

**CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND
FOR CALIFORNIA**



**PLAN DE SALUD Y BIENESTAR
PARA JUBILADOS**
DESCRIPCIÓN SUMARIA DEL PLAN
Y REGLAS Y REGLAMENTOS

Edición de marzo de 2024

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA



DESCRIPCIÓN SUMARIA DEL PLAN DE SALUD Y BIENESTAR PARA JUBILADOS

Nota: Este documento contiene un resumen en español de los derechos y beneficios que le ofrece su Plan de Jubilación del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California (Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California). Si tiene dificultades para leer o entender el contenido, por favor comuníquese con el Departamento de Beneficios de la Oficina del Fondo, ubicada en siguiente dirección: 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621-1480 La oficina está abierta de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Si prefiere, nos puede llamar al número (510) 633-0333 o a la línea telefónica sin costo (888) 547-2054.

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California

265 Hegenberger Road, Suite 100

Oakland, California 94621-1480

Teléfono: (510) 633-0333 Línea telefónica sin costo: (888) 547-2054

www.carpenterfunds.com

Fideicomisarios de empleadores

Robert Alten
Nancy Brinkerhoff
Donald A. Dolly
Randy Jenco
Mike Mencarini
Scott Smith
Kathryn Cahill Thompson

Fideicomisarios laborales

Jacob Adiarte
Jay Bradshaw
Edward Gable
Daniel Gregg
Sean Hebard
Dan McCulloch
Daniel Nuncio

Asesores legales

Kraw Law Group and
Weinberg, Roger &
Rosenfeld

Consultor

Segal

Auditor

Eide Bailly, LLP

Oficina administrativa

Carpenter Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

William Feyling, administrador

Inscríbase 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, o si se incapacita y se vuelve elegible para recibir los beneficios del Seguro Social antes de los 65 años. Si no se inscribe en **ambas** partes de Medicare podría crear una dificultad financiera grave para usted.

Plan de Indemnización: En el primer día del mes en el que se vuelve Elegible para Medicare, el Plan médico supondrá que Medicare ha cubierto los cargos, independientemente de si se ha inscrito realmente en Medicare e independientemente de si Medicare hace algún pago. Esto significa que el Plan pagará **solo un 20%** de los servicios normalmente cubiertos por la Parte B de Medicare y solo la cantidad del Deducible de Medicare por gastos de Hospital como Paciente interno si se le hospitaliza, y usted será responsable de cualquier cargo remanente.

Kaiser HMO: Los miembros con derecho a Medicare también se deben inscribir en las Partes A y B de Medicare y asignar sus beneficios de Medicare a Kaiser. Si usted está inscrito en Kaiser y no se inscribe en ambas Partes, A y B de Medicare cuando es elegible y no asigna Medicare a Kaiser, su cobertura de Kaiser será terminada. En este caso, se permitirá que usted se inscriba en el Plan de Indemnización; sin embargo, si se permite, el Plan de Indemnización pagará como si usted se hubiera inscrito en ambas partes de Medicare, como se describe arriba.

Consulte la página 19 para ver información sobre cómo inscribirse en Medicare.

Contenido

Introducción	8
Sobre esta SPD.....	8
Sección 1 - Resumen del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados.....	9
Beneficios, opciones y cobertura del Plan	10
Elección del Plan médico	10
Frases con significado especial.....	13
Información administrativa.....	16
Autoridad prevalente de las reglas y los reglamentos	16
Política de no discriminación.....	16
Plan médico protegido por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección del Paciente (la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio)	16
Información importante de contacto	17
Inscripciones y elegibilidad.....	19
Inscripción en el Plan de Jubilados	19
Inscripción en Medicare	19
Comprobante del estatus de Dependiente.....	20
Elegibilidad de los Jubilados	22
Cuándo comienza la participación de los Jubilados	23
Terminación de la elegibilidad.....	24
Contratación en un empleo	25
Elegibilidad de los Dependientes	25
Medicare	29
Reglas para las Inscripciones tardías	29
COBRA: Continuación de la cobertura según la ley federal.....	33
Eventos que califican	33
Duración de la cobertura COBRA	33
Costo de la cobertura de continuación: beneficios que pueden continuar	33
Su obligación de notificar a la Oficina del Fondo.....	34
Elección de la cobertura de continuación	35
Adición de Dependientes nuevos.....	35
Cambio de planes médicos durante la cobertura de continuación COBRA	36
Terminación de la cobertura de continuación COBRA	36
Notificaciones a la Oficina del Fondo.....	36
Cobertura de continuación COBRA: tabla de referencia rápida	37
Otras alternativas de cobertura médica aparte de COBRA (para personas que no tienen derecho a Medicare)	37
Conversión a una cobertura individual de Kaiser.....	37
Continuación de la cobertura para Parejas de Hecho e hijos de Parejas de Hecho	38
Procedimiento de elección y notificación de la cobertura de continuación para una Pareja de Hecho	38
Kaiser HMO.....	39
Derechos de protección del Paciente	39
Sección 2 - Plan Médico de Indemnización para los Jubilados sin Medicare	40
Resumen del Plan de Indemnización.....	41

Cómo funciona el Plan	41
Servicios cubiertos	41
Deducibles	41
Coseguro	42
Organización de Proveedores Preferidos (PPO)	43
Directorio de proveedores Participantes	43
Proveedores Participantes y no Participantes	45
Atención de emergencia con Proveedores no Participantes	45
Atención que no es de emergencia con Proveedores no Participantes en una Instalación Participante	46
Servicios de ambulancia por aire	47
Evite la reducción de los beneficios	47
Los cargos máximos permitidos aplican a ciertos procedimientos quirúrgicos	47
Proceso de excepciones	48
Información sobre el cargo máximo permitido	49
Excepciones a los Deducibles y pago de beneficios cuando se usan Proveedores no Participantes	49
Ley de Derechos de la Mujer relacionados con la Salud y el Cáncer de 1998	49
Ley de Protección de la Salud de los Neonatos y sus Madres de 1996	50
Programa de Revisión de la Utilización	51
Propósito del Programa de Revisión de la Utilización	51
Administración del Programa de Revisión de la Utilización	51
Elementos del Programa de Revisión de la Utilización	51
Revisión retroactiva (después del servicio)	53
Apelación de la determinación sobre la revisión de la utilización (proceso de apelaciones)	54
Aproveche al máximo su beneficio – sugerencias y recursos	55
General	55
Cirugía	55
Pruebas de laboratorio y de patología	56
LiveHealth en línea	56
Línea de enfermería	56
Navegador del cáncer	56
Programa de Beneficios del Plan Médico de Indemnización para los Jubilados sin Medicare	57
Programa de beneficios del Plan Médico de Indemnización para empleados sin derecho a Medicare	58
Programa de farmacias minoristas	81
Programa de pedidos por correo y Smart 90	82
Medicamentos especializados	83
Exclusiones de los Medicamentos con receta	85
Beneficios de la vista	87
Servicios de la vista cubiertos	88
Descuentos de los proveedores Participantes de VSP	88
Exclusiones y limitaciones	88
Servicios no cubiertos	89
Beneficio de visión deficiente	89
Cómo presentar una reclamación	90
Sección 3 - Plan Médico de Indemnización para los Jubilados con Medicare	91
Deducible por año calendario	92
Beneficios de Hospital para Pacientes internos	92
Beneficios suplementarios por servicios hospitalarios o de instalaciones para Pacientes ambulatorios	92
Beneficios médicos suplementarios, incluido el tratamiento de salud mental y farmacodependencia	92

Nota importante sobre los médicos que establecen contratos privados:.....	93
Cobertura de audífonos.....	93
Presentación de reclamaciones	93
Beneficios de la vista.....	94
Servicios de la vista cubiertos	94
Descuentos de los Médicos Participantes en VSP	95
Exclusiones y limitaciones.....	95
Servicios no cubiertos	96
Beneficio de visión deficiente	96
Cómo presentar una reclamación	96
Apelaciones de la denegación de servicios de cuidado de la vista	96
Beneficios de Medicamentos con receta	97
Resumen de beneficios	97
Farmacia de atención a largo plazo (LTC).....	98
Cobertura fuera de la red	98
Información Importante sobre el Plan	98
¿Cubre mi Plan los Medicamentos de la Parte B o los que no pertenecen a la Parte D de Medicare?	99
Programa de beneficios del Plan Médico de Indemnización Beneficios para los Jubilados con Medicare	100
SECCIÓN 4 - Exclusiones y limitaciones del Plan Médico de Indemnización	103
Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones	107
Uso de un representante autorizado	107
Tipos de reclamaciones	107
Lo qué no se considera una “reclamación”	108
Presentación de una reclamación	108
Cuándo se deben presentar las reclamaciones	109
Notificación de que su reclamación previa al servicio o reclamación urgente no se presentó adecuadamente.....	109
Plazo de las decisiones iniciales sobre las reclamaciones	110
Reclamaciones denegadas (determinaciones adversas sobre los beneficios)	111
Apelación de una determinación adversa sobre los beneficios	112
Proceso de revisión	113
Notificación de la decisión sobre una apelación	114
Si su apelación se deniega	114
Coordinación de beneficios (COB) del Plan de Indemnización y responsabilidad de terceros	121
Coordinación de beneficios con otros planes	121
Coordinación con acuerdos de proveedores preferidos	122
Coordinación con Medicaid.....	122
Coordinación con planes prepagados (como las HMO)	122
Responsabilidad de terceros	122
Información requerida de acuerdo con la Ley de Seguridad de Ingreso en la Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA)	124
Información general sobre el Plan.....	124
Sus derechos bajo ERISA.....	128
Reembolsos.....	130
Los encabezamientos, el tipo de letra y el estilo no modifican las disposiciones del Plan.....	130
Confidencialidad de la información médica.....	130
REGLAS Y. REGLAMENTOS.....	131

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES.....	133
ARTÍCULO 2. ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS	143
ARTÍCULO 3. BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN PARA JUBILADOS Y DEPENDIENTES SIN DERECHO A MEDICARE.....	153
ARTÍCULO 4. BENEFICIOS DE AUDÍFONOS PARA PERSONAS CON DERECHO Y PERSONAS SIN DERECHO A MEDICARE	167
ARTÍCULO 5. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PERSONAS SIN DERECHO A MEDICARE.....	168
ARTÍCULO 6. BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS DE MEDICARE PARA JUBILADOS Y DEPENDIENTES CON DERECHO A MEDICARE	172
ARTÍCULO 7. EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y REDUCCIONES	174
ARTÍCULO 8. DISPOSICIONES GENERALES	181
ARTÍCULO 9. ENMIENDA Y TERMINACIÓN	200
ARTÍCULO 10. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD	201

Introducción

Esta Descripción Sumaria del Plan (Summary Plan Description, SPD) y el documento Reglas y Reglamentos se prepararon para ayudarlo a entender los beneficios que tiene a su disposición a través del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California (Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California).

El Plan que se describe en esta SPD entra en vigor el 1 de marzo de 2024 y reemplaza todos los documentos del Plan que se le entregaron anteriormente.

Sobre esta SPD

En este documento sumario del Plan tratamos de describir sus beneficios tan completamente como es posible y con un lenguaje sencillo.

Este documento se divide en cuatro secciones:

Sección 1 - Resumen del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados. Esta sección proporciona información general aplicable a todos los beneficios y Participantes.

Sección 2– Plan de Indemnización para los Jubilados sin Medicare. Esta sección proporciona información específica sobre los beneficios para los Participantes inscritos en el Plan de Indemnización que aún no son Elegibles para Medicare.

Sección 3 – Plan de Indemnización para los Jubilados con Medicare. Esta sección proporciona información específica sobre los beneficios para los Participantes inscritos en el Plan de Indemnización que también son Elegibles para Medicare.

Sección 4 – Reglas del Plan – Exclusiones y limitaciones, reclamaciones, apelaciones y administración. Esta sección proporciona información detallada sobre el Plan Médico de Indemnización, tanto antes de recibir Medicare como con Medicare.

Sección 1- Resumen del Plan de Salud y Bienestar par Jubilados

Esta sección incluye:

- Una descripción breve de los **beneficios, las opciones y la cobertura del Plan** disponibles para los Participantes calificados.
- Una explicación de algunos **términos y frases con significado especial** importantes que se usan con frecuencia.
- Una sección con **información administrativa** que incluye información adicional sobre el Plan y sus derechos según la ley.
- Una sección importante con **información de contacto** que incluye los números de teléfono y los sitios web de la Oficina del Fondo y de otras organizaciones que proporcionan servicios bajo el Plan.
- Una sección de **elegibilidad** que resume los requisitos de elegibilidad que usted debe cumplir para tener derecho a los beneficios.
- Una sección sobre las reglas que se refieren a la **cobertura de continuación bajo COBRA**

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

Beneficios, opciones y cobertura del Plan

El Plan de Salud y Bienestar para Jubilados ofrece una amplia variedad de beneficios que se describen en esta descripción sumaria, entre ellos:

- Plan Médico de Indemnización;
- Plan Kaiser HMO (esta SPD contiene una descripción limitada de los beneficios; favor de consultar la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para ver una descripción completa de los beneficios. La EOC se puede encontrar en el sitio web del Fondo de Fideicomiso, www.carpenterfunds.com.);
- Beneficios de salud mental y de farmacodependencia;
- Beneficios de Medicamentos con receta;
- Beneficios de audífonos del Plan Médico de Indemnización; y
- Beneficios de cuidado de la vista para los Participantes del Plan Médico de Indemnización.

Este documento 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 documentos separados.

Nota: Los beneficios dentales también están disponibles a través de un programa dental voluntario para Jubilados y están asegurados por Delta Dental. El plan dental requiere una Inscripción por separado y el pago de las primas que cubren el costo total de la cobertura, además, tiene otras reglas de elegibilidad y terminación.

Los beneficios dentales son completamente separados del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados. Usted puede inscribirse en el plan médico sin inscribirse en el plan dental; por el contrario, usted puede inscribirse en el plan dental sin inscribirse en el plan médico. Los beneficios dentales no se describen en este documento, si se inscribió en el plan dental o le interesan los detalles del Plan, puede solicitar un folleto separado de los beneficios dentales en el sitio web de la Oficina del Fondo, www.carpenterfunds.com.

Elección del Plan médico

Cuando usted es elegible y se inscribe, puede elegir la cobertura del Plan Médico de Indemnización y la cobertura de Medicamentos con receta proporcionadas directamente por el Fondo, o por el Plan Kaiser HMO. En este manual se describen el Plan Médico de Indemnización y la cobertura de Medicamentos con receta proporcionados por el Fondo. Los beneficios de Kaiser HMO se describen en una confirmación de cobertura separada disponible en Kaiser o en el sitio web de la Oficina del Fondo, www.carpenterfunds.com.

Usted puede optar tener la cobertura del Plan Médico de Indemnización o la del Plan Kaiser HMO. Sus Dependientes elegibles serán inscritos en el mismo plan que usted seleccione para usted.

Nota: Para poder participar en el Plan Kaiser HMO debe residir en el área de servicio de Kaiser. Si usted es Elegible para Medicare porque tiene 65 años o más o porque está incapacitado, no se le permitirá que se inscriba en Kaiser a menos que usted esté inscrito tanto en la Parte A como en la Parte B de Medicare y haya asignado sus beneficios de Medicare a Kaiser.

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

Todas las disposiciones de este documento contienen información importante.

Ninguna persona tendrá derechos adquiridos a los beneficios que proporciona este Plan. Un beneficio con derechos adquiridos se refiere a un beneficio que una persona ha ganado el derecho a recibir y que no puede perder. Los beneficios del Plan Médico no tienen derechos adquiridos y no se garantizan.

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

El Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California está comprometido a mantener a un costo bajo la cobertura de la atención médica para los Participantes y su familia. Sin embargo, como no se pueden predecir condiciones futuras, la Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de enmendar o terminar las coberturas en cualquier momento y por cualquier razón. Conforme se enmienda el Plan de vez en cuando, se le enviará información que explique los cambios. Si esas notificaciones posteriores describen un beneficio o un procedimiento diferente a los que se describen en este documento, debe basarse en la información más reciente.

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

Este Plan se estableció en virtud de la ley federal Ley de Seguridad de Ingreso a la Jubilación del Empleado de 1974 (Employee Retirement Income Security Act of 1974), según enmiendas, conocida comúnmente como ERISA, y está sujeto a ella. Los beneficios del Plan Médico de Indemnización (que incluyen el tratamiento de salud mental, farmacodependencia, beneficios de Medicamentos con receta y de audífonos) del Plan, son autofinanciados con las contribuciones de los empleadores contribuyentes y de los Participantes elegibles, y se mantienen en un fideicomiso. Los beneficios de Kaiser HMO del Plan están totalmente asegurados por Kaiser.

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

Los beneficios del Plan Médico de Indemnización (que incluyen tratamiento de salud mental y farmacodependencia, beneficios de Medicamentos con receta, de la vista y de audífonos) no están asegurados por ningún contrato de seguro, y ni la Junta de Fideicomisarios ni ninguna persona o entidad tienen la responsabilidad de hacer pagos que excedan la cantidad que el Fondo de Fideicomiso designó para tal propósito.

La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho y el criterio exclusivos para interpretar el Plan, y el único criterio del estándar de prueba requerido para cualquier reclamación y para la aplicación y la interpretación del Plan. Cualquier disputa con respecto a la elegibilidad, tipo, cantidad o duración de los beneficios o cualquier derecho o reclamación de los pagos del Fondo serán resueltos por la Junta o la persona debidamente designada por la Junta bajo y conforme las disposiciones del Plan y el Acuerdo del Fideicomiso, y su decisión es final y obligatoria para todas las partes, sujeta solo a revisión judicial como pudiera estar en congruencia con las leyes federales sobre el trabajo. Cualquier interpretación o determinación que se haga bajo esa autoridad discrecional tendrán pleno vigor y efecto, a menos que se pueda demostrar que la interpretación o determinación fue arbitraria y caprichosa.

Tenga en cuenta que la Junta ha autorizado a la Oficina del Fondo para que responda por escrito a sus preguntas por escrito. Si tiene preguntas sobre sus beneficios, debe escribir a la Oficina del Fondo para recibir una respuesta definitiva. Como cortesía para usted, la Oficina del Fondo también puede responder informalmente a las preguntas verbales. Sin embargo, la información y las respuestas verbales no obligan a la Junta de Fideicomisarios y no se puede recurrir a ellas en caso de disputas relacionadas con sus beneficios. Los representantes de la Oficina del Fondo no tienen autoridad para obligar al Plan ni para establecer ningún contrato contractual de ningún tipo. Toda la información proporcionada por la Oficina del Fondo es una cortesía y no altera las disposiciones del Plan.

De vez en cuando la Junta de Fideicomisarios podría cambiar las reglas y los beneficios del Plan. Si esto sucede, recibirá una notificación por escrito en la que se explique el cambio. Asegúrese de leer todas las cartas del Plan relacionadas con los cambios en los beneficios y consérvelas junto con este documento. Le recomendamos enfáticamente que lea con detenimiento este documento antes de obtener atención médica, para que se entere de los beneficios que están a disposición de usted y de sus Dependientes. Si tiene preguntas sobre los beneficios que se describen en este documento, comuníquese con la Oficina del Fondo para pedir asistencia.

Los programas de proveedores Participantes y de revisión de la utilización del Plan Médico de Indemnización (para los Jubilados y los Dependientes que no tienen derecho a Medicare) siguen siendo elementos críticos en nuestros esfuerzos para contener los crecientes costos de la atención médica, y le recomendamos que se familiarice con estos programas.

Frases con significado especial

Si ve una palabra de cuyo significado no está seguro, revise la sección Definiciones en el Artículo I del documento Reglas y Reglamentos que se encuentra después de la SPD. Esta sección contiene las definiciones de las palabras que se usan en la SPD. En todo este documento, los términos definidos están escritos con mayúsculas.

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

Cargo Permitido: Para los Servicios de Emergencia, ambulancia por aire, o cualquier servicio proporcionado por un Proveedor no Participante en una Instalación Participante, el Cargo Permitido es lo que se conoce como “Cantidad Reconocida”. Para obtener más información sobre las Cantidades Reconocidas, vea la descripción de la siguiente página.

Para todos los demás servicios, el término “Cargo Permitido” significa la cantidad menor entre:

1. La cantidad en dólares que este Fondo ha determinado que permitirá para pagar los servicios o suministros Medicamente Necesarios cubiertos brindados por Proveedores no Participantes, que puede ser una cantidad determinada por una compañía de revisión médica independiente o por las afiliadas de Anthem y de Blue Cross.
2. El cargo de hecho facturado por el proveedor.
3. Una cantidad que se basa en un porcentaje de la cantidad hubiera sido pagadera de acuerdo con los pagos permitidos de Medicare.

El Plan limita los servicios Medicamente Necesarios para *Pacientes externos* proporcionados por Proveedores no Participantes que no estén registrados con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) a un Cargo Permitido máximo de \$200 por cita, sujeto al Deducible y al Coseguro fuera de la PPO. Los beneficios pagados por servicios a *Pacientes internos* brindados por un Proveedor no Participante se basan en un porcentaje de la tarifa de ese proveedor registrada en CMS; no habrá beneficios disponibles por los servicios a Pacientes internos brindados por un Proveedor no Participante que no esté registrado en CMS.

La cantidad que cobre un proveedor podría exceder el Cargo Permitido del Fondo, y usted podría ser responsable de pagar cualquier diferencia entre el cargo de hecho facturado y el cargo máximo permitido por el Fondo, además de cualquier Copago y porcentaje del Coseguro que el Plan requiera.

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

Procedimiento Experimental o en Investigación: Este Plan se basa en Anthem o en otra Organización de Revisión independiente para determinar si un Medicamento, dispositivo o procedimiento es Experimental o se encuentra en Investigación. Los términos “Experimental” o “En

Investigación” significan un Medicamento o dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, si:

1. El Medicamento o dispositivo no se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos, y no se ha otorgado la aprobación para su comercialización en el momento que se suministra el Medicamento o el dispositivo; o
2. El Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del Paciente utilizado con el Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fueron revisados y aprobados por la Junta de Revisión Institucional de la instalación que proporciona el tratamiento o por otra entidad con funciones similares, o si la ley federal requiere tal revisión o aprobación; o
3. La **Evidencia Confiable** muestra que el Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico se está investigando en ensayos clínicos en fase I o en fase II en marcha, es la rama investigativa, Experimental, de estudio o en Investigación de ensayos clínicos en fase III en marcha, o de otra manera se está estudiando para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico; o
4. La **Evidencia Confiable** muestra que la opinión dominante entre los expertos sobre el Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que se necesitan estudios o ensayos clínicos adicionales para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con los medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Para los propósitos de esta definición, “Evidencia Confiable” significa solamente informes y artículos publicados en documentación médica y científica revisados por colegas; el protocolo o protocolos escritos usados por la institución que brinda el tratamiento, o el protocolo o protocolos de otra institución que esté estudiando substancialmente el mismo Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado escrito usado por la instalación encargada del tratamiento o por otra instalación que está estudiando substancialmente el mismo Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

Medicamento Necesario: Con respecto a los servicios y suministros recibidos para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión, y con el propósito de determinar la elegibilidad para recibir los beneficios del Plan, los servicios o suministros Medicamento Necesarios son aquellos que se determina que:

- Son apropiados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección; y
- son proporcionados para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directos de la afección; y
- están dentro de las normas de buenas prácticas médicas de la comunidad médica organizada; y
- no son principalmente para la comodidad o conveniencia personal del Paciente, la familia del Paciente, cualquier persona encargada del cuidado del Paciente, cualquier profesional de atención médica o cualquier Hospital o Instalación de Atención Médica especializada. El hecho de que su Médico pueda proporcionar, ordenar, recomendar o aprobar un servicio o suministro **no significa** que el servicio o suministro se considerará Medicamento Necesario para la cobertura médica proporcionada por el Plan; y
- son el suministro o el nivel de servicio más apropiado que se puede proporcionar de manera segura. Respecto a las estancias en el Hospital, esto significa que es necesaria la atención intensiva como Paciente en cama debido a la clase de servicios que el Paciente está recibiendo o la gravedad de su afección, y que no puede recibir una atención segura y adecuada como Paciente ambulatorio o en un entorno médico menos intenso, según lo determine la Organización

de Revisión Profesional.

Los servicios que no sean Médicamente Necesarios (excepto los servicios preventivos de rutina específicamente cubiertos por el Plan) no son Cargos Permitidos.

Este Plan se basa en Anthem o en otra organización independiente de revisión para determinar si un Medicamento, dispositivo o procedimiento es Médicamente Necesario.

Cantidad Calