneficios complementarios para servicios ambulatorios en hospitales o centros de atención

Si usted recibe tratamiento médico o quirúrgico de manera ambulatoria en un hospital o centro de atención, y si los servicios están cubiertos por la Parte B de Medicare, el Plan pagará el resto del cargo permisible de Medicare después del pago de Medicare.

Beneficios médicos complementarios, incluidos los tratamientos de salud mental y por abuso de sustancias (para servicios distintos a los servicios ambulatorios en hospitales o centros de atención)

Si usted o su Dependiente recibe tratamiento médico, servicios o suministros médicos, o servicios de salud en el hogar del tipo para los cuales se proporcionan beneficios de la Parte B de Medicare, el Fondo pagará:

- El 20% de los cargos permisibles de Medicare, si el proveedor acepta la cesión de beneficios de Medicare,
- El 20% del cargo permisible máximo de Medicare al que se incurra, si el proveedor no acepta la cesión de beneficios de Medicare, o
- El 20% de la tarifa negociada del Proveedor contratado si es inferior al cargo permisible de Medicare (solo para los Proveedores contratados de California).

Nota importante acerca de los médicos que realizan contratos privados:

Un médico puede excluirse del reembolso de Medicare para los servicios cubiertos por Medicare y firmar un contrato privado con un paciente. Los pacientes pagan privadamente al médico con sus propios fondos, a la tasa escogida por el médico, incluso si Medicare cubre el servicio por lo general. El médico no puede facturar a Medicare por los servicios.

Si visita un médico que se ha excluido de Medicare, el médico debe decirle de antemano que usted debe aceptar un "contrato privado". El "contrato privado" entre usted y el médico debe indicar claramente que:

- Usted renuncia al derecho de que Medicare pague por los servicios,
- Usted acepta que el médico no facturará a Medicare, y
- Medicare no pagará por los servicios ni es probable que otro seguro los pague.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de médicos y profesionales cuyos servicios están cubiertos por Medicare y cuyas facturas Medicare pagaría.

Si firma un contrato privado con un proveedor de atención médica que no está participando en Medicare y que por lo tanto, tiene prohibido facturar a Medicare por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare, **el Plan pagará el 20% de la cantidad que Medicare habría permitido si el proveedor fuese un proveedor participante de Medicare**. Debe ser consciente de que puede haber gastos de bolsillo significativos si firma un "contrato privado".

Consulte las Exclusiones del Plan Médico de Indemnity a partir de la página 75.

Cobertura de prótesis auditivas

El Plan paga el 100% hasta un pago máximo de $800 por cada oído (en cualquier período de 3 años) para el examen, prótesis auditivas y todas las reparaciones o mantenimiento. No se proporcionarán beneficios para:

- Un examen de audición sin haber obtenido una prótesis auditiva;
- La sustitución de una prótesis auditiva por cualquier razón más de una vez durante un período de 3 años;
- Las pilas o cualquier otro equipo auxiliar distinto al que se obtiene en la compra de la prótesis auditiva; o
- Los gastos incurridos por los que el individuo no está obligado a pagar.

Presentación de reclamaciones

Siempre debe enviar sus facturas a Medicare PRIMERO para el pago antes de enviarlas al Fondo.

Después de que usted o su médico haya recibido el pago de Medicare, adjunte su Explicación de Beneficios de Medicare (EOB, por sus siglas en inglés) y envíe la EOB y sus facturas desglosadas a Anthem Blue Cross. Aunque las reclamaciones serán procesadas por la Oficina del Fondo Fiduciario, se deben enviar por correo a Anthem Blue Cross que luego las remitirá electrónicamente al Fondo Fiduciario.

Dirección para reclamaciones – Plan Médico de Indemnity para los Beneficios complementarios de Medicare

Anthem Blue Cross
P.O. Box 60007
Los Angeles, CA 90060-0007

Los proveedores de BlueCard fuera de California deben enviar las reclamaciones al plan local de Blue Cross.

Beneficios de visión

Copagos/Lista de beneficios

Usted pagará el Copago, independientemente de si utiliza un médico miembro de VSP o un proveedor que no está registrado con VSP. El Copago del examen de $10 es exigible una sola vez cada año, para el primer servicio que reciba cada año (a menos que califique para el beneficio de baja visión, el cual tiene Copagos adicionales).

Beneficios de visión	Médico miembro de VSP	Proveedor no registrado con VSP
Copagos Examen Materiales (anteojos con receta)	 $10 $25	 $10 $25
Examen de visión – Limitado a una vez cada 12 meses	El Plan paga el 100%, hasta las tarifas de contrato del proveedor de la red	El Plan paga hasta $40
Lentes – Limitado a una vez cada 12 meses Visión sencilla Bifocal con revestimiento Trifocal con revestimiento Lenticulares Tonos	El Plan paga el 100%, hasta las tarifas de contrato del proveedor de la red	El Plan paga hasta: $40 $60 $80 $100 $ 5
Monturas – Limitado a una vez cada 24 meses	El Plan paga el 100%, hasta $150 de asignación en tienda	El Plan paga hasta $45
Lentes de contacto necesarios – Limitado a una vez cada 12 meses (en lugar de lentes y monturas)	Cubierto en su totalidad, hasta las tarifas de contrato del proveedor de la red	El Plan paga hasta $210
Lentes de contacto electivos – Limitado a una vez cada 12 meses (en lugar de lentes y monturas)	El Plan paga hasta $105 para los lentes de contacto y el examen de evaluación y ajuste	El Plan paga hasta $105 para el examen y lentes
Asignación para monturas de Costco	$120	

Servicios de visión cubiertos

- **Examen de visión** – incluido el análisis de las funciones visuales y la receta de anteojos correctivos cuando se indique, una vez cada 12 meses.
- **Lentes** – una vez cada 12 meses para lentes de uso cotidiano regular y una vez cada 12 meses para anteojos de seguridad.
- **Monturas** – una vez cada 24 meses para monturas de uso cotidiano regular y una vez cada 12 meses para anteojos de seguridad. VSP ofrece una selección de monturas dentro de los límites del Plan. Si elige monturas más costosas (que superen el límite del Plan), usted será responsable de la cantidad adicional por encima de la cantidad máxima del Plan.
- **Lentes de contacto necesarios visualmente** – una vez cada 12 meses. Los lentes de contacto necesarios visualmente que se obtengan con un Médico miembro de VSP están cubiertos en su totalidad. Cuando se obtienen con un proveedor no registrado a VSP, se pagará una asignación para solventar el costo. Los lentes de contacto son necesarios visualmente si se necesitan para restaurar o mantener la agudeza visual y no está disponible una alternativa profesionalmente aceptable menos costosa. (Los lentes de contacto necesarios visualmente están sujetos a los Copagos para examen y materiales).

Los lentes de contacto se proporcionan en lugar de todos los demás beneficios para lentes y monturas, y solo cuando un cambio de receta está justificado.

- **Lentes de contacto electivos** – una vez cada 12 meses. Si elige lentes de contacto para cualquier otro fin distinto a las circunstancias necesarias visualmente que se describen arriba, serán considerados como lentes de contacto electivos. Cuando elige los lentes de contacto en lugar de anteojos, la asignación de $105 se aplica al costo de los lentes de contacto y el examen y la evaluación de colocación de estos. Esto es adicional a su examen de visión regular, el cual está cubierto en su totalidad (si se realiza con un Médico miembro de VSP). Cuando se obtienen los lentes de contacto, usted no será elegible para los anteojos regulares de nuevo durante 12 meses y para las monturas durante 24 meses. (Nota: Los Copagos para el examen y los materiales no se aplican a los lentes de contacto electivos).

Descuentos de Médicos miembros de VSP

Cuando utilice un Médico miembro de VSP, tendrá derecho a descuentos sobre los cargos para algunos lentes de contacto y artículos no cubiertos. Estos descuentos incluyen:

- 20% de descuento para anteojos con receta y gafas de sol adicionales cuando se expenda un par de anteojos – disponible con el mismo Médico miembro de VSP que le realice el examen visual dentro de los últimos 12 meses.
- 20%-25% de ahorro sobre las opciones de lentes más populares, tales como los revestimientos y progresivos antirreflectantes y resistente a las rayas.
- 15% de descuento sobre el precio del examen para los lentes de contacto (colocación y evaluación).

Exclusiones y limitaciones

Al seleccionar cualquiera de los siguientes elementos adicionales, el Plan pagará el costo básico de los lentes o monturas permitidos, y usted debe pagar cualquier costo adicional para las opciones.

- Procesos cosméticos opcionales
- Revestimiento antirreflejo
- Revestimiento de color, revestimiento de espejo o revestimiento contra rayas
- Lentes combinados
- Lentes cosméticos, laminados o de gran tamaño
- Lentes de policarbonato (cubiertos para hijos Dependientes)
- Lentes multifocales progresivos
- Lentes con protección UV (ultravioleta)
- Ciertas limitaciones sobre el cuidado de la visión baja
- Una montura que cuesta más que la asignación del Plan

Servicios no cubiertos

No se pueden pagar beneficios por servicios profesionales o materiales relacionados con:

- Ortóptica o entrenamiento para la visión y pruebas complementarias; lentes de plano (menos de +.50 de dioptría); o 2 pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- Sustitución de lentes y monturas proporcionados conforme a este plan que se pierden o rompen; excepto en los intervalos normales cuando los servicios estén disponibles.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Los servicios que se pueden obtener sin costo con cualquier agencia u organización federal, estatal, local o del condado.
- Tratamiento correctivo de visión de carácter experimental.
- Los costos de los servicios y/o materiales por encima de las asignaciones de beneficios del Plan.

Beneficio para visión baja

El beneficio para visión baja está disponible si tiene problemas visuales severos que no pueden corregirse con lentes regulares. Si usted califica para este beneficio, puede recibir servicios profesionales, así como materiales oftálmicos, incluyendo pruebas suplementarias, evaluaciones, entrenamiento visual, servicios de receta para visión baja, y ayudas ópticas y no ópticas, sujetos a los valores máximos que se indican en la siguiente tabla.

Beneficios para visión baja	Médico miembro de VSP	Médico no registrado a VSP
Prueba suplementaria	Cobertura completa	El Plan paga hasta $125
Ayudas complementarias	75% del costo aprobado	75% del costo aprobado
Beneficio máximo	$500 por persona, cada dos (2) años	

Cómo presentar una reclamación

Si utiliza un proveedor que no está registrado con VSP, comuníquese con VSP al (800) 877-7195 para que le envíen por correo o fax un Formulario de reembolso fuera de la red. (También puede llenar el formulario en línea en www.vsp.com e imprimirlo). Envíe por correo el formulario completado con su recibo detallado a VSP a la siguiente dirección:

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

Cuando utilice un Médico miembro de VSP, no es necesario que presente una reclamación para el reembolso.

Apelaciones por denegación de beneficios de cuidado de la visión

Si su reclamación es denegada, en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito de VSP, la cual incluirá los motivos de la denegación. Si usted no está de acuerdo con la denegación, puede presentar una solicitud por escrito a VSP para su reconsideración dentro de los 180 días a partir de la fecha en que recibió la denegación. Cualquier solicitud de reconsideración deberá incluir los documentos o registros que sustenten su apelación. VSP proporcionará una respuesta por escrito a la apelación dentro de los 30 días siguientes a su recepción.

Toda solicitud para VSP debe enviarse 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 de "Procedimientos de reclamaciones y apelaciones" en este folleto.

Los beneficios del plan de visión son tratados como beneficios independientes (o exceptuados) según la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de Protección al Paciente de 2010 (PPACA, por sus siglas en inglés). Aunque el Fondo no está obligado a hacerlo según la PPACA, el Fondo ofrece los beneficios del Plan de visión para los Dependientes cubiertos hasta la edad de 26 años.

****

Beneficios de medicamentos recetados

Los beneficios de medicamentos recetados descritos en este capítulo son solo para los Jubilados y sus Dependientes que están cubiertos bajo el Plan Médico de Indemnity y que son elegibles para Medicare. Estos beneficios no se aplican a los miembros o participantes de Kaiser que están cubiertos bajo el Plan Médico de Indemnity y que no son elegibles para Medicare.

Descripción general de los beneficios

A continuación se presenta un resumen de lo que pagará por los medicamentos recetados cubiertos a través de las diferentes etapas de su beneficio de la Parte D de Medicare. Puede reabastecer sus medicamentos recetados cubiertos en una farmacia de la red o a través del servicio de entrega a domicilio.

BENEFICIO DE MEDICAMENTOS	USTED PAGA…….
Etapa del deducible	Usted paga un deducible anual de $360

BENEFICIO DE MEDICAMENTOS	USTED PAGA…….			
Etapa de cobertura inicial	**Nivel**	**Suministro de un mes (31 días) en farmacia**	**Suministro de tres meses (90) días en farmacia**	**Suministro de tres meses (90 días) con entrega a domicilio**
	Nivel 1: Medicamentos genéricos	$10 de copago	$30 de copago	$20 de copago
	Nivel 2: Medicamentos de marca preferida	$40 de copago	$120 de copago	$80 de copago
	Nivel 3: Medicamentos de marca no preferida	$60 de copago	$180 de copago	$120 de copago
	Nivel 4: Medicamentos de niveles de especialidades	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
• Si su médico le receta menos de un mes completo de suministro de ciertos medicamentos, usted tendrá que pagar una tarifa diaria de participación en el costo con base en el número real de días del medicamento que reciba. • Puede recibir hasta 90 días de suministro de ciertos medicamentos de mantenimiento (tomados a largo plazo) por correo a través de Express Scripts Pharmacy. No se aplican cargos para el envío estándar. • No todos los medicamentos están disponibles para un suministro de 90 días, y no todas las farmacias minoristas ofrecen un suministro de 90 días. Póngase en contacto con el Servicio de Atención al Cliente de Express Scripts Medicare para obtener más información.				
Etapa de brecha de la cobertura	Después de que su costo total anual de medicamentos llegue a $3,700, usted tendrá que pagar los siguientes costos hasta que sus costos anuales de gastos de bolsillo en medicamentos lleguen a $4,850 • Medicamentos de marca: Usted pagará el 35% del costo de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D de Medicare, más una porción de la tarifa de suministro (en 2017, usted paga el 40% del costo total de los medicamentos de marca). • Medicamentos genéricos: Usted pagará el 44% del costo del plan para todos los medicamentos genéricos cubiertos (en 2017, usted paga el 51% del costo total de los medicamentos genéricos).			
Etapa de cobertura catastrófica	Después de que sus costos anuales de gastos de bolsillo (lo que usted y otros paguen en su nombre, incluidos los descuentos del fabricante, pero excluyendo los pagos efectuados por su plan de medicamentos recetados de Medicare) lleguen a $4,850, usted deberá pagar **el mayor entre el 5% de coseguro o:** • un copago de $2.95 para los medicamentos genéricos cubiertos (incluyendo los medicamentos de marca tratados como genéricos), con un máximo que no supere el monto de participación estándar en los costos durante la etapa de Cobertura inicial • un copago de $7.40 para todos los demás medicamentos cubiertos, con un máximo que no supere el monto de participación estándar en los costos durante la etapa de Cobertura inicial.			

Farmacia de atención a largo plazo (LTC)

Si usted reside en un centro de LTC, pagará lo mismo que en una farmacia de la red. Las farmacias de LTC deben dispensar los medicamentos de marca en cantidades de 14 días o menos a la vez. También pueden dispensar menos de un mes de suministro de medicamentos genéricos a la vez. Póngase en contacto con el plan si tiene preguntas acerca de la participación en los costos o la facturación cuando se dispense menos de un mes de suministro.

Cobertura fuera de la red

Debe utilizar las farmacias de la red de Express Scripts Medicare para reabastecer sus recetas. Los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare están disponibles en las farmacias fuera de la red solo en circunstancias especiales, por ejemplo, si tiene una enfermedad mientras viaja fuera del área de servicio del plan donde no haya una farmacia de la red. Por lo general, usted tiene que pagar el costo total de los medicamentos recibidos en una farmacia fuera de la red en el momento de reabastecer su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Póngase en contacto con Servicio al Cliente de Express Scripts Medicare al número que aparece en la Tabla de referencia rápida al principio de este documento.

Información importante del plan

- El área de servicio de este plan cubre todos los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Americana. Debe vivir en una de estas áreas para participar en este plan.
- Usted es elegible para este plan si tiene derecho a la Parte A de Medicare y/o está inscrito en la Parte B de Medicare, es un ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos, y es elegible para los beneficios del Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California.
- La cantidad que usted paga puede variar dependiendo de qué tipo de farmacia utiliza; por ejemplo, farmacia, infusión en el hogar, LTC o entrega a domicilio.
- Para encontrar una farmacia de la red cerca de usted, visite nuestro sitio web en **www.Express-Scripts.com.**
- El plan utiliza un formulario, el cual es una lista de medicamentos cubiertos. La cantidad que usted paga depende del nivel del medicamento y la fase de cobertura que ha alcanzado. Eventualmente, un medicamento puede moverse a un nivel diferente. Si un medicamento que está tomando va a pasar a un nivel más alto (o más costoso), o si el cambio limita su capacidad para reabastecer una receta, Express Scripts le notificará antes de que se efectúe el cambio.
- Para acceder a la lista de medicamentos cubiertos de su plan, visite nuestro sitio web en **www.Express-Scripts.com**.
- Su plan ofrece únicamente beneficios de medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Esto restringe los medicamentos que están cubiertos. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar la disfunción eréctil (ED) no están cubiertos.
- El plan puede exigirle que utilice primero un medicamento específico para tratar su afección antes de cubrir otro medicamento para dicha afección.
- Su proveedor de atención médica debe obtener la autorización previa de Express Scripts Medicare para determinados medicamentos.
- Si el costo real de un medicamento es inferior a la cantidad regular de participación en los costos para ese medicamento, usted pagará el costo real y no la cantidad más alta de participación en los costos.

- Si solicita una excepción al formulario para un medicamento y Express Scripts Medicare aprueba la excepción, usted pagará la participación en el costo de Medicamento no preferido para dicho medicamento.
- Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare, si no se paga según Medicaid u otro tercero.

Para una explicación completa de los beneficios de su plan, póngase en contacto con Servicio al Cliente de Express Scripts Medicare al (800) 311-2757 o consulte su *Prueba de la cobertura,* cuando la reciba. Si aún no ha recibido una *Prueba de la cobertura,* póngase en contacto con Servicio al Cliente de Express Scripts Medicare al (800) 311-2757 para solicitar una.

¿Mi plan cubre los medicamentos de la Parte B o que no son de la Parte D de Medicare?

Express Scripts Medicare no cubre los medicamentos que están cubiertos bajo la Parte B de Medicare según se receten y dispensen, o cualquier otro medicamento que no sea de la Parte D. Por lo general, solo cubrimos los medicamentos, vacunas, productos biológicos y suministros médicos relacionados con el suministro de insulina que están cubiertos conforme al Beneficio de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) y que se encuentran en nuestro formulario. La parte médica de la cobertura puede proporcionar beneficios para medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.

Lea el manual *Medicare y Usted*.
El manual *Medicare y Usted* (*Medicare & You*) tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare Original, y respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtener una copia en el sitio web de Medicare (http://www.medicare.gov) o llamando al 1.800.MEDICARE (1.800.633.4227), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY, deben llamar al 1.877.486.2048.

El formulario y/o la red de farmacias pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA JUBILADOS SIN MEDICARE

Páginas 38-87

Tenga en cuenta que: Los beneficios en este capítulo no se aplican a los Jubilados o Dependientes que son elegibles para Medicare o que están inscritos en el Plan HMO de Kaiser. Si usted y sus Dependientes elegibles están cubiertos bajo el plan HMO de Kaiser, póngase en contacto con Kaiser (en el número de teléfono que aparece en la Tabla de referencia rápida) para obtener una copia de su Prueba de la cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) la cual describe sus beneficios médicos según el plan HMO de Kaiser.

Los participantes en el Plan pueden obtener servicios de atención médica de proveedores contratados o no contratados. Sin embargo, la cantidad que usted paga por esos servicios puede variar.

El Plan Médico de Indemnity ofrece beneficios para ayudar a cubrir el costo de una amplia variedad de servicios y suministros necesarios médicamente, incluidos los gastos hospitalarios y honorarios de médicos, pruebas de diagnóstico y cirugías, así como algunos beneficios de atención médica preventiva que se indican específicamente como cubiertos por el Plan.

Los beneficios se pagarán solo para los gastos en que usted y sus Dependientes elegibles incurran mientras usted es elegible según el Plan (excepto por la disposición de Extensión de beneficios por discapacidad) y la cobertura de Continuación de la COBRA para los Dependientes.

Cómo funciona el Plan

Cada año, usted debe pagar una cierta cantidad de los Gastos cubiertos antes de que el Plan empiece a pagar los beneficios. Esto se denomina su Deducible. Una vez que ha satisfecho el deducible, el Plan paga un porcentaje de los Gastos cubiertos. El porcentaje es mayor si usted utiliza Proveedores contratados. Usted paga el porcentaje restante (llamado coseguro), además de los gastos que no están cubiertos.

Una vez que sus gastos de bolsillo para los Gastos cubiertos alcanzan un nivel determinado para el año, la cantidad pagada por el Plan aumenta hasta el 100% de los Gastos cubiertos por el resto del año (si utiliza Proveedores contratados y con ciertas excepciones). Estas y otras características del Plan se analizan con más detalle en esta Descripción Sumaria del Plan.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

La Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) del Plan es una red de hospitales, médicos, laboratorios y otros proveedores contratados que están ubicados dentro de un área de servicio y que han acordado prestar servicios y suministros de atención médica con tarifas favorables y negociadas con descuento únicamente para los participantes en el Plan PPO. Si recibe servicios o suministros necesarios médicamente de un Proveedor contratado, usted tendrá que pagar un Deducible inferior y un Coseguro inferior, en comparación a si usted recibiera esos servicios o suministros necesarios médicamente de un proveedor que no es un Proveedor contratado. Asimismo, el Proveedor contratado ha acordado aceptar el pago del Plan más cualquier Coseguro aplicable del cual usted es responsable para realizar el pago en su totalidad.

Directorios de Proveedores contratados

Puede encontrar un directorio de Proveedores de atención médica contratados en www.anthem.com.

NOTA IMPORTANTE

Dado que los proveedores son agregados y eliminados de la red PPO periódicamente durante el año, es mejor que le pregunte a su proveedor si todavía es un Proveedor contratado o comuníquese con la red PPO antes de solicitar servicios cuando sea posible.

Para obtener una lista de los Proveedores contratados:

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

Proveedores contratados y no contratados

Proveedores contratados

Si recibe servicios o suministros médicos de un proveedor que está contratado con la red médica del Plan, usted será responsable de pagar menos dinero de su bolsillo. Los proveedores que están bajo contrato con la red han acordado aceptar la cantidad descontada que el plan Paga por los servicios cubiertos. Usted deberá pagar los deducibles y el coseguro aplicables restantes después de que los beneficios del Plan se pagan hasta la cantidad descontada.

Centros con base en valor

Los beneficios de hospitalización del Plan estarán limitados a $30,000 para la cirugía de reemplazo de la articulación de cadera o la cirugía de reemplazo de la articulación de la rodilla. El máximo se aplica a todos los costos hospitalarios, pero no incluye los honorarios profesionales, tales como los honorarios quirúrgicos o de anestesia. Hay determinados hospitales de PPO a lo largo de California donde estas cirugías se pueden realizar, en las cuales se minimizan sus gastos de bolsillo más allá del coseguro y el deducible del Plan. Si usted requiere una cirugía de reemplazo de cadera o rodilla, visite el sitio web de la Oficina del Fondo Fiduciario en www.carpenterfunds.com o llame a la Oficina del Fondo Fiduciario al (888) 547-2054 para obtener la lista de hospitales que puedan prestar los servicios a un menor costo.

Proveedores no contratados

"Proveedores no contratados" se refiere a los proveedores que no son contratados con la red PPO del plan médico y que generalmente no ofrecen ninguna tarifa con descuento al Participante o al Plan. Estos proveedores no contratados **pueden facturar una cantidad sin descuento a un Participante del Plan** por cualquier saldo que se pueda deber en exceso del Cargo permitido del Plan.

Se pagarán beneficios limitados por los servicios prestados por un proveedor no contratado que no realizó la inscripción en el programa de Medicare o que no presentó una declaración jurada a Medicare para expresar su decisión de excluirse del programa de Medicare.

Características adicionales del Plan para recibir los mejores beneficios posibles

Programa de Asesoría de Beneficios

Antes de solicitar los servicios médicos fuera del consultorio de su médico, se le invita a llamar al Programa de Asesoría de Carpenters en cualquier momento, de día o de noche, al (844) 437-0488. Su Asesor le ayudará con cosas como:

- Encontrar un proveedor de la red;
- Saber a dónde ir para las radiografías y cirugía;

- Evitar las áreas que pueden requerir pagos personales; y
- Comparar la calidad y los costos en centros de atención de su vecindario.

Ocasionalmente, uno de los Asesores de beneficios le llamará para ofrecerle asistencia. Le animamos a que hable con el Asesor. Permítales ayudarle a reducir la cantidad que usted paga por los servicios médicos, y ayudarle a tener mejores resultados de salud.

LiveHealth Online

Al utilizar este servicio, usted puede hablar con un médico a cualquier hora del día, en su computadora o dispositivo móvil mediante un chat con video de dos vías, sin tener que pedir una cita. El Fondo reembolsará cualquier cargo por este servicio al 100%. Puede acceder a LiveHealth Online al visitar www.livehealthonline.com desde una computadora con una webcam y acceso a Internet o descargando la aplicación móvil de LiveHealth Online en su teléfono inteligente o tablet con iOS o Android.

Health Dynamics

Health Dynamics es un examen anual completo disponible sin costo para usted como Jubilado o para su Cónyuge a fin de proporcionar información que puede compartir con su médico o su Asesor de Salud de Trestle Tree. El programa incluye una o más de las siguientes características:

- Cuestionario sobre la historia clínica integral
- Examen físico dirigido por un médico
- Análisis de química sanguínea
- Análisis de orina
- Medición de la tensión arterial
- Electrocardiograma
- Examen de aptitud cardiovascular - bicicleta o banda caminadora
- Examen de Papanicolaou y mamografía
- Detección de cáncer de próstata
- Detección de cáncer colorrectal
- Evaluación de resistencia y flexibilidad
- Medición de altura, peso y grasa corporal
- Prueba de la función pulmonar
- Análisis de la dieta
- Inventario de estrés y
- Una sesión de consulta/entrenamiento de bienestar de seguimiento de una hora

Entrenamiento de salud

Trestle Tree es una compañía de entrenamiento de salud que proporciona programas de prevención y gestión de enfermedades crónicas sin costo para los Jubilados que desean seguir estrategias para:

- Dejar el tabaco y controlar la obesidad y el peso
- Ejercicios y/o necesidades nutricionales
- Manejo del estrés
- Manejo de enfermedades

El programa es voluntario, pero se anima a formar parte del mismo, ya que ayuda a comprender mejor y mantener el control de su salud. Los entrenadores aplican una filosofía de "persona integral" que aborda sus

circunstancias de salud únicas como una mezcla de condiciones y estados de enfermedad, en lugar de centrarse solo en un aspecto de su salud. Su Entrenador de Trestle Tree proporcionará encuentros regulares, programados y continuos para que usted desarrolle un plan personal con las herramientas y la educación para ayudar a lograr un cambio duradero.

Evitar una reducción de los beneficios

- Utilice los hospitales contratados del Plan cuando usted o sus Dependientes elegibles requieran hospitalización.
- Obtenga la Revisión de utilización para las hospitalizaciones. Si utiliza un Hospital contratado, el Hospital se encargará de la Revisión de utilización para usted. Si usa un hospital no contratado, usted tiene la responsabilidad de asegurarse de que Anthem Blue Cross ha pre-aprobado la hospitalización o es posible que sus beneficios no sean pagados.
- Utilice médicos, hospitales, laboratorios e instalaciones de radiología contratados y otros Proveedores contratados, tales como centros quirúrgicos y centros de atención de urgencia. Al utilizar los Proveedores contratados, recibirá los beneficios máximos que se pueden pagar y ahorrará dinero para usted y para el Plan.

Se aplican cargos permisibles máximos para ciertos procedimientos quirúrgicos

Los cargos para procedimientos quirúrgicos pueden variar considerablemente entre hospitales y centros de atención; sin embargo, hay poca evidencia de que se recibe una atención de mayor calidad en un centro de costos más elevados. El Fondo limitará el cargo permisible máximo para los siguientes seis procedimientos quirúrgicos:

1. Reemplazos de cadera total de rutina;
2. Reemplazos de rodilla total de rutina;
3. Cirugías artroscópicas en un hospital para pacientes ambulatorios;
4. Cirugías de cataratas en un hospital para pacientes ambulatorios;
5. Colonoscopias en un hospital para pacientes ambulatorios; y
6. Endoscopias en un hospital para pacientes ambulatorios

El pago máximo es la cantidad más alta que su plan pagará por estos procedimientos. Cualquier cantidad por encima del máximo será su responsabilidad.

Procedimiento	* Pago máximo al hospital
En un hospital con hospitalización	
Cirugía de reemplazo de cadera total de rutina	$30,000
Cirugía de reemplazo de rodilla total de rutina	$30,000
En un hospital para pacientes ambulatorios (en lugar de un centro quirúrgico ambulatorio)	
Artroscopia	$6,000
Cirugía de catarata	$2,000
Colonoscopia	$1,500
Endoscopia	$1,000

*Tenga en cuenta lo siguiente: Las cantidades negadas por superar el máximo para un procedimiento no se acumularán hacia su máximo de Coseguro.

Excepciones para el pago de beneficios y deducible de proveedores no contratados

La siguiente tabla explica el reembolso especial del Plan para los servicios cuando se utilizan ciertos proveedores no contratados. Los Fideicomisarios del Plan o sus designados determinarán si y cuándo se aplican las siguientes circunstancias de reembolso especial a una reclamación después de que se han seguido/investigado los procesos normales de adjudicación de reclamaciones. El Cargo permitido se define en el capítulo de Definiciones de este documento.

DISPOSICIONES SOBRE EL REEMBOLSO ESPECIAL	QUÉ PAGA EL PLAN (para las reclamaciones elegibles presentadas por un proveedor no contratado)
• Si un anestesiólogo no contratado o un médico de sala de emergencias proporciona servicios a un hospital o centro de atención contratado. • Servicio de ambulancia con licencia de Proveedor no contratado al hospital más cercano. • La atención de emergencia en un hospital no contratado cuando el paciente no tuvo otra opción en el hospital utilizado debido a la emergencia o fue admitido al hospital directamente desde la sala de emergencias hasta que fue estabilizado médicamente para su traslado a un centro de PPO. • Si el servicio prestado es necesario médicamente y no está disponible con un Proveedor contratado.	Como si la atención fue proporcionada por un Proveedor contratado, incluyendo el deducible, coseguro y Coseguro máximo. La asignación para facturas se reembolsará según el Cargo permitido para los Proveedores no contratados.

Servicios cubiertos

El Plan pagará los beneficios para los servicios preventivos indicados específicamente como cubiertos por el Plan y para servicios, suministros, cuidados y tratamientos necesarios médicamente que un Médico recete, realice u ordene para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Además de la información indicada en las "Exclusiones del Plan Médico de Indemnity", el Plan no pagará beneficios por cualquier gasto relacionado con una lesión o enfermedad ocupacional. Puede encontrar una lista de los servicios cubiertos en la tabla denominada "Anexo de beneficios del Plan Médico de Indemnity".

Deducibles

En general, **el Plan no le reembolsará por todos los servicios**. Normalmente, usted tendrá que satisfacer un Deducible y pagar algún Coseguro por las cantidades que gaste, que son Cargos permitidos. Sin embargo, una vez que haya incurrido en sus Límites máximos de Coseguro cada año calendario, no se aplicará más Coseguro para ese año calendario para los servicios de Proveedores contratados.

El Deducible anual es la cantidad que usted debe pagar para solventar los gastos elegibles de cada año calendario antes de que el Plan comience a pagar los beneficios. Cada año calendario, usted (y **no** el Plan) es responsable de pagar todos sus Gastos cubiertos hasta que satisfaga el Deducible anual. Una vez que se ha satisfecho el Deducible, el Plan comenzará a pagar los beneficios hacia los Gastos cubiertos. Hay dos tipos de Deducibles anuales: Individual y Familiar.

- El **Deducible Individual** es la cantidad que una persona cubierta tiene que pagar cada año hacia los Gastos cubiertos antes de que comiencen los beneficios del Plan. Cantidad del Deducible por año calendario para:
  - ***Proveedores contratados*** - $128 por persona, sin exceder $256 por familia
  - ***Proveedores no contratados*** - $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 hacia los Gastos cubiertos antes de que comiencen los beneficios del Plan. Solo los gastos que

efectivamente se han aplicado al deducible por persona de los miembros de la familia se contarán para el Deducible Familiar.

El Deducible no se aplica a los beneficios de medicamentos recetados y algunos otros gastos, tal y como se indica en el Anexo de beneficios médicos.

Las consultas de médicos contratados dentro de la red, en línea, se pueden pagar en su totalidad sin deducible hasta por $49 por cada consulta. Consulte la tabla del Anexo de beneficios del Plan Médico de Indemnity para obtener más información.

Coseguro

El Coseguro se refiere a cómo usted y el Plan dividirán el costo de ciertos gastos médicos cubiertos. Una vez que haya alcanzado su Deducible anual, el Plan generalmente paga un porcentaje de los Gastos cubiertos, y usted (y **no** el Plan) es responsable de pagar el resto. La parte que usted paga se denomina Coseguro.

En general, los Proveedores contratados reciben el pago del 90% de la tarifa negociada por contrato y los Proveedores no contratados reciben el pago del 70% de los Cargos permitidos del Plan.

La cobertura del Plan de los hijos adultos de más de 18 años de edad no crea ninguna responsabilidad parental con los proveedores para el Coseguro, Deducibles o servicios no pagados que se le presten a un hijo(a) adulto(a).

Coseguro máximo

Cada año calendario, después de que un individuo o familia ha incurrido en un Coseguro máximo para gastos de Proveedores contratados por más de $1,289 por individuo o $2,578 por familia, los Proveedores contratados no aplicarán coseguro adicional a los Gastos cubiertos. Como resultado, el Plan pagará el 100% de los Gastos cubiertos durante el resto del año calendario a **excepción de** los gastos que no se acumulan para su Coseguro máximo según se indican a continuación. Para los gastos incurridos por Proveedores no contratados, usted no tendrá ningún Coseguro máximo.

Gastos que no se acumulan para su Coseguro máximo

Este Plan raramente paga beneficios iguales para **todos** los gastos médicos a los que usted pueda incurrir. Con frecuencia, usted es responsable por el pago de ciertos gastos de servicios y suministros médicos. Según el Plan, cada año, usted será responsable de pagar los siguientes gastos de su propio bolsillo **y** estos gastos no se acumulan para satisfacer su Coseguro máximo:

- Primas.
- Cargos facturados por el saldo.
- Cualquier deducible del plan.
- Todos los gastos por servicios o suministros médicos que no están cubiertos por el Plan.
- Todos los cargos en exceso del Cargo permitido determinado por el Plan.
- Todos los cargos en exceso de los Beneficios máximos del Plan, o en exceso de cualquier otra limitación del Plan.
- Cualquier otra cantidad adicional que usted deba pagar porque no cumplió con los requisitos de la Revisión de utilización del Plan.
- Medicamentos recetados (incluyendo cualquier cantidad de copago y/o coseguro).
- Los gastos incurridos por Proveedores no contratados.
- Cantidades de un Proveedor no contratado que superen la tarifa presentada con Medicare.

Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer de 1998

Según esta ley federal, todos los planes que cubren mastectomías también deben cubrir la cirugía reconstructiva relacionada. Para cualquier persona elegible que recibe los beneficios para una mastectomía, la

cobertura será proporcionada en un modo determinado en consulta con el médico tratante y la paciente, tanto para la reconstrucción del seno en el que se realice la mastectomía y la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica. La cobertura también está disponible para prótesis de seno y para el tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas.

Ley de Protección de la Salud para Madres y Recién Nacidos de 1996

De conformidad con esta ley federal, los planes de salud grupal y las compañías de seguros de salud que ofrezcan cobertura médica grupal, por lo general, no pueden restringir los beneficios para la estadía en el hospital en relación con el parto para la madre o el hijo recién nacido a menos de 48 horas luego del parto normal, o menos de 96 horas luego de una cesárea. No obstante, el plan o compañía de seguro podrá pagar por una estadía más corta si el Médico tratante, previa consulta con la madre, da de alta a la madre o al recién nacido de manera anticipada.

También según la ley federal, los planes y las compañías de seguros no pueden establecer el nivel de beneficios o los costos de bolsillo a fin de que cualquier parte de la estadía de 48 horas (o 96 horas) sea tratada de manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier porción anterior de la estadía. Los planes y las compañías de seguros no podrán, conforme a la ley federal, exigir que un proveedor de atención médica obtenga autorización para recetar una estadía de hasta 48 horas (o 96 horas).

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA JUBILADOS SIN MEDICARE

Tenga en cuenta que: Los beneficios en el siguiente Anexo de beneficios no se aplican a los Jubilados elegibles para Medicare ni a los Participantes del Plan HMO de Kaiser. Si usted y sus Dependientes elegibles están cubiertos bajo el plan HMO de Kaiser, póngase en contacto con Kaiser (en el número de teléfono que aparece en la Tabla de referencia rápida) para obtener una copia de su Prueba de la cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) la cual describe sus beneficios médicos según el plan HMO de Kaiser.

En las siguientes páginas, se incluye un anexo de los beneficios médicos para el Plan Médico de Indemnity, en un formato de tabla. Cada uno de los beneficios médicos del Plan se describe en la primera columna. Las explicaciones y las limitaciones que se aplican a cada uno de los beneficios se muestran en la segunda columna. Las diferencias específicas en los beneficios cuando son proporcionados por Proveedores contratados y Proveedores no contratados se muestran en las columnas subsiguientes.

Los Deducibles, Coseguro máximo, Servicios hospitalarios (hospitalización) y los Servicios de médicos y profesionales de atención médica se muestran de primero porque estas categorías de beneficios se aplican a la mayoría de (pero no a todos) los servicios de atención médica cubiertos por el Plan. A menos que exista una declaración específica en el Anexo de beneficios médicos, todos los beneficios mostrados están sujetos a los Deducibles del Plan.

Programa de Asesor / Concierge

El Plan ofrece un servicio de asesores para ayudarle a navegar a través de las cosas como localizar a un Proveedor contratado, o ayudarle a encontrar el centro más eficiente de servicios quirúrgicos, escaneo o imagenología. Ellos le ayudarán a comparar la calidad y los costos de muchos hospitales en su vecindario, así como evitar los proveedores que pueden requerir contratos o pagos personales. Para obtener la asistencia de un Asesor, llame al (844) 437-0488.

Estos son algunos consejos para hacer que las experiencias sean exitosas y económicas al utilizar el Plan Médico de Indemnity

- Independientemente del tipo de tratamiento que está buscando, compruebe siempre si los proveedores son Proveedores contratados PPO para recibir el mejor beneficio posible según el Plan. Puede localizar un Proveedor contratado o determinar si su proveedor actual es un Proveedor contratado al visitar el sitio web de Anthem en www.anthem.com. Haga clic en "Buscar un médico" y seleccione el tipo de proveedor y la ubicación en la que está buscando un médico o escriba el nombre de su proveedor actual para verificar su participación en la red. También puede ponerse en contacto con la Oficina del Fondo Fiduciario para recibir asistencia. Envíe un correo electrónico a la Oficina del Fondo Fiduciario a benefitservices@carpenterfunds.com o llame al (888) 547-2054.
- Utilice el servicio de Asesores para ayudarse a evitar el pago de facturas médicas personales innecesarias y reducir sus costos personales. Para obtener la asistencia de un Asesor, llame al (844) 437-0488.
- Regístrese en www.anthem.com con un nombre de usuario y contraseña. Cuando inicie sesión, puede utilizar la herramienta de Comparación de Atención de Anthem (Anthem Care Comparison) para averiguar el costo y la calidad de los procedimientos realizados por instalaciones cercanas a usted. Por ejemplo, una colonoscopia puede costar de $450 a $3,000, o un proveedor puede tener más experiencia en dicho procedimiento que otro proveedor.
- Mientras tenga la sesión activa en www.anthem.com, puede buscar ofertas especiales que pueden ayudar a su recuperación o bienestar general, tales como los programas para perder peso, prótesis auditivas o membresías de gimnasios.
- Si su médico recomienda atención para usted que requiere los servicios de varios proveedores diferentes, o si su médico le recomienda que reciba los servicios de otro proveedor o centro de atención en conjunto, asegúrese de preguntar si el nuevo proveedor está en la red PPO.

LiveHealth Online

Al utilizar este servicio, usted puede hablar con un médico a cualquier hora del día, en su computadora o dispositivo móvil mediante un chat con video de dos vías, sin tener que pedir una cita. El Fondo reembolsará cualquier cargo por este servicio al 100%. Puede acceder a LiveHealth Online al visitar el sitio web www.livehealthonline.com desde una

computadora con una webcam y acceso a Internet o descargando la aplicación móvil de LiveHealth Online en su teléfono inteligente o tablet con iOS o Android.

Línea de enfermería

El Plan ofrece una línea de asesoría de enfermería para ayudarle a decidir si sus síntomas pueden ser tratados con un remedio en el hogar, si necesita hacer una cita con un médico o si es necesario que reciba atención urgente. Puede ponerse en contacto con la línea de enfermería llamando al (800) 700-9184 en cualquier momento del día o de la noche. Sin embargo, si tiene una emergencia, llame al 911 para obtener ayuda.

Cirugía

- Cuando haga una cita para ver a un cirujano, pregunte si el médico participa en la red PPO.
- Si se va a realizar una cirugía, averigüe si en la misma participarán un cirujano ayudante, un médico anestesiólogo o un(a) enfermero(a) anestesista certificado. Si un cirujano ayudante participará en la cirugía, llame a la Oficina del Fondo Fiduciario. La Oficina del Fondo Fiduciario puede verificar si la participación del cirujano ayudante es necesaria y le informará sobre cualquier otro gasto de bolsillo en que podrá incurrir si los cargos facturados del proveedor superan la asignación del Plan.
- Algunas cirugías como una colonoscopia, artroscopia, endoscopia y cirugía de catarata tienen límites específicos en dólares si utiliza un hospital con atención ambulatoria en lugar de un centro de cirugía ambulatoria. Utilizar un centro de cirugía ambulatoria contratado para estas cirugías puede reducir considerablemente sus gastos de bolsillo.
- También hay beneficios máximos específicos del Plan para los gastos de hospital si se realiza una cirugía de reemplazo de cadera o rodilla. Para reducir sus gastos de bolsillo para una cirugía de reemplazo de cadera o rodilla, utilice uno de los hospitales específicos basados en valor para recibir los servicios. Puede ver la lista de hospitales basados en valor en el sitio web de la Oficina del Fondo Fiduciario: www.carpenterfunds.com.

Pruebas de laboratorio y patología

- Cuando necesite realizarse exámenes de laboratorio o patología, pregunte a su médico si puede usar un laboratorio independiente contratado para recibir los servicios. Los servicios de esos laboratorios independientes pueden costar 70%-75% menos que los mismos servicios prestados por centros de atención en hospitales y laboratorios que no están en la red.
- Si necesita ayuda para encontrar el laboratorio contratado más cercano, visite www.anthem.com.

Programa de revisión de utilización

Tenga en cuenta que: Los requisitos de Revisión de utilización se aplican SOLO a los jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare y que están inscritos en el Plan Médico de Indemnity. Estos requisitos no se aplican a los Jubilados o Dependientes que son elegibles para Medicare o que están inscritos en el Plan HMO de Kaiser.

Propósito del Programa de revisión de utilización

El Programa de revisión de utilización del Plan está diseñado para ayudar a controlar los crecientes costos de la atención médica, al evitar los servicios innecesarios o los servicios que son más costosos que otros los cuales pueden lograr el mismo resultado. Al hacerlo, el Fondo es más capaz de mantener el Plan y todos sus beneficios. Si sigue los procedimientos del Programa de revisión de utilización del Plan, usted puede evitar algunos gastos de bolsillo. Sin embargo, si no sigue estos procedimientos, puede ser responsable de pagar más de su propio bolsillo.

Gestión del Programa de revisión de utilización

Anthem administra el Programa de revisión de utilización del Plan. Además, ciertos medicamentos ambulatorios pueden requerir una Revisión de utilización según sea gestionada por el Administrador de beneficios de farmacia, Express Scripts.

Elementos del Programa de revisión de utilización

El Programa de revisión de utilización del Plan consiste en:

1. **Revisión de pre-autorización (previa al servicio)**: revisión de los servicios de atención médica propuestos antes de que se prestan los servicios;
2. **Revisión concurrente (estadía continua)**: evaluación continua de la atención médica que se presta, lo que suele implicar la hospitalización en un hospital o centro de salud, o revisión de la continuación de la duración de los servicios de atención médica;
3. **Revisión retrospectiva**: revisión de los servicios de atención médica después de que se han proporcionado.

Restricciones y limitaciones del Programa de revisión de utilización

1. El hecho de que su Médico recomienda una cirugía u hospitalización, o que su Médico propone o proporciona servicios o suministros médicos no significa que los servicios o suministros serán un Cargo permitido ni que serán considerados necesarios médicamente para determinar la cobertura según el Plan médico.
2. Todas las decisiones de tratamiento recaen sobre usted y su Médico. Usted debe seguir cualquier plan de tratamiento que usted y su Médico (u otro proveedor) consideren como el más apropiado, incluso si el Anthem no certifica la cirugía/tratamiento/servicio propuestos o la admisión como necesarios médicamente.
3. La certificación previa de un servicio no garantiza que el Plan pagará los beneficios por ese servicio porque, otros factores, tales como la inelegibilidad para la cobertura en la fecha efectiva del servicio, la información presentada durante la certificación previa varía de los servicios reales prestados en la fecha del servicio, y/o el servicio prestado no es un beneficio cubierto, pueden ser un factor en el rechazo del pago de un servicio.

Cómo funciona la Revisión de utilización

La Revisión de utilización es un procedimiento, administrado por Anthem, para asegurar que los servicios de atención médica cumplen o superan los estándares aceptados de atención y que la admisión y la duración de la estadía en un hospital o centro de atención médica, o una cirugía, u otros servicios de atención médica son necesarios médicamente. **Se deben aprobar los siguientes servicios:**

SITUACIÓN	REQUISITOS DEL PLAN PARA LA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN
Admisión a un hospital que no sea de emergencia (incluido el tratamiento para una enfermedad mental o dependencia a químicos)	Anthem debe aprobar la estadía en el Hospital antes de la admisión (excepto para un parto vaginal normal de menos de 48 horas o una cesárea de menos de 96 horas). Si utiliza un Hospital contratado, el Hospital se encargará de esto por usted. Si usa un hospital no contratado, usted es responsable de que su Médico obtenga la Revisión de utilización para usted. Usted no está obligado a obtener la Revisión de utilización para una hospitalización cuando el Plan es el pagador secundario de los beneficios.
La hospitalización como consecuencia de una emergencia médica	Si es admitido a un hospital no contratado, usted, su médico o alguien que actúe en su nombre, debe ponerse en contacto con Anthem para obtener la certificación en un plazo de las 24 horas siguientes a la admisión.
Admisión para el parto	La Revisión de utilización no es necesaria para las estadías en el hospital de la madre y el recién nacido de menos de 48 horas después de un parto normal o una estadía de menos de 96 horas después de una cesárea.
Trasplante de órganos o tejidos	Todos los servicios previstos deben ser aprobados por Anthem antes de comenzar.

SITUACIÓN	REQUISITOS DEL PLAN PARA LA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN
Ciertos servicios ambulatorios de imagenología de diagnóstico	CT/CTA, MR/MRI, cardiología nuclear, tomografía PET y ecocardiografía antes de proporcionar el servicio.
Recibir la Revisión de utilización no significa que los beneficios se podrán pagar en todos los casos. La cobertura depende de los servicios que se prestan en realidad, su estatus de elegibilidad en el momento en que se presta el servicio, y cualquier limitación en los beneficios.	

Anthem determinará si una admisión propuesta al Hospital es necesaria médicamente y de ser así, cuántos días serán cubiertos. Anthem y el Médico revisarán los hechos sobre el caso del Paciente para determinar si la hospitalización es necesaria o si el tratamiento eficaz se puede suministrar en un entorno menos intensivo como la atención ambulatoria. Una vez que sea admitido, Anthem supervisa la estadía en el Hospital y si se requieren días adicionales debido a complicaciones u otras razones médicas, su estadía será aprobada para el número apropiado de días adicionales de hospitalización. Esto se denomina Revisión concurrente.

- El Hospital contratado se encargará del proceso de Revisión de utilización para usted (incluida la revisión concurrente).
- Si es admitido en un Hospital no contratado, usted tendrá la responsabilidad de asegurarse de que su Médico se comunique con Anthem para la Revisión de utilización. Para la admisión de emergencia, Anthem debe ser notificado dentro de las 24 horas siguientes a su admisión. Anthem determinará el número de días de hospitalización que sean necesarios médicamente.
- Si usted es admitido a un Hospital no contratado que no participa en un programa de revisión concurrente, su estadía en el Hospital será revisada después de que salga del Hospital. Si Anthem determina que cualquier porción de su estadía no era necesaria médicamente, no se pagarán beneficios por los cargos del hospital y de médicos incurridos durante la porción de la estadía en el Hospital que se determinó como no necesaria médicamente.
- Los beneficios serán pagados por un trasplante de órgano o tejido **solo** si los servicios médicos están aprobados de antemano y son administrados por Anthem.

El incumplimiento de los requisitos del Plan para la Revisión de utilización y la notificación de una admisión de emergencia dará lugar a una reducción de los beneficios y un aumento de sus gastos de bolsillo.

Hospitalización de emergencia

Si una emergencia requiere de hospitalización, puede no haber tiempo para ponerse en contacto con Anthem antes de que sea admitido. Si esto sucede, Anthem debe ser notificado de la admisión en el hospital dentro de las 24 horas. Usted, su Médico, el Hospital, un miembro de su familia o amigo pueden hacer esa llamada telefónica a Anthem. Esto permitirá que Anthem pueda ayudarle con sus planes de alta, determinar la necesidad de la continuación de los servicios médicos y/o asesorar a su Médico u otros proveedores acerca de los distintos proveedores de apoyo contratados y los beneficios disponibles para usted, y ofrecer recomendaciones, opciones y alternativas para su atención médica continua.

Revisión retrospectiva (posterior al servicio)

Las reclamaciones por servicios o suministros médicos que no han sido revisadas en el marco del Programa de revisión de utilización del Plan (incluida la autorización previa, y la revisión concurrente [estadía continua]), pueden, a opción de la Oficina del Fondo Fiduciario, estar sujetas a revisión retrospectiva para determinar si son necesarias médicamente. Si la Oficina del Fondo Fiduciario recibe una determinación de la compañía de Revisión de utilización de que los servicios o suministros no eran necesarios médicamente, **el Plan no proporcionará ningún beneficio para esos servicios o suministros.**

Apelar una determinación de Revisión de utilización (proceso de apelaciones)

Usted puede solicitar una apelación de cualquier decisión de revisión adversa tomada durante el proceso de Revisión de utilización que se describe en este capítulo. Para apelar la denegación de una reclamación/factura, consulte el capítulo de este documento titulado "Información sobre presentación de reclamaciones y apelaciones".

PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN INICIAL DE RECLAMACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Debe presentar todas las reclamaciones de atención médica dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que se incurre en los gastos, a menos que no sea razonablemente posible hacerlo. **En ningún caso se pagarán reclamaciones si se presentan más de 1 año después de la fecha en la que se efectuaron los gastos**. Debe adjuntar la factura o facturas detalladas y la documentación justificativa de su reclamación.

Consulte también el capítulo "Procedimientos de reclamaciones y apelaciones" para obtener más información a partir de la página 77. También revise la sección hacia el final de ese capítulo en "Cuándo se puede entablar una demanda" en la página 83.

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Deducible (véase la sección 3.01 de las Normas y Reglamentos) • El Deducible anual es la cantidad 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 que el Plan procesa las reclamaciones. • Solo los Gastos cubiertos se pueden utilizar para satisfacer los Deducibles del Plan. • El Deducible se aplica a todos los servicios cubiertos, excepto donde se indique lo contrario en este Anexo de beneficios médicos. • El Deducible Familiar es la cantidad que una familia de dos o más personas es responsable de pagar cada año hacia los Gastos cubiertos antes de que comiencen los beneficios del Plan. Solo los gastos que efectivamente se han aplicado al deducible por persona de los miembros de la familia se contarán para el Deducible Familiar.	• Las cantidades se acumulan de manera cruzada entre los Proveedores contratados y los Proveedores no contratados; por ejemplo, un pago de $50 para el Deducible de un Proveedor no contratado para los Gastos cubiertos se contaría hacia el Deducible de $128 para los Proveedores contratados. • Los cargos que excedan los límites del Plan sobre beneficios específicos y toda cantidad que usted pague por el incumplimiento de los requisitos de Revisión de utilización del Plan no cuentan para el Deducible.	$128 por persona $256 por familia	$257 por persona $514 por familia

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Coseguro máximo El Coseguro máximo es la cantidad máxima que usted paga durante un período de un año (año calendario) antes de que su plan comience a pagar el 100% de los Gastos cubiertos de Proveedores contratados.	Los siguientes no cuentan hacia el Coseguro máximo: • Las cantidades que usted paga que se cuentan hacia el Deducible. • Las cantidades que usted paga por gastos o servicios que no están cubiertos por el Plan. • Los cargos en exceso de los límites de beneficios o las cantidades máximas del Plan (como las cantidades sobre la cantidad máxima para quiropráctica del Plan de $25/visita, los límites para acupuntura, prótesis auditivas, cuidados de hospicio y examen físico de rutina). • Primas. • Cargos facturados por el saldo. • Todos los cargos en exceso del Cargo permitido determinado por el Plan. • Cualquier otra cantidad adicional que usted deba pagar porque no cumplió con los requisitos de la Revisión de utilización del Plan. • Medicamentos con receta (incluyendo cualquier cantidad de copago y/o coseguro). • Los gastos incurridos por Proveedores no contratados. • Cantidades de un Proveedor no contratado que superen la tarifa presentada con Medicare.	$1,289 por persona $2,578 por familia	Sin Coseguro máximo

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
<u>Servicios hospitalarios (hospitalización)</u> Habitación y comida, y tarifas auxiliares • En un Hospital no contratado, una habitación con 2 o más camas está cubierta (o el cargo mínimo para una habitación de dos camas en el Hospital si se utiliza una habitación de precio superior). • En un Hospital contratado, la tarifa de contrato está cubierta, excepto las cantidades superiores a $30,000 para el reemplazo de rodilla o cadera. • Unidades de cuidados especiales en el hospital (por ejemplo, unidad de cuidados intensivos, unidad de cuidados cardíacos). • Servicios de laboratorio/radiografía/diagnóstico.	• El incumplimiento de los requisitos del Plan para la Revisión de utilización y la notificación de una admisión de emergencia puede dar lugar a una reducción de los beneficios y un aumento de sus gastos de bolsillo. • Un máximo de $30,000 se puede pagar por las instalaciones del hospital asociadas con una cirugía de reemplazo de articulación de la cadera o de la rodilla. • Los medicamentos que se pueden llevar a casa que hayan sido dispensados por un centro sin contrato no están cubiertos. • Los cargos de la unidad de neonatología no están cubiertos en un centro sin contrato.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% de los Cargos permitidos Usted paga 30% además de cualquier cantidad superior al Cargo permitido del Plan.

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Servicios quirúrgicos hospitalarios (ambulatorio) Hay cantidades máximas del Plan para ciertas cirugías realizadas de forma ambulatoria en un hospital en lugar de un centro de servicio ambulatorio	• Para el cargo de un centro/hospital contratado y no contratado, un máximo de $6,000 se puede pagar por una artroscopia, $2,000 por la cirugía de cataratas, $1,500 por colonoscopia y $1,000 por endoscopia.	**Artroscopia** El Plan paga 90% de la tarifa de contrato hasta un pago máximo de $6,000 Usted paga 10% de la tarifa de contrato y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $6,000 **Cirugía de catarata** El Plan paga 90% de la tarifa de contrato hasta un pago máximo de $2,000 Usted paga 10% de la tarifa de contrato y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $2,000 **Colonoscopia** El Plan paga 90% de la tarifa de contrato hasta un pago máximo de $1,500 Usted paga 10% de la tarifa de contrato y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $1,500 **Endoscopia** El Plan paga 90% de la tarifa de contrato hasta un pago máximo de $1,000 Usted paga 10% de la tarifa de contrato y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $1,000	**Artroscopia** El Plan paga 70% de los Cargos permitidos hasta un pago máximo de $6,000 Usted paga 30% de los Cargos permitidos y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $6,000 **Cirugía de catarata** El Plan paga 70% de los Cargos permitidos hasta un pago máximo de $2,000 Usted paga 30% de los Cargos permitidos y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $2,000 **Colonoscopia** El Plan paga 70% de los Cargos permitidos hasta un pago máximo de $1,500 Usted paga 30% de los Cargos permitidos y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $1,500 **Endoscopia** El Plan paga 70% de los Cargos permitidos hasta un pago máximo de $1,000 Usted paga 30% de los Cargos permitidos y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $1,000

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
<u>Sala de emergencia</u> • La sala de emergencias del hospital (ER) si los servicios son para una Emergencia (tal como se define dicho término en este Plan). • Cargos auxiliares (tales como pruebas de laboratorio o radiografías) realizados **durante** la visita a la sala de emergencia. • (Véase también la sección de Ambulancia de este anexo).	Para una posterior hospitalización (después del tratamiento en una Sala de emergencia en un Hospital no contratado), el Plan podrá exigir el traslado del Paciente a un Hospital contratado con el asesoramiento de un Médico de que es médicamente seguro transferir el paciente y ha terminado el período de Emergencia aguda. Si el paciente permanece en el Hospital no contratado después del período de Emergencia aguda, todo Cargo permitido se pagará a la tarifa sin contrato durante el período de hospitalización, después de que haya terminado el período de emergencia.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato El Plan paga 100% de la tarifa de contrato si el tratamiento de emergencia es para salud mental o la dependencia a químicos	El Plan paga 70% (o 90% si el Individuo elegible no tiene elección en el Hospital utilizado debido a una Emergencia) del Cargo permitido Usted paga 30% del Cargo permitido, excepto cuando no había elección en el Hospital utilizado debido a una Emergencia, usted paga el 10% del Cargo permitido Usted paga Cero si el tratamiento de emergencia es para salud mental o la dependencia a químicos

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Servicios de médicos y otros profesionales de atención médica • Médico • Servicios de fisioterapeuta y terapeuta ocupacional registrados, requeridos para el tratamiento de una afección médica y prescritos por un Médico. Los Cargos permitidos no incluyen servicios que son principalmente educativos, relacionados con deportes, o preventivos, tales como, el acondicionamiento físico, ejercicios o regreso a la escuela. • Podólogo con licencia • Enfermera registrada • Servicios de una partera-enfermera certificada para cuidados obstétricos durante los periodos de pre-parto, parto y post-parto, proporcionados por la partera que ejerza bajo la dirección y supervisión de un Médico. • Servicios de una enfermera practicante con licencia que está actuando dentro del ámbito legal de su licencia siempre que: • El servicio de la enfermera practicante se da en lugar de los servicios de un Médico, y la enfermera practicante está prestando los servicios bajo la supervisión de un Médico con licencia, si la supervisión es requerida. • Asistente de médico con licencia • Terapeuta del habla con licencia • Servicios de un optometrista con licencia, pero solo cuando se proporciona tratamiento necesario médicamente para los ojos, que no está cubierto por el plan de visión.	• Si un Proveedor no contratado que no está registrado con CMS proporciona servicios ambulatorios necesarios médicamente, el Plan limitará los Cargos permitidos a $100 por cita. Los servicios de hospitalización de un Proveedor no contratado que no esté registrado con CMS no estarán cubiertos. • Si un servicio necesario médicamente no está disponible con un Proveedor contratado, el Deducible del Proveedor contratado y el Porcentaje que se puede pagar se aplicarán a los Cargos permitidos del Proveedor no contratado. • La atención de rehabilitación no está cubierta.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Visita de médico en línea Usted puede hablar con un médico a cualquier hora del día, cara a cara en su computadora o dispositivo móvil mediante un chat con video de dos vías, sin tener que pedir una cita.	El sitio web para las consultas médicas en línea es: www.livehealthonline.com Otras consultas en línea con médicos contratados están cubiertas, pero no pueden exceder el pago de beneficios del Plan de $49 por cada consulta.	El Plan paga 100% de la tarifa de contrato Usted paga 0%	No está cubierto
Entrenamiento de salud La compañía Trestle Tree proporciona programas de prevención y gestión de enfermedades crónicas.	Aplica estrategias para: Dejar el tabaco y controlar la obesidad y el peso Ejercicios y/o necesidades nutricionales Manejo del estrés Manejo de enfermedades	El Plan paga 100% de la tarifa de contrato Usted paga 0%	No está cubierto
Servicios de acupuntura	Los servicios de acupuntura están limitados a 20 consultas por año calendario.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato hasta un máximo de $35 por visita Usted paga 10% de la tarifa de contrato y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $35	El Plan paga 70% del Cargo permitido hasta un máximo de $35 por visita Usted paga 30% del Cargo permitido y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $35

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Servicios de ambulancia • Servicio necesario médicamente para transporte terrestre hacia o desde el Hospital más cercano. • Una ambulancia aérea con licencia hacia y desde el Hospital más cercano también está cubierta al Cargo permitido si el Fondo determina que la ubicación y la naturaleza de la enfermedad o lesión hizo que el transporte aéreo sea rentable o necesario para evitar la posibilidad de complicaciones graves o pérdida de la vida. • Los servicios prestados por un Técnico médico de emergencia (EMT) sin transporte de emergencia subsiguiente se pagan de acuerdo con este beneficio de Servicios de ambulancia	• Los gastos de los servicios de ambulancia están cubiertos únicamente cuando los servicios son para una **Emergencia**, tal como se define este término en el capítulo de Definiciones de este documento bajo el título de "Atención de emergencia", o para el transporte necesario médicamente entre centros de atención.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 90% del cargo permitido Usted paga 10% del cargo permitido
Centro/instalación de cirugía ambulatoria • Centro/instalación quirúrgica ambulatoria (p. ej. centro quirúrgico, cirugía el mismo día, cirugía ambulatoria).	Las siguientes cantidades máximas que se pueden pagar se aplican si la cirugía se realiza de forma ambulatoria en un Hospital en lugar de un Centro de cirugía ambulatoria: • $6,000 para artroscopia • $2,000 para cirugía de cataratas • $1,500 para colonoscopia • $1,000 para endoscopia	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del Cargo permitido hasta un máximo de $300 para el centro de cirugía ambulatoria Usted paga 30% del Cargo permitido y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $300
Quimioterapia	• Algunos medicamentos de quimioterapia están cubiertos solamente por el Plan de medicamentos de especialidad y los beneficios solo están disponibles con la farmacia de pedidos por correo del Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) del Plan.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Servicios quiropráctico (solo para el Jubilado y su Cónyuge o Pareja de hecho (conviviente))	• Los servicios quiropráctico no están cubiertos para los hijos Dependientes. • Limitado a 20 visitas por año calendario	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato hasta un máximo de $25 por visita Usted paga 10% de la tarifa de contrato y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $25 por visita	El Plan paga 70% del Cargo permitido hasta un máximo de $25 por visita Usted paga 30% del Cargo permitido y cualquier cantidad superior al pago máximo del Plan de $25 por visita
Servicios dentales Servicios de un Médico (M.D.) o Dentista (D.D.S.) para el tratamiento de una lesión a los dientes naturales.	• Los servicios deben ser recibidos dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de la lesión (aplicado independientemente de cuándo el individuo se inscribió en el Plan). • El daño a los dientes naturales a causa de masticar o morder no está cubierto conforme a este beneficio. • Las placas dentales, puentes, coronas, fundas dentales u otras prótesis dentales, servicios, extracción de dientes o tratamiento para los dientes o las encías distinto al tratamiento para los tumores y lesiones accidentales no están cubiertos.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido
Programas de enseñanza sobre la diabetes	La cobertura está disponible para los Programas de enseñanza sobre la diabetes reconocidos por la Asociación Estadounidense de la Diabetes.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido
Beneficios de medicamentos recetados		Consulte la sección que comienza en la página 69 para los beneficios para Jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare.	

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Equipo y suministros médicos Los beneficios se pueden pagar si el equipo o el suministro es: • Ordenado por un Médico; • No se requerirá su uso después que finalice la necesidad médica; • Utilizable solo por el paciente; • No es principalmente para la comodidad o la higiene del paciente; • No es para control ambiental; • No es para ejercitarse; • Fabricado específicamente para uso médico; • Aprobado como tratamiento eficaz, usual y habitual para una condición según lo determine el Fondo; y • No tiene fines de prevención. La cobertura se proporciona para hasta 31 días de suministros no duraderos necesarios médicamente para uso doméstico/personal: • Suministros quirúrgicos estériles utilizados inmediatamente después de la cirugía. • Suministros necesarios para operar o utilizar Equipos médicos duraderos o aparatos correctivos que están cubiertos. • Suministros necesarios para ser utilizados por el personal capacitado de salud o infusión a domicilio, pero solo durante el desarrollo de sus servicios requeridos. • Suministros para diálisis. • Suministros para diabéticos. • Suministros para colostomía y ostomía.	Se proporciona cobertura para suministros no duraderos necesarios médicamente dispensados y utilizados por un Médico o Profesional de atención médica en relación con el tratamiento del individuo cubierto. • Los cargos de alquiler están cubiertos si no exceden el precio de compra razonable del equipo. • Los zapatos ortopédicos están cubiertos solo si están unidos a un soporte. • Las órtesis personalizadas están cubiertas. • Los equipos médicos, dispositivos, vendas, aparatos ortopédicos, férulas y otros suministros o equipos no están cubiertos, salvo los suministros para diabéticos. • Los suministros que se utilizan cuando la condición médica finaliza no están cubiertos conforme al beneficio de Suministros médicos no duraderos.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% de los Cargos permitidos Usted paga 30% de los Cargos permitidos

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Servicios de planificación familiar, reproducción, fertilidad y anticonceptivos Los servicios Cubiertos incluyen: • Servicios de esterilización (p. ej., vasectomía, ligadura de trompas). • Servicios relacionados con la anticoncepción, incluyendo servicios en relación con la obtención o remoción de un implante o dispositivo anticonceptivo recetado. • Anticonceptivos recetados.	Si un Proveedor no contratado que no está registrado con CMS proporciona servicios ambulatorios necesarios médicamente, el Plan limitará los Cargos permitidos a $100 por cita. Los servicios de hospitalización de un Proveedor no contratado que no esté registrado con CMS no estarán cubiertos. **No hay cobertura disponible para** revertir los procedimientos de esterilización, el tratamiento de la infertilidad junto con los servicios para inducir el embarazo.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido
Beneficio de prótesis auditivas	No se proporcionarán beneficios para: • Un examen de audición sin haber obtenido una prótesis auditiva; • La sustitución de una prótesis auditiva por cualquier razón más de una vez durante un período de 3 años; • Las pilas o cualquier otro equipo auxiliar distinto al que se obtiene en la compra de la prótesis auditiva; o • Los gastos incurridos por los que el individuo no está obligado a pagar.	100% hasta un pago máximo de $800 por cada oído (en cualquier período de 3 años) que no exceda los Gastos cubiertos, para el examen, prótesis auditivas y todas las reparaciones o mantenimiento. No está sujeto al Deducible o Coseguro máximo.	

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Servicios de atención médica y terapia de infusión a domicilio Los Gastos cubiertos incluyen: • Servicios de una enfermera registrada. • Servicios de un terapeuta con licencia para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de lenguaje. • Servicios de un trabajador social médico. • Servicios de un asistente de salud que está empleado por (o contratado con) una Agencia de salud en el hogar. Los servicios deben ser ordenados y supervisados por un(a) enfermera registrado(a) empleado(a) por la Agencia de salud en el hogar como un coordinador profesional. • Suministros médicos necesarios proporcionados por la Agencia de salud en el hogar.	• El paciente debe estar confinado en casa bajo la supervisión médica activa de un Médico que ordene la atención médica en el hogar y que trate la enfermedad o lesión para la cual se necesita la atención. • Los servicios deben ser prestados y facturados por la Agencia de salud en el hogar. • Los servicios deben ser coherentes con la enfermedad, lesión, grado de discapacidad y necesidades médicas del Paciente. • Los beneficios son proporcionados únicamente por el número de días requeridos para tratar la enfermedad o lesión del Individuo elegible. • Los medicamentos inyectables o en infusión no están cubiertos por este beneficio de Atención médica a domicilio. Consulte la sección de Medicamentos de este Anexo de beneficios médicos para otra cobertura de medicamentos.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Hospicio • Los servicios incluyen cuidados de hospicio con hospitalización y cuidados de hospicio ambulatorios en el hogar cuando el paciente tiene una enfermedad para la que el pronóstico de esperanza de vida se estima en 6 meses o menos, según lo certificado por el Médico. El paciente debe ser admitido formalmente en un Programa de hospicio aprobado, y el Médico tratante debe aprobar el programa de tratamiento por escrito del paciente. • **Programa de hospicio aprobado.** Un Programa de hospicio aprobado debe cumplir con los requerimientos de licencia estatal como un Hospicio (en estados con los requerimientos de licencia) y ser un hospicio certificado por Medicare, o un sitio de hospicio de demostración de Medicare, o debe estar acreditado por The Joint Commission (TJC). El Hospicio debe notificar al Fondo acerca de la admisión de un Paciente a un programa de Hospicio y debe enviar un plan de tratamiento por escrito al Fondo.	Los servicios de cuidado de hospicio cubiertos incluyen los siguientes: • visitas de enfermería profesional; • servicios médicos-sociales; • servicios de auxiliares de salud en el hogar; • suplementos nutricionales, tales como sustitutos de dieta administrados por vía intravenosa o a través de hiperalimentación; y • suministros médicos. El beneficio de Hospicio no cubre: • transporte médico, alimentos, ropa o vivienda; • servicios de voluntarios; • asesores financieros o legales; y • servicios prestados por los miembros del grupo familiar y amigos.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido
Servicios de laboratorio (ambulatorio) • Honorarios técnicos y profesionales.	• Los servicios deben ser ordenados por un Médico, incluyendo las pruebas de laboratorio relacionadas con el diagnóstico de una enfermedad viral. • Los servicios de laboratorio de hospitalización están cubiertos por la sección de Servicios hospitalarios de este Anexo de beneficios médicos.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Servicios de maternidad • Los cargos de Hospital y Centro de Nacimiento y los honorarios del Médico necesarios médicamente para los servicios de maternidad para todas las mujeres cubiertas. Las cobertura para el bebé solo se paga si el niño es un Hijo(a) Dependiente, tal como se definen en este Plan, y está inscrito según corresponda. • Las vitaminas prenatales que contienen flúor o ácido fólico están cubiertas. • Consulte el capítulo de Elegibilidad acerca de cómo inscribir a un hijo(a) Dependiente recién nacido.	• Los cargos de rutina de la unidad de neonatología facturados por un Hospital no contratado NO están cubiertos. • La duración de la estadía en el hospital para el parto: Para obtener información sobre la Revisión de utilización para una estadía de más de 48 horas para el parto vaginal o 96 horas para cesárea, póngase en contacto con Anthem para pre-autorizar la estadía prolongada.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Salud mental • Hospitalización, tratamiento residencial y cuidado de día parcial. • Visitas ambulatorias. • Los beneficios para medicamentos recetados para el tratamiento de salud mental se explican en el capítulo de Medicamentos recetados.	Si un Proveedor no contratado que no está registrado con CMS proporciona servicios ambulatorios necesarios médicamente, el Plan limitará los Cargos permitidos a $100 por cita. Los servicios de hospitalización de un Proveedor no contratado que no esté registrado con CMS no estarán cubiertos.	**Visitas ambulatorias para salud mental** El Plan paga 100% de la tarifa de contrato (no incluye atención en clínicas ambulatorias) **Atención ambulatoria para salud mental** El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato **Tratamiento en la sala de emergencia** El Plan paga 100% de la tarifa de contrato **Todos los demás** El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	**Tratamiento en la sala de emergencia** El Plan paga 100% del cargo permitido **Todos los demás** El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido
Prótesis	• La cobertura está disponible para extremidades artificiales y/o los ojos.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Radiología (rayos X), estudios de imagen y servicios de radioterapia (ambulatorio) • Los servicios de radiología comunes incluyen radiografía de tórax, radiografía de abdomen/riñón, radiografía de columna vertebral, CT/MRI/PET y gammagrafía ósea, ecografía, angiografía, mamografía, fluoroscopia, y densitometría ósea.	• Está cubierto solo cuando es ordenado por un Médico o Profesional de atención médica. • Para los siguientes servicios ambulatorios de imagenología de diagnóstico, el Médico debe obtener la Revisión de utilización con la Organización de revisión: • CT/CTA • MR/MRI • Cardiología nuclear • Escaneo PET • Ecocardiografía	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido
Centro de enfermería especializada (SNF), incluidos los servicios de rehabilitación • Centro de enfermería especializada (SNF). • Servicios de un terapeuta con licencia para fisioterapia o terapia ocupacional. • Los servicios de un terapeuta del lenguaje con licencia solo para terapia del habla que se proporciona a un Individuo elegible que tuvo un habla normal alguna vez y la perdió debido a una enfermedad o lesión.	• Los beneficios serán pagados para el Centro de enfermería especializada y la Atención médica a domicilio como una alternativa a la atención hospitalaria cuando la atención es organizada por el Médico tratante. • Un máximo de 70 días de atención en un Centro de enfermería especializada estará cubierto durante cualquier período de hospitalización. Un nuevo período de hospitalización comenzará después de 90 días que hayan pasado desde el fin de la última hospitalización en un Centro de enfermería especializada. • La admisión de hospitalización de rehabilitación requiere la Revisión de utilización al llamar a Anthem. • Los servicios de fisioterapia que son principalmente educativos, relacionados con deportes, o preventivos, tales como, el acondicionamiento físico, ejercicios o regreso a la escuela, no están cubiertos. • Los servicios de rehabilitación no están cubiertos. Esto incluye cualquier tipo de fisioterapia, terapia ocupacional, y/o terapia del habla que se proporcione a las personas con retrasos en el desarrollo que nunca han adquirido las habilidades funcionales normales.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Tratamiento de abuso de sustancias • Hospitalización, tratamiento residencial y cuidado de día parcial. • Visitas ambulatorias • Los beneficios para medicamentos recetados para el abuso de sustancias se explican en el capítulo de Medicamentos recetados.	Si un Proveedor no contratado que no está registrado con CMS proporciona servicios ambulatorios necesarios médicamente, el Plan limitará los Cargos permitidos a $100 por cita. Los servicios de hospitalización de un Proveedor no contratado que no esté registrado con CMS no estarán cubiertos.	**Hospitalización y ambulatorio** El Plan paga 100% de la tarifa de contrato **Tratamiento en la sala de emergencia** El Plan paga 100% de la tarifa de contrato **Todos los demás** El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	**Tratamiento en la sala de emergencia** El plan paga el 100% del Cargo permitido **Todos los demás** El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido
Trasplantes (órganos y tejidos) • **Trasplante de órganos y tejidos:** Los Cargos permitidos incurridos por el donante y el receptor cuando el receptor es un Individuo elegible. Los Cargos permitidos pueden incluir la evaluación del paciente, la obtención del órgano y el transporte del órgano o tejido, cirugía y gastos de hospitalización para el beneficiario y donante, atención de seguimiento en casa o en el hospital, y los medicamentos inmunosupresores. • Los beneficios que se pueden pagar a un donante de órgano que no es un Individuo elegible se reducirán por las cantidades pagadas o que se pueden pagar por la cobertura de salud del donante.	• No hay beneficios disponibles sin la Revisión de utilización de Anthem. • En ningún caso el Plan cubrirá los gastos de transporte del donante, los cirujanos o los familiares. Deben cumplirse los siguientes criterios para que cualquier beneficio de trasplante se pueda pagar: • El procedimiento de trasplante no es considerado un Procedimiento experimental o de investigación, según se definen en la sección de Definiciones de este documento. • El Paciente es admitido a un programa del centro de trasplante en un centro médico aprobado por el gobierno federal o la agencia estatal apropiada del estado en que esté ubicado el centro; y • El receptor del órgano o tejido es un Individuo elegible cubierto por el Plan.	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido

ANEXO DE BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA PERSONAS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE Todos los beneficios están sujetos al deducible, excepto donde se indique lo contrario. ***IMPORTANTE: Los Proveedores no contratados reciben el pago según el Cargo permitido, tal como se define en el capítulo de Definiciones y podría resultar en el cobro del saldo a usted.**			
Descripción del beneficio	**Explicación y limitaciones**	**BENEFICIOS PARA JUBILADOS Y DEPEDENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE**	
		Proveedores contratados	**Proveedores no contratados**
Programa de bienestar (preventivo) para el Jubilado y su Cónyuge Los beneficios normales del Plan, incluyendo el Deducible y el Coseguro, se aplican a todos los servicios preventivos cubiertos.	El Plan cubrirá: • Un examen físico de rutina para el Jubilado y su Cónyuge. El cuidado preventivo de rutina puede incluir: • Una colonoscopia y un examen de sigmoidoscopia si su Médico considera que usted corre un alto riesgo de cáncer de colon. • Una mamografía de rutina, incluyendo una mamografía digital, obtenida como un procedimiento de detección de diagnóstico. Los beneficios se pagarán de conformidad con el siguiente cronograma de frecuencia: • Mujeres con edades de 35 a 39 años - una mamografía basal • Mujeres mayores de 40 años - una mamografía cada año	El Plan paga 90% de la tarifa de contrato Usted paga 10% de la tarifa de contrato Hay un máximo de $1,500 para una colonoscopia que se realice de forma ambulatoria en un hospital	El Plan paga 70% del cargo permitido Usted paga 30% del cargo permitido Hay un máximo de $1,500 para una colonoscopia que se realice de forma ambulatoria en un hospital

PROGRAMA DE FARMACIA

El Plan proporcionará un suministro de hasta 30 días de medicamentos por receta a través del programa de farmacia. Si usted necesita tomar medicamentos de mantenimiento de forma continua, se le solicitará que utilice la Farmacia de pedidos por correo y puede recibir hasta 90 días de suministro.

Cuando sea elegible para la cobertura, su tarjeta de identificación médica tendrá su información sobre los medicamentos recetados y también puede utilizarse para su tarjeta de identificación de medicamentos recetados. Si vive dentro de 10 millas de una farmacia de la red, debe usar una farmacia de la red para recibir los beneficios de farmacia. Cuando realice el reabastecimiento de un medicamento recetado en una farmacia de la red:

- Muestre su tarjeta de identificación al farmacéutico; y
- Pague su Copago para el medicamento recetado (la farmacia factura al Plan la cantidad restante).

El farmacéutico reabastecerá automáticamente su receta con un medicamento genérico si está disponible, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario.

- El **"formulario"** es la lista de medicamentos preferidos establecida por el comité independiente de farmacia y terapéutica de Express Script. El comité revisa los medicamentos en la lista de medicamentos preferidos, con base en la seguridad, eficacia y costo.
- **"Fuente múltiple"** es un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico.
- **"Fuente única"** es un medicamento de marca que no tiene un equivalente genérico.

Nota: El formulario incluye al menos un medicamento de elección, y en la mayoría de los casos, varias opciones de medicamentos, para cada categoría terapéutica.

Si no hay una farmacia de la red en su área

El Plan le reembolsará por los medicamentos recetados cubiertos que obtenga en una farmacia fuera de la red **solo si usted vive a más de 10 millas de la farmacia de la red más cercana**. Su farmacéutico debe completar un formulario de solicitud de medicamentos recetados, el cual está disponible en la Oficina del Fondo Fiduciario. Los medicamentos cubiertos serán reembolsados al 100% del costo razonable menos el Copago aplicable y cualquier otra cantidad adeudada por usted, como se muestra arriba.

Nota: Si no muestra su tarjeta de identificación de medicamentos recetados al farmacéutico de la red, usted debe pagar el precio completo de la farmacia para el medicamento recetado. A continuación, puede enviar un formulario de reclamación a Express Scripts para el reembolso. Express Scripts le reembolsará con base en la cantidad que el Fondo habría pagado si obtiene el medicamento en una farmacia de la red, y usted será responsable de todos los cargos restantes.

PROGRAMA DE PEDIDO POR CORREO

Cuando cumpla el requisito del Plan para utilizar el programa de pedido por correo, usted puede ahorrar dinero en sus medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos recetados que se utilizan de forma continua. Cuando utilice el programa de pedido por correo, puede reabastecer sus recetas por hasta 90 días de suministro. Su receta será reabastecida con un medicamento genérico si está disponible, a menos que su médico indique que no se puede hacer la sustitución. Para utilizar el programa de pedido por correo:

- Pida a su médico que le proporcione una receta para un suministro de hasta 90 días, con los reabastecimientos si procede.
- Envíe por correo la receta médica original junto con el formulario de pedido de medicamento recetado y su información de pago o tarjeta de crédito a Express Scripts, usando el sobre especial con la dirección pre-impresa. También puede pedir a su médico que envíe las recetas por fax. Pida a su médico que llame a Express Scripts al (800) 473-3455 para obtener las instrucciones para el envío por fax.

Consulte el Manual de medicamentos recetados de Express Scripts para obtener más información detallada sobre cómo utilizar el programa de pedido por correo de Express Scripts y la Farmacia de cuidado especializado. El Manual se encuentra disponible en la Oficina del Fondo Fiduciario.

Si necesita comenzar a tomar el medicamento de inmediato, puede pedirle a su médico que le proporcione dos recetas: un suministro a corto plazo que pueda obtener inmediatamente en una farmacia de la red; y un suministro que puede reabastecer a través del programa de pedido por correo.

Debe utilizar el programa de pedido por correo si obtuvo 2 recetas para medicamentos de mantenimiento en una farmacia. Si no lo hace, no habrá beneficios disponibles.

La tabla de la siguiente página resume cuánto tendrá que pagar por los medicamentos recetados cubiertos.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA LOS JUBILADOS Y SUS DEPENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE			
Medicamentos (ambulatorios) Consulte la sección sobre medicamentos recetados a partir de la página 69.	**Farmacia dentro de la red** **(hasta 30 días de suministro)**	Medicamento genérico del formulario	$15 de copago
		Medicamento de marca de múltiples fuentes	$15 más la diferencia en el costo entre los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca
		Nombre de marca del formulario de fuente única	$53 de copago
		Medicamento que no está en el formulario	$80, siempre que el medicamento haya sido pre-autorizado o no requiera la Revisión de utilización
		Para cualquier medicamento de marca nuevo aprobado por la FDA, el copago es del 50% del costo del medicamento para un mínimo de 24 meses después de que el medicamento ha sido aprobado. Si el PBM determina que el medicamento nuevo aprobado por la FDA es un medicamento que "no debe agregarse", el copago permanecerá en 50% del costo del medicamento.	
		Usted paga el 100% si utiliza una farmacia fuera de la red, salvo que no haya farmacias de la red disponibles dentro de las 10 millas. El Plan no reembolsará más de lo que hubiera tenido que reembolsar si usted hubiese utilizado una farmacia de la red	
	Servicios de pedido por correo **(hasta 90 días de suministro)**	Medicamento genérico del formulario	$26 de copago
		Medicamento de marca de múltiples fuentes	$26 más la diferencia en el costo entre los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca
		Nombre de marca del formulario de fuente única	$106 de copago
		Medicamento que no está en el formulario	$133, siempre que el medicamento haya sido pre-autorizado o no requiera la Revisión de utilización
	Medicamentos de especialidad **(hasta 30 días de suministro)**	Medicamento genérico del formulario	$15 de copago
		Medicamento de marca de múltiples fuentes	$26 más la diferencia en el costo entre los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca
		Nombre de marca del formulario de fuente única	$53 de copago
		Medicamento que no está en el formulario	$80, siempre que el medicamento haya sido pre-autorizado o no requiera la Revisión de utilización
		Para cualquier medicamento de marca nuevo aprobado por la FDA (incluidos los medicamentos inyectables y suministrados por infusión), el copago es del 50% del costo del medicamento para un mínimo de 24 meses después de que el medicamento ha sido aprobado. Si el PBM determina que el medicamento nuevo aprobado por la FDA es un medicamento que "no debe agregarse", el copago permanecerá en 50% del costo del medicamento.	
	Si el costo del medicamento es inferior al Copago, usted pagará solo el costo del medicamento. **Los medicamentos de especialidad deben obtenerse con el Administrador de los beneficios de farmacia o no habrá ningún beneficio del Plan disponible.**		

Beneficios de visión

Copagos/Lista de beneficios

Usted pagará el Copago, independientemente de si utiliza un médico miembro de VSP o un proveedor que no está registrado con VSP. El Copago del examen de $10 es exigible una sola vez cada año, para el primer servicio que reciba cada año (a menos que califique para el beneficio de baja visión, el cual tiene Copagos adicionales).

Beneficios de visión	Médico miembro de VSP	Proveedor no registrado con VSP
Copagos Examen Materiales (anteojos con receta)	 $10 $25	 $10 $25
Examen de visión – Limitado a una vez cada 12 meses	El Plan paga el 100%, hasta las tarifas de contrato del proveedor de la red	El Plan paga hasta $40
Lentes – Limitado a una vez cada 12 meses Visión sencilla Bifocal con revestimiento Trifocal con revestimiento Lenticulares Tonos	El Plan paga el 100%, hasta las tarifas de contrato del proveedor de la red	El Plan paga hasta: $40 $60 $80 $100 $ 5
Monturas – Limitado a una vez cada 24 meses	El Plan paga el 100%, hasta $150 de asignación en tienda.	El Plan paga hasta $45
Lentes de contacto necesarios – Limitado a una vez cada 12 meses (en lugar de lentes y monturas)	Cubierto en su totalidad, hasta las tarifas de contrato del proveedor de la red	El Plan paga hasta $210
Lentes de contacto electivos – Limitado a una vez cada 12 meses (en lugar de lentes y monturas)	El Plan paga hasta $105 para los lentes de contacto y el examen de evaluación y ajuste	El Plan paga hasta $105 para el examen y lentes
Asignación para monturas de Costco	$120	

Servicios de visión cubiertos

- **Examen de visión** – incluido el análisis de las funciones visuales y la receta de anteojos correctivos cuando se indique, una vez cada 12 meses.
- **Lentes** – una vez cada 12 meses para lentes de uso cotidiano regular y una vez cada 12 meses para anteojos de seguridad.
- **Monturas** – una vez cada 24 meses para monturas de uso cotidiano regular y una vez cada 12 meses para anteojos de seguridad. VSP ofrece una selección de monturas dentro de los límites del Plan. Si elige monturas más costosas (que superen el límite del Plan), usted será responsable de la cantidad adicional sobre la cantidad máxima del Plan.
- **Lentes de contacto necesarios visualmente** – una vez cada 12 meses. Los lentes de contacto necesarios visualmente que se obtengan de un Médico miembro de VSP están cubiertos en su totalidad. Cuando se obtienen de un proveedor no registrado a VSP, se pagará una asignación para solventar el costo. Los lentes de contacto son necesarios visualmente si se necesitan para restaurar o mantener la agudeza visual y no está disponible una alternativa profesionalmente aceptable menos costosa. (Los lentes de contacto necesarios visualmente están sujetos a los Copagos para examen y materiales).

Los lentes de contacto se proporcionan en lugar de todos los demás beneficios para lentes y monturas, y solo cuando un cambio de receta está justificado.

- **Lentes de contacto electivos** – una vez cada 12 meses. Si elige lentes de contacto para cualquier otro fin distinto a las circunstancias necesarias visualmente que se describen arriba, serán considerados como lentes de contacto electivos. Cuando elige los lentes de contacto en lugar de anteojos, la asignación de $105 se aplica al costo de los lentes de contacto y el examen y la evaluación de colocación de los mismos. Esto es adicional a su examen de visión regular, el cual está cubierto en su totalidad (si se realiza con un Médico miembro de VSP). Cuando se obtienen los lentes de contacto, usted no será elegible para los anteojos regulares de nuevo durante 12 meses y para las monturas durante 24 meses. (Nota: Los Copagos para el examen y los materiales no se aplican a los lentes de contacto electivos).

Descuentos de Médicos miembros de VSP

Cuando utilice un Médico miembro de VSP, tendrá derecho a descuentos sobre los cargos para algunos lentes de contacto y artículos no cubiertos. Estos descuentos incluyen:

- 20% de descuento para anteojos con receta y gafas de sol adicionales cuando se expenda un par de anteojos – disponible con el mismo Médico miembro de VSP que le realice el examen visual dentro de los últimos 12 meses.
- 20%-25% de ahorro sobre las opciones de lentes más populares, tales como los revestimientos y progresivos antirreflectantes y resistente a las rayas.
- 15% de descuento sobre el precio del examen para los lentes de contacto (colocación y evaluación).

Exclusiones y limitaciones

Al seleccionar cualquiera de los siguientes elementos adicionales, el Plan pagará el costo básico de los lentes o monturas permitidos, y usted debe pagar cualquier costo adicional para las opciones.

- Procesos cosméticos opcionales.
- Revestimiento antirreflejo.
- Revestimiento de color, revestimiento de espejo o revestimiento contra rayas.
- Lentes combinados.
- Lentes cosméticos, laminados o de gran tamaño.
- Lentes de policarbonato (cubiertos para hijos Dependientes).
- Lentes multifocales progresivos.
- Lentes con protección UV (ultravioleta).
- Ciertas limitaciones sobre el cuidado de la visión baja.
- Una montura que cuesta más que la asignación del Plan.

Servicios no cubiertos

No se pueden pagar beneficios por servicios profesionales o materiales relacionados con:

- Ortóptica o entrenamiento para la visión y pruebas complementarias; lentes de plano (menos de +.50 de dioptría); o 2 pares de anteojos en lugar de lentes bifocales.
- Sustitución de lentes y monturas proporcionados conforme a este plan que se pierden o rompen; excepto en los intervalos normales cuando los servicios estén disponibles.
- Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Los servicios que se pueden obtener sin costo con cualquier agencia u organización federal, estatal, local o del condado.
- Tratamiento correctivo de visión de carácter experimental.
- Los costos de los servicios y/o materiales por encima de las asignaciones de beneficios del Plan.

Beneficio para visión baja

El beneficio para visión baja está disponible si tiene problemas visuales severos que no pueden corregirse con lentes regulares. Si usted califica para este beneficio, puede recibir servicios profesionales, así como materiales oftálmicos, incluyendo pruebas suplementarias, evaluaciones, entrenamiento visual, servicios de receta para visión baja, y ayudas ópticas y no ópticas, sujetos a los valores máximos que se indican en la siguiente tabla.

Beneficios para visión baja	Médico miembro de VSP	Médico no registrado a VSP
Prueba suplementaria	Cobertura completa	El Plan paga hasta $125
Ayudas complementarias	75% del costo aprobado	75% del costo aprobado
Beneficio máximo	$500 por persona, cada dos (2) años	

Cómo presentar una reclamación

Si utiliza un proveedor que no está registrado con VSP, comuníquese con VSP al (800) 877-7195 para que le envíen por correo o fax un Formulario de reembolso fuera de la red. (También puede llenar el formulario en línea en www.vsp.com e imprimirlo). Envíe por correo el formulario completado con su recibo detallado a VSP a la siguiente dirección:

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

Cuando utilice un Médico miembro de VSP, no es necesario que presente una reclamación para el reembolso.

Para localizar un proveedor de VSP, comuníquese con VSP al (800) 877-7195 o busque en línea en www.vsp.com.

Apelaciones por denegación de beneficios de cuidado de la visión

Si su reclamación es denegada, en su totalidad o en parte, recibirá una notificación por escrito de VSP, la cual incluirá los motivos de la denegación. Si usted no está de acuerdo con la denegación, puede presentar una solicitud por escrito a VSP para su reconsideración dentro de los 180 días a partir de la fecha en que recibió la denegación. Cualquier solicitud de reconsideración deberá incluir los documentos o registros que sustenten su apelación. VSP proporcionará una respuesta por escrito a la apelación dentro de los 30 días siguientes a su recepción.

Toda solicitud para VSP debe enviarse 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 de "Procedimientos de reclamaciones y apelaciones" en este folleto.

****
****

Los beneficios del plan de visión son tratados como beneficios independientes (o exceptuados) según la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y de Protección al Paciente de 2010 (PPACA, por sus siglas en inglés). Aunque el Fondo no está obligado a hacerlo según la PPACA, el Fondo ofrece los beneficios del Plan de visión para los Dependientes cubiertos hasta la edad de 26 años.

EXCLUSIONES DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY

Tenga en cuenta que: Estas exclusiones se aplican a los beneficios del Plan Médico de Indemnity para los Jubilados y sus Dependientes elegibles para Medicare, así como los Jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare.

No se pueden pagar beneficios para los siguientes:

1. Las cantidades que excedan los Cargos permitidos para los Proveedores no contratados o la tarifa de contrato para los Proveedores contratados.
2. Los gastos para los cuales los beneficios se pueden pagar según cualquier otro programa proporcionado por el Fondo.
3. Todo gasto incurrido por servicios prestados o suministros adquiridos antes de la fecha en que usted o sus Dependientes son elegibles. Se considera que un gasto se ha incurrido en la fecha en que la persona recibe el servicio por el cual se realiza el cargo.
4. Cualquier gasto incurrido después de que finaliza la elegibilidad, salvo lo dispuesto en la disposición de "Beneficios extendidos para hospitales, centros de enfermería especializada o atención médica a domicilio".
5. La atención de custodia o curas de reposo, cualquier cuidado en el hogar para ancianos, centro de enfermería, convalecencia, o casa de descanso, o institución de carácter similar, salvo lo dispuesto por el beneficio de Centro de enfermería especializada.
6. Los servicios recibidos mientras un Individuo elegible es hospitalizado en un Hospital operado por el Gobierno de los Estados Unidos o una agencia del Gobierno de los Estados Unidos, excepto que el Plan, en la medida requerida por la ley, le reembolsará a un hospital de VA por el cuidado de una discapacidad no relacionada con el servicio, si el Plan cubriría normalmente el cuidado si el Departamento de Asuntos de Veteranos no estuviese involucrado.
7. Cualquier lesión o enfermedad relacionadas con el trabajo. Sin embargo, el Plan pagará los beneficios en nombre de un Individuo elegible que haya sufrido una lesión o enfermedad ocupacional sujeta a las siguientes condiciones:
   a. El Individuo elegible firma un acuerdo para presentar diligentemente su reclamación para los beneficios de indemnización por accidentes laborales o por cualquier otro beneficio de indemnización ocupacional disponible; y
   b. El Individuo elegible se compromete a reembolsar al Fondo cualquier beneficio pagado por el Fondo al consentir con un gravamen en contra de cualquier beneficio de indemnización ocupacional recibido a través de la adjudicación, liquidación o de otra manera; y
   c. El Individuo elegible coopera con el Fondo o su representante designado al tomar las medidas razonablemente necesarias para obtener el reembolso, a través de acciones legales o de otra forma, para los beneficios pagados por la lesión o enfermedad ocupacional del Individuo elegible.
8. Condiciones resultantes de actos de guerra o invasión armada.
9. El tratamiento en los dientes o las encías (para afecciones distintas a los tumores), excepto en la manera prevista para lesiones dentales; extracción de los dientes; tratamiento del absceso dental o granuloma, placas dentales, puentes, coronas, fundas dentales u otra prótesis dental.
10. Gafas, lentes de contacto, exámenes rutinarios de los ojos, refracciones de los ojos para la colocación de anteojos, terapia de la visión incluyendo ortóptica, o cualquier cirugía ocular refractiva. Nota: Usted puede tener los beneficios de visión disponibles a través de un plan de visión separado.
11. Los cargos de rutina de la unidad de neonatología facturados por un Hospital no contratado.
12. Servicios cosméticos, excepto en el caso de condiciones resultantes de un accidente o un trastorno funcional o cirugía reconstructiva después de una mastectomía.

13. Cualquier gasto incurrido por servicios o suministros que constituyen artículos para comodidad personal o embellecimiento, o para los programas de pérdida de peso.
14. Medicamentos, excepto cuando el paciente es hospitalizado y tiene derecho a recibir los beneficios de Hospital. (Véase también la información sobre los beneficios de medicamentos recetados para las personas inscritas en el Plan Médico de Indemnity).
15. Hospitalizaciones principalmente para la atención de custodia.
16. Servicios de un naturópata o cualquier otro proveedor que no satisfaga la definición de Médico, salvo que se disponga según los beneficios específicos del Plan.
17. Servicios que no estén indicados específicamente como servicios cubiertos, o los servicios que no sean necesarios médicamente o que no sean considerados como práctica médica común por el Plan.
18. Servicios para los cuales el Individuo elegible no está legalmente obligado a pagar o para los que no se realizará un cargo para el Individuo elegible. Servicios para los cuales no se hará cargo alguno al Individuo elegible en la ausencia de cobertura de seguro, excepto los servicios recibidos en un hospital de investigación de beneficencia no gubernamental.
19. Servicios profesionales recibidos de una enfermera registrada o fisioterapeuta que vive en la casa del Individuo elegible o que esté relacionado con el Individuo elegible por sangre o matrimonio.
20. Cargos de hospitalización en relación con una estadía hospitalaria principalmente para fisioterapia.
21. Servicios educativos, suministros o equipos, incluyendo, pero no limitado a las computadoras, dispositivos informáticos/software, impresoras, libros, tutoría o intérpretes, ayudas visuales, terapia visual, ayudas auditivas o del habla/sintetizadores, ayudas auxiliares, tales como tableros de comunicación, sistemas de escucha, dispositivos/programas/servicios para entrenamiento conductual incluyendo programas de intervención intensiva para el cambio de comportamiento y/o retrasos en el desarrollo o habilidades de percepción auditiva o escucha/aprendizaje, programas/servicios para remediar o mejorar la concentración, memoria, motivación, lectura o autoestima, etc., educación especial y los costos asociados en relación con la educación en lenguaje de signos para un paciente o familiares, y los dispositivos médicos de seguimiento/identificación implantables.
22. Zapatos ortopédicos (excepto cuando tengan soportes) o plantillas (excepto la ortesis personalizada), purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores, aparatos de ejercicios para acondicionamiento (p. ej., equipos Nautilus, etc.), o suministros para comodidad, higiene o embellecimiento.
23. Servicios educativos, consejería nutricional o suplementos alimenticios, salvo que se disponga específicamente según un Programa de instrucción para diabetes calificado.
24. Los servicios de fisioterapia que son principalmente educativos, relacionados con deportes, o preventivos, tales como, el acondicionamiento físico, ejercicios o regreso a la escuela.
25. Terapia del lenguaje, terapia ocupacional (excepto el tratamiento de rehabilitación después de una enfermedad o lesión).
26. Tratamiento de la infertilidad, junto con servicios para inducir el embarazo y las complicaciones resultantes de esos servicios, incluyendo, pero no limitado a: servicios, medicamentos recetados, procedimientos o dispositivos para lograr la fertilidad, fecundación in vitro, transferencia tubárica, inseminación artificial, transferencia de embriones, transferencia de gametos, transferencia de cigoto, madre/padre sustituta(o), donación de óvulos/esperma u otros cargos, crioalmacenamiento de óvulos/esperma, adopción, trasplante de ovario, gastos de donantes para infertilidad, implantes fetales, servicios de reducción fetal, procedimientos quirúrgicos de fecundación y reversión de la esterilización.
27. Hipnotismo, biorretroalimentación, manejo del estrés, y cualquier modificación de la conducta orientada a metas, tales como dejar de fumar o perder peso, o para controlar el dolor.
28. Servicios no quirúrgicos principalmente para la pérdida de peso.
29. Reclamaciones presentadas más de 12 meses desde la fecha del servicio.
30. Servicios y suministros relacionados con procedimientos de investigación o experimentales.

31. Servicios y suministros en relación con una enfermedad, lesión, u otra condición por la cual un tercero (o terceros) puede ser responsable o legalmente responsable por razón de un acto, omisión, o la cobertura del seguro de tercero o terceros (referidos en esta SPD colectivamente como "tercero responsable").
32. Reembolso para el porcentaje de la cantidad que se habría pagado de conformidad con los pagos permitidos de Medicare para los gastos de Hospital no contratado, Centro de atención no contratado y otros Proveedores no contratados que no hayan realizado su inscripción en el programa de Medicare o no hayan presentado una declaración jurada a Medicare expresando su decisión de excluirse del programa de Medicare.
33. Los servicios de rehabilitación no están cubiertos. Esto incluye cualquier tipo de fisioterapia, terapia ocupacional, y/o terapia del habla que se proporcione a las personas con retrasos en el desarrollo que nunca han adquirido las habilidades funcionales normales.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

Existen diversos tipos de reclamaciones relacionadas con los beneficios del Plan, los procedimientos para la presentación de reclamaciones, y el procedimiento que puede seguir si su reclamación es denegada en su totalidad o en parte y desea apelar la decisión. A lo largo de esta sección, "usted" y "su" pueden referirse a usted, su(s) Dependiente(s) y/o su representante autorizado, según corresponda.

Uso de representante autorizado

Un representante autorizado, como su Cónyuge o un(a) hijo(a) adulto(a), puede presentar una reclamación o apelación en su nombre si usted le ha designado previamente para que actúe en su nombre a través de un formulario disponible en la Oficina del Fondo Fiduciario. La Oficina del Fondo Fiduciario podrá solicitar información adicional para verificar que la persona designada está autorizada a actuar en su nombre.

Un profesional de atención médica con el conocimiento de su condición médica puede actuar como representante autorizado en relación con las "reclamaciones urgentes" que se describen más adelante sin que usted tenga que designar a un representante autorizado.

Tipos de reclamaciones

Hay diferentes tipos de reclamaciones aplicables a los beneficios indicados al principio de esta sección. Cuatro de ellas tienen que ver con el cuidado de la salud:

Para obtener información sobre dónde presentar una reclamación o interponer una apelación, consulte la tabla en la página 84 de este documento.

- **Reclamaciones previas al servicio:** Una reclamación previa al servicio es una solicitud de autorización de tratamiento o cuidados que requiere la aprobación en su totalidad o en parte, antes de obtener el tratamiento o los cuidados, también denominada Revisión de utilización ("autorización previa" o "pre-certificación").

Según este plan, los Jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare deben recibir la **aprobación previa** para los siguientes servicios:

- Admisiones al Hospital que no sean de emergencia (incluido el tratamiento de salud mental y abuso de sustancias), distintas a las estadías de una cierta duración después del parto o las admisiones cuando el Plan es el pagador secundario (debe ser pre-aprobado por Anthem Blue Cross)
- Trasplantes de órganos (debe ser pre-aprobado por Anthem Blue Cross)
- Ciertos medicamentos recetados (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 la aprobación previa.
- Para los siguientes servicios de imagenología de diagnóstico ambulatorios: CT/CTA, MR/MRI, cardiología nuclear, tomografía PET y ecocardiografía (deben ser pre-aprobados por Anthem Blue Cross)

Si usted no obtiene la aprobación previa para estos servicios, sus beneficios pueden ser negados.

- **Reclamaciones de atención de urgencia:** La solicitud de una autorización previa requerida será considerada como una reclamación urgente si al aplicar los plazos permitidos para una reclamación previa al servicio

(*generalmente 15 días para una solicitud presentada con suficiente información*) se podría causar los siguientes:

- poner seriamente en peligro su vida, su salud o su habilidad para recuperar su función máxima, o
- en la opinión de un Médico con conocimiento de su condición médica, podría someterle a dolor severo que no se podría manejar adecuadamente sin el cuidado o tratamiento que se indica en la reclamación.

El evaluador de reclamaciones, aplicando el juicio de una persona prudente que posee un nivel promedio de conocimientos de la medicina y la salud, determinará si su reclamación es una reclamación urgente. Alternativamente, si un Médico con conocimiento de su condición médica determina que su reclamación es una reclamación urgente y notifica al evaluador de reclamaciones, será tratada como una reclamación urgente.

- **Reclamaciones concurrentes:** Una reclamación concurrente es una decisión que será reconsiderada luego de realizar la aprobación inicial, resultando en una reducción, terminación o extensión del beneficio aprobado previamente. (Por ejemplo, una hospitalización pre-aprobada originalmente por 5 días está sujeta a una revisión concurrente a los 3 días para determinar si los 5 días completos son apropiados). En esta situación, una decisión de reducir, terminar o ampliar el tratamiento se realiza simultáneamente con el suministro del tratamiento. Esta categoría también incluye las solicitudes de usted o su proveedor para extender la atención o el tratamiento aprobado según una reclamación urgente.
- **Reclamaciones posteriores al servicio:** Cualquier otro tipo de reclamación de atención médica se considera como una reclamación posterior al servicio; por ejemplo, una reclamación presentada para el pago después de haber obtenido los servicios de salud y el tratamiento.

Por qué NO es una "Reclamación"

Los siguientes no son considerados como reclamaciones y, por tanto, no están sujetos a los requisitos y plazos descritos en esta sección:

- Las consultas informales sobre los beneficios o las circunstancias en las que se podrían pagar los beneficios.
- Una solicitud de determinación anticipada respecto a la cobertura del Plan de un tratamiento o servicio que no requiere la Revisión de utilización.
- Una receta que usted presenta en una farmacia para su reabastecimiento. Sin embargo, si usted debe pagar el costo total para reabastecer su receta, debe presentar una reclamación posterior al servicio para el reembolso correspondiente.

Presentar una reclamación

El método utilizado para presentar una reclamación dependerá del tipo de reclamación:

- **Reclamaciones previas al servicio (para los Jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare):**
  - **Reclamaciones previas al servicio según el Plan Médico de Indemnity:** Pida a su Médico que se comunique con Anthem Blue Cross al (800) 274-7767 para solicitar la Revisión de utilización.
  - **Reclamaciones previas al servicio para los beneficios de medicamentos recetados:** Pida a su Médico que se comunique con Express Scripts (el administrador de beneficios de farmacia del Plan) al (800) 939-7093 para obtener la autorización previa para cualquier medicamento que requiera la Revisión de utilización.
- **Reclamaciones urgentes:** Las reclamaciones urgentes (reclamaciones para la Revisión de utilización que deben manejarse en forma expedita) deben dirigirse a las mismas partes mencionadas anteriormente para las reclamaciones previas al servicio. **Las reclamaciones urgentes deben ser presentadas por teléfono, en persona** (**no** pueden enviarse a través del Servicio Postal de EE. UU.), **o por correo electrónico seguro** a: BCCUMintake@wellpoint.com.
- **Reclamaciones posteriores al servicio:** Los formularios de reclamación para las reclamaciones de atención médica posteriores al servicio se deben completar en su totalidad, y se debe adjuntar una factura o facturas detalladas.

- **Reclamaciones médicas de Indemnity** (incluyendo la salud mental y la dependencia a químicos) se deben enviar a: Anthem Blue Cross, P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007. Los proveedores contratados enviarán las reclamaciones por usted. (Los proveedores de BlueCard fuera de California deben enviar las reclamaciones al plan local de Blue Cross).
- Las **reclamaciones por prótesis auditivas** deben enviarse a la Oficina del Fondo Fiduciario en la siguiente dirección: Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621-1480.
- **Reclamaciones para los beneficios de medicamentos recetados:** Para presentar una reclamación de reembolso si usted vive a más de 10 millas de una farmacia de la red y ha utilizado una farmacia fuera de la red, si ha olvidado su tarjeta de identificación del Plan y tuvo que pagar el precio completo en una farmacia de la red, o para la coordinación de las reclamaciones de beneficios si este Plan es secundario: envíe su reclamación directamente a Express Scripts, P.O. Box 14711, Lexington, Kentucky 40512. Puede imprimir un formulario de reclamación desde el sitio web de Carpenters (www.carpenterfunds.com) o llame al servicio de atención al cliente de Express Scripts.
- **Reclamaciones para beneficios de cuidado de la visión** (una reclamación de reembolso si utiliza un proveedor que no participa en la red de VSP): Enviar directamente a VSP en la siguiente dirección: Vision Service Plan, Attn: Out-of-Network Provider Claims, P.O. Box 997105, Sacramento, CA 95899-7105.

Cuándo se deben presentar las reclamaciones

Su reclamación será considerada como presentada tan pronto como sea recibida por el evaluador de reclamaciones correspondiente que se menciona en "Presentar una reclamación".

- Las reclamaciones previas al servicio y las reclamaciones urgentes deben presentarse **antes de obtener los servicios**.
- Debe presentar todas las demás reclamaciones de atención médica dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que se incurre en los gastos, a menos que no sea razonablemente posible hacerlo. **En ningún caso se pagarán reclamaciones si se presentan en más de 1 año después de la fecha en la que se efectuaron los cargos**. El formulario de reclamación se debe completar en su totalidad, y se debe adjuntar una factura o facturas detalladas.

Notificación de que su reclamación previa al servicio o reclamación urgente no ha sido presentada de manera apropiada

- Si la reclamación **previa al servicio** ha sido presentada incorrectamente, se le notificará tan pronto como sea posible, pero a más tardar **5 días** después de la recepción de la reclamación, acerca de los procedimientos a seguir en la presentación de una reclamación.
- Si su reclamación **urgente** ha sido presentada incorrectamente, se le notificará tan pronto como sea posible, pero a más tardar **24 horas** después de la recepción de la reclamación, acerca de los procedimientos a seguir en la presentación de una reclamación.

Usted recibirá un aviso de que ha presentado su reclamación de manera incorrecta solo si ésta incluye su nombre, su condición o síntoma específico, y un tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita la aprobación. A menos que la reclamación se vuelva a presentar correctamente, la misma no constituirá una reclamación.

Plazos para las decisiones iniciales sobre las reclamaciones

Se tomará una determinación sobre su reclamación dentro de los siguientes plazos:

Reclamaciones previas al servicio: Si la reclamación de atención médica previa al servicio ha sido presentada correctamente, usted será notificado de una decisión en el plazo de **15 días** desde la fecha en que presentó su reclamación, a menos que se necesite tiempo adicional.

- El tiempo de respuesta puede ampliarse hasta **15 días** si es necesario debido a cuestiones que van más allá del control del evaluador de reclamaciones correspondiente. Si una extensión es necesaria, usted será notificado antes del fin del periodo inicial de 15 días acerca de las circunstancias que requieran la extensión y la fecha en que el evaluador de reclamaciones espera tomar una decisión.

- Si una extensión es necesaria porque el evaluador de reclamaciones necesita información adicional de usted, el evaluador de reclamaciones le notificará tan pronto como sea posible, pero a más tardar **15 días** después de la recepción de la reclamación, acerca de la información específica necesaria para completar la reclamación. En ese caso, usted y/o su médico tendrán **45 días** a partir de la recepción de la notificación para responder. Durante el período en que se le permite proporcionar información adicional, se suspenderá el período normal para tomar una decisión sobre la reclamación. El plazo se suspenderá a partir de la fecha de notificación de la extensión hasta que transcurran 45 días o hasta que usted responda a la solicitud (lo que ocurra primero). A continuación, el evaluador de reclamaciones tendrá **15 días** para tomar una decisión y le notificará la determinación. Si no se proporciona la información dentro de los 45 días permitidos, su reclamación será denegada.

Reclamaciones urgentes: Usted será notificado de la determinación por teléfono tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las circunstancias de su situación, pero a más tardar **72 horas** después de la recepción de la reclamación por parte del evaluador de reclamaciones. La determinación también será confirmada por escrito.

- Si su reclamación urgente se recibe sin información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos o se pueden pagar y hasta qué grado, el evaluador de reclamaciones le notificará tan pronto como sea posible, pero a más tardar **24 horas** después de la recepción de la reclamación, acerca de la información específica necesaria para completar la reclamación. Usted y/o su médico deben responder a esta solicitud en un plazo de **2 días laborales**. Durante el período en que se le permite proporcionar información adicional, se suspenderá el período normal para tomar una decisión sobre la reclamación. El plazo se suspenderá a partir de la fecha de notificación de la extensión hasta que transcurran 2 días laborales o hasta que usted responda a la solicitud (lo que ocurra primero). El aviso de una decisión será proporcionado a más tardar **48 horas** después de la recepción de la información solicitada. Si no se proporciona la información dentro de los 2 días hábiles permitidos, su reclamación será denegada.

Reclamaciones concurrentes: El evaluador de reclamaciones realizará una reconsideración que implica la terminación o reducción del pago para un tratamiento en curso (distinta a la modificación o terminación del Plan) tan pronto como sea posible, pero en cualquier caso lo suficientemente temprano como para permitir que usted reciba una decisión sobre la apelación antes de reducir o terminar el beneficio.

Una solicitud de su parte para extender el tratamiento aprobado según una reclamación urgente será procesada por el evaluador de reclamaciones en el plazo de 24 horas desde la recepción de la reclamación, siempre y cuando la reclamación se reciba al menos 24 horas antes de la terminación del tratamiento aprobado.

Reclamaciones posteriores al servicio: Normalmente, usted será notificado de la decisión sobre su reclamación de atención médica posterior al servicio dentro de los **30 días** siguientes a la fecha en que el evaluador de reclamaciones reciba la reclamación. Este período puede ampliarse hasta **15 días** si es necesaria una extensión debido a cuestiones que van más allá del control del evaluador de reclamaciones. Si una extensión es necesaria, usted será notificado antes del fin del periodo inicial de 30 días acerca de las circunstancias que requieran la extensión y la fecha en que el evaluador de reclamaciones espera tomar una decisión.

Si una extensión es necesaria porque el evaluador de reclamaciones necesita información adicional de usted, el evaluador de reclamaciones le notificará tan pronto como sea posible, pero a más tardar **30 días** después de la recepción de la reclamación, acerca de la información específica necesaria para completar la reclamación. Usted y/o su médico o dentista tendrán **45 días** a partir de la recepción de la notificación para responder. Durante el período en que se le permite proporcionar información adicional, se suspenderá el período normal para tomar una decisión sobre la reclamación. El plazo se suspenderá a partir de la fecha de notificación de la extensión hasta que transcurran 45 días o hasta que usted responda a la solicitud (lo que ocurra primero). A continuación, el evaluador de reclamaciones tendrá **15 días** para tomar una decisión sobre su reclamación posterior al servicio y le notificará la determinación. Si no se proporciona la información dentro de los 45 días permitidos, su reclamación será denegada.

Reclamaciones denegadas (Determinaciones adversas sobre los beneficios)

Una "determinación adversa sobre los beneficios" es cualquier denegación, reducción, terminación o falla en proporcionar o realizar el pago para un beneficio (ya sea en su totalidad o en parte) según el Plan. Cada uno de los siguientes es un ejemplo de una determinación adversa sobre los beneficios:

- un pago de menos del 100% de una reclamación de beneficios
- una denegación, reducción, terminación o falla en proporcionar o realizar el pago para un beneficio (ya sea en su totalidad o en parte), resultante de cualquier decisión sobre una autorización previa o una autorización concurrente requerida
- falla en cubrir un elemento o servicio debido a que el Fondo considera que es experimental, de investigación, no es necesario médicamente o no es apropiado médicamente.
- una decisión que deniega un beneficio basada en la determinación de que usted o un Dependiente no es elegible para participar en el Plan

Se le proporcionará un aviso por escrito de la determinación inicial sobre los beneficios. Si se trata de una determinación adversa sobre los beneficios, el aviso incluirá los siguientes:

- la razón específica (o razones) para la determinación,
- referencia a la(s) disposición(es) específica(s) del Plan en la que la determinación se basa,
- una descripción de cualquier material o información adicional necesario para perfeccionar su reclamación y una explicación de por qué el material o información es necesario,
- una descripción de los procedimientos de apelación y los plazos aplicables,
- una declaración de su derecho a interponer una acción civil según la Sección 502(a) de ERISA después de la apelación de una determinación adversa sobre los beneficios
- si una regla interna, directriz o protocolo se utilizó para decidir la reclamación, una declaración de que una copia está disponible previa solicitud por escrito, de forma gratuita, y
- si la determinación se basó en la ausencia de necesidad médica, o el tratamiento es de investigación o experimental, u otra exclusión similar, una declaración de que la explicación del juicio clínico o científico para la determinación está disponible previa solicitud por escrito, de forma gratuita.

Para las reclamaciones urgentes, el aviso describirá el proceso de revisión acelerado aplicable a las reclamaciones urgentes. Para las reclamaciones urgentes, el aviso podrá ser proporcionado verbalmente y seguido con la notificación por escrito.

Apelación de una determinación adversa sobre los beneficios

Si su solicitud es denegada o usted no está de acuerdo con la cantidad del beneficio, puede solicitar una revisión (apelar la decisión), como se describe a continuación.

Debe presentar su apelación antes del plazo aplicable:

- dentro de los **180 días** después de recibir el aviso de denegación de una reclamación relacionada con atención médica o discapacidad (o, en el caso de una reclamación concurrente, dentro de un plazo razonable, dadas las circunstancias de su situación).
- dentro de los **60 días** después de recibir el aviso de denegación para las reclamaciones del seguro de vida y del seguro por muerte y desmembramiento accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés).

Para obtener orientación para apelar una determinación adversa sobre los beneficios, consulte la tabla en la página 84 de este documento.

Todas las apelaciones deben indicar el motivo por el cual está disputando la denegación y deben estar acompañadas por cualquier material pertinente que no se haya suministrado. Cómo y dónde usted podrá presentar su apelación depende de qué tipo de reclamación es:

- **Reclamaciones previas al servicio:** Las apelaciones de las denegaciones de reclamaciones previas al servicio se deben presentar por escrito a través del correo regular. Aquellas que implican los beneficios del Plan Médico de Indemnity deben enviarse a Anthem Blue Cross. Aquellas que involucran los beneficios de medicamentos recetados deben dirigirse al administrador de beneficios de farmacia (Express Scripts).
- **Reclamaciones urgentes:** Las apelaciones de denegaciones de reclamaciones urgentes se deben realizar por teléfono o por un método expedito similar. Las apelaciones de reclamaciones urgentes **no** se pueden enviar a través del Servicio Postal de los EE. UU.

Las apelaciones de denegaciones de reclamaciones urgentes se deben enviar a la autoridad de revisión correspondiente mencionada en la sección de "Reclamaciones previas al servicio".

- **Reclamaciones concurrentes:** Las apelaciones de determinaciones adversas sobre los beneficios relativas a reclamaciones concurrentes deben realizarse de la misma manera descrita para las reclamaciones urgentes.
- **Reclamaciones posteriores al servicio:** Las apelaciones de las denegaciones de reclamaciones posteriores al servicio deben presentarse por escrito a la Oficina del Fondo Fiduciario.

El incumplimiento de seguir los procedimientos apropiados o de presentar una apelación dentro del plazo establecido constituirán una renuncia de sus derechos a una 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 escritos, documentos y otra información para su consideración durante la apelación, incluso si dicha información no se presentó o consideró como parte de la determinación inicial sobre los beneficios.
- Se le proporcionará, previa solicitud por escrito y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos relativos a su reclamación. Un documento es relevante si se utilizó para realizar la determinación sobre el beneficio; fue presentado, considerado o generado al tomar la determinación sobre el beneficio; demuestra el cumplimiento de los procesos administrativos del plan y las salvaguardias exigidas por los reglamentos; o constituye la política u orientación del Fondo con respecto a la denegación del beneficio u opción de tratamiento. Los documentos relevantes podrían incluir normas específicas del Fondo, protocolos, criterios, tablas de tarifas, programas de honorarios o listas de control y los procedimientos administrativos que demuestran que las normas del Fondo se aplicaron adecuadamente a una reclamación.
- La persona encargada de revisar la apelación será diferente a la persona que tomó la determinación adversa inicial sobre los beneficios para la reclamación. El revisor no dará deferencia a la determinación inicial del beneficio adverso. La decisión se hará sobre la base del registro, incluyendo los documentos y comentarios adicionales que usted pueda presentar.
- La Junta podrá conceder una audiencia personal para recibir y escuchar cualquier evidencia o argumento los cuales usted considera que no se pueden presentar satisfactoriamente por correspondencia.
- Si la reclamación fue rechazada sobre la base de una valoración médica (como una determinación de que el tratamiento o servicio no era necesario médicamente o era de investigación o experimental), se consultará a un profesional de atención médica que tenga la formación y experiencia adecuadas en un campo relevante de la medicina. Previa solicitud, se le proporcionará la identificación de los expertos médicos o vocacionales, si los hubiere, que proporcionaron asesoramiento sobre la reclamación, sin tener en cuenta si el asesoramiento se utilizó para decidir la reclamación. Cualquier profesional de atención médica contratado con el propósito de una consulta no puede ser un individuo que fue consultado en relación con la determinación inicial que es objeto de la apelación ni cualquier subordinado de dicho individuo.

Aviso de la decisión sobre la apelación

Usted recibirá un aviso de la decisión sobre su apelación según el siguiente cronograma:

- **Reclamaciones previas al servicio:** Un aviso de una decisión sobre la revisión se enviará dentro de los **30 días** siguientes a la recepción de la apelación.
- **Reclamaciones urgentes:** Un aviso de una decisión sobre la revisión se enviará dentro de las **72 horas** siguientes a la recepción de la apelación.
- **Reclamaciones concurrentes:** El aviso de la determinación de la apelación para una reclamación concurrente se enviará antes de la terminación del beneficio.
- **Reclamaciones de atención médica posteriores al servicio:** Por lo general, las decisiones sobre las apelaciones se harán **en la próxima reunión programada regularmente** de la Junta de Fideicomisarios tras la recepción de su solicitud de revisión. Sin embargo, si su solicitud de revisión se recibe con menos de 30 días de

antelación a la próxima reunión programada regularmente, se podrá considerar en la segunda reunión programada regularmente siguiente a la recepción. En circunstancias especiales, puede ser necesaria una extensión hasta la tercera reunión programada regularmente después del recibo de su solicitud de revisión. Si dicha extensión es necesaria, se le informará por escrito acerca de las circunstancias especiales y la fecha en la que se tomará una decisión antes de que se inicie la extensión. Una vez que se ha alcanzado una decisión, se le notificará tan pronto como sea posible, pero a más tardar 5 días después de la fecha de la decisión.

Si su apelación es denegada

La determinación de la apelación se le proporcionará por escrito. El aviso de la denegación de una apelación incluirá los siguientes:

- la razón específica (o razones) para la determinación,
- referencia a la(s) disposición(es) específica(s) del Plan en la que la determinación se basa,
- una declaración de que usted tiene derecho a recibir un acceso razonable y copias de todos los documentos pertinentes para la reclamación, previa solicitud por escrito y de forma gratuita,
- una declaración de su derecho a interponer una acción civil según la Sección 502(a) de ERISA después de una determinación adversa sobre los beneficios en la apelación
- si una regla interna, directriz o protocolo se utilizó para la decisión, una declaración de que una copia está disponible previa solicitud por escrito, de forma gratuita, y
- si la determinación se basó en la necesidad médica, el tratamiento es de investigación o experimental, u otra exclusión similar, una declaración de que la explicación del juicio clínico o científico para la determinación está disponible previa solicitud por escrito, de forma gratuita.

Para cualquier reclamación presentada según el Plan o contra el Fondo o la denegación de una reclamación a la que se haya renunciado el derecho de revisión, la decisión de la Junta o su Comité de apelaciones designado con respecto a una petición de revisión es definitiva y vinculante para todas las partes, sujeta solamente a cualquier acción civil que usted pueda presentar según la ERISA. Tras la emisión de la decisión por escrito de la Junta sobre una apelación, no hay más derecho de apelar a la Junta o derecho al arbitraje.

Cuándo se puede entablar una demanda

Si considera que las normas del Plan no se han aplicado adecuadamente en la decisión sobre su apelación, usted puede presentar una demanda en el Tribunal Federal contra el Plan. Sin embargo, ninguna acción legal o equitativa para los beneficios según este Plan deberá presentarse a menos que y hasta que usted haya:

- presentado una reclamación para los beneficios de conformidad con las Normas y Reglamentos del Plan,
- sido notificado de que la reclamación ha sido denegada (o la reclamación se considera como denegada),
- solicitado una revisión de la determinación adversa sobre los beneficios y ha agotado todos los procedimientos administrativos, incluidos todos los procedimientos de revisión y apelación de reclamaciones para cada cuestión que considere relevante, y
- sido notificado por escrito de que la denegación de la reclamación ha sido confirmada (o la reclamación se considera como denegada) en la revisión.

("Se considera como denegada" significa que usted presentó una reclamación o una apelación y no había recibido una decisión o aviso de que sería necesaria una extensión por la expiración del plazo de respuesta permitido para el tipo de reclamación).

No se puede iniciar una acción legal ni mantenerse por más de dos (2) años después de la fecha en que usted haya sido notificado por escrito de que la denegación de la reclamación ha sido confirmada en la revisión.

Al participar en el Plan, usted renuncia a cualquier derecho a iniciar, ser parte de, o ser miembro de cualquier acción de clase, colectiva, o acción legal representativa que surja de cualquier disputa, reclamación, controversia o acción. Además, usted acepta que cualquier disputa legal, reclamación o controversia pueden iniciarse y decidirse sobre una base individual.

Renuncia a acciones de clase, colectivas y representativas

Al participar en el Plan, en la medida máxima permitida por la ley, ya sea en el tribunal, los Participantes renuncian a cualquier derecho de iniciar, ser parte en cualquier forma, o ser un miembro de clase real o putativo de cualquier clase, acción colectiva o representativa que surja de o en relación con cualquier disputa, reclamación o controversia, y los Participantes acuerdan que cualquier disputa, reclamación o controversia solo puede ser iniciada o mantenida y decidida sobre una base individual.

Autoridad discrecional de la Junta de Fideicomisarios

La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho exclusivo y la discreción para interpretar el Plan y es el único juez del estándar de prueba requerido en cualquier reclamación y la aplicación e interpretación del Plan. Cualquier controversia en cuanto a la elegibilidad, el tipo, la cantidad o la duración de los beneficios o cualquier derecho o reclamación para los pagos del Fondo será resuelta por la Junta o su representante debidamente autorizado según y de conformidad con las disposiciones del Plan y el Acuerdo Fiduciario, y su decisión será definitiva y vinculante para todas las partes, sujeto solo a la revisión judicial que pueda estar en armonía con la ley federal del trabajo.

Dónde presentar una reclamación o una apelación

	RECLAMACIONES	APELACIONES
Kaiser Foundation Health Plan (incluye la cobertura médica, de medicamentos recetados prótesis auditivas y visión)	Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Claims Department 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 Indemnity (incluida la cobertura de salud mental y dependencia a químicos)	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
Plan de Indemnity - Beneficios de medicamentos recetados (para Jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare)	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
Plan de Indemnity - Beneficios de medicamentos recetados (para Jubilados y sus Dependientes elegibles para Medicare)	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
Plan de Indemnity - Beneficios para el cuidado de la visión	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
Plan de Indemnity - Beneficios de prótesis auditivas	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 LOS BENEFICIOS (COB) DE INDEMNITY Y RESPONSABILIDAD DE TERCEROS

Coordinación de los beneficios con otros planes

Si un Individuo elegible tiene derecho a los beneficios de otro plan grupal para gastos de atención médica para los cuales los beneficios también son exigibles según este Fondo, los beneficios proporcionados por este Plan se pagarán de conformidad con las siguientes disposiciones, sin exceder la cantidad de los beneficios que se habrían pagado en ausencia de otra cobertura grupal o del 100% de los Gastos cubiertos incurridos efectivamente por el Individuo elegible.

1. Si usted es Jubilado, los beneficios del Fondo se proporcionarán sin reducción, salvo según lo dispuesto en el primer punto de la regla 7 a continuación, en cuyo caso los beneficios que se pueden pagar se determinarán después de los beneficios del otro plan grupal patrocinado por el empleador.

2. Si usted es el/la Cónyuge Dependiente de un Jubilado, los beneficios del Fondo se pagarán para los gastos elegibles no cubiertos por el otro plan grupal.

3. Si se realiza una reclamación para un hijo(a) Dependiente cuyos padres no están separados o divorciados, los beneficios del Plan grupal que cubre al Individuo elegible como hijo(a) Dependiente de un padre/madre, cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, ocurre más temprano en el año calendario, serán determinados antes que los beneficios del Plan grupal que cubre a ese Individuo elegible como hijo(a) Dependiente de un padre/madre cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, se produce más tarde en el año calendario.

   Si ninguno de los planes grupal tiene las disposiciones de esta norma con respecto a los Dependientes, lo que se traduce en que cada plan grupal determina sus beneficios antes del otro o en que cada plan grupal determina sus beneficios después del otro, las disposiciones de esta norma no serán aplicables, y la norma establecida en el Plan que no tiene las disposiciones de esta norma determinará el orden de los beneficios.

4. Si se realiza una reclamación para un hijo(a) Dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el padre/madre que tiene la custodia del menor no se ha vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubre al hijo(a) como Dependiente del padre/madre que tiene la custodia del menor serán determinados antes que los beneficios de un plan que cubre al hijo(a) como Dependiente del padre/madre sin la custodia.

5. Si se realiza una reclamación para un hijo(a) Dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el padre/madre que tiene la custodia del menor se ha vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubre al hijo(a) como Dependiente del padre/madre que tiene la custodia serán determinados antes que los beneficios de un plan que cubre al hijo(a) como Dependiente del padrastro/madrastra, y los beneficios de un plan que cubre al menor como Dependiente del padrastro/madrastra serán determinados antes que los beneficios de un plan que cubre a ese hijo(a) como Dependiente del padre/madre sin la custodia.

6. En el caso de un Individuo elegible para quien se realice la reclamación como un hijo(a) Dependiente cuyos padres están separados o divorciados, cuando exista una sentencia de un tribunal que, de lo contrario, establecería la responsabilidad financiera por los gastos médicos, dentales u otros gastos de atención de la salud con respecto al hijo(a), por consiguiente, no obstante lo dispuesto en las normas 4 y 5 anteriormente, los beneficios de un plan que cubre al hijo(a) como Dependiente del padre/madre con la responsabilidad financiera serán determinados antes que los beneficios de cualquier otro plan que cubre al hijo(a) como Dependiente.

7. Cuando las normas 1 a 6 no establecen un orden para la determinación de los beneficios, los beneficios del Fondo se proporcionarán sin reducción, si el Individuo elegible ha mantenido su elegibilidad de manera continua para los beneficios de este Fondo por un periodo más largo al que él o ella hubiese sido elegible continuamente para los beneficios del otro plan grupal, siempre que:

   - Los beneficios de un plan grupal que cubre al Individuo elegible sobre quien se base la reclamación de los gastos como un empleado en cesantía o jubilado, o el Dependiente de esa persona, se determinarán después

de los beneficios de cualquier otro plan grupal que cubra a esa persona como un empleado activo o dependiente de un empleado activo; y

- Si ninguno de los planes grupal tiene una disposición relativa a los empleados en cesantía o jubilados, lo que se traduce en que cada plan grupal determina sus beneficios después del otro, entonces la disposición inmediatamente anterior no será aplicable.

Cuando las normas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 no establecen un orden para la determinación de los beneficios, los beneficios del Fondo se proporcionarán sin reducción, si el Individuo elegible ha mantenido su elegibilidad de manera continua para los beneficios de este Fondo por un periodo más largo al que él o ella hubiese sido elegible continuamente para los beneficios del otro plan grupal, siempre que:

1. Los beneficios de un plan grupal que cubre al Individuo elegible sobre quien se base la reclamación de los gastos como un Participante en cesantía o jubilado, o el Dependiente de esa persona, se determinarán después de los beneficios de cualquier otro plan grupal que cubra a esa persona como un empleado activo o dependiente de un empleado activo; y
2. Si ninguno de los planes grupal tiene una disposición relativa a los empleados en cesantía o jubilados, lo que se traduce en que cada plan grupal determina sus beneficios después del otro, entonces la disposición (a) anterior no será aplicable.

Coordinación con los acuerdos de proveedores preferidos

En adición a cualquier otra limitación aplicable a este Plan o sus disposiciones sobre la Coordinación de beneficios, cuando este Plan, como "secundario", esté coordinando los beneficios con otro plan que ha firmado un Acuerdo de proveedores preferidos con un proveedor médico u hospitalario, este Plan no pagará más de la diferencia entre:

1. El menor de:
   - los cargos normales facturados para los gastos por el proveedor; o
   - la tarifa de contrato para ese gasto según el Acuerdo de proveedores preferidos entre el proveedor y el Plan, con el cual el Plan esté coordinando la atención, y
2. La cantidad que el otro plan paga como "primario".

Coordinación con Medicare

Si usted está recibiendo beneficios de jubilación del Seguro Social cuando cumple los 65 años de edad, será inscrito en la Parte A de Medicare automáticamente.

Si no está recibiendo beneficios de jubilación del Seguro Social, tendrá que realizar la solicitud para Medicare. Póngase en contacto con la oficina más cercana de la Administración del Seguro Social en los 3 meses antes de que cumpla 65 años para inscribirse en las Partes A y B de Medicare. Al inscribirse de manera oportuna, podrá evitar un posible retraso en el inicio de su cobertura y un posible aumento en las primas que tendrá que pagar para la Parte B.

Si tiene preguntas sobre Medicare, visite www.medicare.gov o llame al (800) 633-4227 (usuarios de TTY: (877) 486-2048)

No inscribirse en **ambas** partes de Medicare podría crear graves dificultades financieras para usted. **El primer día del mes que usted sea elegible para Medicare, los beneficios que puede pagar este Plan estarán limitados a los beneficios complementarios de Medicare que se describen a partir de la página 28, independientemente de si usted se ha inscrito en Medicare y de si Medicare efectúa algún pago.** Esto significa que el Plan pagará solo el 20% de los servicios que normalmente están cubiertos por la Parte B de Medicare y solo la cantidad del deducible para servicios de hospitalización de Medicare si usted es hospitalizado.

Los miembros de una HMO elegibles para Medicare también deben inscribirse en Medicare, ya que deben asignar sus beneficios de Medicare a la HMO. Si usted es miembro de una HMO elegible para Medicare, y no se inscribe en las Partes A y B de Medicare, se terminará su cobertura en el plan HMO. En este caso, usted y sus Dependientes podrán inscribirse en el Plan de Indemnity; sin embargo, el Plan de Indemnity pagará como si se hubiera inscrito en ambas partes de Medicare.

Coordinación con Medicaid

Los beneficios que puede pagar este Plan se proporcionarán en cumplimiento de la cesión de derechos efectuada por o en nombre de un Individuo elegible según lo requerido por el plan para asistencia médica de California aprobado según el Título XIX, Sección 1912(a)(1)(A) de la Ley de Seguridad Social (Medicaid).

Si el Estado ha proporcionado asistencia médica (según Medicaid) donde este Plan tiene una responsabilidad legal para realizar el pago de los servicios, este Plan realizará el pago de las reclamaciones presentadas en el plazo de un año a partir de la fecha en que se incurran los gastos. El reembolso al Estado, como cualquier otra entidad que ha efectuado el pago de la asistencia médica cuando este Plan tiene una responsabilidad legal para hacer el pago, será igual a los beneficios del Plan o la cantidad realmente pagada, el que sea menor.

Coordinación con planes prepagados (como las HMO)

Independientemente de que este Plan puede ser considerado primario o secundario conforme a sus disposiciones sobre la coordinación de los beneficios, en el caso de que un Participante o Dependiente:

- tiene cobertura según los beneficios médicos de Indemnity de este Plan, y
- tiene cobertura bajo un programa prepagado conforme a otro plan grupal (independientemente de si el Participante o Dependiente debe pagar una parte de la prima para ese plan), y
- utiliza el programa prepagado,

Por consiguiente, este Plan solo reembolsará los Copagos requeridos del Participante o Dependientes elegibles bajo el programa prepagado, y solo si los Copagos son requeridos a cada persona cubierta por ese programa.

Responsabilidad de terceros

Si un Individuo elegible tiene una enfermedad, lesión, u otra condición por la cual un tercero (o terceros) puede ser responsable o es legalmente responsable por razón de un acto, omisión, o la cobertura del seguro de ese tercero o terceros (referidos en esta SPD colectivamente como "tercero responsable"), el Fondo no será responsable de pagar cualquiera de los beneficios. Sin embargo, en la ejecución y entrega al Fondo de todos los documentos que exige para asegurar el derecho de reembolso del Plan, incluyendo, sin limitación a un Acuerdo de reembolso, el Fondo puede pagar los beneficios a cuenta de gastos de hospital, médicos u otro tipo de gastos en relación o que surjan de esa enfermedad, lesión u otra condición. El Fondo tendrá todos los derechos como se describen en la sección de Responsabilidad de terceros (SECCIÓN 7.02) de las Normas y Reglamentos que se imprimen al final de esta SPD (a partir de la página 134 de este documento).

Primero se reembolsará al Fondo, antes de cualquier otra reclamación, por el 100% de los beneficios pagados por el Fondo de cualquier recuperación recibida por medio de sentencia, laudo arbitral, veredicto, liquidación o de otra fuente por el Individuo elegible o por cualquier otra persona o parte para el Individuo elegible, de conformidad con dicha enfermedad, lesión, u otra condición, incluida la recuperación de cualquier cobertura para automovilistas sub-asegurados o sin seguro u otros seguros, incluso si la sentencia, veredicto, adjudicación, liquidación o cualquier recuperación no hace que el Individuo elegible tenga cobertura por la totalidad o no incluye específicamente los gastos médicos. El Fondo deberá recibir el reembolso de dicha recuperación sin deducción alguna por concepto de honorarios legales incurridos o pagados por el Individuo elegible. El Individuo elegible y/o su abogado deben comprometerse a no renunciar ni menoscabar cualquiera de los derechos del Fondo sin el consentimiento por escrito. Además, el Fondo recibirá el reembolso por los honorarios legales incurridos o pagados por el Fondo para asegurar el reembolso de dicho beneficio pagado por el Fondo.

Si el Fondo paga beneficios a causa de dicha enfermedad, lesión, u otra condición, el Fondo también tendrá un gravamen automático y/o fideicomiso constructivo en esa porción de cualquier recuperación obtenida por el Individuo elegible o por cualquier otra persona o parte para el Individuo elegible por dicha enfermedad, lesión, u otra condición que se adeude para dichos beneficios pagados por el Fondo, incluso si la sentencia, veredicto, adjudicación, liquidación o cualquier recuperación no hace que el Individuo elegible tenga cobertura por la totalidad o no incluye específicamente los gastos médicos. Dicho gravamen puede presentarse con el Individuo elegible, su agente, compañía de seguros, cualquier otra persona o parte que tenga dicha recuperación para el Individuo elegible, o el tribunal; y ese gravamen será satisfecho de cualquier recuperación recibida por el Individuo elegible, independientemente de si está clasificada, cedida, o retenida.

Si el reembolso no se efectúa como se especifica, el Fondo, a su discreción, podrá tomar cualquier acción legal y/o equitativa para recuperar la cantidad que se pagó por la enfermedad, lesión, u otra condición del Individuo elegible (incluidos los gastos legales incurridos o pagados por el Fondo) y/o puede compensar los pagos futuros de beneficios por la cantidad de dicho reembolso (incluidos los honorarios legales incurridos o pagados por el Fondo). El Fondo, a su discreción, podrá dejar de pagar los beneficios, si hay una base razonable para determinar que el Individuo elegible no va a cumplir con los términos del Plan, o hay una base razonable para determinar que esta sección no es aplicable.

INFORMACIÓN REQUERIDA POR LA LEY DE SEGURIDAD DE LOS INGRESOS DE JUBILACIÓN DE LOS EMPLEADOS DE 1974 (ERISA)

Información general sobre el Plan

El nombre y el tipo de 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 del Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. La Oficina administrativa del Fondo se encuentra 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
Correo electrónico: benefitservices@carpenterfunds.com
Sitio web: www.carpenterfunds.com

La Oficina del Fondo Fiduciario proporcionará a cualquier Participante del Plan o beneficiario, previa solicitud por escrito, la información en cuanto a si un empleador determinado está contribuyendo a este Fondo y, si es así, la dirección de ese empleador.

Tipo de plan:

El Plan es un plan de beneficios de bienestar para empleados, el cual proporciona beneficios médicos, de medicamentos recetados, prótesis auditivas y de cuidado de la visión a los Participantes y sus Dependientes elegibles.

Número de identificación del Servicio de Rentas Internas y el número de Plan:

El Número de Identificación del Empleador (EIN, por sus siglas en inglés) emitido por la Junta de Fideicomisarios es 94-1234856. El número del Plan es 501.

El nombre y la dirección de la persona designada como agente para recibir notificaciones es:

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

El envío de notificaciones también se puede hacer a la Junta de Fideicomisarios o a un Fideicomisario.

Este programa se mantiene según los diversos acuerdos de negociación colectiva.

Las copias de los acuerdos de negociación colectiva están disponibles para su revisión en la Oficina del Fondo durante las horas laborales regulares, y previa solicitud por escrito, serán proporcionadas por correo. Una copia de cualquier acuerdo de negociación colectiva que prevé contribuciones al Fondo también estará disponible para su revisión dentro de los 10 días calendario siguientes a la solicitud por escrito en cualquiera de las oficinas de la Unión Local o en la oficina de cualquier Empleador contribuyente al que se reporten al menos 50 Participantes del Plan cada día.

Nombres y direcciones de los miembros de la Junta de Fideicomisarios:

Fideicomisarios del empleador	**Fideicomisarios de empleados**
Don Dolly ACME General Engineering, Inc. P.O. Box 1574 Oakdale, CA 95361	Robert Alvarado Consejo Regional de Northern California Carpenters 265 Hegenberger Road, Suite 200 Oakland, CA 94621
Randy Jenco Viking Construction Company P.O. Box 1508 Rancho Cordova, CA 95741	Augie Beltran Consejo Regional de Northern California Carpenters 265 Hegenberger Road, Suite 200 Oakland, CA 94621
Mike Mencarini Unger Construction Company 910 X Street Sacramento, CA 95818	Frank Crim Carpenters Local Union No. 180 404 Nebraska Street Vallejo, CA 94590
Larry Nibbi Nibbi Brothers General Contractors 100 Brannan Street, Suite 102 San Francisco, CA 94103	William Feyling Carpenter 46 Northern California Counties Conference Board 265 Hegenberger Road, Suite 220 Oakland, CA 94621
Chuck Palley Cahill Contractors, Inc. 425 California Street, Suite 2200 San Francisco, CA 94104	Curtis Kelly Consejo Regional de Northern California Carpenters 265 Hegenberger Road, Suite 200 Oakland, CA 94621
Joseph R. Santucci The Conco Companies, Inc 5141 Commercial Circle Concord, CA 94520	Timothy Lipscomb Abogado Regional de Northern California Carpenters 265 Hegenberger Road, Suite 200 Oakland, CA 94621
Roy Van Pelt Lathrop Construction Associates, Inc. 4001 Park Road Benicia, CA 94510	Tom Mattis Carpenters Local Union No. 751 1706 Corby Avenue Santa Rosa, CA 95407

Requisitos del Plan con respecto a la elegibilidad para los beneficios

Consulte la sección sobre elegibilidad de esta SPD a partir de la página 10.

Algunos factores podrían interferir con el pago de los beneficios del Plan (resultado de su descalificación o inelegibilidad, la denegación de su reclamación, o la pérdida, confiscación, o suspensión de los beneficios que podría esperar razonablemente)

A continuación, se citan algunos ejemplos de esos factores. Consulte también otras fuentes de información que se aplican a usted: su Prueba de la cobertura de Kaiser (si está inscrito en Kaiser) o el folleto de beneficios de visión de VSP (si está inscrito en el Plan Médico de Indemnity).

- **Pasar por alto los requisitos del Plan para la Revisión de utilización (aplicable solo a los Jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare).** Algunos beneficios del Plan Médico de Indemnity no se podrán pagar si usted no cumple con los requisitos del Plan para la Revisión de utilización. Consulte la página 47 para obtener información sobre los requisitos de Revisión de utilización del Plan Médico de Indemnity. Otros beneficios (tales como medicamentos recetados y atención de salud mental y dependencia a químicos) también tienen requisitos de Revisión de utilización.

Los factores que afectan su recepción de los beneficios dependerán de su situación particular. Si tiene preguntas, póngase en contacto con la Oficina del Fondo al (510) 633-0333 o (888) 547-2054.

- **Uso de Proveedores no contratados (aplicable solo a los Jubilados y sus Dependientes que no son elegibles para Medicare).** Usted no recibirá el más alto nivel de cobertura disponible para muchos de los servicios de atención médica que se describen en este folleto, a menos que utilice Proveedores contratados (también denominados proveedores "participantes" o "de la red" o, en el caso de los beneficios dentales, "dentistas PPO"). Para algunos servicios y suministros, no recibirá ningún beneficio si no utiliza Proveedores contratados. Consulte las secciones sobre los beneficios de atención médica para obtener más información.
- **No inscribirse en las Partes A y B de Medicare.** Cuando usted sea elegible para Medicare, el Plan Médico de Indemnity asumirá que está inscrito en ambas partes de Medicare, ***independientemente de si usted se ha inscrito o no***. El Plan solo pagará el 20% de los cargos permitidos de Medicare y usted será responsable por el resto. (No se le permitirá inscribirse en Kaiser, a menos que se haya inscrito en ambas partes de Medicare y haya cedido sus beneficios de Medicare a Kaiser).
- **No presentar las reclamaciones de manera oportuna.** Usted debe presentar todas las reclamaciones de atención médica dentro de los 90 días a partir de la fecha en que se incurrieron los gastos cubiertos. En ningún caso se permitirán los beneficios si presenta una reclamación en más de 1 año después de la fecha en la que se incurrieron los gastos.
- **Disposiciones del Plan para la coordinación de los beneficios.** Si usted tiene cobertura de atención médica con otro plan, el pago de los beneficios será coordinado con el pago de los beneficios por ese otro plan. Consulte la "Coordinación de beneficios" en la página 85 para obtener más información.

  Nota: Usted debe notificar a la Oficina del Fondo acerca de la otra cobertura. Si no notifica al Fondo sobre el otro seguro, puede dificultarle coordinar sus beneficios y esto podría resultar en un sobrepago de su reclamación. Los sobrepagos deben reembolsarse antes de que las reclamaciones futuras se les puedan pagar a usted y a su familia.
- **Disposiciones del Plan relativas al pago de otra fuente.** Usted estará obligado a reembolsar al Fondo los beneficios que el Fondo pague si usted o un Dependiente se lesiona por los actos de un tercero, y usted cobra el pago por esa lesión de otra fuente. Consulte "Responsabilidad de terceros" en la página 87 para obtener más información.
- **No actualizar su dirección.** Si se muda, tiene la responsabilidad de mantener la Oficina del Fondo informada sobre dónde puede comunicarse con usted. De lo contrario, puede que no reciba información importante sobre sus beneficios.
- **No mantener registros** de sus auto-pagos para los beneficios de salud y bienestar para Jubilados.

Consulte también las páginas 12 y 13 para obtener más información sobre la elegibilidad y la terminación de la elegibilidad.

Fuente de financiación del Plan y la identidad de cualquier organización a través de la cual se proporcionan los beneficios:

Todas las contribuciones al Fondo son realizadas por los Empleadores contribuyentes en cumplimiento de acuerdos de negociación colectiva en vigor con la Carpenters 46 Northern California Counties Conference Board o una de sus Uniones Locales afiliadas, o por el Consejo Regional o una de sus Uniones Locales afiliadas con respecto a algunos de sus empleados según los reglamentos de la Junta, o un Acuerdo de suscripción reconocido.

Las contribuciones se calculan de conformidad con el Acuerdo de negociación colectiva aplicable o el Acuerdo de suscripción.

Los beneficios se proporcionan a través del Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California y las organizaciones que se muestran en la tabla al final de esta sección.

La fecha de cierre del Año del Plan:

La fecha de cierre del Año del Plan es el 31 de agosto.

Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

Los procedimientos de reclamaciones y apelaciones se describen en la sección de este folleto a partir de la página 77 y en el Certificado de cobertura o las Pruebas de la cobertura de VSP y Kaiser.

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

Los beneficios proporcionados por este Plan, si bien tienen la intención de permanecer en vigor por tiempo indefinido, solo pueden garantizarse en la medida en que las partes en los acuerdos de negociación colectiva continúen exigiendo las contribuciones al Fondo suficientes para solventar el costo de los beneficios. Si las contribuciones cesan y se gastan las reservas, los Fideicomisarios ya no estarían obligados a proporcionar la cobertura. Estos beneficios no están garantizados de por vida.

La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho de cambiar o terminar los tipos y las cantidades de los beneficios según este Plan y las reglas de elegibilidad, incluidas las reglas que disponen la elegibilidad ampliada o acumulada, incluso si la elegibilidad ampliada ya se ha acumulado.

El Plan se puede terminar conforme a la autoridad según el Acuerdo de fideicomiso. En el caso de terminación del Fideicomiso, todos los fondos y activos restantes en el Fideicomiso, después del pago de los gastos, se utilizarán para la continuación de los beneficios proporcionados por el programa existente de beneficios para ese entonces, hasta que esos fondos y activos se hayan agotado. La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho de revisar, reducir o 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 contratados y las Revisiones de utilización requeridas para el Plan Médico de Indemnity; no garantiza el pago de los beneficios médicos. (Los beneficios son auto-financiados por el Fondo Fiduciario).	**Kaiser Foundation Health Plan** Región del Norte de California 1950 Franklin Street Oakland, CA 94612 Proporciona beneficios prepagados de atención médica, medicamentos, visión y prótesis auditivas a los Participantes inscritos en Kaiser, con el pago garantizado de estos beneficios.
Vision Service Plan 3333 Quality Drive Rancho Cordova, CA 95670 Administra el plan de visión para los Participantes en el Plan Médico de Indemnity; no garantiza el pago de los beneficios de visión . (Los beneficios son auto-financiados por el Fondo Fiduciario).	**Express Scripts** P.O. Box 2015 Pine Brook, NJ 07058 Administra los beneficios de medicamentos recetados para los Participantes del Plan Médico de Indemnity; no garantiza el pago de los beneficios de medicamentos recetados. (Los beneficios son auto-financiados por el Fondo Fiduciario).

Sus derechos de ERISA

Como un Participante en el Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, usted tiene derecho a ciertas protecciones y derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), y sus enmiendas subsiguientes. ERISA dispone que todos los Participantes del Plan tienen derecho a siguientes:

Recibir información sobre su plan y beneficios

Usted tiene el derecho de:

Examinar, sin cargo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, como los sitios de trabajo y sedes sindicales, todos los documentos que rigen al Plan. Estos documentos incluyen los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectiva, y una copia del último informe anual (Formulario de Serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de EE. UU., el cual está disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés).

Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, las copias de los documentos que rigen la operación del Plan. Estos incluyen los contratos de seguros y los acuerdos de negociación colectiva y copias del último informe anual (Formulario de Serie 5500) y la Descripción Sumaria del Plan actualizada. El Administrador del Plan puede aplicar un cargo razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. Por ley, el Administrador del Plan debe proporcionar a cada Participante una copia de este resumen del informe anual.

Continuar la cobertura del plan de salud grupal

Usted también tiene el derecho de:

Continuar la cobertura médica para usted mismo, su Cónyuge o hijos Dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el Plan como resultado de un evento que califica. Usted o sus Dependientes pueden tener que pagar por esa cobertura. Revise esta SPD y los documentos que rigen al Plan sobre las normas que regulan sus derechos para la Cobertura de Continuación de la COBRA.

Tenga en cuenta que también puede tener otras alternativas de cobertura de salud para la COBRA a su disposición, las cuales puede adquirir a través del **Mercado de Seguros de Salud** (*el Mercado ayuda a las personas sin cobertura de salud a encontrar e inscribirse en un plan de salud, (para los residentes de California, consulte www.coveredca.com. Para los que no sean residentes de California, consulte el Mercado de Seguros de Salud de su estado o www.healthcare.gov*)).

Además, en el Mercado de Seguros de Salud, usted podría ser elegible para recibir un crédito fiscal que reduce sus primas mensuales para la cobertura adquirida a través del Mercado de Seguros de Salud. Ser elegible para COBRA no limita su elegibilidad para la cobertura de un crédito fiscal. También, puede calificar para una oportunidad de inscripción especial para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (tal como un plan del cónyuge), si solicita la inscripción en ese otro plan dentro de los 30 días de perder la cobertura bajo este Plan, incluso si ese otro plan por lo general no acepta la inscripción tardía.

Acciones prudentes por los Fideicomisarios del Plan

Adicionalmente a la creación de derechos para los Participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación de los planes de beneficios para empleados. Las personas que operan su Plan, denominados “Fideicomisarios” del Plan, tienen la obligación de realizarlo de manera prudente y por el bien de usted y otros participantes y beneficiarios del plan. Nadie, ni siquiera su Empleador, su unión o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo en alguna manera para evitar que usted obtenga un beneficio de bienestar o ejerza sus derechos según la ley ERISA.

Haga cumplir sus derechos

Si se niega o ignora su reclamación para recibir un beneficio de bienestar, en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a saber el motivo por el cual esto ocurrió, a obtener de manera gratuita copias de los documentos relacionados con la decisión, y apelar cualquier rechazo, todo dentro de ciertos plazos.

Según ERISA, hay pasos que se pueden tomar para aplicar los derechos anteriores. De hecho, si solicita una copia de los documentos del Plan o el último reporte anual del plan y no los recibe en un plazo de 30 días, usted puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En dicho caso, el tribunal puede exigirle al Administrador del Plan que proporcione los materiales y que le pague hasta $110 al día hasta que usted reciba los materiales, salvo que estos no hayan sido enviados debido a razones que vayan más allá del control del Administrador del Plan.

Si le rechazan o ignoran una reclamación de beneficios, en su totalidad o en parte, usted puede presentar una demanda en un tribunal federal o estatal una vez que haya agotado el proceso de apelación descrito en la sección "Procedimientos de reclamaciones y apelaciones" en este folleto. Adicionalmente, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o la carencia de ésta con relación a la condición calificada de una orden de manutención médica para menores, usted puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En caso de que ocurra que los fideicomisarios del Plan den un mal uso al dinero del Plan, o si usted es discriminado por ejercer sus derechos, puede buscar asistencia del Departamento de Trabajo de EE. UU. o puede presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si gana el caso, el tribunal puede ordenarle a la persona a quien usted ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenarle a usted que pague los costos y honorarios, por ejemplo, si determina que su demanda carece de bases.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta con relación a esta declaración o sobre sus derechos según ERISA, o si necesita asistencia para obtener los documentos del Administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés), del Departamento de Trabajo de EE. UU., la cual puede encontrar en su directorio telefónico. Alternativamente, puede obtener asistencia al llamar al número gratis de EBSA al (866) 444-EBSA (3272) o escribir 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 algunas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades según ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de EBSA al (866) 444-EBSA (3272) o poniéndose en contacto con la oficina de campo de EBSA más cercana.

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

DESCUENTOS

En el caso de que el Plan de Salud y Bienestar reciba un Descuento de "Proporción de pérdida médica" (MLR, por sus siglas en inglés), el dinero recibido se utilizará para el propósito exclusivo de proporcionar los beneficios a los participantes en el Plan y a sus beneficiarios y solventar los gastos razonables de administración del plan.

LOS TÍTULOS, FUENTE Y ESTILO NO MODIFICAN LAS DISPOSICIONES DEL PLAN

Los títulos de los capítulos y subcapítulos y el texto que aparece en **negritas** o MAYÚSCULAS, y la fuente y el tamaño de las secciones, párrafos y subpárrafos se incluyen con el único propósito de identificar generalmente el tema del texto sustantivo para la conveniencia del lector. Los títulos **no** son parte del texto sustantivo de cualquier disposición, y no **deben interpretarse en el sentido de modificar el texto de cualquier disposición sustantiva en modo alguno**.

PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

El Plan debe proteger la confidencialidad de su información de salud protegida según la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 y las normas emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

El Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, distribuido a todos los Participantes del Plan y sus Dependientes cuando son elegibles, explica qué información es considerada "Información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés)". También le indica cuándo el Plan puede usar o divulgar esta información, cuándo se requiere su permiso o autorización por escrito, cómo puede obtener acceso a su información, y qué medidas puede tomar con respecto a su información. (Consulte la Sección 8.10. de las Normas y Reglamentos impresos al final de esta SPD para obtener más información, incluida una definición de la Información de salud protegida).

Si necesita otra copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del Plan, los avisos están disponibles en línea en www.carpenterfunds.com o póngase en contacto con la Oficina del Fondo Fiduciario.

Sus derechos según la HIPAA incluyen el derecho a:

- Recibir comunicaciones confidenciales de su información de salud protegida, según proceda;
- Ver y copiar su información de salud;
- Recibir un reporte de ciertas divulgaciones de su información de salud;
- Modificar su información de salud bajo ciertas circunstancias; y
- Presentar una queja ante el Funcionario de Privacidad del Plan o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si usted cree que sus derechos según la HIPAA han sido violados.

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

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

NORMAS Y REGLAMENTOS

PARA JUBILADOS

Modificado y reformulado, vigente a partir del 1 de septiembre de 2017

A través de la Enmienda N.º 48

ÍNDICE

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES 98

ARTÍCULO 2. ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS 105

ARTÍCULO 3. BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA LOS JUBILADOS Y SUS DEPENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE 114

ARTÍCULO 4. BENEFICIOS DE PRÓTESIS AUDITIVAS PARA LOS INDIVIDUOS ELEGIBLES O NO PARA MEDICARE 124

ARTÍCULO 5. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA LOS INDIVIDUOS QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE 125

ARTÍCULO 6. BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS DE MEDICARE PARA LOS JUBILADOS Y SUS DEPENDIENTES QUE SON ELEGIBLES PARA MEDICARE 128

ARTÍCULO 7. EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y REDUCCIONES 130

ARTÍCULO 8. DISPOSICIONES GENERALES 138

ARTÍCULO 9. ENMIENDA Y TERMINACIÓN 152

ARTÍCULO 10. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD 152

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES

A menos que el contexto o tema requiera lo contrario, las siguientes definiciones regirán en estas Normas y Reglamentos:

SECCIÓN 1.01. El término "Plan de los Empleados activos" se refiere a las normas y reglamentos que rigen el plan para los Participantes Activos.

SECCIÓN 1.02. El término "Cargo permitido" significa el menor de:

a. La cantidad en dólares que este Fondo ha determinado que permitirá para los servicios o suministros cubiertos necesarios médicamente, proporcionados por los Proveedores sin contrato. El Cargo permitido del Fondo no se basa en ni está destinado a ser reflejo de las tarifas que son o pueden ser descritas como regulares y habituales (U&C, por sus siglas en inglés), regulares, habituales y razonables (UCR, por sus siglas en inglés), prevalecientes o cualquier término similar. Un cargo facturado por un proveedor puede exceder el Cargo permitido del Fondo. El Fondo se reserva el derecho a que la cantidad facturada de una reclamación sea revisada por una firma de revisión médica independiente para ayudar a determinar la cantidad que el Fondo permitirá para las reclamaciones presentadas. Al utilizar Proveedores sin contrato, el Individuo elegible es responsable para cualquier diferencia entre el cargo facturado real y el Cargo permitido máximo del Fondo, además de cualquier copago y coseguro del porcentaje requeridos por el Plan.

b. El cargo facturado real del Proveedor.

c. El Fondo ha adoptado una estrategia de reembolso basado en Medicare para Hospitales sin contrato, Centros sin contrato y otros Proveedores sin contrato donde la cantidad máxima que puede pagar este Plan es un porcentaje de la cantidad que se hubiera podido pagar de conformidad con los pagos permitidos de Medicare. El Plan limita los servicios *ambulatorios* necesarios médicamente de los Proveedores no contratados que no están registrados con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) a un cargo permisible máximo de $100 por cita, sujeto al deducible y coaseguro para atención fuera de PPO. Los beneficios pagados por los servicios de *hospitalización* con un Proveedor no contratado se basan en un porcentaje de los honorarios registrados de CMS de ese proveedor; no habrá beneficios disponibles para los servicios de hospitalización de un Proveedor no contratado que no esté registrado con CMS.

SECCIÓN 1.03. El término "Junta" significa la Junta de Fideicomisarios establecida por el Acuerdo de Fideicomiso.

SECCIÓN 1.04. El término "Sector de la construcción" se refiere a toda la construcción de edificios y toda la construcción pesada, de carreteras y de ingeniería, incluyendo pero no limitado a la construcción, edificación, modificación, reparación, alteración, demolición, adición o mejora en su totalidad o en parte de cualquier edificio, estructura, calle (incluidos acera, bordillo y cuneta), autopistas, puentes, viaductos, vías ferroviarias, túneles, aeropuertos, suministro de agua, irrigación, control de inundaciones y sistema de drenaje, proyecto de alcantarillado y saneamiento, embalses, central eléctrica, refinería, acueducto, canal, proyecto de río y puerto, muelle, embarcadero, rompeolas, canteras de piedra de escollera o rompeolas, o cualquier otra operación incidental a tales trabajos de construcción. Esto incluye a los trabajos de renovación, mantenimiento, fabricación de gabinetes de molino o muebles o trabajos de reparación o instalación de sistemas modulares o de cualquier otro material pre-fabricado realizados para cualquier empleador público o privado.

SECCIÓN 1.05. El término "Quiropráctico" se refiere a un profesional con licencia que se especializa en el tratamiento no quirúrgico y la restauración de la función normal del sistema nervioso y musculoesquelético, mediante la manipulación y el tratamiento de las estructuras del cuerpo humano, especialmente los de la columna vertebral.

SECCIÓN 1.06. El término "Coseguro" se refiere a la porción de los gastos elegibles para la cual la persona cubierta tiene la responsabilidad financiera para pagar. Las cantidades de Coseguro se abordan en el Artículo 3.

SECCIÓN 1.07. El término "Coseguro máximo" 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 aplicarse (para la mayoría, pero no todos los servicios). Cuando se alcance el Coseguro máximo, el Plan pagará el 100% del coseguro adicional relacionado con la mayoría de los gastos cubiertos para la parte restante del Año calendario. No hay Coseguro máximo para los gastos de Proveedores no contratados.

SECCIÓN 1.08. El término "Revisión concurrente" significa el proceso mediante el cual la Organización de revisión profesional (PRO, por sus siglas en inglés) según un contrato con el Fondo determina el número de días autorizados considerados necesarios médicamente que son elegibles para la cobertura íntegra de los beneficios de acuerdo con los términos del Plan una vez que un Individuo elegible ha sido hospitalizado en un hospital.

SECCIÓN 1.09. El término "Hospital contratado" significa un Hospital que tiene un contrato en vigor con la Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) del Fondo.

SECCIÓN 1.10. El término "Centro de atención contratado" significa un centro de atención médica o de tratamiento para el abuso de sustancias que tiene un contrato en vigor con la Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) del Fondo.

SECCIÓN 1.11. El término "Médico contratado" o "Proveedor contratado" significa un Médico u otro proveedor de atención médica que tiene un contrato en vigor con la Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) del Fondo.

SECCIÓN 1.12. El término "Empleador contribuyente" se refiere a un empleador, que está obligado por los acuerdos de negociación colectiva con la Unión o por Acuerdos de suscripción, a realizar contribuciones al Fondo o que de hecho hace una o más contribuciones al Fondo.

El término "Empleador contribuyente" también incluye a cualquier Unión Local o Consejo Regional, cualquier consejo laboral u otras organizaciones laborales con las que esté afiliado una Unión Local o Consejo Regional, y cualquier corporación, fideicomiso u otra entidad que presta servicios al Fondo o en la ejecución o administración de contratos que requieren contribuciones al Fondo, o en la formación de carpinteros aprendices o especializados, que hace contribuciones al Fondo con respecto al trabajo de sus empleados según un Acuerdo de suscripción y que está aprobado por la Junta de Fideicomisarios, siempre que la inclusión de cualquier Unión Local, Consejo Regional, consejo laboral, otra organización laboral, corporación, fideicomiso u otra entidad como Empleador contribuyente no sea una violación de cualquier ley o reglamento existente. Cualquier Unión Local, Consejo Regional, consejo laboral, otra organización laboral, corporación, fideicomiso u otra entidad es un Empleador contribuyente solo con el propósito de hacer contribuciones con respecto al trabajo de sus respectivos empleados y no tienen otros derechos o privilegios según el Acuerdo de fideicomiso como Empleador contribuyente.

SECCIÓN 1.13. El término "Copago" significa la cantidad que el Individuo elegible está obligado a pagar por un servicio o Medicamento antes de que los beneficios del Plan se pueden pagar.

SECCIÓN 1.14. El término "Gasto(s) cubierto(s)" se refiere únicamente a aquellos cargos que sean Cargos permitidos según el Plan y que son para el tratamiento y la atención necesarios médicamente para una lesión o enfermedad que no sea ocupacional, excepto a ciertos servicios preventivos de rutina que son Gastos cubiertos cuando esté expresamente previsto en el Plan. Los Gastos cubiertos incluyen solo aquellos cargos incurridos por un Individuo elegible mientras es elegible para los beneficios conforme a este Plan. En ningún caso un Gasto cubierto excederá el Cargo permitido para un servicio prestado por un Proveedor no contratado, o por un Proveedor contratado a la tarifa contratada por el servicio según un acuerdo de proveedor preferido.

SECCIÓN 1.15. El término "Deducible" significa la cantidad de los Gastos médicos elegibles de los que usted es responsable de pagar antes de que el Plan comience a pagar los beneficios. Un Deducible individual se aplica a una persona individual, mientras que el Deducible familiar se aplica a todos los miembros de la familia que están cubiertos bajo el Plan. Todo lo que se pague hacia un Deducible individual cuenta hacia el Deducible familiar. La cantidad de los Deducibles se analiza en la SECCIÓN 3.01.

SECCIÓN 1.16. El término "Dentista" se refiere a un dentista con licencia para ejercer la odontología en el estado en el cual él o ella proporciona el tratamiento.

SECCIÓN 1.17. El término "Dependiente" significa:

a. El/la cónyuge legal o la Pareja de hecho (conviviente) que califique del Jubilado.

b. Un(a) hijo(a) que es:

   (1) un hijo(a) natural, hijastro(a), hijo(a) legalmente adoptado, o un hijo(a) del Jubilado que requiere cobertura según una Orden de Manutención Médica para Menores Calificada, que sea menor de 26 años de edad, casado(a) o soltero(a). Los hijos adoptados son elegibles según el Plan cuando son colocados para su adopción.

   (2) un hijo(a) soltero(a) para quien el Jubilado ha sido nombrado como su tutor legal, siempre y cuando el hijo(a) es menor de 19 años de edad y es considerado(a) como dependiente del Jubilado para efectos del impuesto sobre la renta federal;

   (3) un hijo(a) soltero(a) de la Pareja de hecho (conviviente) que califique del Jubilado, siempre y cuando el hijo(a) es menor de 19 años de edad y depende principalmente del Jubilado para su manutención financiera;

   (4) un hijo(a) soltero(a) elegible según el párrafo (2) o (3) anterior que tenga al menos 19 años, pero menos de 23 años de edad y sea un(a) estudiante de tiempo completo en una institución educativa acreditada, siempre que el hijo(a) satisfaga los requisitos del párrafo (2) o (3) anterior; o

   (5) un hijo(a) soltero(a) del Jubilado (o del/de la Cónyuge o Pareja de hecho (conviviente) que califique del Jubilado) de cualquier edad que no pueda ganarse la vida debido a una discapacidad física o mental, siempre que el hijo(a) esté discapacitado(a) y sea elegible como Dependiente según este Plan antes de alcanzar el límite de edad descrito en los párrafos (1), (2), (3) o (4) anteriores, y siempre que el hijo(a) dependa principalmente del Jubilado para su manutención financiera.

c. De conformidad con la Sección 609(a) de ERISA, este Plan proporcionará cobertura para un hijo(a) de un Jubilado si es requerido por una Orden de Manutención Médica para Menores Calificada, incluida una Orden de Manutención Médica Nacional. Una Orden de

Manutención Médica para Menores Calificada o una Orden de Manutención Médica Nacional reemplazará cualquier requisito en la definición del Plan de Dependiente indicado anteriormente.

SECCIÓN 1.18. El término "Pareja de hecho (conviviente)" significa una persona que reside con el/la Jubilado(a), tiene al menos 18 años de edad y cuya relación con el Jubilado cumple con los siguientes requisitos:

a. La Pareja de hecho (conviviente) y el/la Jubilado(a) tienen una relación íntima de compromiso para su cuidado mutuo durante un período mínimo de 6 meses y son la Pareja de hecho (conviviente) de cada uno;

b. La Pareja de hecho (conviviente) y el/la Jubilado(a) comparten la responsabilidad conjunta de su bienestar común y sus obligaciones financieras y pueden presentar una prueba de esa relación según lo requiera la Junta de Fideicomisarios.

c. Ni el/la Pareja de hecho (conviviente) ni el/la Jubilado(a) están casados;

d. La Pareja de hecho (conviviente) y el/la Jubilado(a) son competentes para realizar contratos;

e. La Pareja de hecho (conviviente) y el/la Jubilado(a) no están relacionados por sangre lo cual prohibiría el matrimonio legal en el Estado de California;

f. Cualquier relación de pareja de hecho (conviviente) de cualquier persona se ha terminado por lo menos 6 meses antes de la fecha de la firma de la declaración definitiva de la relación de pareja de hecho (conviviente) con la Oficina del Fondo Fiduciario; y

g. La solicitud de relación de pareja de hecho (conviviente) con el/la Jubilado(a) se realiza de manera apropiada según lo requerido por la Junta de Fideicomisarios y todos los impuestos sobre la renta requeridos atribuibles a los beneficios de la Pareja de hecho (conviviente) se pagan al Fondo cuando son exigibles.

SECCIÓN 1.19. El término "Medicamentos" significa cualquier artículo que se puede dispensar legalmente, conforme a lo dispuesto en la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos , incluyendo todas las enmiendas, solo mediante una receta escrita u oral de un Médico o Dentista autorizado por ley para administrarlo.

SECCIÓN 1.20. El término "elegible para Medicare" significa que el individuo es elegible para la Parte A de Medicare sin pago de primas mensuales a la Administración de la Seguridad Social y es elegible para la Parte B de Medicare bien sea que el Individuo elegible haya calificado o no para los beneficios de la Parte B de Medicare mediante la inscripción o cualquier otro procedimiento disponible para él o ella.

SECCIÓN 1.21. El término "Individuo elegible" se refiere a cada Jubilado y cada uno de sus Dependientes elegibles, si los hubiere.

SECCIÓN 1.22. El término "Atención de emergencia/Emergencia" significa la atención y tratamiento médicos proporcionados tras la aparición súbita e inesperada de una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos, incluyendo dolor severo, que son tan graves que la falta de atención médica inmediata puede esperarse razonablemente que ponga la vida o la salud del Paciente en grave peligro o provoque una disfunción o deficiencia grave de un órgano o parte del cuerpo. El Fondo o su designado tiene la discreción y autoridad para determinar si un servicio o suministro es o debe ser clasificado como Atención de emergencia.

SECCIÓN 1.23. El término "Inscripción" significa el proceso de completar y presentar un formulario de inscripción el cual indica que la cobertura del Plan es solicitada por el Participante. Para inscribirse en el Plan, la persona debe solicitar por escrito en un formulario suministrado por la Junta y presentar la documentación requerida por la Junta. Consulte SECCIÓN 2.03.

SECCIÓN 1.24. El término "Experimental" o de "Investigación" se refieren a un medicamento o dispositivo, tratamiento o procedimiento médico si:

a. El fármaco o dispositivo no se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos, y la aprobación para la comercialización no se ha llevado a cabo en el momento en que se proporciona el fármaco o dispositivo; o

b. El fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado con el fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fue examinado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional del centro tratante o el ente que cumpla una función similar, o si la ley federal exige dicha revisión o aprobación; o

c. "Prueba confiable" indica que el fármaco, dispositivo, procedimiento o tratamiento médico es el sujeto de ensayos clínicos continuos de fase I o fase II, es el brazo de investigación, experimental o de estudio de ensayos clínicos continuos de fase III, o se encuentra bajo estudio para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, o eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico; o

d. La "Prueba confiable" muestra que la opinión predominante entre los expertos con respecto al fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que otros estudios o ensayos clínicos son necesarios para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, o eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico.

A efectos de esta definición, “Prueba confiable” se refiere solo a los informes y artículos publicados en literatura médica y científica acreditada y revisada por pares; el protocolo o los protocolos escritos utilizados por el centro tratante o el protocolo(s) de otro centro que estudie sustancialmente el mismo fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado por escrito utilizado por el centro tratante o por otro centro que estudie sustancialmente el mismo fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

SECCIÓN 1.25. El término "Centro de atención prolongada" o "Centro de enfermería especializada" se refieren a una institución tal como se define en la Sección 1861(j) de la Ley de Seguridad Social.

SECCIÓN 1.26. El término "Fondo" se refiere al Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California.

SECCIÓN 1.27. El término "Plan grupal" significa cualquier plan que proporciona beneficios del tipo previsto por este Plan, que se financia en su totalidad o en parte, por los pagos del empleador.

SECCIÓN 1.28. El término "Agencia de salud en el hogar" significa un proveedor de atención médica en el hogar que tiene licencia de acuerdo con las leyes locales o estatales para proporcionar atención de enfermería especializada y otros servicios con base en visitas en la vivienda del Individuo elegible y está reconocido como un proveedor según Medicare.

SECCIÓN 1.29. El término "Hospicio" significa un centro de salud o servicio que proporciona atención médica y servicios de apoyo, tal como asesoría para enfermos terminales y sus familias.

SECCIÓN 1.30. El término "Hospital" significa cualquier Hospital que cuenta con licencia según cualquier ley estatal aplicable y debe proporcionar: (1) hospitalización las 24 horas, y (2) los siguientes servicios básicos en sus instalaciones: servicios médicos, cirugía, anestesia, laboratorio, radiología, farmacia y servicios dietéticos. Un Hospital puede incluir centros de tratamiento de salud mental, sistema nervioso, y/o abuso de sustancias que tienen licencia y operan de acuerdo con la ley estatal. El requisito de que un Hospital debe ofrecer servicios quirúrgicos, de anestesia y/o radiología no se aplica a los centros de tratamiento de salud mental, sistema nervioso, y/o abuso de sustancias.

SECCIÓN 1.31. El término "Enfermedad(es)" significa un trastorno físico, infección o enfermedad y todos los síntomas relacionados y las condiciones recurrentes resultantes de las mismas causas.

SECCIÓN 1.32. El término "Lesión" se refiere a daños físicos sufridos como consecuencia directa de un accidente, exclusivamente a través de medios externos, y todos los síntomas relacionados y las condiciones recurrentes resultantes del mismo accidente.

SECCIÓN 1.33. El término "Farmacéutico con licencia" significa una persona que tiene una licencia para ejercer la farmacia emitida por la autoridad gubernamental que tiene jurisdicción sobre las licencias y el ejercicio de la profesión farmacéutica.

SECCIÓN 1.34. El término "Edad límite" se refiere a la edad en la que un hijo(a) pierde el estatus de elegibilidad según se define en la SECCIÓN 1.17.

SECCIÓN 1.35. El término "Medicare" se refiere a los beneficios proporcionados según el Título XVIII de las Enmiendas de la Seguridad Social de 1965.

SECCIÓN 1.36. El término "necesario médicamente" con respecto a los servicios y suministros recibidos para el tratamiento de una enfermedad o lesión se refiere a aquellos servicios o suministros que son:

a. Apropiados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la Enfermedad o Lesión;

b. Se proporcionan para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directo de la Enfermedad o Lesión;

c. Se encuentran dentro de los estándares de la buena práctica médica dentro de la comunidad médica organizada;

d. No son principalmente para la comodidad o conveniencia personal del Paciente, su familia, cualquier persona que cuide al Paciente, cualquier Médico u otro profesional de atención médica, o cualquier Hospital o centro 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 el suministro será considerado necesario médicamente para la cobertura médica proporcionada por el Plan, y

e. El suministro o el nivel de servicio más apropiado que se pueda proporcionar de manera segura. Para las hospitalizaciones, esto significa que el cuidado agudo como Paciente en cama es necesario debido al tipo de servicios que el Paciente está recibiendo o la severidad de la condición del paciente, y que una atención adecuada y segura no se puede recibir como paciente ambulatorio o en un establecimiento médico menos intensificado.

SECCIÓN 1.37. El término "Hospital no contratado" significa un Hospital que no tiene un contrato en vigor con la Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) del Fondo.

SECCIÓN 1.38. El término "Centro de atención no contratado" significa un centro de atención médica o de tratamiento para el abuso de sustancias que no tiene un contrato en vigor con la Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) del Fondo.

SECCIÓN 1.39. El término "Médico no contratado" o "Proveedor no contratado" significa un Médico u otro proveedor de atención médica que no tiene un contrato en vigor con la Organización de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)

SECCIÓN 1.40. El término "Participante" se refiere a cualquier persona que cumpla con los requisitos de elegibilidad del Fondo, distintos a los Dependientes.

SECCIÓN 1.41. El término "Paciente" se refiere al Individuo elegible que está recibiendo tratamiento médico, servicios o suministros cubiertos por el Plan.

SECCIÓN 1.42. El término "Médico" significa un médico o cirujano (M.D.), un osteópata (D.O.), o un dentista (D.D.S. o D.M.D.) con licencia para ejercer la medicina en el estado en el cual él o ella trabaja.

SECCIÓN 1.43. El término "Plan" se refiere a las Normas y Reglamentos del Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California for Retirees, incluyendo sus enmiendas.

SECCIÓN 1.44. El término "Año del Plan" se refiere al 1 de septiembre de cada año hasta el 31 de agosto del año siguiente.

SECCIÓN 1.45. El término "Podólogo" se refiere a un proveedor de atención médica que se especializa en las enfermedades, lesiones y cirugía de los pies y que tiene licencia como Doctor en medicina podiátrica (DPM) en el estado en el que se prestan los servicios.

SECCIÓN 1.46. La "Revisión previa a la admisión" y la "Certificación previa a la admisión" se refieren al proceso mediante el cual la Organización de revisión profesional (PRO) según un contrato con el Fondo determina la necesidad médica de la hospitalización electiva de un Individuo elegible en un Hospital, y si es necesario médicamente, el número de días pre-autorizados elegibles para la cobertura íntegra de los beneficios de acuerdo con los términos del Plan, *antes* de que se produzca efectivamente la hospitalización electiva.

SECCIÓN 1.47. El término "Organización de Proveedores Preferidos (PPO)" se refiere a la entidad bajo contrato con el Fondo que es responsable de la negociación de los contratos con los Hospitales, Médicos, centros de atención y otros proveedores de atención médica quienes aceptan proporcionar hospitalización y servicios médicos a los Individuos elegibles sobre la base de tarifas negociadas.

SECCIÓN 1.48. El término "Plan médico prepagado" significa una Organización de mantenimiento de la salud (HMO) con los que el Fondo ha firmado un acuerdo para ofrecer beneficios de salud a los Individuos elegibles que decidan tener la cobertura según ese Plan médico prepagado.

SECCIÓN 1.49. El término "Organización de revisión profesional (PRO)" u "Organización de revisión" significa una organización que tiene un contrato con el Fondo, la cual es responsable de determinar si la hospitalización de un Individuo elegible en un Hospital es necesaria médicamente, y de ser así, para determinar el número de días necesarios médicamente para la hospitalización

únicamente con el fin de determinar si el Individuo elegible debe recibir la cobertura íntegra de los beneficios de acuerdo con los términos del Plan para los Gastos cubiertos incurridos como consecuencia de dicha hospitalización.

SECCIÓN 1.50. El término "Jubilado" o "Empleado Jubilado" se refiere a cada persona que cumple las normas de elegibilidad en la SECCIÓN 2.01.a.

SECCIÓN 1.51. El término "Cónyuge", dondequiera que aparezca en este Plan, será interpretado para referirse al (a la) cónyuge o Pareja de hecho (conviviente) que califique del (de la) Jubilado(a).

SECCIÓN 1.52. El término "Acuerdo de fideicomiso" se refiere al Acuerdo de fideicomiso que establece al Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, de fecha 4 de marzo de 1953, incluyendo cualquier enmienda, prórroga o renovación.

SECCIÓN 1.53. El término "Unión" se refiere a la Carpenters 46 Northern California Counties Conference Board o una de sus uniones afiliadas.

SECCIÓN 1.54. El término "Programa de revisión de utilización (UR)" significa un programa por el cual un Individuo elegible que tiene programado una hospitalización en un Hospital de forma electiva y que no sea de emergencia debe obtener la Revisión de admisión previa y la Revisión concurrente de la Organización de revisión profesional (PRO) según un contrato con el Fondo en cuanto a la necesidad médica de la hospitalización para recibir la cobertura íntegra de los beneficios para los Gastos cubiertos incurridos como resultado de esa hospitalización. Para hospitalizaciones de emergencia, la revisión se debe obtener de forma retroactiva.

ARTÍCULO 2. ELEGIBILIDAD PARA LOS BENEFICIOS

SECCIÓN 2.01. Normas de elegibilidad.

a. **Establecimiento y mantenimiento de la elegibilidad.** Una persona será elegible como Jubilado si él o ella cumple cada uno de los siguientes requisitos especificados en las Subsecciones (1) a (6) a continuación:

(1) Diez créditos de elegibilidad completa, sobre la base de las horas de trabajo o las horas de servicio militar calificado acreditadas según la SECCIÓN 1.21. o la SECCIÓN 6.04.b.(1) de las Normas y Reglamentos del Plan de Pensiones, a partir del 1 de junio de 2012, para el Carpenters Pension Trust Fund for Northern California – con vigencia para las jubilaciones ocurridas en o después del 1 de enero de 2015:

(a) Diez créditos de elegibilidad completa, sobre la base de las horas de trabajo o de servicio militar calificado. Él o ella está recibiendo una pensión de un plan relacionado que se basa en 10 o más años de créditos de elegibilidad, sobre la base de las horas de trabajo o de servicio militar calificado. A fin de satisfacer esta disposición de 10 años de créditos de elegibilidad, las horas de calificación se pueden utilizar de cualquiera de los siguientes planes relacionados:

(i) Carpenters Pension Trust Fund for Northern California

(ii) Carpenter Funds Administrative Office Staff Plan

(iii) Cualquier Plan Lathers Plan fusionado en el Carpenters Pension Trust Fund for Northern California

(iv) OPEIU Local 3 o 29 (si el servicio se realizó con un Empleador contribuyente)

(v) Industrial Carpenters Pension Plan

(vi) Cualquier Plan de pensión cuando sea requerido por un Acuerdo de negociación colectiva y/o Memorando de entendimiento negociado por la Carpenters 46 Northern California Counties Conference Board y/o cualquiera de sus filiales; o

(b) Reciprocidad con el Southwest California Carpenters Health and Welfare Trust. Un Jubilado que está recibiendo una Pensión de servicio del Carpenters Pension Trust Fund for Northern California, que se basa en la reciprocidad de los créditos de elegibilidad del Southwest Carpenters Pension Trust, puede utilizar las horas trabajadas según el Southwest Carpenters Health and Welfare Trust para satisfacer los requisitos de elegibilidad de afiliación reciente de este Fondo que se describen en las Subsecciones 2.01.a.(2), (3) y (4).

Un Jubilado que cumpliría con los requisitos de elegibilidad de este Fondo descritos en la SECCIÓN 2.01.a.(1)(a) sin los créditos de elegibilidad de Southwest Carpenters, puede elegir la cobertura de salud y bienestar para jubilados de este Fondo. Si el Jubilado elige la cobertura bajo este Fondo, la cantidad de auto-pago requerida se basará en el número de años de servicio conforme a este Fondo únicamente, y no en la combinación de los años de servicio según los dos fondos fiduciarios.

(2) El individuo ha trabajado al menos 300 horas en empleo cubierto para un Empleador contribuyente, tiempo durante el cual se ha requerido el pago de contribuciones al Plan A, Plan B o Plan R del Empleado activo, en cada uno de los 2 años calendario inmediatamente anteriores al año calendario en el que ocurra la fecha de vigencia de su pensión. A efectos de esta disposición, el requisito de 300 horas se puede satisfacer mediante:

(a) horas de crédito por discapacidad concedidas según las disposiciones del Plan de los Empleados activos;

(b) horas de crédito por discapacidad concedidas según las disposiciones del Carpenters Pension Trust Fund for Northern California; o

(c) horas trabajadas en el año de jubilación, incluso si no es un año calendario completo.

Los párrafos (3) y (4) se aplican a las jubilaciones ocurridas en o después del 1 de enero de 2007.

(3) En 3 de los últimos 5 años calendario inmediatamente anteriores al año en que se produjo la fecha de vigencia de su pensión, ha trabajado al menos 400 horas por año de empleo cubierto para un Empleador contribuyente, tiempo durante el cual las contribuciones se debían pagar en el Plan A, Plan B, o Plan R de los Empleados activos. A efectos de esta disposición, el requisito de 400 horas se puede satisfacer al contar las horas trabajadas en el año de jubilación aun cuando no sea un año calendario completo. Las horas de crédito por discapacidad no se pueden utilizar para satisfacer este requisito.

(4) No participó en ninguna de las horas de trabajo por salarios o ganancias en el Sector de la construcción para una entidad que no es un Empleador contribuyente, o no es un Empleador contribuyente a un plan relacionado que es signatario del Convenio de Reciprocidad Internacional para los Carpenters Health and Welfare Funds, incluyendo el empleo por cuenta propia, durante el año calendario en que se produjo la fecha de vigencia de su pensión, y en cada uno de los 2 años calendario inmediatamente anteriores.

(5) Para un Jubilado a quien le fue otorgada una Pensión de servicio del Carpenters Pension Trust Fund for Northern California con una fecha de vigencia de la pensión del 1 de septiembre de 2010 hasta el 31 de agosto de 2013, y cuyo último trabajo fue en un empleo cubierto por un Empleador contribuyente, los requisitos de "horas en empleo cubierto" de la SECCIÓN 2.01.a.(2) y (3) se pueden satisfacer mediante la prueba de que él o ella estaba en la lista "fuera del trabajo" en una unión local afiliada a la Carpenters 46 Northern California Conference Board.

(6) El individuo realiza los auto-pagos requeridos en la forma y manera que determine la Junta.

b. **Cuándo comienza la participación.** Salvo lo dispuesto en la SECCIÓN 2.01.c, una persona que es elegible como Jubilado comenzará su participación en este Plan en la primera de las siguientes fechas:

(1) El primer día del mes siguiente al agotamiento de la elegibilidad proporcionada por su Banco de horas conforme al Plan de los Empleados activos;

(2) Si procede, el primer día del mes siguiente al agotamiento de la elegibilidad como Empleado activo según lo dispuesto en las disposiciones sobre cobertura de continuación de la atención médica de la Ley de Seguridad de Ingresos por Jubilación para los Empleados, Secciones 601 y ss., y sus enmiendas (COBRA); o

(3) El Dependiente del Jubilado se convierte en elegible en la fecha en que el Jubilado es elegible; o, en el caso de un(a) Cónyuge, hijo(a) biológico, hijo(a) legalmente adoptado o hijo(a) en custodia legal Dependiente nuevo(a), en la fecha en la que el Jubilado adquiere al Dependiente nuevo, si es posterior, siempre que el Jubilado inscriba al Cónyuge nuevo(a) dentro de los 60 días del matrimonio y al hijo(a) Dependiente nuevo(a) dentro de los 60 días del nacimiento o de la adopción, o la fecha en que el Jubilado se convirtió en tutor legal del hijo(a). Estas disposiciones están sujetas a que el Fondo reciba un formulario de inscripción con toda la información requerida. Según el Plan médico prepagado del Fondo, la elegibilidad de los Dependientes se puede diferir con sujeción a la recepción de un formulario de inscripción completado por el Plan médico prepagado. La elegibilidad de un Dependiente se puede diferir o estar sujeta a rescisión si el Participante no proporciona al Fondo toda la información referente al Dependiente que se debe suministrar según la ley federal.

c. **Disposiciones sobre inscripción tardía.** Sin perjuicio de lo dispuesto en la SECCIÓN 2.01.b., un Jubilado puede diferir la inscripción en el Plan para el Jubilado y/o sus Dependientes elegibles conforme a cualquiera de las siguientes circunstancias:

(1) Medicare. Un Jubilado o Dependiente que no es elegible para Medicare puede diferir la inscripción en el Plan hasta que el Jubilado o Dependiente se convierte en elegible para Medicare. Sin embargo, para que un Dependiente pueda inscribirse en el Plan, el Jubilado también debe estar inscrito, salvo en el caso de un Cónyuge sobreviviente. El Jubilado o el (la) Dependiente debe presentar una solicitud a la Oficina del Fondo para inscribirse en el Plan dentro de los 90 días de adquirir el derecho a la cobertura de Medicare, excepto cuando el (la) Cónyuge que adquirió el derecho a Medicare antes el Jubilado puede inscribirse cuando el Jubilado se inscriba, independientemente de la fecha de derecho a Medicare del (de la) Cónyuge.

(2) Adquisición de Dependiente nuevo. Si un Jubilado que no se inscribió en el Plan cuando fue elegible por primera vez de conformidad con la SECCIÓN 2.01.b. y posteriormente adquiere un(a) Cónyuge o hijo(a) Dependiente nuevo(a) por nacimiento, adopción, colocación en adopción o tutela legal, el Jubilado podrá inscribirse a sí mismo y a su

recién adquirido(a) Cónyuge e hijo(s) Dependientes en el Plan a más tardar 31 días después de la fecha en que adquiere al Dependiente nuevo(a). Sin embargo, para que el Jubilado se inscriba en el Plan, el Dependientes(s) recién adquirido(a) también debe(n) estar inscrito(s).

(3) Pérdida de otra cobertura de salud. Si un Jubilado no se inscribió en el Plan para la cobertura para Jubilado o Dependientes en la fecha en que el Jubilado o Dependiente es elegible por primera vez porque el Jubilado o Dependiente tenía otra cobertura médica bajo otra póliza o programa de seguro de salud (incluyendo la Cobertura de continuación de la COBRA o los seguros individuales), y el Jubilado o el Dependiente deja de estar cubierto(a) por esa otra cobertura médica, el Jubilado y el Dependiente elegible pueden inscribirse en este Plan dentro de 31 días después de la terminación de la otra cobertura, en caso de que la otra cobertura se terminó por cualquiera de los motivos especificados en las Subsecciones (a), (b), (c), (d) o (e) a continuación. Sin embargo, para que un Dependiente pueda inscribirse en el Plan, el Jubilado también debe estar inscrito, salvo en el caso de un Cónyuge sobreviviente.

(a) La pérdida de elegibilidad de la otra cobertura como consecuencia de la terminación del empleo, la reducción en el número de horas de trabajo, o la muerte, divorcio o separación legal;

(b) La terminación de las contribuciones del empleador hacia la otra cobertura; o

(c) Si la otra cobertura era cobertura de COBRA, el agotamiento de esa cobertura. La cobertura de COBRA se agota si cesa por cualquier razón distinta a la falla de la persona en pagar la prima de COBRA aplicable de forma oportuna.

(d) En el caso de la cobertura ofrecida a través de una HMO, u otro arreglo, en el mercado de cobertura individual o grupal que no proporciona beneficios a las personas que ya no viven o trabajan en un área de servicio, la pérdida de cobertura porque el individuo ya no vive o trabaja en el área de servicio (sea o no a elección del individuo) y, en el caso de la cobertura grupal, ningún otro paquete de beneficios está disponible.

(e) La pérdida de elegibilidad para la cobertura porque el individuo incurre en una reclamación que satisface o excede un límite de por vida sobre todos los beneficios.

(4) Medicaid o un Programa de seguro médico para niños. Un Jubilado que no se inscribe en el Plan para la cobertura de Jubilado o de Dependientes en la fecha en que el Jubilado o el Dependiente es elegible por primera vez, tendrá la oportunidad de solicitar la inscripción en el Plan dentro de los 60 días siguientes a cualquiera de los siguientes eventos:

(a) la fecha en la que el Jubilado y/o el Dependiente pierde la elegibilidad para Medicaid, un Programa de Seguro Médico Estatal para Niños (CHIP), u otro programa público distinto a Medicare; o

(b) la fecha en la que el Jubilado y/o el Dependiente se convierten en elegibles para participar en un programa de asistencia con las primas según Medicaid o un Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).

Sin embargo, para que un Dependiente pueda inscribirse en el Plan, el Jubilado también debe estar inscrito, salvo en el caso de un Cónyuge sobreviviente.

(5) Pérdida de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio o intercambio estatal. Si un Jubilado no se inscribió en el Plan para la

cobertura para Jubilado o Dependientes en la fecha en que el Jubilado o Dependiente es elegible por primera vez porque el Jubilado o Dependiente tenía otra cobertura médica a través del Mercado de Seguros de Salud de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio o intercambio estatal, y el Jubilado o Dependiente deja de estar cubierto por el Mercado de Seguros de Salud o intercambio estatal, el Jubilado y el Dependiente elegible pueden inscribirse en este Plan dentro de 31 días después de la terminación de la otra cobertura. Sin embargo, para que un Dependiente pueda inscribirse en el Plan, el Jubilado también debe estar inscrito, salvo en el caso de un Cónyuge sobreviviente.

(6) Si un Jubilado y/o su Cónyuge Dependiente se inscribieron en el Plan, y luego terminaron la cobertura del Fondo porque obtuvieron la cobertura bajo un plan de salud de un empleador, la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, el Mercado de Seguros de Salud o cambio de estado, o conforme a un contrato de Medicare Advantage con otro empleador o fondo fiduciario, el Jubilado y/o su Cónyuge podrán volver a inscribirse en este Plan dentro de 31 días a partir de la fecha en que se termine la otra cobertura de salud. Sin embargo, para que un Cónyuge pueda inscribirse en el Plan, el Jubilado también debe estar inscrito, salvo en el caso de un Cónyuge sobreviviente.

d. **Terminación de la elegibilidad.**

(1) La elegibilidad de un Jubilado terminará el último día de cualquier mes calendario para el cual el Jubilado no cumpla con los requisitos de la SECCIÓN 2.01.a.

(2) La fecha en la que el Jubilado deje de hacer los auto-pagos requeridos para la cobertura.

(3) La elegibilidad de un Dependiente de un Jubilado terminará en la primera de las siguientes fechas:

(a) En la fecha en que finaliza la elegibilidad del Jubilado;

(b) En la fecha en que él o ella ya no califica como Dependiente, salvo que la elegibilidad para los hijos naturales, hijastros e hijos legalmente adoptados Dependientes terminará al final del mes en el que el Dependiente cumpla 26 años de edad; o

(c) La fecha en la que el Jubilado deje de hacer los auto-pagos requeridos para la cobertura de Dependientes.

(4) Un hijo(a) Dependiente de 19 años de edad o mayor cuya elegibilidad se basa en la condición de estudiante seguirá siendo elegible durante una licencia necesaria médicamente para ausentarse de la escuela, con sujeción a los siguientes:

(a) La elegibilidad continuará hasta por 12 meses o hasta que la elegibilidad termine según las reglas de elegibilidad del Fondo, lo que ocurra primero.

(b) La elegibilidad terminará antes de los 12 meses siguientes en la fecha en que ya no exista la necesidad médica para la licencia.

(c) El Dependiente o el Participante deberá presentar la documentación a la Oficina del Fondo, incluyendo la certificación de un Médico sobre la necesidad médica para la licencia. Se debe presentar el formulario de certificación a la Oficina del Fondo Fiduciario al menos 30 días antes de la licencia médica si es previsible, o 30 días después del inicio de la licencia en cualquier otro caso.

(d) Si la elegibilidad se extiende según esta disposición para un hijo(a) que ya no es elegible para la cobertura de la salud libre de impuestos, se puede exigir al padre/madre Participante del Dependiente que certifique el estatus fiscal del hijo(a) por escrito al Fondo.

(5) En el caso de la muerte del Jubilado, su Cónyuge legal sobreviviente recibirá una única oportunidad para continuar la cobertura según una de las siguientes 3 opciones:

(a) En el caso del fallecimiento de un Jubilado, que no reciba una Pensión por discapacidad, (incluyendo aquel que reciba una Pensión conjunta y para el sobreviviente) que recibió los beneficios de pensión por menos de 60 meses, la elegibilidad del Cónyuge legal y de los hijos Dependientes, si los hubiere, continuará durante el resto del período de 60 meses, siempre que se realice el auto-pago aplicable, a menos que el Cónyuge se vuelva a casar antes de la terminación de los pagos de pensión, momento en el cual finalizará la cobertura; o

(b) En el caso del fallecimiento de un Jubilado que recibió una Pensión por discapacidad o una Pensión por discapacidad recíproca, (incluyendo aquel que reciba una Pensión conjunta y para el sobreviviente), que recibió los beneficios de pensión por menos de 36 meses, el Cónyuge legal y los hijos Dependientes podrán seguir siendo elegibles para el resto del período de 36 meses, siempre que se realice el auto-pago requerido, a menos que el Cónyuge se vuelva a casar antes de la terminación de los pagos de pensión, momento en el cual finalizará la cobertura; o

(c) En el caso del fallecimiento de un Jubilado que estaba recibiendo una Pensión conjunta y para el sobreviviente, el (la) Cónyuge sobreviviente podrá continuar la elegibilidad para ella/él únicamente, siempre que se realice el auto-pago aplicable y siempre que el Cónyuge legal sobreviviente esté recibiendo un beneficio de pensión mensual.

(6) Un Jubilado, que no sea elegible para Medicare, y que estaba cubierto por el Plan antes del 1 de junio de 1995, podrá optar por terminar la cobertura. Al alcanzar la elegibilidad para los beneficios de Medicare, el Jubilado podrá volver a inscribirse en el Plan de acuerdo con la SECCIÓN 2.01.c.

e. **Participación en el empleo.**

(1) Un Jubilado que regresó al empleo con un Empleador contribuyente durante el período comprendido entre el 1 de julio de 1998 hasta el 31 de diciembre de 1998 continuará siendo elegible según el Plan en calidad de Jubilado. Cualquier auto-pago requerido normalmente para la cobertura de salud y bienestar del Jubilado será eximido por cada mes en que el Jubilado trabaje el número mínimo de horas que de lo contrario lo calificarían para la elegibilidad conforme al Plan de los Empleados activos.

(2) Las disposiciones de la Subsección e.(1) anterior también se aplicarán a los Jubilados que retornaron al empleo con un Empleador contribuyente durante el período comprendido entre el 1 de abril de 2001 hasta el 31 de marzo de 2002.

(3) <u>Participación en el empleo después del 1 de junio de 2009</u>. Un Jubilado que está recibiendo pagos de beneficios del Carpenters Pension Trust Fund for Northern California, que participa en un tipo de trabajo a partir del 1 de junio de 2009, el cual requiere contribuciones activas a este Fondo, pero no resulta en la suspensión de los pagos de beneficios del Carpenters Pension Trust Fund for Northern California, no establecerá la elegibilidad conforme a este Plan.

Sin embargo, si el Empleado Jubilado trabaja suficientes horas consecutivas, de tal modo que, en ausencia de esta regla, él/ella normalmente calificaría para la elegibilidad como un Empleado activo, el 50% de las contribuciones de salud y bienestar remitidas a este Plan en nombre del Empleado Jubilado se utilizarán para compensar sus contribuciones de auto-pago para la cobertura de salud del Jubilado. Dicha compensación solo se concederá por el 50% de las contribuciones hasta un máximo de 480 horas en un año calendario.

Si el individuo no es un Empleado Jubilado elegible en este plan, o si las horas trabajadas son menos que el número requerido para obtener la elegibilidad bajo el Plan de los Empleados activos en la ausencia de esta regla, no se acreditarán contribuciones de salud y bienestar en nombre del individuo.

SECCIÓN 2.02. Continuación de cobertura conforme a COBRA. COBRA exige que, bajo circunstancias específicas cuando la cobertura termina, ciertos beneficios del plan de salud disponibles para los Dependientes de un Jubilado se deben ofrecer durante la extensión a través de los auto-pagos. En la medida en que la COBRA se aplica a cualquier Dependiente según este Plan, estos beneficios requeridos se ofrecerán de conformidad con esta SECCIÓN 2.02.

a. **General.** Los Dependientes que pierdan su elegibilidad según el Plan pueden continuar la cobertura del Plan con sujeción a los términos de esta SECCIÓN 2.02. Este Artículo se destina a cumplir con las disposiciones de continuación de la atención médica de la COBRA. Esas disposiciones se incorporan por referencia en el Plan y regirán en caso de cualquier conflicto entre esas disposiciones y los términos de esta Sección.

b. **Cobertura de continuación.** Los Dependientes de Jubilados cuya elegibilidad finaliza pueden continuar su cobertura bajo COBRA después de la ocurrencia de un Evento que califica.

Un Evento que califica se define como cualquiera de los siguientes:

(1) La muerte del Jubilado;

(2) El divorcio del (de la) Jubilado(a) de su Cónyuge Dependiente;

(3) Cese del estatus de Dependiente del Hijo(a) Dependiente.

c. **Beneficiario calificado.** Un Beneficiario calificado como se define en la COBRA es un individuo que pierde la cobertura bajo cualquiera de los referidos Eventos que califican. Un hijo que nazca, o sea colocado en adopción con un Jubilado durante un período de Cobertura de Continuación de la COBRA será un Beneficiario calificado.

d. **Adquisición de Dependientes nuevos.**

(1) Si, mientras esté inscrito para la Cobertura de Continuación de la COBRA, un Beneficiario calificado se casa, tiene un hijo(a) recién nacido, tiene un hijo(a) colocado en adopción o asume la custodia legal de un hijo(a), él o ella puede inscribir al Cónyuge o hijo(a) nuevo(a) para la cobertura para el resto del período de la Cobertura de Continuación de la COBRA al hacerlo dentro de los 30 días después del nacimiento, matrimonio o colocación en adopción. La adición de un hijo(a) o Cónyuge puede causar un aumento en la cantidad que debe pagarse por la Cobertura de Continuación de la COBRA.

(2) Cualquier Beneficiario calificado puede agregar un nuevo Cónyuge o hijo(a) a su Cobertura de Continuación de la COBRA. Los únicos miembros de la familia nuevos

que tienen los derechos de un Beneficiario calificado son los hijos naturales o adoptivos del Jubilado o los hijos para quienes el Jubilado es su tutor legal.

e. **Duración de la cobertura.** Un Beneficiario calificado cuya cobertura terminaría debido a un Evento que califica podrá elegir la cobertura de continuación por hasta 36 meses a partir de la fecha del Evento que califica.

Los 36 meses de cobertura de continuación dispuestos en este párrafo e. serán compensados por cualquier cobertura ampliada proporcionada según la SECCIÓN 2.01.d.(5).

Independientemente de la duración máxima de la cobertura descrita en los párrafos anteriores, la cobertura de continuación del Beneficiario calificado terminará en la primera fecha en que:

(1) El Plan deja de proporcionar la cobertura médica grupal a alguno de los Jubilados cubiertos;

(2) La prima descrita en la Subsección h. de esta SECCIÓN 2.02 no se paga de manera oportuna;

(3) El Beneficiario calificado obtiene primero la cobertura de salud, después de la fecha de su elección de la COBRA, según otro plan grupal que no excluye o limita cualquier condición pre-existente del Beneficiario calificado; o

(4) El Beneficiario calificado adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare después de la fecha en que él o ella eligió la Cobertura de Continuación de la COBRA. "Derecho a los beneficios de Medicare" significa estar inscrito en la Parte A o la Parte B de Medicare, lo que ocurra primero.

f. **Procedimiento de elección.** Un Beneficiario calificado debe elegir la cobertura de continuación dentro de los 60 días después de cuando ocurra la última de las siguientes:

(1) La fecha del Evento que califica; o

(2) La fecha de la notificación de la Oficina del Plan en la que notifica al Beneficiario calificado acerca de su derecho a la Cobertura de Continuación de la COBRA.

Cualquier elección por un Beneficiario calificado que es un(a) Cónyuge Dependiente con respecto a la cobertura de continuación para cualquier otro Beneficiario calificado que perdería la cobertura conforme a las Normas y Reglamentos del Plan como resultado del Evento que califica será vinculante. Sin embargo, cada individuo que sea un Beneficiario calificado con respecto al Evento que califica tiene un derecho independiente para elegir la cobertura de COBRA. No elegir la cobertura de continuación para un(a) Cónyuge Dependiente resultará en que cualquier otro Beneficiario calificado recibirá un plazo de 60 días para elegir o rechazar la cobertura de COBRA.

g. **Tipos de beneficios proporcionados.** Un Beneficiario calificado recibirá la cobertura conforme a estas Normas y Reglamentos que, en el momento en que se proporciona la cobertura, es idéntica a la cobertura que se proporciona a los Dependientes de Jubilados en una situación similar con respecto a los cuales no ha ocurrido un Evento que califica. Un Beneficiario calificado tendrá la opción de tomar la "cobertura básica" solamente. La "cobertura básica" se refiere a los beneficios de salud que el Beneficiario calificado estaba recibiendo inmediatamente antes del Evento que califica, *excluyendo* los beneficios de visión.

h. **Primas.**

(1) Se cobrará una prima para la cobertura de continuación a los Beneficiarios calificados, en las cantidades establecidas por la Junta de Fideicomisarios. La prima se podrá pagar en cuotas mensuales.

(2) Cualquier prima adeudada para la cobertura durante el período antes de realizar la elección deberá pagarse dentro de los 45 días siguientes a la fecha en que el Beneficiario calificado elige la cobertura de continuación.

(3) Después del pago de la prima inicial, los pagos de las primas mensuales deben efectuarse a más tardar el primer día del mes para el que se eligió la cobertura de continuación. Hay un período de gracia de 30 días para realizar los pagos de la prima mensual. Si el pago de la cantidad adeudada no se realiza antes del final del período de gracia aplicable, su Cobertura de Continuación de la COBRA finalizará. La Junta de Fideicomisarios podrá prorrogar la fecha de vencimiento del pago de la prima.

i. **Requisitos de aviso para los Beneficiarios calificados.**

(1) Un Beneficiario calificado deberá notificar a la Oficina del Fondo por escrito acerca de cualquier Evento que califica a más tardar 60 días después de la fecha del Evento que califica o la fecha en que el Beneficiario calificado perdería la cobertura como resultado del Evento que califica.

(2) El aviso por escrito debe contener la siguiente información: nombre del Beneficiario calificado, nombre y número de identificación del Empleado Jubilado, la naturaleza del Evento que califica para el que se ha proporcionado el aviso, la fecha del Evento que califica, copia de la disolución matrimonial definitiva si el evento es un divorcio.

(3) El aviso podrá ser proporcionado por el Empleado Jubilado, el Beneficiario calificado con respecto al Evento que califica o cualquier representante que actúe en nombre del Empleado Jubilado o del Beneficiario calificado. El aviso de un individuo satisfará el requisito de notificación para todos los Beneficiarios calificados afectados por el mismo Evento que califica.

(4) No proporcionar a la Oficina del Fondo un aviso por escrito acerca de los hechos descritos en la Subsección (1) anterior, y dentro del plazo requerido, evitará que el individuo obtenga la Cobertura de Continuación de la COBRA.

j. **Requisitos de aviso para el Fondo.**

(1) A más tardar 60 días después de la fecha en que la Oficina del Fondo reciba un aviso por escrito del Beneficiario calificado, la Oficina del Fondo notificará al Beneficiario calificado por escrito acerca de sus derechos a la cobertura de continuación.

(2) El aviso por escrito del Plan a un Beneficiario calificado que es un(a) Cónyuge Dependiente será tratado como un aviso a todos los demás Beneficiarios calificados que residen con esa persona en el momento en que se efectúe la notificación.

(3) Es la responsabilidad de un Beneficiario calificado de notificar a la Oficina del Fondo acerca de cualquier cambio de domicilio.

k. **Periodo adicional de elección de la COBRA en los casos de elegibilidad para los beneficios según las Enmiendas de la Ley de Comercio de 2002.** Una persona que está

certificada por el Departamento de Trabajo (DOL) de los EE. UU. como elegible para los beneficios según las Enmiendas de la Ley de Comercio de 2002, puede ser elegible para recibir una nueva oportunidad de elegir la COBRA. Los Beneficiarios calificados que no eligieron la COBRA durante su periodo de elección, pero que luego se certificaron ante el DOL para los beneficios de la Ley de Comercio, o que reciben una pensión administrada por la Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC), pueden tener derecho a un período adicional de 60 días para elegir la COBRA a partir del primer día del mes en que fueron certificados. Sin embargo, en ningún caso este beneficio permitiría a una persona elegir la COBRA más de 6 meses después de que su cobertura terminó según el Plan.

SECCIÓN 2.03. Elección de la cobertura.

a. Cada Jubilado que se convierte en elegible tendrá la oportunidad de elegir la cobertura médica y de medicamentos recetados proporcionada directamente por el Fondo, como se describe en estas Normas y Reglamentos, o la cobertura suministrada a través de cualquier plan médico prepagado ofrecido por el Fondo. El (la) Jubilado(a) debe vivir dentro del área de servicio del plan prepagado para inscribirse en dicho plan. La cobertura seleccionada por el Jubilado se aplicará a todos los Dependientes elegibles del Jubilado.

b. Cambios en la cobertura. Los Jubilados y sus Dependientes deben permanecer en el plan seleccionado durante un mínimo de 12 meses, salvo que el Jubilado se mude fuera del área de servicio del plan prepagado o un cambio sea aprobado por la Junta de Fideicomisarios. Todo cambio en los planes será efectivo cuando ocurra el último de los siguientes: el primer día del segundo mes calendario siguiente a la fecha en que el Fondo recibe el formulario de inscripción, o la fecha en la que un plan prepagado confirma la inscripción o cancelación de la inscripción en un plan de riesgos de Medicare.

c. Los Jubilados que eligen la cobertura médica de Indemnity pueden rechazar la cobertura de visión para ellos mismos y sus Dependientes si no quieren esos beneficios. No habrá ninguna recompensa financiera del Plan por rechazar esta cobertura. Los Jubilados que no informen a la Oficina del Fondo que desean rechazar la cobertura se inscribirán automáticamente en la cobertura de visión.

ARTÍCULO 3. BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNITY PARA LOS JUBILADOS Y SUS DEPENDIENTES QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE

Los beneficios que se describen en este Artículo se pueden pagar por los Gastos cubiertos incurridos por un Individuo elegible para el tratamiento necesario médicamente de una lesión o enfermedad que no sea ocupacional y los servicios preventivos cubiertos específicamente por el Plan. Se considera que un gasto se ha incurrido en la fecha en que el Individuo elegible recibe el servicio o suministro por el cual se realiza el cargo. Estos beneficios están sujetos a todas las disposiciones del Plan que pueden limitar los beneficios o resultar en que los beneficios no se puedan pagar.

SECCIÓN 3.01. Deducible. El Plan no comenzará a pagar los beneficios del Plan Médico de Indemnity hasta que el Individuo elegible o su familia hayan satisfecho la cantidad del Deducible para el año calendario, tal como se especifica a continuación para los Proveedores contratados y no contratados. Solo los Gastos cubiertos se aplican al Deducible. Las cantidades que no se pueden

pagar por el incumplimiento del Programa de revisión de utilización del Plan o las cantidades que excedan los límites del Plan para beneficios específicos no se aplican al Deducible.

a. Cantidad del Deducible por año calendario para:

(1) Proveedores contratados - $128 por persona, sin exceder $256 por familia.

(2) Proveedores no contratados - $257 por persona, sin exceder $514 por familia.

b. Las cantidades aplicadas al Deducible para Proveedores contratados también se contarán para el Deducible para Proveedores no contratados, y cualquier cantidad aplicada al Deducible para Proveedores no contratados también se contará para la cantidad del Deducible para Proveedores contratados.

c. Solo las cantidades que se han aplicado al Deducible por persona de un individuo se aplicarán a la cantidad del Deducible familiar.

d. Excepciones al Deducible para Proveedores no contratados. El Deducible para Proveedores contratados se aplicará a los servicios de Proveedores no contratados que se describen en la SECCIÓN 3.02.c.(2) y (3) a continuación.

e. El Deducible no se aplica a las consultas médicas en línea con Proveedores contratados, siempre que el cargo no se exceda de $49 por visita.

f. El Deducible no se aplica a los servicios de evaluación prestados por Health Dynamics.

g. El Deducible no se aplica a los servicios de entrenamiento para la salud proporcionados por Trestle Tree.

SECCIÓN 3.02. Pago. Salvo que se indique lo contrario en la Subsección c. a continuación, y hasta que se satisfaga la cantidad máxima anual de gastos de bolsillo que se describe en la SECCIÓN 3.04, todos los beneficios para los Gastos cubiertos se pueden pagar como se indica a continuación, sujeto a la SECCIÓN 3.01:

a. Proveedores contratados - el 90% de la tarifa de contrato negociada.

b. Proveedores no contratados - el 70% del Cargo permitido.

c. Excepciones a los porcentajes de pago especificados en las Subsecciones a. y b.:

(1) Tratamiento de abuso de sustancias. Proveedor contratado: 100% de las tarifas de contrato para el primer tratamiento y un 90% de las tarifas de contrato para los tratamientos posteriores. Proveedor no contratado: 70% del Cargo permitido.

(2) Consultas médicas en línea con Proveedores contratados. Los beneficios se pagan de acuerdo con la SECCIÓN 3.07.k.

(3) Excepciones para el pago de Proveedores no contratados.

(a) Si un anestesiólogo o un Médico de sala de emergencias no contratado proporciona servicios en un Hospital contratado o Centro de atención contratado, el beneficio que se puede pagar es el 90% del Cargo permitido.

(b) El beneficio que se puede pagar por el servicio de ambulancia con licencia de Proveedores no contratados es el 90% del Cargo permitido.

(c) Si el servicio prestado es necesario médicamente y no está disponible con un Proveedor contratado, el beneficio que se puede pagar es el 90% del Cargo permitido.

(4) Los servicios de evaluación de Health Dynamics están cubiertos al 100%, de conformidad con la SECCIÓN 3.06.d.

(5) Los servicios de entrenamiento de salud de Trestle Tree están cubiertos al 100%, de acuerdo con la SECCIÓN 3.08.p.

SECCIÓN 3.03. Para la Atención de emergencia en un Hospital no contratado cuando el Individuo elegible no tenía otra opción en el Hospital utilizado debido a la Emergencia, el beneficio que se puede pagar es el 90% de los Cargos permitidos para servicios de sala de emergencia o servicios de hospitalización si el Paciente fue ingresado en el Hospital desde la sala de emergencia. Sin embargo, para las hospitalizaciones, el Plan podrá exigir el traslado del Paciente a un Hospital contratado con el asesoramiento de un Médico de que es médicamente seguro transferir el paciente y ha terminado el período de Emergencia aguda. Si el paciente permanece en el Hospital no contratado después del período de Emergencia aguda, el beneficio que se puede pagar será el 70% del Cargo permitido durante el período de hospitalización, después de que haya terminado el período de emergencia.

SECCIÓN 3.04. Máximo anual de gasto de bolsillo. Cada año, después de que un Individuo elegible o familia incurre en el máximo de gastos de bolsillo para los Gastos cubiertos según lo especificado a continuación en la Subsección a., el Plan pagará el 100% de los Gastos cubiertos incurridos durante el resto de ese año calendario. Solo los Gastos cubiertos se aplicarán al máximo de gastos de bolsillo. Las cantidades que no se pueden pagar por el incumplimiento de los requisitos de autorización previa del Plan o las cantidades que excedan los límites o máximos de los beneficios del Plan no serán aplicadas a la cantidad máxima de gastos de bolsillo.

a. La Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo para los Proveedores contratados es de $1,289 por persona, y no debe excederse de $2,578 por familia.

b. No hay Cantidad máxima anual de gastos de bolsillo para los cargos de Proveedores no contratados.

c. Los siguientes gastos no se contarán para la Cantidad máxima de gastos de bolsillo y no se podrán pagar al 100% después de alcanzar la Cantidad máxima de gastos de bolsillo:

(1) Las cantidades aplicadas al Deducible.

(2) Cualquier cantidad que exceda los límites del Plan para beneficios específicos, incluidos los límites del Plan para los siguientes beneficios: acupuntura, servicios de quiropráctica, prótesis auditivas, cuidado de hospicio, examen físico de rutina, centros de cirugía ambulatoria no contratados, servicios de hospitalización en Hospitales relacionados con el reemplazo de la articulación de cadera o la cirugía de reemplazo de la articulación de la rodilla, y procedimientos quirúrgicos específicos realizados de forma ambulatoria en un Hospital.

(3) Toda cantidad no cubierta por el incumplimiento del Programa de revisión de utilización del Plan.

SECCIÓN 3.05. Beneficio de hospitales y centros de atención.

a. Servicios para pacientes internados

(1) Requisito de Revisión de utilización Si un Individuo elegible debe ser hospitalizado en un Hospital o en un centro de tratamiento con hospitalización, el Médico u Hospital/Centro de atención debe obtener la Revisión previa a la admisión por parte de la Organización de revisión profesional (PRO, por sus siglas en inglés) para determinar la necesidad médica de la hospitalización en el Hospital o Centro de atención, y si es necesario médicamente, el número de días autorizados que se determinen como necesarios médicamente para la hospitalización. La Revisión previa a la admisión debe obtenerse antes de una hospitalización que no sea de emergencia en un Hospital o Centro de atención. En el caso de una hospitalización de emergencia, el Médico u Hospital/Centro de atención debe ponerse en contacto con la PRO en un plazo de 24 horas después del ingreso. Si no se obtiene la Revisión de utilización antes de la admisión o retroactivamente, los beneficios se negarán según la SECCIÓN 7.01.b.

(2) Los beneficios se pueden pagar por los cargos realizados por el Hospital por habitación y alimentación, quirófano, Medicamentos, suministros y servicios médicos prestados durante la hospitalización, incluyendo cualquier componente profesional de los servicios, incluidos los siguientes:

(a) En un Hospital no contratado, una habitación con 2 o más camas, o el cargo mínimo para una habitación de dos camas en el Hospital si se utiliza una habitación de precio superior, o unidades de cuidados intensivos cuando sea necesario médicamente. En un Hospital contratado, la tasa de contrato está cubierta.

(b) En un Hospital contratado únicamente, los medicamentos para llevar a casa dispensados por la farmacia del Hospital en el momento del alta del Individuo elegible.

(c) En un Hospital contratado únicamente, las transfusiones de sangre, incluyendo el costo de sangre no reemplazada, productos sanguíneos y procesamiento de sangre. En un Hospital no contratado, las transfusiones de sangre, pero no el costo de la sangre, productos sanguíneos y procesamiento de sangre.

(d) En un Hospital contratado únicamente, los servicios de transporte durante una hospitalización cubierta.

(e) En un Hospital contratado únicamente, los cargos de rutina de la unidad de neonatología.

(3) Un máximo de $30,000 se puede pagar por los servicios de instalaciones del Hospital asociadas con una cirugía de reemplazo de articulación de la cadera o de la rodilla.

b. Hospital ambulatorio, Centro de atención de urgencias, siempre que los servicios de las instalaciones quirúrgicas estén relacionados con la cirugía que está cubierta por el Plan. El beneficio máximo que se puede pagar y que figura a continuación se aplicará a los siguientes procedimientos cuando se reciban de forma ambulatoria en un Hospital:

(1) Colonoscopía - $1,500

(2) Artroscopia - $6,000

(3) Cirugía de cataratas - $2,000

(4) Endoscopía - $1,000

c. Centro quirúrgico ambulatorio con licencia, siempre que los servicios de instalaciones quirúrgicas están relacionados con la cirugía que está cubierta por el Plan. Hay un beneficio máximo diario de $300 para todos los servicios recibidos en un Centro quirúrgico ambulatorio no contratado.

d. Centro de enfermería especializada. Los beneficios son proporcionados hasta un máximo de 70 días por período de hospitalización en un Centro de enfermería especializada, sujeta a las siguientes condiciones:

(1) Los servicios deben ser aquellos que se proporcionan y facturan regularmente por un Centro de enfermería especializada.

(2) Los servicios deben ser coherentes con la enfermedad, lesión, grado de discapacidad y necesidades médicas del Individuo elegible, según lo determine el PRO. Los beneficios son proporcionados únicamente por el número de días requeridos para tratar la enfermedad o lesión del Individuo elegible.

(3) El Individuo elegible debe permanecer bajo la supervisión médica activa de un Médico. El Médico debe tratar la enfermedad o lesión por la cual el Individuo elegible está hospitalizado en un Centro de enfermería especializada.

(4) Un nuevo período de hospitalización comenzará después de 90 días que hayan pasado desde el fin de la última hospitalización en un Centro de enfermería especializada.

SECCIÓN 3.06. Beneficios de atención preventiva

a. Beneficio de mamografía de rutina. Los beneficios se pagan en los porcentajes descritos en la SECCIÓN 3.02 para una mamografía obtenida como un procedimiento de detección de diagnóstico, incluida la mamografía digital. Los beneficios se pagarán de conformidad con el siguiente cronograma:

(1) Para mujeres con edades de 35 a 39 años - una mamografía basal.

(2) Para mujeres mayores de 40 años - una mamografía cada año.

b. Beneficio de examen físico de rutina - Para el Jubilado y su Cónyuge únicamente, limitado a un examen físico de rutina en cualquier período de 12 meses.

Si un Jubilado o Cónyuge Dependiente se realiza un examen físico de rutina con un Médico, los beneficios se pueden pagar según los porcentajes descritos en la SECCIÓN 3.02. Este beneficio incluye todos los exámenes de laboratorio y radiografías proporcionados como parte del examen físico.

c. Colonoscopia / Sigmoidoscopia. El Fondo pagará los beneficios según los porcentajes descritos en la SECCIÓN 3.02 para la colonoscopia y la sigmoidoscopia recibidas por los Jubilados y sus Cónyuges Dependientes que se consideran en alto riesgo de cáncer de colon, cuando sea recomendado por un Médico. Hay un beneficio máximo que se puede pagar de $1,500 para una colonoscopia que se realice de forma ambulatoria en un hospital.

d. Health Dynamics. El Fondo pagará el 100% de los honorarios, hasta un máximo de $130 para los servicios de detección prestados por Health Dynamics.

SECCIÓN 3.07. Servicios profesionales cubiertos.

a. Servicios de un Médico.

b. Servicios de una enfermera registrada, incluidos:

(1) Servicios de una partera-enfermera certificada para cuidados obstétricos durante los periodos de pre-parto, parto y post-parto, proporcionados por el/la partera que ejerza bajo la dirección y supervisión de un Médico.

(2) Servicios de una enfermera practicante con licencia, siempre que él o ella está actuando dentro del ámbito legal de su licencia, los servicios se dan en lugar de los servicios de un Médico y el proveedor presta los servicios bajo la supervisión de un Médico con licencia, si la supervisión es requerida.

c. Servicios de un asistente médico con licencia, siempre y cuando los servicios se realizan bajo la supervisión de un Médico, y sujeto a los siguientes requisitos:

(1) Los servicios cubiertos están limitados a asistencia en la cirugía, exámenes físicos, administración de inyecciones, colocación menor de escayola para fracturas simples, interpretación de radiografías y cambio de apósitos.

(2) Los servicios del asistente médico deben facturarse bajo el número de identificación fiscal del Médico supervisor.

(3) Los servicios deben ser del tipo que se considerarían servicios médicos si son proporcionados por un M.D. o D.O.

(4) Solo para los Proveedores no contratados, los Gastos cubiertos están limitados como sigue:

(i) Para los servicios de asistencia en cirugía, el 85% de la cantidad que estaría permitida si los servicios fueron realizados por un Médico que actúe como un asistente de cirugía, o

(ii) Para otros servicios cubiertos, el 85% del Cargo permitido aplicable del Médico para los servicios prestados.

(5) Para los Proveedores contratados, los Gastos cubiertos están limitados a la tarifa negociada del Proveedor contratado.

d. Servicios relacionados con la anticoncepción. Los servicios profesionales ambulatorios relacionados con la anticoncepción están cubiertos en las mismas condiciones que otros servicios profesionales, incluyendo, pero no limitado a servicios en relación con la obtención o remoción de un dispositivo o implante anticonceptivo.

e. Los servicios de un fisioterapeuta registrado, siempre que los servicios estén dentro de las prácticas médicas estándar y están recetados por un Médico. Los servicios cubiertos no incluyen servicios que son principalmente educativos, relacionados con deportes, o preventivos, tales como, el acondicionamiento físico, ejercicios o regreso a la escuela.

f. Servicios de un podólogo.

g. Los servicios de un terapeuta del lenguaje con licencia, pero solo para terapia del habla que se proporciona a un Individuo elegible que tuvo un habla normal alguna vez y la perdió debido a una enfermedad o lesión.

h. Servicios de un optometrista con licencia, pero solo cuando se proporciona tratamiento necesario médicamente para los ojos, que no está cubierto por el plan de visión 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 superará un pago máximo de $35 por cada visita.

(2) Los beneficios están limitados a 20 consultas por año calendario.

j. Servicios de quiropráctica prestados a un Participante o Cónyuge Dependiente por un quiropráctico con licencia, sujeto a las siguientes limitaciones:

(1) La cantidad pagada por el Plan no superará un pago máximo de $25 por cada visita.

(2) Los beneficios están limitados a 20 consultas por año calendario.

(3) No se paga ningún beneficio por los servicios quiroprácticos prestados a los hijos Dependientes.

k. Las consultas médicas en línea proporcionadas a un Participante o un Dependiente por un Proveedor contratado se pueden pagar al 100%, sin exceder un pago máximo de $49 por cita.

SECCIÓN 3.08. Servicios y suministros adicionales cubiertos.

a. Servicios de ambulancia con licencia para transporte terrestre hacia o desde el Hospital más cercano. Los Cargos permitidos de una ambulancia aérea con licencia hacia y desde el Hospital más cercano están cubiertos si la ubicación y la naturaleza de la enfermedad o lesión hizo que el transporte aéreo sea rentable o necesario para evitar la posibilidad de complicaciones graves o pérdida de la vida. Los servicios prestados por un Técnico médico de emergencia (EMT) sin transporte de emergencia subsiguiente se pagan de acuerdo con este beneficio de Servicios de ambulancia.

b. Servicios de laboratorio y radiología de diagnóstico con sujeción a las siguientes limitaciones:

(1) Los servicios deben ser ordenados por un Médico, incluyendo las pruebas de laboratorio relacionadas con el diagnóstico de una enfermedad viral.

(2) Para los siguientes servicios ambulatorios de imagenología de diagnóstico, el Médico debe obtener la autorización previa con la Organización de revisión:

(a) CT/CTA

(b) MR/MRI

(c) Cardiología nuclear

(d) Escaneo PET

(e) Ecocardiografía

c. Radioterapia y quimioterapia.

d. Extremidades artificiales o los ojos.

e. Equipos y suministros médicos. Los cargos de alquiler están cubiertos si no exceden los Cargos permitidos del Plan o del precio de compra razonable del equipo. Los beneficios se podrán pagar si el equipo o el suministro es:

(1) Ordenado por un Médico;

(2) No se requerirá su uso después que finalice la necesidad médica;

(3) Utilizable solo por el paciente;

(4) No es principalmente para la comodidad o la higiene del Individuo elegible;

(5) No es para control ambiental;

(6) No es para ejercitarse;

(7) Fabricado específicamente para uso médico;

(8) Aprobado como tratamiento eficaz, usual y habitual para una condición según lo determine el PRO; y

(9) No tiene fines de prevención.

f. Los dispositivos anticonceptivos e implantes que requieren legalmente la prescripción de un Médico.

g. Las transfusiones de sangre, incluyendo el procesamiento de sangre y el costo de la sangre no reemplazada y los productos sanguíneos. Sangre donada, limitada a los Cargos permitidos que se cobrarían si la sangre se obtuvo de un banco de sangre.

h. Lesiones dentales. Servicios de un Médico (M.D.) o Dentista (D.D.S.) para el tratamiento de una lesión a los dientes naturales. Los servicios deben ser recibidos dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de la lesión (aplicado independientemente de cuándo el individuo se inscribió en el Plan). El daño a los dientes a causa de masticar o morder no está cubierto conforme a este beneficio.

i. Trasplantes de órganos. El Fondo cubrirá los Gastos cubiertos incurridos por el donante y el receptor del órgano cuando el receptor es un Individuo elegible. Los Gastos cubiertos en relación con el trasplante de órganos incluyen los exámenes del paciente, la obtención del órgano y su transporte, la cirugía y cargos del Hospital para el receptor y el donante, la atención de seguimiento en el hogar o en un Hospital y los medicamentos inmunosupresores, sujeto a las siguientes condiciones y limitaciones:

(1) El trasplante no se considera un procedimiento experimental o de investigación como se describe en la SECCIÓN 7.01.w;

(2) Se satisfacen las normas de certificación previa de Anthem;

(3) Los servicios proporcionados deben ser aprobados por la PRO del Fondo;

(4) El receptor del órgano o tejido es un Individuo elegible según el Plan; y

(5) Los beneficios que se pueden pagar para un donante de órgano que no es un Individuo elegible se reducirán por las cantidades pagadas o que se pueden pagar por la cobertura de salud del donante.

En ningún caso el Plan cubrirá los gastos de transporte del donante, los cirujanos o los familiares.

j. Atención médica a domicilio. Los beneficios son proporcionados de conformidad con lo dispuesto en las Subsecciones (1) y (2) a continuación:

(1) Los Gastos cubiertos incluyen:

(a) Servicios de una enfermera registrada.

(b) Servicios de un terapeuta con licencia para fisioterapia, terapia ocupacional y terapia de lenguaje.

(c) Servicios de un trabajador social médico.

(d) Servicios de un asistente de salud que está empleado por (o contratado con) una Agencia de salud en el hogar. Los servicios deben ser ordenados y supervisados por un(a) enfermera registrado(a) empleado(a) por la Agencia de salud en el hogar como un coordinador profesional.

(e) Suministros médicos necesarios proporcionados por la Agencia de salud en el hogar.

(2) Condiciones del servicio:

(a) El Individuo elegible debe estar confinado en casa bajo la supervisión médica activa de un Médico que ordene la atención médica en el hogar y que trate la enfermedad o lesión para la cual se necesita la atención.

(b) Los servicios deben ser prestados y facturados por la Agencia de salud en el hogar.

(c) Los servicios deben ser coherentes con la enfermedad, lesión, grado de discapacidad y necesidades médicas del Paciente. Los beneficios son proporcionados únicamente por el número de días requeridos para tratar la enfermedad o lesión del Individuo elegible.

(d) Los medicamentos especiales permitidos son proporcionados por los beneficios de medicamentos recetados y no están cubiertos por este beneficio de Atención médica a domicilio. Consulte el Artículo 5 para obtener información sobre la cobertura de Medicamentos recetados para los medicamentos inyectables, en infusión y de quimioterapia.

k. Cuidados de hospicio. Si un Individuo elegible tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de 6 meses o menos, los beneficios se pueden pagar para el cuidado de hospicio proporcionado por un Programa de hospicio aprobado, sujeto a las siguientes condiciones y limitaciones:

(1) Los servicios cubiertos deben ser prescritos por un Médico y se limitan a los siguientes:

(a) Servicios de enfermería por una enfermera registrada (R.N.) o un auxiliar de enfermería con licencia (L.P.N.).

(b) Servicios médicos sociales por una persona con una maestría en trabajo social.

(c) Servicios de auxiliares de salud en el hogar.

(d) Suministros médicos utilizados normalmente por los pacientes hospitalizados y proporcionados por la agencia de hospicio.

(e) Suplementos nutricionales, tales como sustitutos de dieta administrados por vía intravenosa o a través de hiperalimentación.

(f) Cuidado de relevo, no superior a 8 días.

(2) Exclusiones. No se proporcionarán beneficios para los siguientes:

(a) Transporte.

(b) Servicios de voluntarios.

(c) Comida, ropa o vivienda.

(d) Servicios prestados por los miembros del grupo familiar o amigos.

(e) Servicios de asesores financieros o legales.

l. Tratamiento de abuso de sustancias. El tratamiento de hospitalización está sujeto a la revisión previa a la admisión del Programa de revisión de utilización.

(1) Tratamiento de hospitalización, incluyendo el tratamiento residencial. Proveedor contratado: Después del deducible, el Fondo pagará el 100% de las tarifas de contrato para el primer tratamiento y el 90% de las tarifas de contrato para los programas de tratamiento subsiguientes. Proveedor no contratado: Después del deducible, el Fondo pagará el 70% del Cargo permitido

(2) Tratamiento ambulatorio (en clínicas ambulatorias o para consultas ambulatorias). Proveedor contratado: Después del deducible, el Fondo pagará el 100% de las tarifas de contrato para el primer tratamiento y el 90% de las tarifas de contrato para los programas de tratamiento subsiguientes. Proveedor no contratado: Después del deducible, el Fondo pagará el 70% del Cargo permitido

(3) Atención en la sala de emergencia. Proveedor contratado: Después del deducible, el Fondo pagará el 90% de la tarifa de contrato. Proveedor no contratado: Después del deducible, el Fondo pagará el 90% del Cargo permitido.

m. Programas de enseñanza sobre la diabetes, siempre y cuando el programa es reconocido como un programa aceptable por la Asociación Estadounidense de la Diabetes.

n. Tratamiento de salud mental. El tratamiento de hospitalización está sujeto a la revisión previa a la admisión del Programa de revisión de utilización. Todos los beneficios son pagados de la misma manera como el tratamiento médico ambulatorio y de hospitalización según el Plan.

o. Proveedores no contratados que no están registrados con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) que ofrecen servicios ambulatorios, con sujeción a las siguientes limitaciones:

(1) Los servicios deben ser necesarios médicamente

(2) La cantidad permitida por el Plan no superará un pago máximo de $100 por cada cita.

p. Entrenamiento de salud. El entrenamiento a través del programa de Trestle Tree se paga al 100% para todos los servicios relacionados con el manejo de enfermedades y bienestar.

SECCIÓN 3.09. Extensión de beneficios en el momento de la terminación. Un Individuo elegible que está recibiendo los beneficios del Plan para atención en un Hospital o Centro de enfermería especializada, o los servicios de una Agencia de salud en el hogar, en la fecha en que finaliza la cobertura debido a la pérdida de elegibilidad, continuará recibiendo los beneficios para esa atención hasta que sea dado de alta del Hospital o Centro de enfermería especializada o se complete su atención médica a domicilio.

ARTÍCULO 4. BENEFICIOS DE PRÓTESIS AUDITIVAS PARA LOS INDIVIDUOS ELEGIBLES O NO PARA MEDICARE

SECCIÓN 4.01. Tras la certificación por un Médico que un Individuo elegible tiene una pérdida auditiva, y que la pérdida se puede atenuar mediante el uso de una prótesis auditiva, el Fondo, con sujeción a las disposiciones del Plan, pagará el 100% de los Cargos permitidos incurridos, hasta un pago máximo de $800 por cada oído, para el examen, las prótesis auditivas, las reparaciones y el mantenimiento. Este es el beneficio máximo que se puede pagar en cualquier período de 3 años para todos los gastos relacionados con prótesis auditivas.

SECCIÓN 4.02. Exclusiones. No se proporcionarán beneficios para:

a. Un examen de audición sin haber obtenido una prótesis auditiva;

b. La sustitución de una prótesis auditiva por cualquier razón más de una vez durante un período de 3 años;

c. Las pilas o cualquier otro equipo auxiliar distinto al que se obtiene en la compra de la prótesis auditiva;

d. Los gastos incurridos por los que el individuo no está obligado a pagar;

e. Las prótesis auditivas para los participantes inscritos en el Kaiser Foundation Health Plan.

ARTÍCULO 5. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS PARA LOS INDIVIDUOS QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICARE

SECCIÓN 5.01. Beneficios. Si los medicamentos recetados (o insulina) son recetados por un Médico y dispensados por una Farmacia participante para un Individuo elegible, el Fondo pagará los Gastos cubiertos incurridos después de que el Individuo elegible paga el Copago requerido especificado a continuación (tenga en cuenta que ciertos medicamentos no están cubiertos y/o necesitan autorización previa):

a. En farmacia, por cada suministro de 30 días, el Copago es:

   (1) Medicamento genérico del formulario - $15.

   (2) Medicamento de marca de múltiples fuentes - $15 más la diferencia en el costo entre los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca

   (3) Medicamento de marca del formulario de fuente única - $53.

   (4) Medicamento que no está en el formulario - $80, siempre que el Medicamento ha sido autorizado previamente o no requiere autorización previa.

b. En farmacia con pedido por correo, por cada suministro de 90 días, el Copago es:

   (1) Medicamento genérico del formulario - $26.

   (2) Medicamento de marca de múltiples fuentes - $26 más la diferencia en el costo entre los medicamentos genéricos y los medicamentos de marca

   (3) Medicamento de marca del formulario de fuente única - $106.

   (4) Medicamento que no está en el formulario - $133, siempre que el Medicamento ha sido autorizado previamente o no requiere autorización previa.

c. Cualquier medicamento no incluido en el formulario que esté en la Lista de autorización previa selectiva del Administrador de beneficios de farmacia no está cubierto sin la autorización previa por parte del Administrador de beneficios de farmacia.

d. La cobertura de medicamentos recetados para los Individuos elegibles para Medicare será administrada por el Administrador de beneficios de farmacia del Plan de acuerdo con los requisitos del Plan de Exención Grupal de Empleadores (EGWP) del Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Los beneficios de medicamentos recetados descritos en este Artículo 5 no se aplicarán a los Individuos elegibles para Medicare.

e. <u>A excepción de los Copagos para medicamentos de marca para los medicamentos de marca nuevos</u>: Para cualquier medicamento de marca nuevo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), después del 1 de junio de 2012, incluidos los medicamentos inyectables y suministrados por infusión, el copago es del 50% del costo del medicamento para un mínimo de 24 meses después de que el medicamento ha sido aprobado. Sujeto a la aprobación por la Junta de Fideicomisarios, un Medicamento de marca nuevo se puede mover a los niveles del Copago descritos en los párrafos (2) a (4) en las Subsecciones a. y b. supra antes de que expire el plazo de 24 meses. Si el Comité de Farmacia y Terapéutica del Gerente de Beneficios

de Farmacia determina que el medicamento nuevo aprobado por la FDA es un medicamento que "no debe agregarse", el Copago permanecerá en 50% del costo del medicamento de manera indefinida.

f. Aprobación previa para los inhibidores de la bomba de protones (IBP) y medicamentos para el colesterol: Los IBP y medicamentos para el colesterol de marca están sujetos a la aprobación previa por el Administrador de beneficios de farmacia. Si no se obtiene la aprobación previa por el Médico tratante, el Plan no podrá pagar los beneficios. Si se recibe la aprobación previa antes del reabastecimiento de una receta para un IBP o medicamento para el colesterol de marca, se aplicará el nivel de Copago para Medicamentos de marca de múltiples fuentes como se describe en el párrafo (2) en las subsecciones a. y b. anteriores. Los participantes deben utilizar la terapia de pasos definidos del Administrador de beneficios de farmacia antes de que el Plan pague los beneficios para los IBP y medicamentos para el colesterol de marca.

SECCIÓN 5.02. Gastos cubiertos. Los Gastos cubiertos incluyen los siguientes Medicamentos y Suministros proporcionados por un Farmacéutico, Médico u Hospital con licencia:

a. Los medicamentos recetados por un Médico autorizado por la ley para administrar Medicamentos.

b. Insulina y suministros para diabéticos necesarios médicamente. Los productos en plumas para la administración de insulina (excepto las jeringas precargadas) están cubiertos solo en las siguientes circunstancias y sujeto a la autorización previa del Administrador de beneficios de farmacia:

   (1) Los Individuos elegibles que son ciegos o que tienen algún impedimento físico que les impide utilizar el frasco y la jeringa de insulina.

   (2) Los Individuos elegibles que necesitan un régimen intensivo de insulina que les obliga a inyectarse insulina al menos tres veces al día y verificar sus niveles de azúcar en la sangre al menos dos veces al día.

   (3) Dependientes menores de 19 años de edad.

   (4) Los participantes que necesiten inyectarse en el trabajo.

c. Medicamentos, insulina o suministros para diabéticos necesarios médicamente (1) que se suministran al Paciente en el consultorio del Médico, y (2) para los cuales se realizó un cargo separado al cargo para cualquier otra partida de gasto.

d. Cargos realizados por un Hospital para Medicamentos, insulina o suministros para diabéticos necesarios médicamente, que son para uso fuera del Hospital en relación con el tratamiento recibido en el Hospital, siempre que, con respecto a los Medicamentos, sean recetados por un Médico autorizado por la ley para administrar Medicamentos.

e. Las vitaminas prenatales que contienen flúor o ácido fólico.

f. Los Medicamentos especiales, según lo definido por el Administrador de beneficios de farmacia, están sujetos a los siguientes requisitos:

   (1) Los medicamentos especiales solo están disponibles en la farmacia de pedidos por correo del Administrador de beneficios de farmacia. Los Medicamentos especiales no serán proporcionados por una farmacia participante minorista y no estarán cubiertos por el Plan Médico de Indemnity, excepto para ciertos Medicamentos necesarios en una

situación de emergencia; estos Medicamentos son productos de heparina de bajo peso molecular que se utilizan para los coágulos de sangre y después de cirugías de reemplazo de cadera.

(2) Copagos y límites de suministro. El límite de suministro diario para cada pedido de recetas es de 30 días. Los Copagos son los Copagos de farmacias minoristas especificados en la SECCIÓN 5.01.a.

SECCIÓN 5.03. Exclusiones. No se proporcionarán beneficios para:

a. Los Medicamentos tomados o administrados, mientras el paciente se encuentra hospitalizado.

b. Los medicamentos patentados que no se ajusten a la definición de "Medicamentos" establecida en la SECCIÓN 1.19, excepto la insulina, los kits de inyección de insulina, y aquellos elementos indicados como "Gastos cubiertos" en la SECCIÓN 5.02.

c. Equipos, dispositivos, vendas, lámparas de calor, aparatos ortopédicos, férulas y otros suministros o equipos.

d. Vitaminas (excepto las vitaminas prenatales que contienen flúor o ácido fólico), cosméticos, suplementos dietéticos, ayudas de salud y belleza.

e. Los cargos por medicamentos recetados que contengan más de un suministro de 30 días para la compra al por menor, o más de 90 días de suministro de medicamentos adquiridos a través del programa de pedido de medicamentos por correo del Fondo.

f. Medicamentos para la infertilidad.

g. Agentes de vacunación, gotas nasales u otros preparativos nasales.

h. Medicamentos para dejar de fumar.

i. Supresores del apetito, o cualquier otro medicamento para perder peso.

j. Medicamentos recetados para el crecimiento del cabello o cualquier medicamento recetado para fines cosméticos.

k. Cualquier medicamento que no sea necesario médicamente para el cuidado o tratamiento de una enfermedad o lesión.

l. Cualquier medicamento obtenido en una farmacia no participante si el Individuo elegible reside dentro de 10 millas de una farmacia participante.

m. Medicamentos de reemplazo resultantes de la pérdida, robo o rotura.

n. Reabastecimientos de recetas dispensados después de 1 año de la fecha original de dispensación.

o. Medicamentos inyectables para la disfunción sexual. Los demás medicamentos para la disfunción sexual están limitados a la cantidad cubierta.

p. Medicamentos sin indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). El uso alternativo de medicamentos recetados (para una indicación distinta a la descrita en la etiqueta del medicamento aprobada por la FDA) se permitirá si

primero se obtiene la aprobación previa del Administrador de beneficios de farmacia.

q. Los medicamentos utilizados para indicaciones experimentales y/o regímenes de dosificación determinados como experimentales o de investigación; cualquier medicamento o terapia de investigación o no comprobado.

r. La tercera compra de un medicamento de mantenimiento a largo plazo en una farmacia. Después de la segunda compra de un medicamento de mantenimiento a largo plazo en una farmacia, el medicamento se debe comprar a través de la farmacia de pedidos por correo del Administrador de beneficios de farmacia.

s. Siempre que el Plan emita un aviso a un Individuo elegible, una sola farmacia se puede designar como el único proveedor para dispensar una o más clases de medicamentos recetados a un Participante y/o Dependiente. Los medicamentos dispensados por las farmacias distintas a las indicadas en ese aviso están excluidos.

t. Preparaciones de compuestos dermatológicos recetados por un Médico.

SECCIÓN 5.04. Definiciones. A los fines de este Artículo, se aplican las siguientes definiciones:

a. Farmacia participante. El término "Farmacia participante" significa una farmacia que tiene un contrato con el Administrador de beneficios de farmacia del Fondo para proporcionar medicamentos recetados a los Individuos elegibles.

b. Farmacia no participante. "Farmacia no participante" significa una farmacia que no tiene un contrato con el Administrador de beneficios de farmacia del Fondo para proporcionar medicamentos recetados a los Individuos 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" es un medicamento de marca que tiene un equivalente genérico.

e. "Medicamento de marca del formulario de fuente única" significa un medicamento de marca que no tiene un equivalente genérico y está en el Formulario.

ARTÍCULO 6. BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS DE MEDICARE PARA LOS JUBILADOS Y SUS DEPENDIENTES QUE SON ELEGIBLES PARA MEDICARE

Los Beneficios complementarios de Medicare según el presente Artículo se pagarán después de que el Individuo elegible ha satisfecho la cantidad del deducible de $128 para el año calendario.

SECCIÓN 6.01. Beneficios de Hospital. Si un Individuo elegible que sea elegible para Medicare es hospitalizado en un Hospital y Medicare puede pagar los beneficios para la hospitalización, el Plan pagará una cantidad igual al Deducible de la Parte A de Medicare para los primeros 60 días de cada período de beneficio de Medicare.

SECCIÓN 6.02. Beneficios médicos complementarios para servicios distintos a los servicios ambulatorios en hospitales o centros de atención. Si un Individuo elegible recibe tratamiento

médico, servicios o suministros médicos del tipo para los cuales se proporcionan beneficios de la Parte B de Medicare, el Fondo pagará:

a. El 20% del cargo permisible máximo de Medicare al que se incurra, si el proveedor no acepta la cesión de beneficios de Medicare; o

b. El 20% de los cargos permisibles de Medicare, si el proveedor acepta la cesión de beneficios de Medicare.

c. El 20% de la tarifa negociada del Proveedor contratado si es inferior al cargo permisible de Medicare (solo para los Proveedores contratados de California).

SECCIÓN 6.03. Beneficios médicos complementarios para servicios ambulatorios en hospitales o centros de atención. Si el Individuo elegible recibe tratamiento médico o quirúrgico de manera ambulatoria en un hospital o centro de atención del tipo para los cuales se proporcionan beneficios de la Parte B de Medicare, el Fondo pagará el resto del cargo permisible de Medicare para el Hospital o Centro de atención después del pago de Medicare.

SECCIÓN 6.04. Beneficios médicos complementarios para los individuos que han firmado un contrato privado con un proveedor que no participa en Medicare. Si el Individuo elegible firma un contrato privado con un proveedor de atención médica que no está participando en Medicare y que por lo tanto, tiene prohibido facturar a Medicare por los servicios prestados a los beneficiarios de Medicare, los beneficios del Fondo según la SECCIÓN 6.02.a. estarán limitados al 20% de la cantidad que Medicare habría permitido si el proveedor fuese un proveedor participante de Medicare.

SECCIÓN 6.05. Beneficios de medicamentos recetados para los individuos que son elegibles para medicare

a. La cantidad de Deducible individual para los medicamentos recetados cubiertos es de $360 por año calendario.

b. En la etapa de cobertura inicial de la Parte D de Medicare:

(1) Medicamentos genéricos:

(a) $10 de copago por receta para un suministro de hasta 31 días cuando se reabastece en una farmacia de la red minorista.

(b) $20 de copago por receta para un suministro de hasta 90 días cuando se reabastece en una farmacia de pedido por correo.

(2) Medicamentos de marca del Formulario:

(a) $40 de copago por receta para un suministro de hasta 31 días cuando se reabastece en una farmacia de la red minorista.

(b) $80 de copago por receta para un suministro de hasta 90 días cuando se reabastece en una farmacia de pedido por correo.

(3) Medicamentos de marca que no están en el Formulario:

(a) $60 de copago por receta para un suministro de hasta 31 días cuando se reabastece en una farmacia de la red minorista.

(b) $120 de copago por receta para un suministro de hasta 90 días cuando se reabastece en una farmacia de pedido por correo.

(4) Medicamentos de especialidad:

25% de coseguro del paciente (ajustado anualmente de conformidad con las reglas de cobertura de la Parte D)

c. En la etapa de brecha de la cobertura de la Parte D de Medicare:

	Coseguro del paciente para medicamentos genéricos	Coseguro del paciente para medicamentos de marca
2016	58%	45%
2017	51%	40%
2018	44%	35%
2019	37%	30%
2020 y después	25%	25%

d. En la etapa de cobertura catastrófica de la Parte D de Medicare:

(1) Medicamentos genéricos:

La cantidad de copago está determinada por la Parte D de Medicare ($2.95 de copago en 2017) o 5% del costo total del medicamento, sin exceder el copago de la etapa inicial de la cobertura.

(2) Medicamentos de marca:

La cantidad de copago está determinada por la Parte D de Medicare ($7.40 de copago en 2017) o 5% del costo total del medicamento, sin exceder el copago de la etapa inicial de la cobertura.

e. Medicamentos excluidos:

El Fondo no ofrecerá beneficios de la Parte D de Medicare para los medicamentos o clases de medicamentos excluidos.

ARTÍCULO 7. EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y REDUCCIONES

SECCIÓN 7.01. Gastos excluidos. El Fondo no proporcionará beneficios para:

a. Las cantidades en exceso de los Cargos permitidos o cualquiera de los servicios no se consideran habituales y razonables.

b. Los servicios que no se indican específicamente en este Plan como servicios cubiertos, o los servicios que no sean necesarios medicamente.

c. Los servicios para los cuales el Individuo elegible no está legalmente obligado a pagar. Los servicios para los cuales no se hará cargo alguno al Individuo elegible. Servicios para los cuales no se hará cargo alguno al Individuo elegible en la ausencia de cobertura de seguro u otra cobertura de indemnización, excepto los servicios recibidos en un hospital de

investigación de beneficencia no gubernamental, el cual debe cumplir las siguientes directrices:

(1) Debe ser conocido internacionalmente que se dedica principalmente a la investigación médica;

(2) Al menos el 10% de su presupuesto anual se debe gastar en investigaciones no relacionadas directamente con el cuidado de pacientes;

(3) +Al menos un tercio de sus ingresos brutos debe provenir de donaciones o subvenciones distintas a regalos o pagos para el cuidado de pacientes;

(4) Debe aceptar pacientes que no puedan pagar; y

(5) Las dos terceras partes de sus pacientes deben tener condiciones directamente relacionadas con la investigación del Hospital.

d. Enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Sin embargo, el Plan pagará los beneficios en nombre de un Individuo elegible que haya sufrido una lesión o enfermedad ocupacional sujeta a las siguientes condiciones:

(1) El Individuo elegible firma un acuerdo para presentar diligentemente su reclamación para los beneficios de indemnización por accidentes laborales o por cualquier otro beneficio de indemnización ocupacional disponible;

(2) El Individuo elegible se compromete a reembolsar al Fondo cualquier beneficio pagado en su nombre al consentir con un gravamen en contra de cualquier beneficio de indemnización ocupacional recibido a través de la adjudicación, liquidación o de otra manera; y

(3) El Individuo elegible coopera con el Fondo o su representante designado al tomar las medidas razonablemente necesarias para obtener el reembolso, a través de acciones legales o de otra forma, para los beneficios pagados por la lesión o enfermedad ocupacional del Individuo elegible.

e. Las condiciones causadas o que surjan de un acto de guerra o una invasión armada.

f. Los servicios prestados mientras un Individuo elegible es hospitalizado en un Hospital operado por el Gobierno de los Estados Unidos o una agencia del Gobierno de los Estados Unidos, excepto que el Plan, en la medida requerida por la ley, le reembolsará a un hospital de la Administración de Veteranos (VA) por el cuidado de una discapacidad no relacionada con el servicio, si el Plan cubriría normalmente el cuidado si la VA no estuviese involucrada.

g. La atención infantil de rutina del hijo(a) recién nacido Dependiente en un Centro de atención contratado.

h. Los servicios proporcionados por un naturópata o cualquier otro proveedor que no satisfaga la definición de Médico.

i. Servicios profesionales recibidos de una enfermera registrada o fisioterapeuta que vive en la casa del Individuo elegible o que esté relacionado con el Individuo elegible por sangre o matrimonio.

j. Atención de custodia o curas de reposo. Los servicios prestados por una casa de descanso, un hogar para ancianos, un asilo o cualquier centro similar.

k. Servicios educativos, suministros o equipos, incluyendo, pero no limitado a las computadoras, dispositivos informáticos/software, impresoras, libros, tutoría o intérpretes, ayudas visuales, terapia visual, ayudas auditivas o del habla/sintetizadores, ayudas auxiliares, tales como tableros de comunicación, sistemas de escucha, dispositivos/programas/servicios para entrenamiento conductual incluyendo programas de intervención intensiva para el cambio de comportamiento y/o retrasos en el desarrollo o habilidades de percepción auditiva o escucha/aprendizaje, programas/servicios para remediar o mejorar la concentración, memoria, motivación, lectura o autoestima, etc., educación especial y los costos asociados en relación con la educación en lenguaje de signos para un paciente o familiares, y los dispositivos médicos de seguimiento/identificación implantables.

l. Las placas dentales, puentes, coronas, fundas dentales u otras prótesis dentales, servicios dentales, extracción de dientes o tratamiento para los dientes o las encías distinto al tratamiento para los tumores, excepto como se disponga específicamente en la SECCIÓN 3.08.h.

m. Los servicios de un optometrista, salvo lo expresamente indicado en la SECCIÓN 3.07.h., la terapia de la visión incluyendo ortóptica, exámenes oculares de rutina y refracciones de los ojos de rutina. Anteojos y lentes de contacto. Cualquier cirugía para corrección de miopía o cualquier otra cirugía ocular refractiva.

n. Cirugía estética u otros servicios de embellecimiento, excepto para corregir los trastornos funcionales o para condiciones resultantes de una lesión o cirugía reconstructiva después de una mastectomía.

o. Zapatos ortopédicos (excepto cuando tengan soportes) o plantillas (excepto para la ortesis personalizada), purificadores de aire, acondicionadores de aire, humidificadores, equipos de ejercicio y suministros para comodidad, higiene o embellecimiento.

p. Servicios para los cuales los beneficios se pueden pagar según cualquier otro programa proporcionado por el Fondo.

q. En adición a cualesquiera otras limitaciones generalmente aplicables a este Plan o sus disposiciones sobre la coordinación de beneficios, cuando este Plan, como secundario, esté coordinando los beneficios con otro plan que ha firmado un acuerdo de proveedores preferidos con un proveedor médico u hospital, este Plan no pagará más de la diferencia entre:

(1) El menor de:

(a) Los cargos normales facturados para los gastos por el proveedor; o

(b) la tarifa de contrato para ese gasto según el acuerdo de proveedores preferidos entre el proveedor y el Plan, con el cual el Plan esté coordinando la atención, y

(2) La cantidad que el otro plan paga como "primario".

r. Asesoría nutricional o suplementos o sustitutos alimenticios, excepto en los casos específicamente previstos en la SECCIÓN 3.08.m.

s. Terapia de lenguaje o terapia ocupacional (salvo en el caso de una persona que tenía la voz normal en un tiempo, pero la perdió debido a una lesión o enfermedad, o tratamiento de rehabilitación después de un derrame cerebral o lesión).

t. Los gastos para el tratamiento de la infertilidad, junto con servicios para inducir el embarazo y las complicaciones resultantes de esos servicios, incluyendo, pero no limitado a: servicios, medicamentos recetados, procedimientos o dispositivos para lograr la fertilidad, fecundación in vitro, transferencia tubárica, inseminación artificial, transferencia de embriones, transferencia de gametos, transferencia de cigoto, madre/padre sustituta(o), donación de óvulos/esperma u otros cargos, crioalmacenamiento de óvulos/esperma, adopción, trasplante de ovario, gastos de donantes para infertilidad, implantes fetales, servicios de reducción fetal, procedimientos quirúrgicos de fecundación y reversión de la esterilización.

u. Hipnotismo, biorretroalimentación, manejo del estrés, y cualquier terapia de modificación de la conducta orientada a metas, tales como dejar de fumar, perder peso, o controlar el dolor.

v. Servicios no quirúrgicos principalmente para la pérdida de peso.

w. Servicios y suministros relacionados con procedimientos de investigación o experimentales. Para efectos de esta Exclusión, el término "procedimiento experimental o de investigación" se refiere a un fármaco o dispositivo, tratamiento o procedimiento médico si:

(1) El fármaco o dispositivo no se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos, y la aprobación para la comercialización no se ha llevado a cabo en el momento en que se proporciona el fármaco o dispositivo;

(2) El fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado con el fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fue examinado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional del centro tratante o el ente que cumpla una función similar, o si la ley federal exige dicha revisión o aprobación;

(3) "Prueba confiable" indica que el fármaco, dispositivo, procedimiento o tratamiento médico es el sujeto de ensayos clínicos continuos de fase I o fase II, es el brazo de investigación, experimental o de estudio de ensayos clínicos continuos de fase III, o se encuentra bajo estudio para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, o eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico; o

(4) La "Prueba confiable" muestra que la opinión predominante entre los expertos con respecto al fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que otros estudios o ensayos clínicos son necesarios para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, o eficacia en comparación con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico.

A efectos de esta exclusión, “Prueba confiable” se refiere solo a los informes y artículos publicados en literatura médica y científica acreditada y revisada por pares; el protocolo o los protocolos escritos utilizados por el centro tratante o el protocolo(s) de otro centro que estudie sustancialmente el mismo fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado por escrito utilizado por el centro tratante o por otro centro que estudie sustancialmente el mismo fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

x. Reclamaciones presentadas más de 12 meses desde la fecha del servicio.

y. Enfermedad, lesión, u otra condición por la cual un tercero (o terceros) es o puede ser responsable legalmente por razón de un acto, omisión, o la cobertura del seguro de ese tercero o terceros a menos que el Individuo elegible cumpla con la SECCIÓN 7.02.

z. Servicios que son de rehabilitación en su naturaleza.

aa. Reembolso para el porcentaje de la cantidad que se habría pagado de conformidad con los pagos permitidos de Medicare para los gastos de Hospital no contratado, Centro de atención no contratado y otros Proveedores no contratados que no hayan realizado su inscripción en el programa de Medicare o no hayan presentado una declaración jurada a Medicare expresando su decisión de excluirse del programa de Medicare, excepto según esté dispuesto expresamente.

SECCIÓN 7.02. Responsabilidad de terceros.

a. Si un Individuo elegible tiene una enfermedad, lesión, u otra condición por la cual un tercero (o terceros) puede ser responsable o es legalmente responsable por razón de un acto, omisión, o la cobertura del seguro de ese tercero o terceros (referidos colectivamente como "tercero responsable"), el Fondo no será responsable de pagar cualquiera de los beneficios. Sin embargo, en la ejecución y entrega al Fondo de todos los documentos que exige para asegurar el derecho de reembolso del Plan, incluyendo, sin limitación a un Acuerdo de reembolso, el Fondo puede pagar los beneficios a cuenta de gastos de hospital, médicos u otro tipo de gastos en relación o que surjan de esa enfermedad, lesión u otra condición. El Fondo dispondrá de todos los derechos enunciados en el presente documento.

b. Primero se reembolsará al Fondo, antes de cualquier otra reclamación, por el 100% de los beneficios pagados por el Fondo de cualquier recuperación recibida por medio de sentencia, laudo arbitral, veredicto, liquidación o de otra fuente por el Individuo elegible o por cualquier otra persona o parte para el Individuo elegible, de conformidad con dicha enfermedad, lesión, u otra condición, incluida la recuperación de cualquier cobertura para automovilistas sub-asegurados o sin seguro u otros seguros, incluso si la sentencia, veredicto, adjudicación, liquidación o cualquier recuperación no hace que el Individuo elegible tenga cobertura por la totalidad o no incluye específicamente los gastos médicos. El Fondo deberá recibir el reembolso de dicha recuperación sin deducción alguna por concepto de honorarios legales incurridos o pagados por el Individuo elegible. El Individuo elegible y/o su abogado deben comprometerse a no renunciar ni menoscabar cualquiera de los derechos del Fondo sin el consentimiento por escrito. Además, el Fondo recibirá el reembolso por los honorarios legales incurridos o pagados por el Fondo para asegurar el reembolso de dicho beneficio pagado por el Fondo.

c. Si el Fondo paga beneficios a causa de dicha enfermedad, lesión, u otra condición, el Fondo también tendrá un gravamen automático y/o fideicomiso constructivo en esa porción de cualquier recuperación obtenida por el Individuo elegible o por cualquier otra persona o parte para el Individuo elegible por dicha enfermedad, lesión, u otra condición que se adeude para dichos beneficios pagados por el Fondo, incluso si la sentencia, veredicto, adjudicación, liquidación o cualquier recuperación no hace que el Individuo elegible tenga cobertura por la totalidad o no incluye específicamente los gastos médicos. Dicho gravamen puede presentarse con el Individuo elegible, su agente, compañía de seguros, cualquier otra persona o parte que tenga dicha recuperación para el Individuo elegible, o el tribunal; y ese gravamen será satisfecho de cualquier recuperación recibida por el Individuo elegible, independientemente de si está clasificada, cedida, o retenida.

d. Si el reembolso no se efectúa como se especifica, el Fondo, a su discreción, podrá tomar cualquier acción legal y/o equitativa para recuperar la cantidad que se pagó por la enfermedad, lesión, u otra condición del Individuo elegible (incluidos los gastos legales incurridos o pagados por el Fondo) y/o puede compensar los pagos futuros de beneficios por la cantidad de dicho reembolso (incluidos los honorarios legales incurridos o pagados por el Fondo). El Fondo, a su discreción, podrá dejar de pagar los beneficios, si hay una base razonable para determinar que el Individuo elegible no va a cumplir con los términos del Plan, o hay una base razonable para determinar que esta Sección no es aplicable.

e. Al aceptar los beneficios del Fondo, el Individuo elegible también acuerda:

(1) Presentar cualquier reclamación por daños y perjuicios diligentemente;

(2) Informar al Fondo rápidamente cuando se realice una reclamación contra el tercero responsable con respecto a cualquier pérdida para la cual los beneficios del Fondo han sido o serán pagados a causa de una enfermedad, lesión, u otra condición causada por el tercero responsable;

(3) Los derechos de reembolso del Fondo serán considerados como una reclamación de primera prioridad contra otra persona o entidad, que se deberá reembolsar antes de cualquier otro tipo de reclamaciones, incluidas las reclamaciones por daños y perjuicios generales;

(4) Cooperar y ayudar al Fondo a obtener el reembolso de los pagos efectuados, y abstenerse de cualquier acto u omisión que pudiera obstaculizar cualquier reembolso;

(5) Proporcionar al Fondo toda la información pertinente o los documentos solicitados;

(6) Dar su consentimiento para el gravamen y/o fideicomiso constructivo que existirá a favor del Fondo cuando el Individuo elegible recupere todos los fondos contra el tercero responsable;

(7) Mantener el producto de cualquier arreglo, veredicto, sentencia u otra recuperación en fideicomiso para beneficio del Fondo, y que el Fondo tendrá derecho a recuperar los honorarios razonables de abogados incurridos en el cobro del reembolso de los beneficios adeudados;

(8) Ejecutar los documentos necesarios para asegurar el reembolso;

(9) No ceder cualquier derecho o causa de acción que el Individuo elegible puede tener contra el tercero responsable para recuperar los gastos médicos sin el consentimiento expreso por escrito del Fondo;

(10) El Fondo tiene derecho a intervenir, independientemente del Individuo elegible, en cualquier acción legal entablada contra el tercero o cualquier compañía aseguradora , incluida la compañía aseguradora del Individuo elegible para la cobertura de conductores no asegurados;

(11) El derecho del Fondo del primer reembolso no se verá afectado, reducido o eliminado por el principio de restitución completa, culpa comparativa o diligencia reguladora o la doctrina del fondo común;

(12) Constituirá un incumplimiento inmediato del acuerdo y un incumplimiento de los términos del Plan, si dentro de los 30 días después de la recuperación del tercero

responsable o asegurador, el Individuo elegible no acepta reembolsar al Fondo de acuerdo con la presente SECCIÓN 7.02, y pagar el monto del reembolso. Si el Individuo elegible incumple el acuerdo y/o no cumple con esta SECCIÓN 7.02, la cantidad de los beneficios pagados por el Fondo que están relacionados con la enfermedad, lesión, u otra condición, será exigible y se deberá pagar inmediatamente junto con los intereses, y todos los costos de cobranza, incluyendo los honorarios razonables de abogados y costos judiciales.

f. Si el Individuo elegible no recibe ningún pago de un tercero para reembolsar por la enfermedad, lesión, o condición causada por el tercero responsable, el Individuo elegible no tiene que reembolsar al Fondo por los beneficios pagados adecuadamente al Individuo elegible. Si el Individuo elegible recibe el pago del tercero responsable, el Individuo elegible no tiene que pagar al Fondo más de la cantidad que el tercero responsable pagó al Individuo elegible.

SECCIÓN 7.03. Coordinación de los beneficios. Si un Individuo elegible tiene derecho a los beneficios de otro plan grupal para gastos de atención médica u hospitales para los cuales los beneficios también son exigibles según este Plan, los beneficios proporcionados por el Plan se pagarán de conformidad con las siguientes disposiciones, sin exceder la cantidad de los beneficios que se habrían pagado en ausencia de otra cobertura grupal o del 100% de los Gastos cubiertos incurridos efectivamente por el Individuo elegible.

a. Los beneficios del Plan que cubre a la persona como un participante, empleado o suscriptor, siempre se determinan antes que los beneficios de un plan que cubre a la persona como un dependiente (excepto cuando se aplican las disposiciones de pagador secundario de Medicare). Esta disposición se aplica a cualquier hijo(a) Dependiente que está cubierto por otro plan como un participante, empleado o suscriptor y sustituye a cualesquiera otras disposiciones de la presente SECCIÓN 7.03 en relación con los hijos Dependientes.

b. Si el Individuo elegible es el/la Cónyuge Dependiente de un Jubilado, los beneficios del Fondo se pagarán para los gastos elegibles no cubiertos por el otro plan grupal.

c. Si el Individuo elegible para quien se realiza una reclamación es un hijo(a) Dependiente cuyos padres no están separados o divorciados, o cuyos padres están divorciados y tienen la custodia conjunta, los beneficios del Plan grupal que cubre al Individuo elegible como hijo(a) Dependiente de un padre/madre, cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, ocurre más temprano en el año calendario, serán determinados antes que los beneficios del Plan grupal que cubre a ese Individuo elegible como hijo(a) Dependiente de un padre/madre cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, se produce más tarde en el año calendario. Si ninguno de los planes grupal tiene las disposiciones de esta norma con respecto a los Dependientes, lo que se traduce en que cada plan grupal determina sus beneficios antes del otro o en que cada plan grupal determina sus beneficios después del otro, las disposiciones de esta norma no serán aplicables, y la norma establecida en el Plan que no tiene las disposiciones de esta norma determinará el orden de los beneficios.

d. En el caso de un Individuo elegible para quien se realiza una reclamación como hijo(a) Dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el padre/madre que tiene la custodia del menor no se ha vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubre al hijo(a) como Dependiente del padre/madre que tiene la custodia del menor serán determinados antes que los beneficios de un plan que cubre al hijo(a) como Dependiente del padre/madre sin la custodia.

e. En el caso de un Individuo elegible para quien se realiza una reclamación como hijo(a) Dependiente cuyos padres están divorciados y el padre/madre que tiene la custodia del menor se ha vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubre al hijo(a) como Dependiente del

padre/madre que tiene la custodia serán determinados antes que los beneficios de un plan que cubre al hijo(a) como Dependiente del padrastro/madrastra, y los beneficios de un plan que cubre al menor como Dependiente del padrastro/madrastra serán determinados antes que los beneficios de un plan que cubre a ese hijo(a) como Dependiente del padre/madre sin la custodia.

f. En el caso de un Individuo elegible para quien se realice la reclamación como un hijo(a) Dependiente cuyos padres están separados o divorciados, cuando exista una sentencia de un tribunal que, de lo contrario, establecería la responsabilidad financiera por los gastos médicos, dentales u otros gastos de atención de la salud con respecto al hijo(a), por consiguiente, no obstante lo dispuesto en las normas d. y e. anteriormente, los beneficios de un plan que cubre al hijo(a) como Dependiente del padre/madre con la responsabilidad financiera serán determinados antes que los beneficios de cualquier otro plan que cubre al hijo(a) como Dependiente.

g. Cuando las normas a., b., c., d., e., o f. no establecen un orden para la determinación de los beneficios, los beneficios del Fondo se proporcionarán sin reducción, si el Individuo elegible ha mantenido su elegibilidad de manera continua para los beneficios de este Fondo por un periodo más largo al que él o ella hubiese sido elegible continuamente para los beneficios del otro plan grupal, siempre que:

(1) Los beneficios de un plan grupal que cubre al Individuo elegible sobre quien se base la reclamación de los gastos como un empleado en cesantía o jubilado, o el Dependiente de esa persona, se determinarán después de los beneficios de cualquier otro plan grupal que cubra a esa persona como un empleado activo distinto a un empleado en cesantía o jubilado, o dependiente de un empleado activo; y

(2) Si ninguno de los planes grupal tiene una disposición relativa a los empleados en cesantía o jubilados, lo que se traduce en que cada plan grupal determina sus beneficios después del otro, entonces la disposición (1) anterior no será aplicable.

h. **Coordinación con planes prepagados**. Independientemente de que este Plan puede ser considerado primario o secundario según sus disposiciones sobre la coordinación de beneficios, en el caso de que un Individuo elegible (i) tiene cobertura bajo la parte de indemnización de este Plan, y (ii) tiene cobertura bajo un programa prepagado según otro plan grupal (independientemente de si el Individuo elegible debe pagar una parte de la prima para ese plan), y (iii) utiliza el programa prepagado para los servicios que también están cubiertos por este Plan, entonces este Plan solo reembolsará los copagos requeridos del Individuo elegible según el plan prepagado, y solo si los copagos son requeridos a cada persona cubierta por ese programa. Salvo en el caso de los copagos especificados anteriormente, el Plan no pagará los gastos de empleados elegibles o sus Dependientes cubiertos por programas prepagados de otros planes. Para los efectos de este plan, el término "programa prepagado" incluirá a las organizaciones de mantenimiento de la salud, asociaciones de prácticas individuales y cualquier otro programa que la Junta, a su exclusivo criterio, considere como esencialmente similar a estos acuerdos prepagados.

i. **Coordinación con los planes de proveedores preferidos.** Cuando este Plan, como secundario, esté coordinando los beneficios con otro plan que ha firmado un acuerdo de proveedores preferidos con un proveedor médico u hospital, este Plan no pagará más de la diferencia entre:

(1) El menor de:

(a) Los cargos normales facturados para los gastos por el proveedor; o

(b) la tarifa de contrato para ese gasto según el acuerdo de proveedores preferidos entre el proveedor y el Plan, con el cual el Plan esté coordinando la atención, y

(2) La cantidad que el otro plan paga como "primario".

SECCIÓN 7.04. Coordinación con Medicaid. Los pagos realizados por este Plan para los beneficios con respecto a un Individuo elegible se proporcionarán en cumplimiento de la cesión de derechos efectuada por o en nombre de un Individuo elegible según lo requerido por el plan para asistencia médica de California aprobado según el Título XIX, Sección 1912(a)(1)(A) de la Ley de Seguridad Social (Medicaid).

Cuando el Estado haya realizado el pago según Medicaid para recibir asistencia médica en cualquier caso en que este Plan tiene una responsabilidad legal de realizar el pago de dicha asistencia, el pago de los beneficios se efectuará en conformidad con cualquier ley estatal que establezca que el Estado ha adquirido los derechos con respecto a un Individuo elegible para el pago de dicha asistencia. En ningún caso el pago será realizado por este Plan, según esta disposición, para reclamaciones presentadas más de un año a partir de la fecha en que se incurrieron los gastos. El reembolso al Estado, como cualquier otra entidad que ha efectuado el pago de la asistencia médica cuando este Plan tiene una responsabilidad legal para hacer el pago, será igual a los beneficios del Plan o la cantidad realmente pagada, el que sea menor.

ARTÍCULO 8. DISPOSICIONES GENERALES

SECCIÓN 8.01.

a. El Fondo pagará todos los beneficios al Jubilado a medida que los acumule, tras la recepción de la prueba escrita, que sea satisfactoria para el Fondo, la cual cubra la ocurrencia, el carácter y el alcance del evento para el que se paga la reclamación. La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho exclusivo y la discreción para interpretar el Plan y es el único juez del estándar de prueba requerido en cualquier reclamación y la aplicación e interpretación del Plan. Cualquier controversia en cuanto a la elegibilidad, el tipo, la cantidad o la duración de los beneficios o cualquier derecho o reclamación para los pagos del Fondo será resuelta por la Junta o su representante debidamente autorizado según y de conformidad con las disposiciones del Plan y el Acuerdo Fiduciario, y su decisión será definitiva y vinculante para todas las partes, sujeto solo a la revisión judicial que pueda estar en armonía con la ley federal del trabajo.

b. Los formularios de la prueba de la reclamación, así como otros formularios, y el método de administración y procedimiento serán determinados únicamente por el Fondo.

SECCIÓN 8.02.

a. Salvo en la medida en que se disponga expresamente otra cosa en las Subsecciones b. y c. de esta Sección o en otra parte en el Plan, cada Jubilado, Dependiente u otro beneficiario está impedido de vender, transferir, anticipar o enajenar cualquier beneficio que se puede pagar según el Plan, o cualquier otro derecho o interés conforme al Plan, y el Fondo no estará obligado a reconocer la venta, anticipación de transferencia, cesión, alienación, pignoración u otra enajenación. Dicho beneficio, derecho o interés no será objeto, de ninguna manera, a la transferencia voluntaria o la transferencia por aplicación de la ley o de otra manera, y está exenta de las reclamaciones de los acreedores u otros reclamantes y de todas las órdenes, decretos, embargos, ejecuciones u otros procesos o procedimientos legales en la máxima medida permitida por las leyes federales.

b. Cualquier Jubilado puede ordenar que los beneficios que se le adeuden sean pagados a una

institución en la que el Jubilado o su Dependiente está hospitalizado, o a cualquier proveedor de servicios o suministros médicos, dentales, de medicamentos u otros servicios o suministros de salud en contraprestación para los servicios médicos, de Hospital u otros servicios prestados, o suministros proporcionados, o a cualquier otra agencia que puede haber proporcionado o pagado, o acordado proporcionar o pagar por los beneficios concedidos.

c. En el caso de que por error o cualquier otra circunstancia, un Jubilado, Dependiente o cualquier otro beneficiario reciba el pago o se le acredite más de lo que él o ella tiene derecho según el Plan o de conformidad con la ley, o se ha convertido en obligado ante el Fondo según un acuerdo de indemnización o un acuerdo de responsabilidad de terceros o de cualquier otra forma, el Fondo puede compensar y recuperar el monto del pago excesivo, el exceso de crédito o la obligación de los beneficios acumulados o que se acumulen subsiguientemente, al Jubilado, Dependiente o beneficiario, y que aún no se hayan distribuido, en cuotas y en la medida que determine la Junta.

SECCIÓN 8.03. Los beneficios serán pagados por el Fondo solamente si se realiza el aviso de la reclamación dentro de los noventa días a partir de la fecha en la que se incurrieron los Gastos cubiertos, a menos que el Jubilado demuestre que no le ha sido posible razonablemente dar aviso dentro de ese plazo, pero en ningún caso los beneficios serán permitidos si el aviso de la reclamación se hace en más de un año a partir de la fecha en que se incurrieron los gastos.

SECCIÓN 8.04. En el caso de que el Fondo determine que el Jubilado es incompetente o incapaz de ejecutar un recibo válido y no se ha designado un tutor, o en caso de que el Jubilado no ha proporcionado al Fondo una dirección en la que él/ella puede ser localizado(a) para el pago, el Fondo podrá, durante la vida del Jubilado, pagar cualquier cantidad que se pagaría al Jubilado, a la esposa o esposo o pariente por sangre del Jubilado, o a cualquier otra persona o institución a la que el Fondo determine que tiene derecho equitativamente a recibir el pago.

En el caso de la muerte del Jubilado antes de que todas las sumas que se pueden pagar según el Plan han sido pagadas, el Fondo puede pagar esta cantidad a cualquier persona o institución a la que el Fondo determine que tiene derecho equitativamente a recibir el pago. El resto de cualquier cantidad adeudada será pagado a uno o más de los siguientes familiares sobrevivientes del Jubilado: cónyuge, hijo(a) o hijos, madre, padre, hermanos o hermanas, o a la herencia del Jubilado, como la Junta podrá designarlo a su discreción. Cualquier pago de conformidad con esta disposición cumplirá la obligación del Fondo.

SECCIÓN 8.05. 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 falla en proporcionar o realizar el pago para un beneficio (ya sea en su totalidad o en parte) según el Plan. Cada uno de los siguientes es un ejemplo de una Determinación adversa sobre los beneficios:

(a) un pago de menos del 100% de una Reclamación de beneficios (incluyendo las cantidades de coseguro o copago de menos del 100% y las cantidades aplicadas al deducible);

(b) una denegación, reducción, terminación o falla en proporcionar o realizar el pago para un beneficio (ya sea en su totalidad o en parte), resultante de cualquier decisión sobre la revisión de utilización;

(c) falla en cubrir un elemento o servicio debido a que el Fondo considera que es experimental, de investigación, no es necesario médicamente o no es apropiado médicamente;

(d) una decisión que deniega un beneficio basada en la determinación de que el reclamante no es elegible para participar en el Plan.

La presentación de un pedido de medicamentos recetados en una farmacia, donde la farmacia se niega a reabastecer la receta, a menos que el reclamante pague todo el costo, no se considera una Determinación adversa sobre los beneficios (pero solo en la medida en que la decisión de la farmacia de negar la receta se base en las reglas de cobertura predeterminadas por el Fondo).

(2) Reclamación. El término "Reclamación" se refiere a una solicitud de beneficio realizada por una persona de conformidad con los procedimientos razonables del Fondo.

Las consultas informales sobre los beneficios o las circunstancias en las que se podrían pagar los beneficios con se consideran como Reclamaciones. Una solicitud de una determinación de si una persona es elegible para los beneficios según el plan tampoco se considera como una Reclamación. Sin embargo, si un reclamante presenta una Reclamación para beneficios específicos y la Reclamación es denegada porque el individuo no es elegible conforme a los términos del Plan, esa determinación de cobertura se considera una Reclamación.

La presentación de un pedido de receta en una farmacia no constituye una Reclamación, en la medida en que los beneficios se determinan sobre la base de las normas del costo y cobertura predeterminadas por el Fondo. Si un Médico, Hospital o farmacia se niega a prestar servicios o se rehúsa a reabastecer una receta a menos que el individuo pague todo el costo, el individuo debe presentar una Reclamación posterior al servicio para la receta o los servicios, tal y como se describe en los Procedimientos para reclamaciones a continuación.

Una solicitud de certificación previa o autorización previa de un beneficio que no requiere certificación previa o autorización previa por el Fondo como condición para recibir el máximo de beneficios no se considera como una Reclamación. No obstante, las solicitudes de certificación previa o autorización previa de un beneficio donde el Fondo no requiera la certificación previa o autorización previa se consideran Reclamaciones y deben ser presentadas como Reclamaciones previas al servicio (o Reclamaciones urgentes, si procede), tal como se describe en los Procedimientos para reclamaciones a continuación.

(a) Las reclamaciones se clasifican como sigue:

(i) Reclamación urgente. El término "Reclamación urgente" significa una Reclamación para recibir atención médica o tratamiento que, si se aplicaron las reglas previas al servicio para tomar una decisión, se pondría en grave peligro la vida o la salud del reclamante o la capacidad del reclamante para recobrar la función máxima, o en la opinión de un Médico con el conocimiento de la condición médica del reclamante, sometería al reclamante a dolor severo que no se podría manejar adecuadamente sin la atención o tratamiento que es sujeto de la Reclamación.

(ii) Reclamación previa al servicio. El término "Reclamación previa al servicio" significa una Reclamación de un beneficio por el cual el Fondo requiere la

certificación previa o autorización previa antes de obtener la atención médica a fin de recibir los beneficios máximos permitidos según el Plan.

(iii) Reclamación concurrente. El término "Reclamación concurrente" es una Reclamación que es reconsiderada luego de realizar la aprobación inicial, resultando en una reducción, terminación o extensión del beneficio aprobado previamente.

(iv) Reclamación posterior al servicio. El término "Reclamación posterior al servicio" significa una Reclamación para los beneficios que no es una Reclamación previa al servicio, Reclamación urgente o Reclamación concurrente. Por lo general, será una reclamación para el reembolso por servicios ya prestados.

(v) Reclamación de discapacidad. El término "Reclamación de discapacidad" significa cualquier Reclamación que requiere un hallazgo de Discapacidad total como una condición de elegibilidad.

(3) Documentos relevantes. Los "Documentos relevantes" incluyen a los documentos relativos a una Reclamación si se utilizaron para realizar la determinación sobre el beneficio; fueron presentados, considerados o generados al tomar la determinación sobre el beneficio; demuestran el cumplimiento de los procesos administrativos y las salvaguardias exigidas por los reglamentos; o constituyen la política u orientación del Fondo con respecto a la denegación del beneficio u opción de tratamiento. Los documentos relevantes podrían incluir normas específicas del Fondo, protocolos, criterios, tablas de tarifas, programas de honorarios o listas de control y los procedimientos administrativos que demuestran que las normas del Fondo se aplicaron adecuadamente a una reclamación.

b. **Procedimientos para reclamaciones.**

(1) Reclamaciones urgentes. El Fondo determinará si una Reclamación es una Reclamación urgente mediante la aplicación del criterio de una persona prudente que posee un nivel promedio de conocimientos de medicina y salud. Alternativamente, si un Médico con conocimiento de la condición médica del paciente determina que la Reclamación es una Reclamación urgente y notifica al Fondo al respecto, será tratada como una Reclamación urgente.

Las Reclamaciones urgentes, que pueden incluir peticiones de certificación previa para hospitalizaciones y autorización previa de servicios, se deben presentar por teléfono o en persona. Las Reclamaciones urgentes no se pueden enviar a través del Servicio Postal de los EE. UU.

Al presentar las Reclamaciones urgentes de manera correcta, el Fondo o su Organización de revisión designada responderá al reclamante y al proveedor con una determinación por teléfono tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero a más tardar 72 horas después de la recepción de la Reclamación. La determinación también será confirmada por escrito.

Si una Reclamación urgente se recibe sin información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos o si se pueden pagar y hasta qué grado, el Fondo o su Organización de revisión designada notificará al reclamante tan pronto como sea posible, pero a más tardar 24 horas después de la recepción de la Reclamación, acerca de la información específica necesaria para completar la Reclamación. El reclamante debe

aportar la información especificada en el plazo de 2 días hábiles después de recibir la solicitud de información adicional. Si no se proporciona la información dentro de ese plazo, la Reclamación será denegada.

Durante el período en que se le permite al reclamante proporcionar información adicional, se suspenderá el plazo normal para tomar una decisión sobre la Reclamación. El plazo se suspenderá a partir de la fecha de notificación de la extensión hasta 2 días hábiles o hasta la fecha en que el reclamante responda a la solicitud, lo que ocurra primero. El aviso de una decisión será proporcionado a más tardar 48 horas después de la recepción de la información especificada.

Si un reclamante presenta incorrectamente una Reclamación urgente, la Oficina del Fondo Fiduciario o su Organización de revisión designada notificará al reclamante, tan pronto como sea posible, pero a más tardar 24 horas después de la recepción de la Reclamación acerca de los procedimientos necesarios para presentar una Reclamación urgente. Las reclamaciones presentas de manera incorrecta incluyen, entre otras: (i) las reclamaciones que no están dirigidas a una persona o unidad organizativa responsable habitualmente para tratar los asuntos sobre los beneficios; o (ii) las reclamaciones que no indiquen a un reclamante específico, una condición médica o síntoma específico, y un tratamiento, producto o servicio específico para el que se solicita la aprobación. La notificación puede ser oral, a menos que el reclamante o el representante autorizado solicite una notificación por escrito. A menos que se vuelva a presentar correctamente, la misma no constituirá una reclamación.

(2) Reclamaciones previas al servicio. Según los términos de este Plan, los reclamantes deben obtener la certificación previa por la Organización de revisión profesional (PRO) para la admisión a un Hospital o un centro de tratamiento de hospitalización que no sea de emergencia a fin de recibir el máximo de beneficios.

La PRO designada del Fondo notificará al reclamante de una **Reclamación previa al servicio** que ha sido presentada incorrectamente tan pronto como sea posible, pero a más tardar 5 días después de la recepción de la reclamación, acerca de los procedimientos a seguir en la presentación de una reclamación. El reclamante solo recibirá la notificación de una Reclamación previa al servicio presentada incorrectamente si la Reclamación se presentó en la oficina apropiada e incluye: (i) el nombre del reclamante, (ii) la condición médica o síntoma específico del reclamante, y (iii) un tratamiento, producto o servicio específico para el que se solicita la aprobación. A menos que la reclamación se vuelva a presentar correctamente, la misma no constituirá una reclamación.

Para las Reclamaciones previas al servicio presentadas de manera correcta, el reclamante [y el Médico del reclamante] será notificado de una decisión dentro de *15 días* después de la recepción de la Reclamación a menos que se necesite tiempo adicional. El tiempo de respuesta puede ampliarse hasta *15 días* adicionales si es necesario debido a cuestiones que van más allá del control de la PRO. Si una extensión es necesaria, el reclamante será notificado antes del fin del periodo inicial de 15 días acerca de las circunstancias que requieran la extensión y la fecha en que se espera tomar una decisión.

Si una extensión es necesaria porque el Fondo necesita información adicional del reclamante, el Fondo emitirá una solicitud de información adicional que especifica 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 dentro de ese plazo, la Reclamación será denegada. Durante el período de 45 días en que se le

permite al reclamante proporcionar información adicional, se suspenderá el plazo normal para tomar una decisión sobre la Reclamación. El plazo se suspenderá a partir de la fecha de la solicitud de información adicional hasta que ocurra el primero de los siguientes: (i) 45 días; o (ii) la fecha en que el reclamante responde a la solicitud. La PRO tiene 15 días para tomar una decisión sobre la reclamación.

(3) Reclamaciones concurrentes. Una solicitud por un reclamante para extender una Reclamación urgente aprobada será procesada por la PRO en el plazo de 24 horas desde la recepción de la Reclamación, siempre y cuando la Reclamación se reciba al menos 24 horas antes de la terminación de la Reclamación urgente aprobada. Una solicitud para seguir un plan de tratamiento que se encuentra en progreso que no implica una Reclamación urgente será decidida en el tiempo suficiente para solicitar una apelación y obtener una decisión sobre la misma antes de que el beneficio se reduzca o termine.

(4) Reclamaciones posterior al servicio. El formulario de reclamación se debe completar en su totalidad y se debe adjuntar una factura(s) detallada(s) al formulario de reclamación para que la solicitud de beneficios sea considerada como una Reclamación. Los reclamantes no tienen que presentar un formulario de reclamación adicional si la(s) factura(s) es (son) por una enfermedad continua y el reclamante presentó un formulario de reclamación firmado en el último año calendario. El proveedor o el Médico pueden presentar la reclamación en nombre del reclamante. El formulario de reclamación y/o factura(s) detallada(s) deberán incluir la siguiente información para que la solicitud sea considerada una Reclamación y para que el Fondo pueda decidir sobre la Reclamación:

El reclamante completa:

(a) Nombre del Participante o Jubilado
(b) Nombre del paciente
(c) Fecha de nacimiento del paciente
(d) Número del seguro social o número de identificación del Participante del Jubilado
(e) Fecha del servicio
(f) Información sobre otras coberturas de seguro, si existe, incluyendo la cobertura que puede estar disponible para el (la) cónyuge del Jubilado a través de su empleador
(g) Si el tratamiento se debe a un accidente, indicar información sobre el accidente

El proveedor completa:

(a) CPT-4 (el código de los servicios médicos y otros servicios de salud encontrado en la *Terminología procesal actual, Cuarta edición*, según sea mantenida y distribuida por la Asociación Médica Estadounidense) o código HCPCS
(b) ICD-10 (el código de diagnóstico encontrado en la *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima edición, Modificación clínica*, según sea mantenida y distribuida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.)
(c) Cargo facturado (las facturas deben estar desglosadas con todas las fechas de las visitas médicas)
(d) Número de identificación federal del contribuyente (TIN) del proveedor
(e) Nombre, número de teléfono y dirección de facturación del proveedor

Una Reclamación posterior al servicio se considera que ha sido presentada en el momento de la recepción de la Reclamación por parte de la Oficina del Fondo Fiduciario.

Ordinariamente, los reclamantes serán informados de las decisiones sobre las Reclamaciones posteriores al servicio en el plazo de 30 días desde la recepción de la Reclamación por parte de la Oficina del Fondo Fiduciario. El Fondo puede extender este período hasta por 15 días si es necesaria una extensión debido a cuestiones que van más allá del control del Fondo. Si una extensión es necesaria, el reclamante será notificado antes del fin del periodo inicial de 30 días acerca de las circunstancias que requieran la extensión y la fecha en que el Fondo espera tomar una decisión.

Si una extensión es necesaria porque el Fondo necesita información adicional del reclamante, el Fondo solicitará información adicional al proveedor y/o reclamante vía fax, teléfono, Explicación de beneficios (EOB) o carta. La solicitud deberá especificar la información necesaria. El reclamante tendrá 45 días a partir de la recepción de la solicitud para proporcionar la información adicional. Si no se proporciona la información dentro de ese plazo, la Reclamación será denegada. El plazo para tomar una decisión sobre la Reclamación será suspendido a partir de la fecha de presentación de la solicitud de información adicional hasta que ocurra el primero de los siguientes: (i) 45 días después de que se envíe la solicitud; o (ii) la fecha en que el reclamante responde a la solicitud. A continuación, el Fondo tendrá 15 días para tomar una decisión y le notificará la determinación al reclamante.

Si el Fondo determina que es necesaria información adicional del reclamante, y el reclamante no proporciona la información solicitada dentro del plazo de 45 días, el Fondo emitirá un aviso de determinación adversa sobre los beneficios.

(5) Representantes autorizados. Un representante autorizado, como su Cónyuge o un(a) hijo(a) adulto(a), puede presentar una Reclamación o apelación en su nombre si el reclamante le ha designado previamente para que actúe en su nombre a través de un formulario disponible en la Oficina del Fondo. La Oficina del Fondo Fiduciario podrá solicitar información adicional para verificar que la persona designada está autorizada a actuar en nombre del reclamante. Incluso si el reclamante ha designado un representante autorizado, el reclamante debe firmar personalmente un formulario de reclamación y presentarlo ante la Oficina del Fondo al menos una vez al año.

Un profesional de atención médica con el conocimiento de la condición médica del reclamante puede actuar como representante autorizado en relación con las Reclamación urgente sin que el reclamante tenga que designar a un representante autorizado.

(6) Aviso de determinación inicial sobre los beneficios. Se le proporcionará un aviso por escrito al reclamante acerca de la determinación inicial sobre los beneficios. Si se trata de una determinación adversa sobre los beneficios, el aviso incluirá los siguientes:

(a) la razón específica (o razones) para la determinación;

(b) referencia a la(s) disposición(es) específica(s) del Plan en la que la determinación se basa;

(c) una descripción de cualquier material o información adicional necesario para perfeccionar la Reclamación y una explicación de por qué el material o

información es necesario;

(d) una descripción de los procedimientos de apelación y los plazos aplicables;

(e) una declaración del derecho del reclamante a interponer una acción civil según la Sección 502(a) de ERISA después de la apelación de una determinación adversa sobre los beneficios

(f) si una regla interna, directriz o protocolo se utilizó para decidir la Reclamación, una declaración de que una copia está disponible previa solicitud, de forma gratuita;

(g) si la determinación se basó en la ausencia de necesidad médica, o el tratamiento es de investigación o experimental, u otra exclusión similar, una declaración de que la explicación del juicio clínico o científico para la determinación está disponible previa solicitud, de forma gratuita.

(h) Para las Reclamaciones urgentes, una descripción del proceso de revisión acelerado aplicable a las Reclamaciones urgentes (para las Reclamaciones urgentes, el aviso podrá ser proporcionado verbalmente y seguido con una notificación por escrito).

c. **Procedimientos de apelación.**

(1) Apelación de una determinación adversa sobre los beneficios. Si cualquier Reclamación se rechaza en su totalidad o en parte, o si el reclamante no está de acuerdo con la decisión tomada sobre una Reclamación, el reclamante podrá apelar la decisión en la forma que se especifica a continuación. Las apelaciones deben presentarse en la Oficina del Fondo Fiduciario dentro de los 180 días después de que el reclamante recibe la notificación de Determinación adversa sobre los beneficios, deben estar acompañadas por cualquier material pertinente que no se haya proporcionado al Fondo, y deben indicar por qué el reclamante considera que la Reclamación no debió haberse negado.

(a) Reclamaciones urgentes. Las apelaciones de Determinación adversa sobre los beneficios relativas a Reclamaciones urgentes deben realizarse al comunicarse con la Organización de revisión designada o mediante otro método expedito que esté disponible de forma similar.

Las apelaciones de Reclamaciones urgentes **no** se pueden enviar a través del Servicio Postal de los EE. UU.

(b) Reclamaciones concurrentes. Las apelaciones de determinaciones adversas sobre los beneficios relativas a Reclamaciones concurrentes deben realizarse de la misma manera descrita para las Reclamaciones urgentes.

(c) Reclamaciones previas al servicio. Las apelaciones de Determinación adversa sobre los beneficios con relación a Reclamaciones previas al servicio deben realizarse por escrito por correo o fax. Una apelación de una Reclamación previa al servicio que se reciba con información adicional que, previa revisión, permite que la Oficina del Fondo Fiduciario o su Organización de revisión designada apruebe beneficios adicionales de conformidad con las disposiciones del Fondo, no será considerada una apelación, pero si una nueva Reclamación previa al servicio.

(d) Reclamaciones posteriores al servicio. La apelación de una Reclamación posterior al servicio se debe presentar por escrito a la Oficina del Fondo Fiduciario dentro

de los 180 días después de la recepción de la notificación de la Determinación adversa sobre los beneficios y debe incluir:

(i) el nombre y la dirección del paciente;

(ii) el nombre y la dirección del Jubilado, si son diferentes;

(iii) una declaración de que se trata de una apelación de una Determinación adversa sobre los beneficios dirigida a la Junta de Fideicomisarios;

(iv) la fecha de la Determinación adversa sobre los beneficios; y

(v) la base de la apelación, es decir, la(s) razón(es) por las cuales la Reclamación no debe ser denegada.

(2) El proceso de apelación. Se le dará la oportunidad al reclamante de presentar comentarios escritos, documentos y otra información para su consideración durante la apelación, incluso si dicha información no se presentó o consideró como parte de la determinación inicial sobre los beneficios. Se le proporcionará al reclamante, previa solicitud por escrito y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos relativos a su Reclamación.

La persona encargada de revisar la apelación será diferente a la persona que tomó la determinación adversa inicial sobre los beneficios para la Reclamación. El revisor no dará deferencia a la determinación inicial del beneficio adverso. La decisión se hará sobre la base del registro, incluyendo los documentos y comentarios adicionales que el reclamante pueda presentar.

Si la Reclamación fue rechazada sobre la base de una valoración médica (como una determinación de que el tratamiento o servicio no era necesario médicamente o era de investigación o experimental), se consultará a un profesional de atención médica que tenga la formación y experiencia adecuadas en un campo relevante de la medicina. Previa solicitud, se le proporcionará al reclamante la identificación de los expertos médicos o vocacionales, si los hubiere, que proporcionaron asesoramiento sobre la Reclamación, sin tener en cuenta si el asesoramiento se utilizó para decidir la Reclamación.

(3) Plazos para el envío de notificaciones de apelación sobre las determinaciones.

(a) Reclamaciones urgentes. El aviso de la determinación de la apelación para las Reclamaciones urgentes se enviará dentro de las 72 horas de la recepción de la apelación por la Oficina del Fondo Fiduciario o su Organización de revisión designada.

(b) Reclamaciones previas al servicio. El aviso de la determinación de la apelación para las Reclamaciones previas al servicio se enviará dentro de los 30 días de la recepción de la apelación por la Oficina del Fondo Fiduciario o su Organización de revisión designada.

(c) Reclamaciones concurrentes. El aviso de la determinación de la apelación para una Reclamación concurrente será enviado por la Oficina del Fondo Fiduciario o su Organización de revisión designada, antes de la terminación del beneficio.

(d) Reclamaciones posteriores al servicio. Por lo general, las decisiones sobre las apelaciones de reclamaciones posteriores al servicio se harán en la próxima reunión programada regularmente de la Junta de Fideicomisarios tras la recepción de la solicitud de revisión del reclamante. Sin embargo, si la solicitud de revisión se recibe en la Oficina del Fondo Fiduciario con menos de 30 días de antelación a

la próxima reunión programada regularmente, la solicitud de revisión se podrá considerar en la segunda reunión programada regularmente siguiente a la recepción de la solicitud del reclamante. En circunstancias especiales, puede ser necesaria un retraso hasta la tercera reunión programada regularmente después del recibo de la solicitud de revisión del reclamante. El reclamante será informado por escrito antes de esta extensión. Una vez que se ha alcanzado una decisión sobre la revisión de la Reclamación del reclamante, se le notificará tan pronto como sea posible, pero a más tardar 5 días después de la fecha de la decisión.

(e) Si la decisión sobre la revisión no se informa al reclamante dentro del plazo especificado en esta Subsección c.(3), la Reclamación del reclamante se considerará denegada en la revisión. El reclamante será libre de presentar una acción sobre su Reclamación de conformidad con la Subsección C.(5), a continuación.

(4) Contenido de los avisos de la determinación de la apelación. La determinación de una apelación se le proporcionará al reclamante por escrito. El aviso de la denegación de una apelación incluirá los siguientes:

(a) la razón específica (o razones) para la determinación;

(b) referencia a la(s) disposición(es) específica(s) del Plan en la que la determinación se basa;

(c) una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir un acceso razonable y copias de todos los documentos pertinentes para la Reclamación, previa solicitud y de forma gratuita;

(d) una declaración del derecho del reclamante a interponer una acción civil según la Sección 502(a) de ERISA después de una determinación adversa sobre los beneficios en la apelación;

(e) si una regla interna, directriz o protocolo se utilizó para la decisión, una declaración de que una copia está disponible previa solicitud, de forma gratuita, y

(f) si la determinación se basó en la necesidad médica, o el tratamiento es de investigación o experimental, u otra exclusión similar, una declaración de que la explicación del juicio clínico o científico para la determinación está disponible previa solicitud, de forma gratuita.

(5) Cuándo se puede entablar una demanda. Ningún Empleado, Dependiente, beneficiario u otra persona tendrá derecho o reclamo para los beneficios según estas Normas y Reglamentos o cualquier derecho o reclamo para los pagos del Fondo, salvo por lo especificado en el presente.

(a) Un reclamante no puede iniciar una acción judicial para obtener beneficios hasta después de que: (1) el reclamante ha presentado una Reclamación según estas Normas y Reglamentos, pidió una revisión tras una Determinación adversa sobre los beneficios para cada cuestión considerada pertinente por el reclamante y se haya adoptado una decisión definitiva en la revisión; o (2) el plazo apropiado descrito ha transcurrido desde que el reclamante presentó una solicitud de revisión y el reclamante no ha recibido una decisión final o aviso de que una extensión será necesaria para llegar a una decisión final. No se puede iniciar una acción legal ni mantenerse por más de dos años después de la fecha en que el reclamante haya sido notificado por escrito de que la denegación de la reclamación ha sido confirmada en la revisión.

(b) Para cualquier demanda presentada, las determinaciones de los Fideicomisarios están sujetas a revisión judicial solo por abuso de discreción.

(c) Las disposiciones de esta SECCIÓN 8.05 se aplicarán e incluirán todas y cada una de las reclamaciones de los beneficios del Fondo, y cualquier reclamación o derecho reclamado según el Plan o contra el Fondo, independientemente de la base reclamada para la reclamación, independientemente de cuándo se haya producido el acto u omisión en el que se basa la reclamación, e independientemente de si el reclamante es o no un "participante" o "beneficiario" del Plan en el sentido de los términos definidos en ERISA. Dicha reclamación se limitará a los beneficios adeudados según los términos del Plan, o para aclarar sus derechos a los beneficios futuros según los términos del Plan, y no incluirá cualquier reclamación o derecho a indemnización de daños y perjuicios, ya sean compensatorios o punitivos.

SECCIÓN 8.06. Renuncia a acciones de clase, colectivas y representativas. Al participar en el Plan, en la medida máxima permitida por la ley, ya sea en el tribunal, los Participantes renuncian a cualquier derecho de iniciar, ser parte en cualquier forma, o ser un miembro de clase real o putativo de cualquier clase, acción colectiva o representativa que surja de o en relación con cualquier disputa, reclamación o controversia, y los Participantes acuerdan que cualquier disputa, reclamación o controversia solo puede ser iniciada o mantenida y decidida sobre una base individual.

SECCIÓN 8.07. El Fondo, a sus propias expensas, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar la persona de cualquier Individuo elegible cuando y tan a menudo como pueda requerirlo razonablemente durante la tramitación de una reclamación, y también el derecho y la oportunidad de hacer una autopsia en el caso de muerte, donde no esté prohibido por la ley.

SECCIÓN 8.08. Los beneficios proporcionados por este Fondo no están en lugar de y no afectan a ningún requisito de las leyes y legislación similar sobre el seguro de indemnización por accidentes laborales.

SECCIÓN 8.09. Las disposiciones del Plan están sujetas y son controladas por las disposiciones del Acuerdo de fideicomiso, y en caso de conflicto entre las disposiciones del Plan y las disposiciones del Acuerdo de fideicomiso, prevalecerán las disposiciones del Acuerdo de fideicomiso.

SECCIÓN 8.10. Privacidad y derecho para recibir y divulgar la información necesaria.

a. Para los efectos de determinar la aplicabilidad y la implementación de los términos de la SECCIÓN 7.03 hasta la SECCIÓN 7.04 que tratan sobre la Coordinación de los beneficios de este Plan o de cualquier disposición de propósito similar de cualquier otro plan, el Plan podrá, en la medida en que sea compatible con las leyes de privacidad estatales y federales (en la medida en que sea aplicable) y los Procedimientos de privacidad del Plan, divulgar u obtener de una compañía de seguros u otra organización o persona cualquier información, con respecto a cualquier persona, que el Plan considere necesaria para tales fines.

b. Los Fideicomisarios y profesionales apropiados contratados por el Plan, podrán, en la medida de lo necesario y de conformidad con las leyes de privacidad estatales y federales (en la medida en que sea aplicable) y los Procedimientos de privacidad del Plan, tener acceso a la Información de salud protegida acerca de los Participantes y los Dependientes como sea razonablemente necesario para tomar las decisiones sobre elegibilidad, el pago, las reclamaciones y las decisiones sobre las apelaciones, o según sea necesario para la administración del Plan.

c. Los Fideicomisarios deberán desarrollar Procedimientos de privacidad de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996 y otras leyes aplicables, y suministrarán un Aviso de Prácticas de Privacidad a cada Participante y Dependiente. Dichas políticas y prácticas deberán ser coherentes con las leyes estatales y federales aplicables.

d. Excepto en la medida permitida por la HIPAA, el Plan solo podrá usar o divulgar su PHI para propósitos de marketing o vender (intercambiar) su PHI a cambio de remuneración (pago), con su autorización por escrito. Los siguientes son usos y divulgaciones permitidos y requeridos de la Información de salud protegida, según se define dicho término en la HIPAA, que pueden ser realizados por el patrocinador del Plan, la Junta de Fideicomisarios.

(1) La Junta de Fideicomisarios podrá realizar las siguientes divulgaciones permitidas y requeridas de la Información de salud protegida. Todas las divulgaciones serán la información mínima necesaria, según se define dicho término según la HIPAA, excepto en el caso de las Subsecciones (o) hasta la (s) a continuación.

<u>Fines permitidos para la divulgación:</u>

(a) Como sea necesario para el pago de las reclamaciones, las operaciones y el tratamiento del Plan, incluso con el objetivo de identificar la información para su divulgación adicional permitida.

(b) Determinación de la elegibilidad y la cantidad de los beneficios.

(c) Determinación de la necesidad médica, revisiones de utilización y certificaciones previas.

(d) El procesamiento, la auditoría y la investigación de las reclamaciones, responder a las preguntas del Participante con respecto a las reclamaciones, y garantizar el pago adecuado de las reclamaciones.

(e) Subrogación y otro proceso de recuperación de terceros.

(f) Determinación de las contribuciones adecuadas del empleador.

(g) Procesamiento y determinación de la cobertura de exceso de siniestralidad.

(h) Procesamiento de reclamaciones y apelaciones.

(i) Evaluación de la calidad, gestión de casos, calificación de proveedores, suscripción (el Plan no utiliza ni divulga su PHI que sea información genética para fines de suscripción), inscripción y clasificación de primas, actividades relacionadas con la seguridad del paciente, y otras actividades conexas.

(j) Servicios legales y de auditoría, incluido el cumplimiento del Plan.

(k) Análisis del diseño del Plan, incluyendo análisis de costos y evaluaciones de cambio del Plan.

(l) Aplicación de la ley HIPAA y otras leyes aplicables.

(m) Impuestos y otras presentaciones reguladoras.

(n) Divulgaciones al individuo cubierto.

(o) Divulgaciones que están sujetas a una autorización específica por escrito del individuo cubierto.

(p) Usos que sean incidentales a un uso o una divulgación que esté permitido o sea requerido por la ley.

Divulgaciones requeridas:

(a) Al individuo cubierto, cuando sea solicitado, en la medida requerida por la ley.

(b) Cuando se solicite, a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos;

(c) Cualquier otro seguro en que la HIPAA permita explícitamente el uso o divulgación sin autorización.

(2) Además, la Junta de Fideicomisarios:

(a) No usará ni divulgará la información, excepto según lo permitido o requerido por las Normas y Reglamentos y los Procedimientos de privacidad, o según lo requerido por la ley.

(b) Se asegurará de que todos los agentes a quienes proporciona Información de salud protegida recibida del Plan acuerden las mismas restricciones y condiciones que se aplican a los Fideicomisarios con respecto a dicha información.

(c) No usará ni divulgará la información relacionada con acciones y decisiones laborales, o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios para empleados del patrocinador del Plan.

(d) Informará al Plan acerca de cualquier uso o divulgación de la información que es incompatible con los usos o divulgaciones previstos del que tenga conocimiento.

(e) Pondrá a disposición la Información de salud protegida de conformidad con la HIPAA.

(f) Pondrá a disposición la Información de salud protegida para su modificación por los Participantes y Dependientes e incorporará las modificaciones a la Información de salud protegida de conformidad con la HIPAA.

(g) Pondrá a disposición la información requerida para proporcionar un reporte de las divulgaciones no habituales, de conformidad con la HIPAA.

(h) Pondrá a disposición sus prácticas internas, libros y registros relativos a la utilización y divulgación de la Información de salud protegida que reciba del Plan para la Secretaría de Salud y Servicios Humanos, o cualquier otro funcionario o empleado del HHS para quienes la autoridad pertinente ha sido delegada a los fines de determinar el cumplimiento del Plan con las regulaciones que requieren los Procedimientos de privacidad del Plan y esta Sección.

(i) En la medida de lo posible, devolverá o destruirá toda la Información de salud protegida que reciba del plan que el Fideicomisario(s) siga manteniendo en cualquier forma y no conservará copias de dicha información cuando deje de ser necesaria para la finalidad para la que se hizo la divulgación, excepto que, si tal devolución o destrucción no es factible, limitará los usos y divulgaciones adicionales para esos fines que hacen que la devolución o destrucción de la información sea inviable.

(j) Garantizará la separación adecuada requerida por la siguiente SECCIÓN 8.10.d.(3).

(3) La Junta de Fideicomisarios y el Plan deberán ser tratados como entidades separadas y distintas a los fines de estas normas de privacidad. A tal efecto, únicamente las siguientes personas o entidades estarán autorizadas por los Fideicomisarios para tener acceso a la Información de salud protegida y dicho acceso se concederá únicamente para

las funciones específicas relacionadas al Plan que sean desempeñadas por dichas personas o entidades.

(a) El administrador del Plan y sus empleados, incluyendo a los ajustadores de reclamaciones, al personal de beneficios y elegibilidad, y al personal de contabilidad.

(b) Proveedores de revisión de utilización y gestión de casos y sus empleados.

(c) Proveedor de determinación de reclamaciones y sus empleados, incluidas las coaliciones de adquisición de servicios de salud.

(d) Asociados de negocios del Plan, incluyendo abogados, actuarios, consultores y contadores.

(e) Organizaciones PPO y compañías de exceso de siniestralidad.

(f) Consultores y empresas de revisión médica.

(g) Proveedores de beneficios de medicamentos recetados.

(h) Proveedores de planes dentales y de la visión.

(i) Proveedores de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias.

(j) Otros proveedores de servicios que requieren Información de salud protegida para prestar los servicios para el Plan.

(k) Proveedores de almacenamiento fuera del sitio que mantienen los registros de archivo del Plan.

(4) Incumplimiento. En el caso de que cualquier persona o entidad a la que el Plan ha proporcionado Información de salud protegida de conformidad con esta Subsección d., utiliza o divulga dicha información de manera incompatible con el plan, sus Procedimientos de privacidad, o la ley aplicable, los Fideicomisarios tendrán derecho a:

(a) Notificar a dicha persona o entidad por escrito acerca de dicha violación y exigir las medidas correctivas inmediatas que deben adoptarse para corregir dicho uso o divulgación.

(b) Determinar contra esa persona o entidad los costos reales de las medidas correctivas descritas en la Subsección (a).

(c) Enviar una carta de amonestación a dicha persona o entidad que cometa repetidamente tales violaciones.

(d) Adoptar las medidas apropiadas adicionales, incluyendo, en la medida de lo posible, la terminación de la relación del Plan con esa persona o entidad, o denunciar tales violaciones a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

e. Reglamentos de seguridad. La Junta implementará las medidas para cumplir con los reglamentos de seguridad emitidos de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos de 1996, 45 C.F.R. Partes 160, 162 y 164 (los "Reglamentos de seguridad"). Las siguientes disposiciones se aplicarán a la Información de salud protegida electrónica ("ePHI", por sus siglas en inglés) que sea creada, recibida, mantenida o transmitida por el Plan, salvo la ePHI que: (1) el Plan recibe según una autorización apropiada (como se describe en 45 C.F.R. Sección 164.504(f)(1)(ii) o (iii)), o (2) que califica como Información de salud resumida que recibe con el fin de (a) obtener ofertas de primas para proporcionar cobertura de seguro de salud según el Plan, o (b) modificar, enmendar o terminar el Plan (según lo autorizado en 45 C.F.R. Sección 164.508).

La Junta, de conformidad con los Reglamentos de seguridad:

(1) Aplicará las protecciones administrativas, físicas y técnicas que protejan de manera razonable y adecuada la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la ePHI que el Plan crea, recibe, mantiene o transmite.

(2) Se asegurará de que la "separación adecuada" sea apoyada por las medidas de seguridad razonables y apropiadas. La "separación adecuada" significa que el Plan usará la ePHI únicamente para las actividades de administración del Plan y no para acciones relacionadas con el empleo o para cualquier propósito no relacionado a la administración del Plan. Cualquier Fideicomisario, profesional, empleado u otro agente fiduciario del Plan que utilice o divulgue la ePHI en violación de las políticas y procedimientos de seguridad o privacidad del Plan o esta disposición del Plan estarán sujetos a los procedimientos disciplinarios del Plan, tal como se describen en la SECCIÓN 8.10.d. (4).

(3) Se asegurará de que cualquier agente o subcontratista a quien el Plan proporcione la ePHI acuerde implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la información.

(4) El Administrador del Plan informará a la Junta acerca del incidente de seguridad del que tenga conocimiento.

ARTÍCULO 9. ENMIENDA Y TERMINACIÓN

SECCIÓN 9.01. La Junta ha determinado que cada una de las condiciones, limitaciones y demás términos de este Plan son esenciales para llevar a cabo la obligación del Fondo de proporcionar beneficios integrales médicos, hospitalarios, y otros beneficios a todos los Jubilados y sus Dependientes elegibles. En cumplimiento de esa obligación, la Junta se reserva expresamente el derecho, a su sola discreción en cualquier momento, pero sobre una base no discriminatoria de:

a. Terminar o modificar la cantidad o condición con respecto a cualquier beneficio aunque la terminación o modificación afecte las reclamaciones que ya se hayan acumulado;

b. Modificar o posponer el método o el pago de cualquier beneficio; y

c. Enmendar o rescindir cualesquiera otras disposiciones del Plan.

ARTÍCULO 10. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

SECCIÓN 10.01. Ninguno de los beneficios previstos en el Plan está asegurado por un contrato de seguro y no es responsabilidad de la Junta ni de ninguna otra persona o entidad ofrecer pagos por encima y más allá de las cantidades que han sido recolectadas y están disponibles en el Fondo fiduciario para ese propósito.

HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA) NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California: Notice of Privacy Practices

Esta noticia es disponible en espanol si usted lo suplica. Por favor contacte el Funcionario de Privacidad (510-639-4301).

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

In this notice, the name "Carpenters Health and Welfare Fund" and the terms "we", "us", and "our" encompass not only this health plan itself but also Business Associates acting on behalf of the plan or providing services to the plan. These Business Associates may include a third party administrator, a pharmacy benefits manager, and professionals such as attorneys, auditors, and consultants. It does not include the Board of Trustees, the Plan Sponsor, which will be specified where appropriate.

DUTIES OF CARPENTERS HEALTH AND WELFARE FUND

We are required by law to maintain the privacy of your health information. We must provide you with this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information, we are required to notify you if there is a breach of your unsecured protected health information, and we are also required to abide by the terms of this Notice, which may be amended from time to time.

We reserve the right to change the terms of this Notice at any time in the future and to make the new provisions effective for all health information that we maintain. We will promptly revise our Notice and distribute it to all Plan Participants whenever we make material changes to our privacy policies and procedures within 60 days of such change. This Notice will also be provided to all new enrollees as required.

HOW CARPENTERS HEALTH AND WELFARE FUND MAY USE OR DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION

We are permitted by law to use or disclose your "health information" to conduct activities necessary for "payment" and "health care operations" (as those terms are defined in the attached Glossary). These are the main purposes for which we will use or disclose your health information. For each of these purposes we list below examples of these kinds of uses and disclosures. These are only examples and are not intended to be a complete list of all the ways we may use or disclose your health information.

Payment. We may use or disclose health information about you for purposes within the definition of "payment". These include, but are not limited to, the following purposes and example:

- **Determining your eligibility for plan benefits.** For example, we may use information obtained from your employer to determine whether you have satisfied the plan's requirements for active eligibility.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

- **Obtaining contributions from you or your employer.** For example, we may send your employer a request for payment of contributions on your behalf, and we may send you information about premiums for COBRA continuation coverage.
- **Pre-certifying or pre-authorizing health care services.** For example, we may consider a request from you or your physician to verify coverage for a specific hospital admission or surgical procedure.
- **Determining and fulfilling the plan's responsibility for benefits.** For example, we may review health care claims to determine if specific services that were provided by your physician are covered by the plan.
- **Providing reimbursement for the treatment and services you received from health care providers.** For example, we may send your physician a payment with an explanation of how the amount of the payment was determined.
- **Subrogating health claim benefits for which a third party is liable.** For example, we may exchange information about an accidental injury with your attorney who is pursuing reimbursement from another party.
- **Coordinating benefits with other plans under which you have health coverage.** For example, we may disclose information about your plan benefits to another group health plan in which you participate.
- **Obtaining payment under a contract of reinsurance.** For example, if the total amount of your claims exceeds a certain amount we may disclose information about your claims to our stop-loss insurance carrier.

Health Care Operations. We may use and disclose health information about you for purposes within the definition of "health care operations". These purposes include, but are not limited to:

- **Conducting quality assessment and improvement activities.** For example, a supervisor or quality specialist may review health care claims to determine the accuracy of a processor's work.
- **Case management and care coordination.** For example, a case manager may contact home health agencies to determine their ability to provide the specific services you need.
- **Contacting you regarding treatment alternatives or other benefits and services that may be of interest to you.** For example, a case manager may contact you to give you information about alternative treatments which are neither included nor excluded in the plan's documentation of benefits but which may nevertheless be available in your situation.
- **Contacting health care providers with information about treatment alternatives.** For example, a case manager may contact your physician to discuss moving you from an acute care facility to a more appropriate care setting.
- **Employee training.** For example, training of new claims processors may include processing of claims for health benefits under close supervision.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

- **Accreditation, certification, licensing, or credentialing activities.** For example, a company that provides professional services to the plan may disclose your health information to an auditor that is determining or verifying its compliance with standards for professional accreditation.
- **Securing or placing a contract for reinsurance of risk relating to claims for health care.** For example, your demographic information (such as age and sex) may be disclosed to carriers of stop loss insurance to obtain premium quotes.
- **Conducting or arranging for legal and auditing services.** For example, your health information may be disclosed to an auditor who is auditing the accuracy of claim adjudications.
- **Management activities relating to compliance with privacy regulations.** For example, the Privacy Officer may use your health information while investigating a complaint regarding a reported or suspected violation of your privacy.
- **Resolution of internal grievances.** For example, your health information may be used in the process of settling a dispute about whether or not a violation of our privacy policies and procedures actually occurred.

Disclosures to Plan Sponsor (Board of Trustees). In addition to the circumstances and examples described above, there are three types of health information about you that we may disclose to the Board of Trustees. The disclosures described below are included within the definitions of "payment" or "health care operations".

- We may disclose to the Board of Trustees whether or not you have enrolled in, are participating in, or have disenrolled from this health plan.
- We may provide the Board of Trustees with "summary health information", which includes claims totals without any personal identification except your ZIP code, for these two purposes:
  - To obtain health insurance premium bids from other health plans, or
  - To consider modifying, amending, or terminating the health plan.
- We may disclose your health information to the Board of Trustees for purposes of administering benefits under the plan. These purposes may include, but are not limited to:
  - Reviewing and making determinations regarding an appeal of a denial or reduction of benefits.
  - Evaluating situations involving suspected or actual fraudulent claims.
  - Monitoring benefit claims that may or do involve stop-loss insurance.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

Other Uses and Disclosures. The following categories describe other ways that Carpenters Health and Welfare Fund may use and disclose your health information. Each category is illustrated with one or more examples. Not every potential use or disclosure in each category will be listed, and those that are listed may never actually occur.

- **Involvement in Payment**. With your agreement, we may disclose your health information to a relative, friend, or other person designated by you as being involved in payment for your health care. For example, if we are discussing your health benefits with you, and you wish to include your spouse or child in the conversation, we may disclose information to that person during the course of the conversation.
- **Required by Law**. We will disclose your health information when required to do so by Federal, state, or local law. For example, we may disclose your information to a representative of the U.S. Department of Health and Human Services who is conducting a privacy regulations compliance review.
- **Public Health**. As permitted by law, we may disclose your health information as described below:
  - **To an authorized public health authority**, for purposes of preventing or controlling disease, injury or disability;
  - **To a government entity** authorized to receive reports of child abuse or neglect;
  - **To a person under the jurisdiction of the Food and Drug Administration**, for activities related to the quality, safety, or effectiveness of FDA-regulated products.
- **Health Oversight Activities**. We may disclose your health information to health agencies during the course of audits, investigations, inspections, licensure and other proceedings related to oversight of the health care system or compliance with civil rights laws. However, this permission to disclose your health information does not apply to any investigation of you which is directly related to your health care.
- **Judicial and Administrative Proceedings**. We may disclose your health information in the course of any administrative or judicial proceeding:
  - In response to an order of a court or administrative tribunal, or
  - In response to a subpoena, discovery request, or other lawful process.

Specific circumstances may require us to make reasonable efforts to notify you about the request or to obtain a court order protecting your health information.

- **Law Enforcement.** We may disclose your health information to a law enforcement official for various purposes, such as identifying or locating a suspect, fugitive, material witness or missing person.
- **Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may disclose your health information to coroners, medical examiners and funeral directors. For example, this may be necessary to identify a deceased person or determine the cause of death.
- **Organ and Tissue Donation.** We may disclose your health information to organizations involved in procuring, banking or transplanting organs and tissues, to facilitate such.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

WHEN CARPENTERS HEALTH AND WELFARE FUND MAY NOT USE OR DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION

Except as described in this Notice of Privacy Practices, we will not use or disclose your health information without written authorization from you. Specifically, most uses and disclosures of your psychotherapy notes (where appropriate), uses and disclosures of your protected health information for marketing purposes, and disclosures that constitute a sale of your protected health information require your written authorization. If you have authorized us to use or disclose your health information for another purpose, you may revoke your authorization in writing at any time. If you revoke your authorization, we will no longer be able to use or disclose health information about you for the reasons covered by your written authorization. However, we will be unable to take back any disclosures we have already made with your permission. Requests to revoke a prior authorization must be submitted in writing to the Privacy Officer at the address shown below.

The Carpenters Health and Welfare Fund will not use or disclose your genetic health information for underwriting purposes. Additionally, you have the right to opt out of receiving any communications concerning fund raising activities in which the Carpenters Health and Welfare Fund may engage.

Right to Request Restrictions. You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of your health information. We are not required to agree to restrictions that you request except if the disclosure involves payment or health care operations not required by law and the information pertains solely to a health care item or service that you have paid for out of pocket in full. If you would like to make a request for restrictions, you must submit your request in writing to the Privacy Officer at the address shown below.

Right to Request Confidential Communications. You have the right to ask us to communicate with you using an alternative means or at an alternative location. Requests for confidential communications must be submitted in writing to the Privacy Officer at the address shown below. We are not required to agree to your request unless disclosure of your health information could endanger you.

Right to Inspect and Copy. You have the right to inspect and copy health information about you that may be used to make decisions about your plan benefits. To inspect or copy such information, you must submit your request in writing to the Privacy Officer at the address shown below. If you request a copy of the information, we may charge you a reasonable fee to cover expenses associated with your request.

Right to Request Amendment. If you believe that we possess health information about you that is incorrect or incomplete, you have a right to ask us to change it. To request an amendment of health records, you must make your request in writing to the Privacy Officer at the address shown below. Your request must include a reason for the request. We are not required to change your health information. If your request is denied, we will provide you with information about our denial and how you can disagree with the denial.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

Right to Accounting of Disclosures. You have the right to receive a list or "accounting" of disclosures of your health information made by us. However, we do not have to account for disclosures that were:

- made to you or were authorized by you, or
- for purposes of payment functions or health care operations.

Requests for an accounting of disclosures must be submitted in writing to the Privacy Officer at the address shown below. Your request should specify a time period within the last six years and may not include dates before April 14, 2003. We will provide one free list per twelve-month period, but we may charge you for additional lists.

Right to Paper Copy. You have a right to receive a paper copy of this Notice of Privacy Practices at any time. To obtain a paper copy of this Notice, send your written request to the Privacy Officer at the address shown below or you can download a copy at www.carpenterfunds.com.

Your Personal Representative

You may exercise your rights to your PHI by designating a personal representative. Your personal representative will be required to produce evidence of the authority to act on your behalf **before** the personal representative will be given access to your PHI or be allowed to take any action for you. Under this Plan, proof of such authority will include a completed, signed and approved form. You may obtain this form by contacting the Privacy Officer or his or her designee at their address listed on the first page of this Notice. The Plan retains discretion to deny access to your PHI to a personal representative to provide protection to those vulnerable people who depend on others to exercise their rights under these rules and who may be subject to abuse or neglect.

This Plan will recognize certain individuals as Personal Representatives **without** you having to complete a Personal Representative form. You may however request that the Plan **not** automatically honor the following individuals as your Personal Representative by completing a form to Revoke a Personal Representative available from the Privacy Officer or their designee.

- For example, the Plan will automatically consider a spouse to be the personal representative of a Plan Participant and vice versa. The recognition of your spouse as your personal representative (and vice versa) is for the use and disclosure of PHI under this Plan and is not intended to expand such designation beyond what is necessary for this Plan to comply with HIPAA privacy regulations. You should also review the Plan's Policy and Procedure regarding Personal Representatives (available from the Privacy Officer) for a more complete description of the circumstances where the Plan will automatically consider an individual to be a personal representative.

YOUR HEALTH INFORMATION PRIVACY RIGHTS

If you would like to obtain a more detailed explanation of these rights, or if you would like to exercise one or more of these rights, contact:

HIPAA Privacy Officer
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
P.O. Box 2280
Oakland, CA 94621-0181

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

Complaints. If you believe that your privacy rights have been violated by Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, or by anyone acting on our behalf, you may file a complaint. Complaints to us must be submitted in writing to the Privacy Officer at the above address. You may also file a complaint with the Secretary of the Department of Health and Human Services at:

200 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20201

We will not retaliate against you in any way for filing a complaint.

Questions. If you have questions about any part of this Notice or if you want more information about the privacy practices at Carpenters Health and Welfare Fund, please contact the Privacy Officer at the above address.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100 ✧ P.O. Box 2280
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

August 3, 2018

TO: **All Retired Non-Medicare Eligible Participants and Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Effective Date of Domestic Partner Enrollment**
Changes to Certain Indemnity Plan Benefits
- **Insulin Pen Products**
- **Hearing Exams**
- **Contact Lenses**
- **Routine Physical Exams**

This Participant Notice will advise you of certain material modifications that have been made to your medical benefits for covered services. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California modified the Plan Rules and Regulations for Retirees and Dependents as follows:

EFFECTIVE DATE OF DOMESTIC PARTNER ENROLLMENT

Beginning September 1, 2017, following the Fund Office's receipt of the enrollment documents to enroll an eligible Domestic Partner (including, if applicable, eligible children of a Domestic Partner), such Dependent(s) will begin participation in the Plan effective on the first day of the second month following the Fund Office's receipt of the enrollment documents.

INDEMNITY PLAN BENEFIT CHANGES

INSULIN PEN PRODUCTS

Between September 1, 2017 and August 31, 2018, the Fund will no longer provide benefits for insulin pen products for Dependents under age 19 without demonstrating additional applicable circumstances. To receive benefits for insulin pen products, Dependents of any age must meet the Plan's preauthorization requirements by satisfying one of the following: 1) have a visual or physical impairment that prevents him or her from using an insulin vial and syringe; or 2) need an intensive insulin regimen that requires him or her to inject insulin at least three times per day and to monitor his or her blood sugar at least twice per day.

Beginning September 1, 2018, the Fund will no longer require preauthorization for insulin pen products. Medically necessary formulary insulin pen products will be covered by the Plan as any other covered outpatient prescription drug, subject to applicable outpatient drug copayments and all other applicable Plan provisions.

HEARING EXAMS

Effective January 1, 2018, the Fund will cover hearing exams when ordered by a Physician. Hearing exams will be paid by the Plan at 90%, following satisfaction of the calendar year Deductible for Contract Providers or 70% of Allowed Charges following

satisfaction of the calendar year Deductible for Non-Contract Providers. Hearing exam cost-sharing, when applicable, will apply to the Coinsurance Maximum. To be eligible for coverage, the hearing exam must be medically necessary and performed by a Physician or healthcare practitioner with a master's or doctoral degree in audiology.

The Plan's coverage of hearing aids is otherwise unchanged, and continues to be limited to a maximum payment of $800 per ear in any 3-year period for the covered costs of hearing aids, repairs and servicing combined.

CONTACT LENSES

Beginning September 1, 2018, the Fund will increase the benefit for contact lenses and pay up to a $130 retail allowance for elective contact lenses and fitting and evaluation exam combined. This benefit will continue to be limited to once every 12 months, and is in lieu of any benefit for eye glasses (frames and lenses), and subject to any other applicable Plan provisions. As a reminder, when contact lenses are obtained, you will not be eligible for regular spectacle lenses again for 12 months and frames for 24 months.

ROUTINE PHYSICAL EXAM BENEFIT

The Fund covers screening services conducted by Health Dynamics at 100% coinsurance. Effective August 1, 2017, routine physical examination services received from a provider that is not Health Dynamics, including all laboratory tests and x-rays provided as part of a routine physical examination will be covered at 90% coinsurance when received from a Contract Provider, or at 70% coinsurance when received from a Non-Contract Provider, after Deductible, and limited to one routine physical exam during any 12-month period.

This benefit includes physical exams given to a newborn child by a Physician while that newborn is in the Hospital immediately following birth. The benefit also provides coverage for Physician standby charges during a cesarean section.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100 ✧ P.O. Box 2280
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

August 3, 2018

TO: **All Retired Medicare Eligible Participants and Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Effective Date of Domestic Partner Enrollment**
Change to the Indemnity Plan Contact Lens Benefit

This Participant Notice will advise you of certain material modifications that have been made to your medical benefits for covered services. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California modified the Plan Rules and Regulations for Retirees and Dependents as follows:

EFFECTIVE DATE OF DOMESTIC PARTNER ENROLLMENT

Beginning September 1, 2017, following the Fund Office's receipt of the enrollment documents to enroll an eligible Domestic Partner (including, if applicable, eligible children of a Domestic Partner), such Dependent(s) will begin participation in the Plan effective on the first day of the second month following the Fund Office's receipt of the enrollment documents.

CHANGE TO THE INDEMNITY PLAN CONTACT LENS BENEFIT

Beginning September 1, 2018, the Fund will increase the benefit for contact lenses and pay up to a $130 retail allowance for elective contact lenses and fitting and evaluation exam combined. This benefit will continue to be limited to once every 12 months, and is in lieu of any benefit for eye glasses (frames and lenses), and subject to any other applicable Plan provisions. As a reminder, when contact lenses are obtained, you will not be eligible for regular spectacle lenses again for 12 months and frames for 24 months.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination

of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the Plan Administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215
www.carpenterfunds.com

November 29, 2019

To: **All Active and Non-Medicare Retired Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

From: **BOARD OF TRUSTEES**

Re: **Changes to Plan Benefits Effective January 1, 2020**
- **Outpatient Surgical Procedures**
- **Routine OB-GYN Exam Benefit**
- **Vision Benefit**
- **Breast Pump**
- **Stem Cell Treatment**
- **Providers under investigation for Fraud**
- **Health Dynamics and Trestle Tree Termination**

This Participant Notice will advise you of certain material modifications that have been made to your medical benefits for covered services. **This information is VERY IMPORTANT to you and your dependents**. Please take the time to read it carefully.

The Board of Trustees modified the Plan Rules and Regulations as follows, effective January 1, 2020:

1. CHANGES TO PLAN BENEFITS FOR CERTAIN SURGERIES AT AN OUTPATIENT HOSPITAL:

The Plan currently has a payment limit for use of an outpatient hospital facility for an arthroscopy, cataract surgery, colonoscopy or endoscopy. These surgical procedures performed at an Anthem PPO Contracted ambulatory surgical center have no Plan payment limit and the Plan pays benefits subject to normal Plan Rules, deductible, coinsurance, and coinsurance maximums.

Beginning January 1, 2020, more surgical procedures will be added to the list of outpatient hospital payment limits for surgeries performed at an outpatient hospital instead of a PPO Contracted ambulatory surgical center.

Below please find an updated list of the surgeries and the associated Maximum Payment Limit that will apply when provided in an Outpatient Hospital Setting.

The Plan is also adding a precertification requirement for the below outpatient surgery procedures. Please have your healthcare practitioner contact Anthem at (800) 274-7767 so you can be directed to an Anthem PPO Contracted ambulatory surgical center. Failure to comply with the Plan's requirements for precertification may result in an increase of your out-of-pocket costs.

Surgery	Maximum Payment Limit per Procedure
At an Outpatient Hospital (instead of a PPO Contracted Ambulatory Surgical Center)	
Arthroscopy	$6,000
Cataract Surgery	$2,000
Colonoscopy	$1,500
Sigmoidoscopy	$1,000
Upper Gastrointestinal Endoscopy	$1,500
Upper Gastrointestinal Endoscopy with Biopsy	$2,000
Esophagoscopy	$2,000
Hysteroscopy Uterine Tissue Sample (with Biopsy, with or without Dilation and Curettage)	$3,500
All other Endoscopies	$1,000
Laparoscopic Gall Bladder Removal	$5,000
Nasal/Sinus - Submucous Resection Inferior Turbinate	$3,000
Nasal/Sinus - Corrective Surgery - Septoplasty	$3,500
Tonsillectomy and/or Adenoidectomy	$3,000
Lithotripsy – Fragmenting of Kidney Stones	$7,000
Hernia Inguinal Repair (Over age 5, Non-Laparoscopic)	$4,000
Laparoscopic Inguinal Hernia	$5,500

If you use an Outpatient Hospital for any of the above surgeries, you will be responsible for paying any amount over the maximum. Amounts denied as over the maximum for a procedure will not accumulate toward your Coinsurance Maximum.

If you are scheduled for one of the above surgeries, **please make sure your surgery is performed at a PPO Contracted ambulatory surgical center.** This will save money for both you and the Fund.

2. NEW ANNUAL ROUTINE OB-GYN EXAM BENEFIT:

At this time, the Fund allows a routine physical examination for a Participant and Spouse once within a 12-month period. Women are able to use this benefit for either their routine OB-GYN visit or at another physician for a physical exam. Beginning for services on or after January 1, 2020, the Fund will allow both one routine OB-GYN examination within a 12-month period in addition to one routine physical exam within a 12-month period (payable at normal Plan benefits). Coverage includes any x-rays and laboratory tests provided in connection with the OB-GYN exam and physical examination, including a pap smear.

3. CHANGES TO VISION BENEFIT ALLOWANCES:

The following allowances for covered vision services with a VSP provider have been increased for services on or after January 1, 2020.

- The frame allowance is increasing to $175 at VSP doctors and retail chains, and to $95 at Costco Optical Center, limited to once every 24 months.
- The elective contact lens allowance is increasing to $155 for contact lenses and fitting and evaluation exam, limited to once every 12 months in lieu of lenses and frames.

4. BREAST PUMP:

The Plan has added a benefit for rental or purchase of a breast pump for females who are breastfeeding. Either a manual or an electric breast pump is covered, payable at normal Plan benefits up to a maximum benefit payment of $75 per calendar year beginning January 1, 2020.

5. STEM CELL TREATMENT:

Stem cell treatments that have not been approved by the Federal Food and Drug Administration (FDA) are excluded by the Plan.

6. PROVIDERS UNDER INVESTIGATION FOR FRAUD:

Medical providers that have been determined to have engaged in fraudulent activity, following an investigation by the Plan's Fraud, Waste and Abuse vendor are excluded from any Plan benefits.

7. HEALTH DYNAMICS AND TRESTLE TREE TERMINATION:

The Plan has terminated its contract with Health Dynamics who provided physical exams, screenings, and health coaching services. The Plan also terminated its contract with Trestle Tree who provided health coaching related to wellness and disease management.

Reminder: Services provided by a Non-Contract provider who does not complete enrollment in the Medicare program are limited or not payable. The Plan limits Medically Necessary *outpatient* services from Non-Contract Providers who are not registered with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) to **a maximum allowable charge of $100 per appointment**, subject to the non-PPO deductible and coinsurance. Benefits paid *for inpatient* services from a Non-Contract Provider is based on a percentage of that provider's CMS registered fee; there will be no benefits available for inpatient services from a Non-Contract Provider who is not registered with CMS.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," the law requires to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity medical plan is "grandfathered health plans" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plan, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do and do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plans to change from grandfathered health plan status can be directed to the Plan Administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at benefitservices@carpenterfunds.com, (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. Find forms and information on our website, www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

April 3, 2020

TO: **All Active Plan Participants, Non-Medicare Retirees and their Dependents including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **BENEFIT CHANGES – INDEMNITY PLAN**
Online Telehealth Medical Visits
COVID-19 Laboratory Tests
Prescription Drug Benefits

This Notice will advise you of certain material modifications that were made to your medical and prescription benefits.

It is the intent of the Plan to comply with federally mandated benefit requirements. Unless superseded by law with mandatory additional benefits, **effective March 1, 2020, the Health and Welfare Plan will provide 100% coverage of the PPO Allowed Amount for COVID-19 laboratory testing by a Contract Provider as well as 100% coverage for telehealth medical visits through LiveHealth Online.** COVID-19 testing and LiveHealth Online services will not be subject to the Plan's calendar year deductible.

Online Telehealth Medical Visits

LiveHealth Online allows you to access private and secure video visits with a board-certified doctor 24 hours a day using your smartphone, tablet or computer that has a webcam. Physicians available through LiveHealth Online can evaluate your symptoms, help you understand your condition, including the possibility of contracting the COVID-19 virus, all the while minimizing the risk of exposure of disease to yourself and others because your visit is in the comfort of your own home. In addition to the LiveHealth Online visit being available at no cost, no appointment is necessary and wait times are nominal.

To get started, go to livehealthonline.com and sign up by:

1. Choose **Sign Up** to create your LiveHealth Online account. Enter your name, email address, date of birth and create a secure password.
2. Read and agree to the *Terms of Use*.
3. Choose your location in the drop-down box of states.
4. Enter your birth date and choose your gender.
5. For the question "Do you have insurance?", select **Yes**. Be sure to have your medical identification card available to complete the insurance information. If you choose **No**, you can enter your insurance information later.
6. For **Health Plan**, in the drop-down box, select **Anthem**.
7. For the **Subscriber ID**, enter your identification number, which is found on your medical identification card. Select **Yes** if you are the Plan Participant or **No** if you are a Dependent

of the Participant.

8. Select the green **Finish** button.

For questions about how to use LiveHealth Online, call toll free (888) 548-3432 or email help@livehealthonline.com.

COVID-19 Laboratory Tests

The Plan will provide 100% coverage of the PPO Allowed Amount for COVID-19 laboratory testing by a Contract Provider. COVID-19 laboratory testing by a non-Contract Provider is payable at 100% of the average Contract Provider rate, not subject to the Plan's calendar year deductible. You will be responsible for any charge in excess of the Plan's payment if you use a non-Contract Provider. When possible, the Plan encourages you to use a Contract Provider to prevent an out-of-pocket cost to you for COVID-19 laboratory testing.

Prescription Drug Benefits

The Health and Welfare Plan contracts with Express Scripts, a prescription benefit management (PBM) firm, to administer the Prescription Drug benefits for our Participants. Express Scripts has implemented a number of best practices to help manage the safety and efficiency of the prescription drug program.

On or after March 1, 2020, there will be no benefit payment for the following prescriptions:

- A medication excluded under the PBM's Pharmacy and Therapeutics Committee or United Brotherhood of Carpenter's Clinical Advisory Committee,
- A drug not approved through the step therapy program,
- A drug requiring pre-authorization when pre-authorization is not obtained,
- A medication that has not been approved by the Food and Drug Administration for the indication prescribed unless such use has been reviewed and approved by the PBM's Pharmacy and Therapeutics Committee or United Brotherhood of Carpenter's Clinical Advisory Committee,
- A medication that does not satisfy Express Scripts' clinical guidelines for safety, or cost saving protocols.

If you are taking a medication not covered by the Plan, we recommend that you talk to your doctor to discuss medication options that the Plan does cover. If you have any questions regarding your prescription drug coverage, including questions regarding medications covered under the program, please refer to Express Scripts at (800) 939-7093 or www.express-scripts.com.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," federal law requires us to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Fund's Indemnity medical plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered

health plan status can be directed to the Plan Administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements, this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

October 3, 2020

TO: **All Active and non-Medicare Eligible Retired Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Changes to Outpatient Hospital Indemnity Plan Benefits**
- **Hip Replacement Surgery**
- **Knee Replacement Surgery**

This Participant Notice will advise you of a material modification that has been made to your medical benefits for hospital benefits payable for services in connection with a hip or knee replacement surgery. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

Effective October 1, 2020, in order to manage the cost variance for hip and knee replacement surgeries, payment will be limited to a $30,000 maximum for single hip joint replacement or single knee joint replacement surgery for both inpatient and outpatient facility costs. The maximum does not include professional fees such as anesthesia or surgeon fees, which will be paid pursuant to the applicable Plan's Rules and Regulations.

The Board of Trustees and Anthem Blue Cross have identified 50 facilities throughout California where these surgeries can be performed with little to no out-of-pocket costs beyond the Plan's deductible and coinsurance. See the attached list of approved Value Based facilities. You still have the same access to providers but will save money when you use a recommended facility.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email

to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

Value-based purchasing

Hip and knee joint replacement

Value-based purchasing design (VBPD)

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California and Anthem Blue Cross (Anthem) are working together to design a hip and knee joint replacement program. If you will be scheduling a hip or knee joint replacement, this program is for you. It has been designed to keep your overall out-of-pocket costs down, while limiting the overall increase in medical costs.

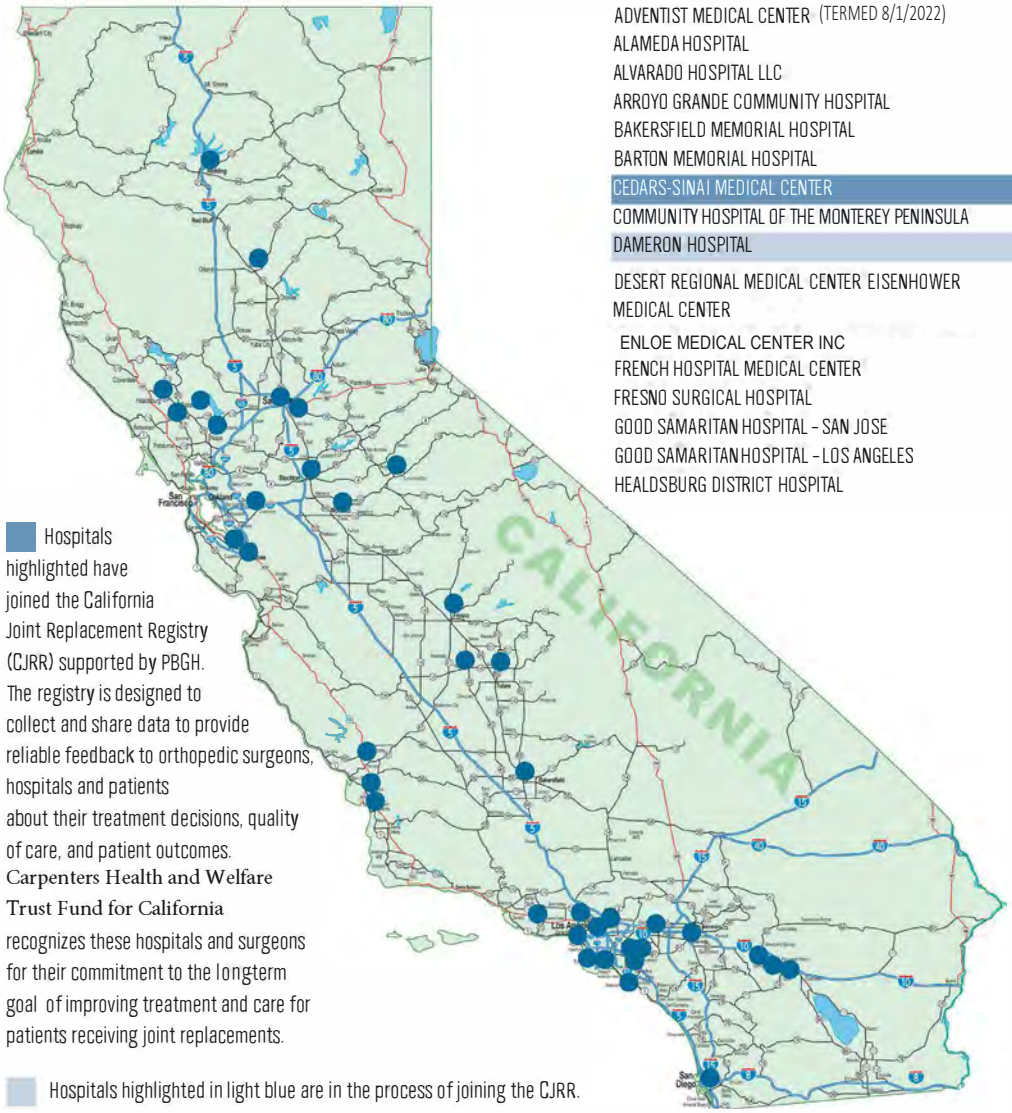
This program limits payment to $30,000 maximum for single hip joint replacement or single knee joint replacement surgeries. **Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California** and Anthem have identified 53 facilities throughout California where you can have these surgeries done with little to no out-of-pocket costs beyond the plan's deductible and coinsurance.

If you have a single hip or single knee joint replacement at a facility that isn't on the list below, you'll be responsible for any charges above $30,000. You'll also be responsible for any deductible and coinsurance.

As a Participating Provider Organization plan member, you have the option to choose any facility, but if you get care from one of the 53 facilities listed below, you can lower your out-of-pocket costs.

Please refer to your *Evidence of Coverage* booklet for more info.

Value Based Sites of Care for designated Hospitals



ADVENTIST MEDICAL CENTER (TERMED 8/1/2022)
ALAMEDA HOSPITAL
ALVARADO HOSPITAL LLC
ARROYO GRANDE COMMUNITY HOSPITAL
BAKERSFIELD MEMORIAL HOSPITAL
BARTON MEMORIAL HOSPITAL
CEDARS-SINAI MEDICAL CENTER
COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA
DAMERON HOSPITAL
DESERT REGIONAL MEDICAL CENTER EISENHOWER MEDICAL CENTER
ENLOE MEDICAL CENTER INC
FRENCH HOSPITAL MEDICAL CENTER
FRESNO SURGICAL HOSPITAL
GOOD SAMARITAN HOSPITAL – SAN JOSE
GOOD SAMARITAN HOSPITAL – LOS ANGELES
HEALDSBURG DISTRICT HOSPITAL
HOAG ORTHOPEDIC INSTITUTE
HUNTINGTON MEMORIAL HOSPITAL
JOHN F KENNEDY MEMORIAL HOSPITAL
JOHN MUIR MEDICAL CENTER - CONCORD CAMPUS
JOHN MUIR MEDICAL CENTER - WALNUT CREEK CAMPUS
KAWEAH DELTA MEDICAL CENTER
LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER
LONG BEACH MEMORIAL MEDICAL CENTER
MERCY MEDICAL CENTER – REDDING
METHODIST HOSPITAL OF SACRAMENTO
NATIVIDAD MEDICAL CENTER
O'CONNOR HOSPITAL
PLACENTIA LINDA HOSPITAL
QUEEN OF THE VALLEY MEDICAL CENTER
SAN ANTONIO COMMUNITY HOSPITAL
SAN JOAQUIN COMMUNITY HOSPITAL
SANTA MONICA UCLA MEDICAL CENTER
SANTA ROSA MEMORIAL HOSPITAL
SIERRA VISTA REGIONAL MEDICAL CENTER
SONORA REGIONAL MEDICAL CENTER
ST AGNES MEDICAL CENTER
ST HELENA HOSPITAL
ST JOHN'S HOSPITAL AND HEALTH CENTER
ST JOSEPH HOSPITAL – ORANGE
ST JUDE MEDICAL CENTER
ST MARYS MEDICAL CENTER
ST VINCENT MEDICAL CENTER
STANISLAUS SURGICAL HOSPITAL
THOUSAND OAKS SURGICAL HOSPITAL
TORRANCE MEMORIAL MEDICAL CENTER
TWIN CITIES COMMUNITY HOSPITAL INC
UCSD MEDICAL CENTER
VALLEY PRESBYTERIAN HOSPITAL

Hospitals highlighted have joined the California Joint Replacement Registry (CJRR) supported by PBGH. The registry is designed to collect and share data to provide reliable feedback to orthopedic surgeons, hospitals and patients about their treatment decisions, quality of care, and patient outcomes. **Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California** recognizes these hospitals and surgeons for their commitment to the longterm goal of improving treatment and care for patients receiving joint replacements.

Hospitals highlighted in light blue are in the process of joining the CJRR.

For more information about the CJRR, please visit caljrr.org.

To learn more, please visit anthem.com/ca.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

November 30, 2020

TO: **All Active and Non-Medicare Eligible Retired Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Indemnity Plan Benefit Change for Flu Vaccines**

This Participant Notice will advise you of a material modification that has been made to your medical benefits for services in connection with flu vaccines. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

Flu Vaccines

Effective September 1, 2020, the Plan will provide 100% coverage of the PPO Allowed Amount for flu vaccinations, up to a maximum payment of $30 per vaccine. Should you receive a flu vaccination by a Non-Contract Provider, the Plan will provide 100% coverage of the charged amount, up to a maximum payment of $30. Additionally, the flu vaccines are not subject to the calendar year deductible.

The Trustees designed this Indemnity benefit so that you have broader access to flu vaccines, for example, you can get your vaccine through your local pharmacy. Should you choose to receive a flu vaccine at your pharmacy, you may submit your claim for reimbursement to the Fund Office by providing the following information: 1) A copy of your receipt that includes the name of the person receiving the vaccine, 2) The date the vaccine was administered and 3) The amount paid. Also, please include a copy of your medical card.

Send Claims to:
Carpenter Funds Administrative Office
Attention: Claims Department
265 Hegenberger Rd., Suite 100
Oakland, CA 94621

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: 1 (888) 547-2054
Phone: (510) 633-0333

April 9, 2021

TO: **All Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Kaiser and Indemnity Plan Benefit Changes**
- **Deadline Extensions**
- ***headversity***
- **COBRA Subsidy**

Indemnity Plan Benefit Changes
- **Vaccines**
- **COVID-19 Testing**
- **Telehealth**

This Participant Notice will advise you of material modifications that have been made to your Health and Welfare Plan benefits. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

As of the date of this notice the COVID-19 Public Health Emergency is effective until April 21, 2021, however that date is expected to be extended. **Once the Public Health Emergency is lifted, some of the Plan's limitations for using Non-Covered Providers will be reinstated as outlined in this notice. It's important to note that the National Emergency declared by the U.S. President is different than the Public Health Emergency.**

KAISER AND INDEMNITY PLAN BENEFIT CHANGES

Duration of Extensions for Certain Special Enrollment, COBRA and Claims and Appeals Deadlines

In 2020, we informed you that the Plan would disregard the filing limit periods from March 1, 2020, through the end of the National Emergency plus 60 days. The National Emergency effects issues concerning COBRA, special enrollment, claims and appeals deadlines:

- The period to request special enrollment,
- The 60-day election period for COBRA Continuation Coverage,
- The date for making COBRA Continuation Coverage premium payments,
- The date for individuals to notify the Plan of a qualifying event or the determination of disability,
- The date within which individuals may file a benefit claim under the Plan's claims procedures, and
- The date within which claimants may file an appeal of an adverse benefit determination under the Plan's claims procedures.

Recent guidance from the Department of Labor clarified the duration of these deadline extensions, which applies on a case-by-case basis. Specifically, your deadline is **the earlier of:**

- One year from the date you were first eligible for relief (i.e., one year from your original deadline); or
- 60 days after the announced end of the National Emergency Concerning COVID-19.

PLEASE NOTE: Under no circumstances will a deadline extension last longer than one year. To ensure you receive the benefits you are entitled to, we encourage you to provide your election notice or payment by the original deadline. See examples on the following page.

For example, if your original deadline for electing COBRA Continuation Coverage was April 1, 2020, you will have until April 1, 2021, to make that election. If your original deadline for electing COBRA Continuation Coverage was September 1, 2020, you will have until September 1, 2021, to make that election or 60 days after the National Emergency concerning COVID-19 ends, if that date occurs before September 1, 2021.

Please contact the Fund Office if you have questions about how the deadline extensions apply to your individual circumstances.

headversity – New Benefit

The Board of Trustees has also implemented a new resource available to Participants and their Dependents beginning February 1, 2021. The *headversity* program trains and prepares individuals to better manage mental health and mental performance challenges, thereby helping them get ahead of possible adversity in the future. The program focuses on six resilience skills: self-expertise, mindfulness, mental fitness, mental health, hardiness, and energy management.

headversity is an App that Participants and Dependents can use to access resources and training on building resilience. The *headversity* App can be accessed through your smartphone's App store.

headversity

Use Invite Code
NCCARP
To Start Your Training Today

ARPA COBRA Subsidy

Congress passed the American Rescue Plan Act (ARPA) on March 17, 2021. ARPA includes many COVID-19 related relief measures including a subsidy for Health and Welfare coverage under COBRA which grants $0 cost Plan coverage to Participants and Dependents who have lost coverage because of an involuntary reduction of work hours between September, 2019 and July, 2021.

If you had, or later have, an involuntarily loss of work in Covered employment and you have no other employer sponsored health coverage or Medicare, ARPA will pay 100% of the cost of COBRA coverage beginning April 1, 2021 through September 30, 2021. The subsidy pays medical, dental, vision and prescription coverage for most qualified recipients. Furthermore, your coverage does not have to be continuous. For example, you may enroll in the COBRA ARPA subsidy effective April 1, 2021 even though your 18-month COBRA option started many months earlier and you did not elect COBRA coverage for the months prior to April 1, 2021.

INDEMNITY PLAN BENEFIT CHANGES

Changes to Vaccine Coverage, Including Coverage COVID-19 Vaccines

Effective January 1, 2021, The Board of Trustees implemented a comprehensive vaccine coverage program. Immunizations, including the COVID-19 and flu vaccines, are covered under both the Plan's medical and pharmacy benefits with a $0 copayment and no deductible when received from a PPO Contract Medical Provider or Contract Pharmacy. The Board of Trustees rescinded the flu vaccine Plan maximum payment of $30 under the medical benefit.

After the Public Health Emergency ends, the Plan will continue to cover COVID-19 vaccines at 100% with no deductible when received from a Contract Provider, however; COVID-19 vaccines will no longer be covered in full when received from Non-Contract Providers. A list of immunizations covered under the pharmacy program, which includes most preventive vaccinations, is available from Express Scripts.

Clarification of COVID-19 Testing Benefits

Last April, we informed you that the Plan would cover COVID-19 laboratory tests at 100% when received from either Contract Providers or Non-Contract Providers. To clarify, the 100% coverage benefit includes: test administration, items and services given during office visit, urgent care, telehealth and emergency room visits, to the extent they relate to the evaluation or furnishing of the test.

During the Public Health Emergency, Non-Contract Providers will be paid the cash price listed on their public website or, if lower, the negotiated price.

See the Table on page 2 (Benefit Snapshot) for a comparison of Immunization and COVID-19 testing benefit limits for "*During the Public Health Emergency" vs. "After the Public Health Emergency"*.

Benefit Snapshot		
Service	**During Public Health Emergency**	**After Public Health Emergency** (Restrictions Lifted)
COVID-19 Vaccines	Effective 1/1/2021: Participant Cost: $0 *Receive immunizations from any Medical Provider or Contract Pharmacy*	Participant Cost: $0 *Must use a PPO Contract Provider or Express Scripts Contract Pharmacy*
Flu Vaccines		
Other Immunizations		
COVID-19 Laboratory Tests	Effective 3/1/2020: Participant Cost: $0 *Tests administered by any Medical Provider, plus items and services given during office, urgent care, telehealth and emergency room visits in relation to evaluation or furnishing of the test.*	Participant Cost: Based on the existing Plan Limitations. *Depending on the location of where the test is administered and all existing Plan limitations regarding payment to Non-Contract Providers will be applied.*
Finding a Contract Provider	**Medical Providers** Anthem (800) 810-2583 or www.anthem.com **Contract Pharmacy for Immunizations** Express Scripts (800) 939-7093 or www.express-scripts.com	

Clarification of Online Telehealth Visit Benefit

Last April, we informed you that the Plan will cover LiveHealth Online visits at 100% up to a maximum payment of $59. To clarify, online telehealth visits with PPO providers are also covered by the Plan, subject to the Plan's deductible and coinsurance for the duration of the Public Health Emergency, which is currently through April 21, 2021, unless extended. At the conclusion of the Public Health Emergency, the issue of online telehealth visits will be revisited by the Board of Trustees.

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

> **Grandfathered Health Plan:** The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: 1 (888) 547-2054
Phone: (510) 633-0333

July 23, 2021

TO: **All Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Indemnity Plan Benefit Changes**

- **Certain Specialty Oncology Drugs covered under the Medical Plan**
- **Level Care 90-day Supply Coverage**
- **PPO Telehealth extended through September 2021**
- **Long-term Care Exclusion**

This Participant Notice will advise you of material modifications that have been made to your Health and Welfare Plan benefits. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

INDEMNITY PLAN BENEFIT CHANGES

Certain Specialty Drugs covered under the Medical Plan (does not apply to Retirees who are eligible for Medicare)

In general, Specialty Drugs, as defined under the contract with the Pharmacy Benefit Manager (PBM), are only covered under the Plan's Mail Order Prescription Drug benefit. Some chemotherapy drugs are included in the Specialty Drug category.

Beginning July 1, 2021, you can choose to obtain the following Specialty Drugs under either the medical benefit of the Plan or the prescription drug program, however you are encouraged to explore the best option for you:

Brand	Generic
Zirabev or Mvasi	bevacizumab
Uplizno	ipilimumab
Keytruda	pembrolizumab
Herceptin	trastuzumab
Rituxan	rituximab
Prolia or Xgeva	denosumab
Opdivo	nivolumab
Lupron	leuprorelin

If you choose to obtain the Specialty Drug through the prescription drug program, it will be subject to the Specialty Drug copay listed below for up to a 30-day fill of the medication and is subject to prior approval by the PBM. After your physician obtains the prior approval from the PBM and depending on your preference, the drug will be mailed to you or to the provider administering the medication.

Formulary Generic Drug	$10 copay
Multi-Source Brand Name Drug	$26 plus the difference in cost between the generic and brand name Drug.
Single Source Formulary Brand Name	$53 copay
Non-Formulary Drug	$80 copay
Note: Any new Brand Name Drug approved by the FDA (including injectable and infusion drugs), the copay is 50% of the cost of the drug for a minimum of 24 months after the drug has been approved. If the PBM determines that the new FDA approved drug is a "must not add" drug, the copay will remain at 50% of the cost of the drug.	

If you elect to receive one of the specified Specialty Drugs through the medical benefit of the Plan, it will be subject to your calendar year deductible and coinsurance amounts and is subject to prior approval by Anthem's Utilization Management department. Once the prior approval is complete the medication can be provided by your attending physician instead of from the PBM.

Level Care 90-day Supply Coverage

Effective September 1, 2021, Level Care, in cooperation with Walgreen's retail pharmacy, will provide another option for obtaining maintenance drugs. In addition to the mail order program with the Plan's Pharmacy Benefit Manager (PBM), you may now choose to obtain maintenance drugs at Walgreen's pharmacy for the same cost as using mail order through this new 90-day drug supply program. To take advantage of this program, present your prescription card at the Walgreen's pharmacy and pay the same copayment as what you would have paid using the Plan's mail-order service with the PBM. You continue to have the option of obtaining your 90-day supply from the PBM's mail-order pharmacy for the mail-order copayment which many participants have found to be very convenient.

You may Contact the PBM, Express Scripts at (800) 473-3455 for additional information.

PPO Telehealth Visit Benefit extended through September, 2021

Last April, we informed you that the Plan will cover LiveHealth Online visits at 100% up to a maximum payment of $59, without deductible. We are pleased to advise you that the Plan will continue to provide this coverage through September 30, 2021. In addition, online telehealth visits with PPO providers are also covered by the Plan, subject to the Plan's regular deductible and coinsurance.

Long-term Care Exclusion effective September 1, 2021

The Fund currently excludes "custodial care". This includes charges for helping a person with the activities of daily living (for example, assistance with eating, using the toilet, bathing, getting dressed or out of bed, moving around, among others, that can safely be provided by caregivers with no medical training).

There may be limited circumstances where a patient may be receiving some custodial care in conjunction with medically necessary long-term medical rehabilitation. In order to address these limited circumstances, the Fund has clarified the custodial care exclusion to consider limited benefits in a long-term acute care facility when a patient is receiving rehabilitation therapy immediately after or instead of an acute inpatient hospitalization. For the Plan to consider such services, the patient must continue to make treatment progress as documented by patient notes. In addition, services must be authorized by Anthem's Utilization Review department, and will be paid pursuant to the Plan rules.

Because this Plan is a “grandfathered health plan,” we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (“the Affordable Care Act”). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: 1 (888) 547-2054
Phone: (510) 633-0333

January 14, 2022

TO: **All Active and Non-Medicare Eligible Retired Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Indemnity Plan Benefit Changes**
- **Women's Preventive Care Services**
- **Vaccines and Immunizations**

This Participant Notice will advise you of material modifications that have been made to your Health and Welfare Plan benefits. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

INDEMNITY PLAN BENEFIT CHANGES

Women's Preventive Care Services

Women's preventive care services received on or after January 1, 2022 (for an Employee or Spouse), will be covered at 100% (no deductible) with a Contract Provider. This includes one routine Ob-Gyn examination within a 12-month period. Coverage also includes any x-rays and laboratory tests provided in connection with the physical examination, including a pap smear and routine mammogram.

Vaccines and Immunizations

At this time, vaccines and immunizations (including travel immunizations), included in the Express Scripts comprehensive vaccine coverage program are covered at 100%, with no copayment when received from a Participating Pharmacy.

Effective for the following vaccines and immunizations received on or after January 1, 2022, you will have the choice of receiving benefits for the following vaccines and immunizations at a Participating Pharmacy or with a Contract Provider. If you receive the following vaccines and immunizations with a Contract Provider, they will be covered at 100% (no deductible or coinsurance):

a. Vaccines and immunizations for adults—doses, recommended ages, and recommended populations must be satisfied:

- Diphtheria/tetanus/pertussis
- Measles/mumps/rubella (MMR)
- Influenza
- Human papillomavirus (HPV)
- Pneumococcal (polysaccharide)
- Zoster
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Meningococcal
- Varicella
- COVID-19

b. Vaccines and immunizations for children from birth to age 18—doses, recommended ages, and recommended populations must be satisfied:

- Hepatitis B
- Rotavirus
- Diphtheria, Tetanus, Pertussis
- Haemophilus influenzae type b
- Pneumococcal
- Inactivated Poliovirus
- Influenza
- Measles, Mumps, Rubella
- Varicella
- Hepatitis A
- Meningococcal
- Human papillomavirus (HPV)
- COVID-19

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements, this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215

May 13, 2022

TO: **All Active and Retired Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Temporary Changes to Retiree Coverage Eligibility Rules**
Indemnity Plan Benefit Change for Over-the-Counter COVID tests

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

Temporary Change to Attachment Rule for Retiree Coverage

Recently some Participants that have qualified to begin receiving their pension from the Carpenters Pension Trust Fund for Northern California during the COVID-19 National Emergency period have been denied Retiree Health and Welfare due to a failure to satisfy the Plan's 'attachment rule'. The 'attachment rule' requires a Participant to have worked at least 300 hours in covered employment for a Contributing Employer, during which time contributions have been required to be paid into the Active Employees' Plan A, Plan B or Plan R, in each of the 2 calendar years immediately preceding the calendar year in which his/her pension effective date occurs which may be a challenge during the COVID-19 pandemic.

In order to accommodate this issue, the Trustees have decided to waive the recent attachment rule for retirees with over 30 years of service during the COVID-19 National Emergency.

Please note the waiver of this requirement is **a temporary change that will apply to initial qualifications for Retiree Health and Welfare coverage based on a service pension occurring during the National Emergency period declared on March 13, 2020 and renewed on February 18, 2022.**

Over-the-Counter (OTC) COVID-19 Tests

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California is required by federal law to cover certain OTC at-home COVID-19 tests purchased on or after January 15, 2022 through the end of the Public Health Emergency for eligible plan Participants with no cost sharing. **Note:** Tests purchased for employment purposes are not covered.

- Participants may purchase up to eight (8) COVID-19 tests per covered family member per month. Note: Tests performed at a doctor's office or hospital do not count toward the eight-test maximum for reimbursement.

- COVID-19 tests purchased from an Express Scripts In-Network Pharmacy or through the Express Scripts Mail Order Pharmacy will be covered at 100% with no copay, coinsurance or deductible.
- For tests purchased from out-of-network Pharmacies, you must submit a claim for reimbursement to ESI along with a copy of the receipt and the UPC code from your COVID-19 test's box. You'll be reimbursed for either the full cost of the test or $12—whichever amount is lower.

* * * * *

Because this Plan is a "grandfathered health plan," we are required by law to provide this notice to you:

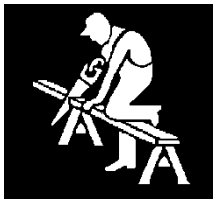
Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act ("the Affordable Care Act"). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA
265 Hegenberger Road, Suite 100
P.O. Box 2280
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215
www.carpenterfunds.com



July 2022

To: All Retired Plan Participants and/or their Beneficiaries
- *Indemnity & Kaiser / Non-Medicare*

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 two common health scenarios: having a baby, diabetes care and care for a fractured bone. These examples show the projected total costs associated with each of these three situations, how much of these costs the Plan covers and how much you, the Participant, need to pay. In these examples, it's important to note that the costs are national averages and do not reflect what the actual services might cost in your area. Plus, the cost for your treatment might also be very different depending on your doctor's approach, whether your doctor is an In-Network PPO Provider or a Non-PPO Provider, your age and any other health issues you may also have. These examples are there to help you compare how different health plans might cover the same condition—not for predicting your own actual costs.
- A link to a "Glossary" of common terms used in describing health benefits, including words such as *"deductible," "co-payment,"* and *"co-insurance."* The glossary is standard and cannot be customized by a Plan.
- Websites and toll-free phone numbers you can contact if you have questions or need assistance with benefits.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please call Benefit Services at the Trust Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.carpenterfunds.com or call 1-888-547-2054. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms see the Glossary. You can view the Glossary at www.carpenterfunds.com or call 1-888-547-2054 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	Contract Provider: $128/individual per calendar year; $256/family per calendar year. Non-Contract Provider: $257/person per calendar year; $514/family per calendar year.	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan, each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Mental health, chemical dependency (including detox), member assistance program visits, Contract Provider On-line physician visits up to $49 per visit, and outpatient prescription drugs are covered before you meet your deductible.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	There is no out-of-pocket limit on all types of cost sharing, but there is a $1,289/person ($2,578/family) on the amount of coinsurance that you must pay for covered services in a year.	This plan does not have an out-of-pocket limit on your expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billing charges, hearing examination and hearing aid expenses, penalties for failure to obtain precertification, deductibles, expenses from Non-Contract providers, outpatient retail/mail order prescription drug expenses, amounts over the reference-based pricing allowances and health care this plan doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.anthem.com/ca or call 1-888-547-2054 for a list of Contract providers in California. See www.bcbs.com or call 1-800-810-2583 for a list of Contract providers outside the state of California.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the specialist you choose without a referral.

All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care **provider's** office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	10% coinsurance	30% coinsurance	• Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment. • Plan pays 100% for physician online visits with a Contract provider.
	Specialist visit	10% coinsurance	30% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
	Preventive care/screening/ Immunization	10% coinsurance	30% coinsurance	• For adults and children, benefits are limited to one routine physical exam in any 12-month period. • For Employee and Spouse only, benefits include one routine Ob-Gyn examination within a 12-month period in addition to the routine physical. Coverage includes any x-rays and laboratory tests provided in connection with the physical examination, including a pap smear. • You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for. • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	10% coinsurance	30% coinsurance	Professional/physician charges may be billed separately (Services from Non-Contract providers not registered with

* 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)	
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	10% coinsurance	30% coinsurance	CMS are limited to $100/appointment). Precertification is required for CT/CTA, MRI, Nuclear Cardiology, Pet Scans and Echocardiography.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.express-scripts.com or call 1-800-939-7093.	Generic drugs	Retail: $15 copay/fill. Mail order: $26 copay/fill	You pay 100% (unless there are no network pharmacies within 10 miles). Plan reimburses no more than it would have paid had you used an In-Network Retail pharmacy.	• Retail Pharmacy – 30-day supply • Mail Order Pharmacy – 90-day supply • Deductible does not apply to outpatient prescription drugs. • Cost sharing for outpatient prescription drugs does not count toward the out-of-pocket limit. • If the cost of the drug is less than the copay, you pay just the drug cost. • Some prescription drugs are subject to preauthorization (to avoid non-payment), or step therapy requirements. • Brand name Proton Pump Inhibitors (PPI) and Cholesterol drugs not covered. • For any new Brand Name Drug approved by the federal FDA, including injectable and infusion drugs, the copay is 50% of the cost of the drug for a minimum of 24 months after the drug has been approved. If the PBM determines that the new FDA-approved drug is a "must not add" drug, the copay will remain at 50% of the cost of the drug. • Mail Order is mandatory if more than 2 prescriptions are filled for maintenance medications.
	Preferred brand drugs (Formulary brand drugs)	Retail: $15 copay/fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. $53 copay/fill for single-source formulary brand. Mail order: $26 copay/fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. $106 copay/fill for single-source formulary brand.		
	Non-preferred brand drugs (Non-formulary brand drugs)	Retail: $80 copay/fill; Mail Order: $133 copay/fill		
	Specialty drugs	Subject to Retail Copays (30-day supply).	Not covered	Specialty drugs are available only from the PBM's Mail Order Pharmacy (except certain emergency drugs may be provided by a retail Participating Pharmacy).
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	10% coinsurance	30% coinsurance plus any amounts over $300	For certain outpatient surgeries, the Plan has a maximum benefit payable if services are done at a hospital facility instead of an ambulatory surgery center. To avoid Plan maximums, precertification is required for outpatient surgeries.
	Physician/surgeon fees	10% coinsurance	30% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you need immediate medical attention	Emergency room care	*Medical:* 10% coinsurance. *Mental Health or Substance Abuse:* No charge	*Medical:* 30% coinsurance (10% coinsurance if no choice in hospital due to emergency). *Mental Health or Substance Abuse:* No charge	Professional/physician charges may be billed separately. (Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment).
	Emergency medical transportation	10% coinsurance	10% coinsurance.	Limited to emergency care or medically necessary inter-facility transfer to the nearest hospital, only. Services provided by an Emergency Medical Technician (EMT) without subsequent emergency transport are covered. *See Article 1 of the Plan Document for more information on emergency care.
	Urgent care	*Medical:* 10% coinsurance. *Mental Health or Substance Abuse:* No charge	*Medical:* 30% coinsurance (10% coinsurance if no choice in hospital due to emergency). *Mental Health or Substance Abuse:* No charge	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	10% coinsurance	30% coinsurance	• Precertification is required. • A maximum of $30,000 is payable for the hospital facility charges associated with a single hip joint or knee joint replacement surgery. • In a Non-Contract Hospital, the plan covers a room with 2 or more beds (or the minimum charge for a 2-bed room in the Hospital if a higher priced room is used). • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Physician/surgeon fees	10% coinsurance	30% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	*Mental Health:* 10% coinsurance *Substance Abuse:* no charge, deductible does not apply	30% coinsurance	• Plan pays 100% for physician online visits with a Contract Provider. • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
	Inpatient services	*Mental Health:* 20% coinsurance, deductible does not apply. *Substance Abuse:* no charge, deductible does not apply, for first rehab program, 10% coinsurance for subsequent programs.	30% coinsurance	• Precertification is required. • In a Non-Contract Hospital, the plan covers a room with 2 or more beds (or the minimum charge for a 2-bed room in the Hospital if a higher priced room is used) • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
If you are pregnant	Office visits(	10% coinsurance	30% coinsurance	• Maternity care may include tests and services described somewhere else in the SBC (i.e., ultrasound). • Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment
	Childbirth/delivery professional services	10% coinsurance	30% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Childbirth/delivery facility services	10% coinsurance	30% coinsurance	Precertification is required only if hospital stay is more than 48 hours for vaginal delivery or 96 hours for C-section. Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	10% coinsurance	30% coinsurance	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment.
	Rehabilitation services	10% coinsurance	30% coinsurance	*Outpatient:* Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment. *Inpatient:* Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Habilitation services	Not covered	Not covered	You pay 100% for this service, even in-network.
	Skilled nursing care	10% coinsurance	30% coinsurance	Precertification is recommended. Limited to 70 days per confinement. Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.

* 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)	
	Durable medical equipment	10% coinsurance	30% coinsurance	Rental covered up to reasonable purchase price.
	Hospice services	10% coinsurance	30% coinsurance	*Outpatient:* Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to $100/appointment. *Inpatient:* Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered. Covered if terminally ill. Respite care is limited to 8 days.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	$10 copayment	$10 copayment	Vision benefits are available through a separate vision plan. Your cost sharing does not count toward the medical plan's out-of-pocket limit.
	Children's glasses	$25 copayment, plus all amounts over $175 for frames	$25 copayment, plus all amounts over $35 for single vision lenses and amount over $45 for frames	
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	If you elect to purchase a Voluntary Dental Plan, it will be provided under a separate policy.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Cosmetic surgery
- Habilitation services
- Infertility treatment
- Long-term care
- Private-duty nursing
- Weight loss programs

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

- Acupuncture (up to $35/visit and 20 visits per calendar year)
- Bariatric surgery (with precertification)
- Chiropractic care (Employee and spouse only. Up to $25/visit up to 20 visits per calendar year)
- Dental care (Adult) (except under a Voluntary Dental Plan)
- Hearing aids (limited to $800/ear in any 3-year period)
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Routine eye care (Adult) (under separate vision plan)
- Routine foot care

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information on how to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the Trust Fund Office at 1-888-547-2054. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-547-2054.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-547-2054.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助， 请拨打这个号码 1-888-547-2054.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The **plan's** overall deductible $128
- Specialist coinsurance 10%
- Hospital (facility) coinsurance 10%
- Other coinsurance 10%

This EXAMPLE event includes services like:
Specialist office visits (*prenatal care)*
Childbirth/Delivery Professional Services
Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work)*
Specialist visit *(anesthesia)*

Total Example Cost	$12,700

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$128
Copayments	$60
Coinsurance	$1,250
What isn't covered	
Limits or exclusions	$20
The total Peg would pay is	$1,458

Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The **plan's** overall deductible $128
- Specialist coinsurance 10%
- Hospital (facility) coinsurance 10%
- Other coinsurance 10%

This EXAMPLE event includes services like:
Primary care physician office visits (*including disease education)*
Diagnostic tests *(blood work)*
Prescription drugs
Durable medical equipment *(glucose meter)*

Total Example Cost	$5,600

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$128
Copayments	$330
Coinsurance	$200
What isn't covered	
Limits or exclusions	$20
The total Joe would pay is	$678

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- The **plan's** overall deductible $128
- Specialist coinsurance 10%
- Hospital (facility) coinsurance 10%
- Other coinsurance 10%

This EXAMPLE event includes services like:
Emergency room care *(including medical supplies)*
Diagnostic test *(x-ray)*
Durable medical equipment *(crutches)*
Rehabilitation services *(physical therapy)*

Total Example Cost	$2,800

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$128
Copayments	$10
Coinsurance	$270
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	$408

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, see www.kp.org/plandocuments or call 1-800-278-3296 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible?	Not Applicable.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible. See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	$1,500 Individual / $3,000 Family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.kp.org or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) for a list of network providers.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	Yes, but you may self-refer to certain specialists.	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist.

All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care **provider's** office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	$20 / visit	Not Covered	None
	Specialist visit	$20 / visit	Not Covered	None
	Preventive care/screening/ immunization	No Charge	Not Covered	You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
If you have a test	Diagnostic test (x-ray, blood work)	No Charge	Not Covered	None
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No Charge	Not Covered	None
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Generic drugs	$10 / prescription	Not Covered	Up to a 100-day supply retail and mail order. Subject to formulary guidelines. No Charge for Contraceptives.
	Preferred brand drugs	$30 / prescription	Not Covered	Up to a 100-day supply retail and mail order. Subject to formulary guidelines. No Charge for Contraceptives.
	Non-preferred brand drugs	Same as preferred brand drugs	Not Covered	Same as preferred brand drugs when approved through exception process.
	Specialty drugs	20% coinsurance up to $150 / prescription	Not Covered	Up to a 30-day supply retail. Subject to formulary guidelines.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	$20 / procedure	Not Covered	None
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	None
If you need immediate medical attention	Emergency room care	$50 / visit	$50 / visit	None
	Emergency medical transportation	No Charge	No Charge	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
	Urgent care	$20 / visit	$20 / visit	Non-Plan providers covered when temporarily outside the service area.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	No Charge	Not Covered	None
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Mental / Behavioral Health: $20 / individual visit. No charge for other outpatient services; Substance Abuse: $20 / individual visit. $5 / day for other outpatient services	Not Covered	Mental / Behavioral Health: $10 / group visit; Substance Abuse: $5 / group visit.
	Inpatient services	No Charge	Not Covered	None
If you are pregnant	Office visits	No Charge	Not Covered	Depending on the type of services, a copayment, coinsurance, or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound.)
	Childbirth/delivery professional services	No Charge	Not Covered	None
	Childbirth/delivery facility services	No Charge	Not Covered	None
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No Charge	Not Covered	Up to 2 hours maximum / visit, up to 3 visits maximum / day, up to 100 visits maximum / year.
	Rehabilitation services	Inpatient: No Charge; Outpatient: $20 / visit	Not Covered	None
	Habilitation services	$20 / visit	Not Covered	None
	Skilled nursing care	No Charge	Not Covered	Up to 100 days maximum / benefit period.
	Durable medical equipment	No Charge	Not Covered	Requires prior authorization.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Plan Provider (You will pay the least)	Non-Plan Provider (You will pay the most)	
	Hospice services	No Charge	Not Covered	None
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No Charge	Not Covered	None
	Children's glasses	Frames: Amount in excess of $150 allowance; Lenses: No charge	Not Covered	Frame allowance limited to once every 24 months. Lenses limited to CR-39 clear plastic or polycarbonate (single vision, flat top multifocal, or lenticular).
	Children's dental check-up	Not Covered	Not Covered	None

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your Plan Generally Does NOT Cover (Check your policy or plan document for more information and a list of any other excluded services.)

- Cosmetic surgery
- Dental care (Adult & 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, kwiijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:

This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

The **plan's** overall deductible	$0
Specialist copayment	$20
Hospital (facility) copayment	$0
Other (blood work) copayment	$0

This EXAMPLE event includes services like:
Specialist office visits (*prenatal care)*
Childbirth/Delivery Professional Services
Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work)*
Specialist visit *(anesthesia)*

Total Example Cost	$12,700

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$10
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$50
The total Peg would pay is	$60

Managing Joe's Type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

The **plan's** overall deductible	$0
Specialist copayment	$20
Hospital (facility) copayment	$0
Other (blood work) copayment	$0

This EXAMPLE event includes services like:
Primary care physician office visits (*including disease education)*
Diagnostic tests *(blood work)*
Prescription drugs
Durable medical equipment *(glucose meter)*

Total Example Cost	$5, 600

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$800
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Joe would pay is	$800

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

The **plan's** overall deductible	$0
Specialist copayment	$20
Hospital (facility) copayment	$0
Other (x-ray) copayment	$0

This EXAMPLE event includes services like:
Emergency room care *(including medical supplies)*
Diagnostic test *(x-ray)*
Durable medical equipment *(crutches)*
Rehabilitation services *(physical therapy)*

Total Example Cost	$2,800

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
Deductibles	$0
Copayments	$200
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	$200

The plan would be responsible for the other costs of these EXAMPLE covered services.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA
265 Hegenberger Road, Suite 100
P.O. Box 2280
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215
www.carpenterfunds.com

July 2022

To: All Retired Plan Participants and their Beneficiaries
- *Indemnity Plan / Eligible for Medicare*

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 and 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?	$128/individual per calendar year	Generally, you must pay all of the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan, each family member must meet their own individual deductible.
Are there services covered before you meet your deductible?	No.	You will have to meet the deductible before the plan pays for any services.
Are there other deductibles for specific services?	Yes. $360/individual per calendar year for covered prescription drugs. There are no other specific deductibles.	You must pay all of the costs for these services up to the specific deductible amount before this plan begins to pay for these services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	Not Applicable	This plan does not have an out-of-pocket limit on your expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Not Applicable	This plan does not have an out-of-pocket limit on your expenses.
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.anthem.com/ca or call 1-888-547-2054 for a list of Contract providers in California. See www.bcbs.com or call 1-800-810-2583 for a list of Contract providers outside the state of California.	This plan uses a provider network. You will pay less if you use a provider in the plan's network. You will pay the most if you use an out-of-network provider, and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the specialist you choose without a referral.

All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care **provider's** office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	Specialist visit	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	Preventive care/screening/ Immunization	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	• Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare. • 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	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	• Physician/provider's professional fees may be billed separately • Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	

* 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 (Initial Coverage Stage)	Retail Pharmacy (maximum 30-day supply): $10 copayment/fill. Mail Order (90-day supply): $20 copayment/fill.	You pay 100%	• Prescription drugs are subject to a separate $360/individual deductible per calendar year. • During the Coverage Gap Stage, you pay 40% coinsurance for Brand drugs and 51% coinsurance for Generic drugs • After you pay $4,850 out of pocket for Part D drugs, you move to the "Catastrophic Coverage Stage". During this stage, you pay the greater of either $2.95 copayment/fill for a generic or preferred brand drug that is a multi-source drug and $7.40 copayment/fill for all other drugs, with a maximum not to exceed the standard cost-sharing amount during the initial coverage stage; OR 5% coinsurance of the total cost.
	Preferred brand drugs (Initial Coverage Stage)	Retail Pharmacy (30-day supply): $40 copayment/fill. Mail Order (90-day supply): $80 copayment/fill.		
	Non-preferred brand drugs (Initial Coverage Stage)	Retail Pharmacy (30 -day supply): $60 copayment/fill. Mail Order (90-day supply): $120 copayment/fill		
	Specialty drugs (Initial Coverage Stage)	Retail and Mail Order: 25% coinsurance for a 30-day supply.	Not covered	Specialty drugs are available only from the 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)	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	Physician/surgeon fees	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
If you need immediate medical attention	Emergency room care	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	• Physician/provider's professional fees may be billed separately • Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	Emergency medical transportation	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	
	Urgent care	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	

* 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 have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	No charge for the first 60 days of an admission	No charge for the first 60 days of an admission (if the provider accepted Medicare assignment of benefits).	The Plan will pay the Medicare Part A Hospital deductible for the first 60 days of each Medicare benefit period for covered Hospital services. Medicare Part A Coinsurance days are not covered by this Plan.
	Physician/surgeon fees	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	Inpatient services	No charge for the first 60 days of an admission.	No charge for the first 60 days of an admission (if the provider accepted Medicare assignment of benefits).	The Plan will pay the Medicare Part A Hospital deductible for the first 60 days of each Medicare benefit period for covered Hospital services. Medicare Part A Coinsurance days are not covered by this Plan.
If you are pregnant	Office visits(	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	• Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare. • Maternity care may include tests and services described somewhere else in the SBC (i.e., ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	Childbirth/delivery facility services	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	Rehabilitation services	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	Habilitation services	Not covered	Not covered	You pay 100% for this service, even in-network.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
	Skilled nursing care	Not covered	Not covered	Plan pays only the Medicare Part A Deductible. You pay 100% for this service, even in-network.
	Durable medical equipment	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	Hospice services	No charge	No charge if the provider accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this Plan are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	Not covered	Not covered	Vision benefits are available through a separate vision plan.
	Children's glasses	Not covered	Not covered	
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	If you elect to purchase a Voluntary Dental Plan, it will be provided under a separate policy.

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.)

- Acupuncture
- Bariatric surgery
- Cosmetic surgery
- Habilitation services
- Infertility treatment
- Long-term care
- Private-duty nursing
- Skilled Nursing Care
- Weight loss programs

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

- Chiropractic care
- Dental care (Adult, Child) (if you elect the optional Dental Plan)
- Hearing aids (limited to $800/ear in any 3-year period)
- Non-emergency care when traveling outside the U.S.
- Routine eye care (Adult, Child) (under separate vision plan)
- Routine foot care

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information on how to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the Trust Fund Office at 1-888-547-2054. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:
Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-547-2054.
Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-547-2054.
Chinese (中文): 如果需要中文的帮助， 请拨打这个号码 1-888-547-2054.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

IMPORTANT:
The results of the coverage examples for this Medicare Supplement Plan shown on the next page assume the following:
(1) Medicare is the primary payer and that participants are enrolled in Medicare Part A, B and D.
(2) The plan uses the coordination method to integrate with Medicare.
(3) The allowed amounts used in the examples are assumed to be the same as allowed under Medicare.
(5) The Plan only pays the eligible portion of covered services that Medicare does not pay.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby
(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- **The plan's overall** deductible $128
- Specialist coinsurance 0%
- Hospital (facility) coinsurance 0%
- Other coinsurance 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	$180
Copayments	$0
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$20
The total Peg would pay is	$200

Managing Joe's type 2 Diabetes
(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- **The plan's overall** deductible $128
- Specialist coinsurance 0%
- Hospital (facility) coinsurance 0%
- Other coinsurance 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	$488
Copayments	$640
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$20
The total Joe would pay is	$1,148

Mia's Simple Fracture
(in-network emergency room visit and follow up care)

- **The plan's overall** deductible $128
- Specialist coinsurance 0%
- Hospital (facility) coinsurance 0%
- Other coinsurance 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	$130
Copayments	$0
Coinsurance	$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	$0
The total Mia would pay is	$130

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100 ✧ P.O. Box 2280
Oakland, California 94621-0180
Tel. (510) 633-0333 ✧ (888) 547-2054 ✧ Fax (510) 633-0215
www.carpenterfunds.com

July 2022

To: **All Retired 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**

Medicare Advantage Plans are subject to many of their own requirements, which may or may not include those noted here. Be sure to contact your HMO for more information about your Medicare Advantage Plan.

IMPORTANT REMINDER TO PROVIDE THE PLAN WITH THE TAXPAYER IDENTIFICATION NUMBER (TIN) OR SOCIAL SECURITY NUMBER (SSN) OF EACH ENROLLEE IN YOUR HEALTH PLAN

Certain entities, including the trustees of a group health plan, are required by law to collect the Taxpayer Identification Number (TIN) or Social Security Number (SSN) of each medical plan participant and provide that number on reports that will be provided to the IRS each year. These entities are required to make at least two consecutive attempts to gather missing TINs/SSNs.

If a dependent does not yet have a Social Security Number, visit http://www.socialsecurity.gov/online/ss-5.pdf for the form to request a SSN. Applying for a Social Security Number is FREE.

If you have not yet provided the Social Security Number (or other TIN) for each of your dependents enrolled in the health plan, please contact the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054.

HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA) NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) REMINDER

The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996 requires health plans to comply with privacy rules. These rules are intended to protect your personal health information from being inappropriately used and disclosed. The rules also give you additional rights concerning control of your own healthcare information.

This Plan's HIPAA Notice of Privacy Practices explains how the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California uses and discloses your personal health information. You are provided a copy of this Notice when you enroll in the Plan. To obtain another copy of this Notice write the Trust Fund Office in care of: HIPAA Privacy Officer, 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621. You may also request a copy by calling (510) 633-0333, or toll free at (888) 547-2054 visiting our website at www.carpenterfunds.com, or emailing, benefitservices@carpenterfunds.com.

HIPAA Privacy Notices that pertain to the HMOs (prepaid medical and drug plans) may be obtained by contacting the HMO directly at the address provided in the Summary Plan Description or Evidence of Coverage, or by calling Kaiser at (800) 464-4000.

WOMEN'S HEALTH AND CANCER RIGHTS ACT (WHCRA)

You or your dependents may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 (WHCRA). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Prostheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

These benefits will be provided subject to the same deductibles, copayments, and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits under the various medical plans offered by the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. For more information on WHCRA benefits, contact the Trust Fund Office or your medical plan directly at one of the following phone numbers:

Kaiser: 1(800) 464-4000
Indemnity: 1(888) 547-2054 (Claims Department)

SPECIAL EXTENSION OF COVERAGE FOR CERTAIN DEPENDENT STUDENTS ON A MEDICALLY NECESSARY LEAVE OF ABSENCE – MICHELLE'S LAW

This only applies to children of a Domestic Partner and children who are covered as a result of legal guardianship and must be full-time students in order to be covered after age 19.

If you have a dependent child that is over the age of 18 and is enrolled in a post-secondary institution (i.e. college or university) and the Plan receives a written certification from a covered child's treating physician that:

(1) the child is suffering from a serious illness or injury, and
(2) a leave of absence (or other change in enrollment) from a post-secondary institution is medically necessary, and the loss of postsecondary student status would result in a loss of health coverage under the Plan, then

the Plan will extend the child's coverage for up to one year.

This maximum one-year extension of coverage begins on the first day of the medically necessary leave of absence (or other change in enrollment) and ends on the date that is the **earlier** of (1) one year later, or (2) the date on which coverage would otherwise terminate under the terms of the Plan. Contact the Trust Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054 for more information.

HOSPITAL LENGTH OF STAY FOR CHILDBIRTH

Under federal law, group health plans, like this Plan, generally may not restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or the newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, the Plan may pay for a shorter stay if the attending Physician, after consultation with the mother, discharges the mother or newborn earlier. Also, under federal law, plans may not set the level of benefits or out-of-pocket costs so that any later portion of the 48-hour (or 96-hour) stay is treated in a manner less favorable to the mother or newborn than any earlier portion of the stay. In addition, the Plan may not, under federal law, require that a Physician obtain authorization for prescribing a length of stay of up to 48 hours (or 96 hours). However, to use certain providers or facilities, or to reduce your out-of-pocket costs, you may be required to obtain pre-authorization.

DISCLOSURE OF "GRANDFATHERED" STATUS

This group health Plan believes that the Fund's Indemnity Medical Plan is considered to be a "grandfathered health plan" under the Patient Protection and Affordable Care Act (the Affordable Care Act). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage already in effect when that law was enacted.

Being a grandfathered health plan means that certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans may not be required. For example, the requirement for the provision of preventive health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example, the elimination of lifetime limits on benefits.

Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the Trust Fund Office at (510) 633-0333 or Toll Free at (888) 547-2054. You may also contact the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor at 1-866-444-3272 or http://www.dol.gov/ebsa/healthreform/. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

PATIENT PROTECTION RIGHTS OF THE AFFORDABLE CARE ACT (ENROLLED IN THE KAISER PLANS ONLY)

The Kaiser medical plan generally allows the designation of a primary care provider (PCP). You have the right to designate any primary care provider who participates in the network and who is available to accept you or your family members. For information on how to select a primary care provider, and for a list of the participating primary care providers, contact Kaiser at 1-800-464-4000. Medicare Advantage Plans are subject to many of their own requirements, be sure to contact Kaiser at 1-800-464-4000 for more information about your Medicare Advantage Plan.

DIRECT ACCESS TO OBSTETRICAL / GYNECOLOGICAL PROVIDERS (KAISER PLANS ONLY)

You do not need prior authorization (pre-approval) from Kaiser or from any other person (including a primary care provider) in order to obtain access to obstetrical or gynecological (OB/GYN) care from an in-network health care professional who specializes in obstetrics or gynecology. The health care professional, however, may be required to comply with certain procedures, including obtaining prior authorization for certain services, following a pre-approved treatment plan, or procedures for making referrals.

For a list of participating health care professionals who specialize in obstetrics or gynecology, contact Kaiser at 1-800-464-4000. Medicare Advantage Plans are subject to many of their own requirements, be sure to contact Kaiser at 1-800-464-4000 for more information about your Medicare Advantage Plan.

REPORTING REQUIREMENTS UNDER THE AFFORDABLE CARE ACT AND STATE MANDATES

As required by the Affordable Care Act, each year, you will receive an IRS form (called Form 1095-B) in the mail if you or your dependents have been covered under a medical plan during the year. For each month of the calendar year that you were enrolled in a medical plan, Form 1095-B documents that you (and any enrolled family members) met the federal requirement to have “minimum essential coverage,” meaning group medical plan coverage. Starting in 2020, you may have to pay a penalty if you do not have qualifying health insurance or an “exemption”. The penalty will be applied by the California Franchise Tax Board when you file your state tax return. For information about the penalty, including the amount your family could owe for not having coverage, visit the Franchise Tax Board’s website. If you live outside California, check with your State to see if a penalty applies.

If you receive a 1095 form, you will want to keep this form in a safe place because you may need to produce it if requested by the IRS. (For large employers, a copy of the form 1095 will also be provided to the IRS.)

Reminder: if you have not been covered by a medical plan during the last calendar year you will not receive a Form 1095-B. If you have been covered by various medical plans during the calendar year, you may receive more than one IRS form.

SPECIAL ENROLLMENT EVENT

IMPORTANT: Generally, you **will not** be allowed to change your benefit elections or add/delete dependents until next years’ rolling enrollment period, unless you have a Special Enrollment Event or as outlined below:

- **Loss of Other Coverage Event**: If you are declining enrollment for yourself or your dependents (including your spouse) because of other health insurance or group health plan coverage, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if your employer stops contributing toward your or your dependents’ other coverage). However, you must **request enrollment within 31 days** after your or your dependents’ other coverage ends (or after the employer stops contributing towards the other coverage).
- **Marriage, Birth, Adoption Event**: In addition, if you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents. However, you must **request enrollment within 31 days** after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

Medicaid/CHIP Event: You and your eligible dependents may also enroll in this plan if you (or your dependents):

- have coverage through Medicaid or a State Children's Health Insurance Program (CHIP) and you (or your dependents) lose eligibility for that coverage. However, you must **request enrollment within 60 days** after the Medicaid or CHIP coverage ends.
- become eligible for a premium assistance program through Medicaid or CHIP. However, you must **request enrollment within 60 days** after you (or your dependents) are determined to be eligible for such assistance.

To request special enrollment or obtain more information, contact the Trust Fund Office.

PREMIUM ASSISTANCE UNDER MEDICAID AND THE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you are eligible for health coverage from your employer, your State may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children are not eligible for Medicaid or CHIP, you will not be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit **www.healthcare.gov.**

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed on the following pages, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or **www.insurekidsnow.gov** to find out how to apply. If you qualify, ask your State if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you are not already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at **www.askebsa.dol.gov** or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

If you live in one of the following States, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of States is current as of January 31, 2022. Contact your State for further information on eligibility.

ALABAMA – Medicaid	**ALASKA –** Medicaid	**ARKANSAS –** Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (1-855-692-7447)
CALIFORNIA – Medicaid	**COLORADO** – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	**FLORIDA** – Medicaid
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program https://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 1-916-445-8322 Fax: 1-916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov	Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	**INDIANA** – Medicaid	**IOWA** – Medicaid and CHIP (Hawki)
A HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 1-678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization- act-2009-chipra Phone: (678) 564-1162, Press 2	Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Website: http://www.in.gov/fssa/hip/ Phone: 1-877-438-4479 All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ Phone: 1-800-457-4584	Medicaid Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: http://dhs.iowa.gov/Hawki Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp HIPP Phone:1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid	**KENTUCKY** – Medicaid	**LOUISIANA** – Medicaid
Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884	Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov	Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicare hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	**MASSACHUSETTS** – Medicaid and CHIP	**MINNESOTA** – Medicaid
Enrollment Website: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840	Website: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Phone: 1-800-657-3739
MISSOURI – Medicaid	**MONTANA** – Medicaid	**NEBRASKA** – Medicaid
Website: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 1-573-751-2005	Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084	Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 1-402-473-7000 Omaha: 1-402-595-1178

NEVADA – Medicaid	**NEW HAMPSHIRE** – Medicaid	**NEW JERSEY** – Medicaid and CHIP
Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	Website: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Phone: 1-603-271-5218 Toll-Free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 5218	Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Phone: 1-609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710
NEW YORK – Medicaid	**NORTH CAROLINA** – Medicaid	**NORTH DAKOTA** – Medicaid
Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831	Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 1-919-855-4100	Website: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Phone: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	**OREGON** – Medicaid	**PENNSYLVANIA** – Medicaid
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Phone: 1-800-699-9075	Website: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Phone: 1-800-692-7462
RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP	**SOUTH CAROLINA** – Medicaid	**SOUTH DAKOTA** – Medicaid
Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 1-401-462-0311 (Direct RIte Share Line)	Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	**UTAH** – Medicaid and CHIP	**VERMONT**– Medicaid
Website: http://gethipptexas.com/ Phone: 1-800-440-0493	Medicaid Website: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Website: http://health.utah.gov/chip Phone: 1-877-543-7669	Website: http://www.greenmountaincare.org/ Phone: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid and CHIP	**WASHINGTON** – Medicaid	**WEST VIRGINIA** – Medicaid and CHIP
Website: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp/ Medicaid Phone: 1-800-432-5924 CHIP Phone: 1-800-432-5924	Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.ww.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 1-304-558-1700 CHIP Toll-free Phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid and CHIP	**WYOMING** – Medicaid	
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269	

To see if any other States have added a premium assistance program since January 31, 2022, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.
265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, California 94621
(510) 633-0333 ▪ (888) 547-2054 ▪ fax (510) 633-0215 ▪ www.carpenterfunds.com

Extension of Certain Timeframes for Employee Benefit Plans, Participants, and Beneficiaries Affected by the COVID–19 Outbreak

In light of the ongoing COVID-19 national emergency, certain deadlines currently established by the Plans will be extended to help prevent participants and beneficiaries from losing rights and benefits under the Plans. These extended deadlines relate to HIPAA special enrollment, COBRA and the filing of claims and appeals. In calculating the new deadline, the Plans will disregard the time period between March 1, 2020 and 60 days after the end of the COVID-19 national emergency. This time period is called the Outbreak Period in the examples below.

- ***HIPAA Special Enrollment.*** Participants will get extra time to exercise their special enrollment rights (e.g., enroll a new dependent or a dependent who loses eligibility for other coverage. For example, if this special enrollment event happened on or after March 1, 2020, the new deadline would be 30 days after the end of the Outbreak Period. If the special enrollment event relates to loss of coverage under Medicaid or the Children's Health Insurance Program, the new deadline would be 60 days after the end of the Outbreak Period.

- ***COBRA Continuation Coverage***. Participants will have additional time to notify the Plan of a qualifying event, submit a COBRA Election Form and make COBRA premium payments. For example, if the usual 60-day clock to submit the Election Form would start ticking on May 15, that clock would not start ticking until the end of the Outbreak Period. These deadline extensions do not extend the maximum period of COBRA coverage.

  If COBRA is elected and premiums are paid, claims for covered expenses will be paid retroactive to the first date of COBRA coverage, for every month for which premium are paid in full. The Plan will not pay any claims for medical expenses until COBRA is elected and COBRA premiums are paid in full.

- ***Filing Benefits Claims & Appeals.*** Participants will have additional time to file a claim for benefits, submit a request for an internal appeal and request an external appeal. In calculating the new deadlines, the Plans will disregard the days during the Outbreak Period.

If you have questions or would like more information about the dates that will apply to your rights under the Plans as they relate to special enrollment, COBRA or claims and appeals rights, please contact Benefit Services at the Fund Office at benefitservices@carpenterfunds.com, (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. Find forms and information on our website, www.carpenterfunds.com.

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

Plan Year – September 1, 2020 through August 31, 2021

This is a summary of the annual report for the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, Employer Identification Number 94-1234856, a multiemployer health and welfare plan, for the period September 1, 2020 through August 31, 2021. The annual report has been filed with the Employee Benefits Security Administration, as required under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California has committed the Fund to pay certain Medical, Hospital, Dental, Orthodontia, Prescription Drug, Vision, Hearing Aid, Physical Examination, Weekly Disability, Mental Health and Substance Abuse claims under the terms of the Plan.

Insurance Information:

The Plan has contracts with Kaiser Foundation Health Plan, Inc. to pay certain medical, hospital, mental health, substance abuse, and prescription drug claims, Voya Financial, Inc. to pay all accidental death, dismemberment, life insurance claims, and all stop loss claims incurred under the terms of the plan. The total premiums paid for all contracts for the Plan year ending August 31, 2021 were $293,341,241.

Basic Financial Statement:

The value of Plan assets, after subtracting liabilities of the Plan, was $795,724,450 minus premiums and self-funded claims payable of $74,292,391, minus claims incurred but not reported of $29,165,457, minus bank of hours liability of $157,715,000, equals $534,551,602 as of August 31, 2021, compared to $743,506,933 minus premiums and self-funded claims payable of $71,448,658, minus claims incurred but not reported of $27,442,000, minus bank of hours liability of $161,833,000, equals $482,783,275 as of September 1, 2020. During the Plan year, the Plan experienced an increase in its net assets of $51,768,327. This increase included unrealized appreciation or depreciation in the value of Plan assets; that is, the difference between the value of the Plan's assets at the end of the year and the value of the assets at the beginning of the year, or the cost of assets acquired during the year.

During the plan year, the Plan had total income of $540,474,219; including employer contributions of $407,404,683, participant contributions of $31,498,363, realized gains of $41,189,910 from the sale of assets, earnings from investments of $40,208,384, and other income of $20,172,879.

Plan expenses were $488,705,892. These expenses included $13,711,927 in administrative expenses, $1,657,128 in investment expenses, $293,341,241 in premium costs, and $179,995,596 in self-funded benefits paid directly to participants and beneficiaries or to service providers on their behalf.

Condensed Financial Statement		
Beginning Balance Value of Net Plan Assets	**As of 9/01/2020 $482,783,275**	**As of 9/01/2019 $396,717,592**
Employer Contributions	$407,404,683	$434,869,382
Participant Contributions	$31,498,363	$31,417,512
Investments - Earnings	$40,208,384	$1,078,845
Sale of Assets - Earnings/Losses	$41,189,910	$43,619,115
Other Income	$20,172,879	$24,568,101
Plan Income	**$540,474,219**	**$535,552,955**
Insurance Premiums	$293,341,241	$288,691,387
Self-Funded Benefits	$179,995,596	$146,475,198
Administrative Fees	$13,711,927	$12,802,578
Investment Expenses	$1,657,128	$1,518,109
Total Expenses	**$488,705,892**	**$449,487,272**
Ending Balance Value of Net Plan Assets	**As of 08/31/2021 $534,551,602**	**As of 08/31/2020 $482,783,275**

Your Rights to Additional Information:

You have the right to receive a copy of the full annual report, or any part thereof, on request. The following items are included in that report: 1. an accountant's report; 2. financial information and information on payments to service providers; 3. assets held for investment; 4. fiduciary information, including non-exempt transactions between the plan and parties-in-interest (that is, persons who have certain relationships with the plan); 5. transactions in excess of 5 percent of the plan assets; and 6. insurance information including sales commissions paid by insurance carriers.

Obtaining Copies of a Summary Annual Report:

The report provided is a summary of the annual report filed for the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. To obtain a copy of the full annual report or any part thereof, write or call the Carpenter Funds Administrative Office of Northern California, Inc., which is the Fund Manager appointed by the Plans' Administrator, at 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, California 94621; telephone (888) 547-2054. The charge to cover copying costs will be $15.00 for the full annual report, or $.25 per page for any part thereof.

You also have the right to receive from the Plan Administrator, on request and at no charge, a statement of the assets and liabilities of the Plan and accompanying notes, or a statement of income and expenses of the Plan and accompanying notes, or both. If you request a copy of the full annual report from the Plan Administrator, these two statements and accompanying notes will be included as part of that report. The charge to cover copying costs given above does not include a charge for the copying of these portions of the report because these portions are furnished without charge.

You also have the legally protected right to examine the annual report at the main office of the Plan, 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, California 94621 and at the U.S. Department of Labor in Washington, D.C., or to obtain a copy from the U.S. Department of Labor upon payment of copying costs. Requests to the Department should be addressed to: Public Disclosure Room, N-1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

AVISO

Si usted tiene dificultad en entender alguna parte de este folleto, comuníquese con Carpenter Funds Administrative Office en 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621. El horario de atención telefónica de las horas de Oficina del Fondo Fiduciario es de 8 la mañana a 5 de la tarde, de lunes a viernes. Usted también puede llamar a la oficina del Plan, teléfono 888-547-2054, para ayuda.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

carpenterfunds.com

265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, California 94621-1480
Toll-Free: 1 (888) 547-2054
Phone: (510) 633-0333

September 23, 2022

TO: **All Active and Non-Medicare Eligible Retired Plan Participants and their Dependents, including COBRA Beneficiaries**

FROM: **BOARD OF TRUSTEES**
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

RE: **Health and Welfare Plan Benefit Changes**

- **Increased Life and AD&D Insurance Benefit**
- **Exclusion and Limitation for Nutritional Counseling or Food Supplements or Substitutes**
- **90-Day Supply of Medication at Retail Pharmacies**

This Participant Notice will advise you of material modifications that have been made to your Health and Welfare Plan benefits. This information is important to you and your Dependents. Please take the time to read it carefully.

HEALTH AND WELFARE PLAN BENEFIT IMPROVEMENTS

Active Plan Participants: Life and AD&D Insurance Benefit

Effective September 1, 2022, the Trustees approved an increase to your Life Insurance and Accidental Death and Dismemberment (AD&D) benefits.

- $20,000 in group life insurance benefits will be paid to your beneficiary in the event of your death from any cause while eligible under the Plan.
- Up to $20,000 in AD&D benefits will be paid for death or dismemberment due to an accident that happens on or off the job, and if:
  - You are eligible under the Health Plan on the date of the accident,
  - The death or dismemberment occurs within 180 days after the accident, and
  - The cause of death or dismemberment is not excluded.

Life Insurance benefits provided for your eligible Dependents including Spouse/Domestic Partner and Dependent child(ren) up to age 21 have also increased, as follows:

- Spouse or Domestic Partner - $5,000
- Children less than 21 years of age - $1,000

These benefits are available to Participants, Spouses/Domestic Partners and eligible Dependent child(ren) up to age 21 who are enrolled in Plans A, B and Flat Rate (both Indemnity Medical Plan and the Kaiser HMO Plan). These benefits are not available to participants or dependents who are covered under Plan R.

The full Schedule of Benefits is available at the Trust Fund Office upon request.

Indemnity Plan Participants Only

Nutritional Counseling or Food Supplements or Substitutes

Effective December 1, 2021 there was a change to your Health Plan for coverage of food supplements or substitutes. Nutritional counseling or food supplements or substitutes are typically excluded under the Plan. However, this exclusion no longer applies to nutritional counseling services that are medically necessary for the treatment of an individual diagnosed with a mental health condition, such as an eating disorder. In addition, this exclusion does not apply to Total Parenteral Nutrition (TPN) that is approved by Anthem as Medically Necessary and is curative in nature.

90-Day Supply of Medication Now Available at Many Retail Pharmacies

Beginning September 1, 2022, access to a 3-month supply of your prescription medication is now available at many retail pharmacies. You may now avoid paying higher costs by choosing to receive your 90-day supply via mail order or directly from a participating retail pharmacy.

Choose your way to save with a 3-month supply	
Express Scripts Pharmacy	**Participating Retail Pharmacies**
• Delivered to your door with free standard shipping	• At convenient locations near you
• Transfer prescriptions easily online by phone or Express Scripts mobile app	• Transfer your prescriptions easily in-store, by phone or online
• Auto-refills and refill reminders available	• Ask about auto refills and refill reminders
• Talk with a pharmacist by phone 24/7	• Log in online @ express-scripts.com/90day or contact us to find more participating pharmacies in your area.

****

Because this Plan is a “grandfathered health plan,” we are required by law to provide this notice to you:

Grandfathered Health Plan: The Board of Trustees of the Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California believes the Indemnity Medical Plan is a “grandfathered health plan” under the Patient Protection and Affordable Care Act (“the Affordable Care Act”). As permitted by the Affordable Care Act, a grandfathered health plan can preserve certain basic health coverage that was already in effect when that law was enacted. Being a grandfathered health plan means that your plan may not include certain consumer protections of the Affordable Care Act that apply to other plans, for example, the requirement for the provision of preventative health services without any cost sharing. However, grandfathered health plans must comply with certain other consumer protections in the Affordable Care Act, for example the elimination of lifetime limits on benefits. Questions regarding which protections apply and which protections do not apply to a grandfathered health plan and what might cause a plan to change from grandfathered health plan status can be directed to the plan administrator or the Department of Labor at 1-866-444-3272 or *www.dol.gov/ebsa/healthreform*. This website has a table summarizing which protections do and do not apply to grandfathered health plans.

Please keep this notice with your benefit booklet. If you have any questions, please contact Benefit Services at the Fund Office at (510) 633-0333 or toll free at (888) 547-2054. You may also send an email to benefitservices@carpenterfunds.com. Forms and information can be found on our website at www.carpenterfunds.com.

The Board of Trustees maintains the right to change or discontinue the types and amounts of benefits under this Plan. This notice is intended as a summary only, and actual Plan documents will be used to interpret the Plan. Only the full Board of Trustees is authorized to interpret the Plan. The Board has discretion to decide all questions about the Plan, including questions about your eligibility for benefits and the amount of any benefits payable to you. No individual Trustee, Employer or Union Representative has authority to interpret this Plan on behalf of the Board or to act as an agent of the Board.

In accordance with ERISA reporting requirements, this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan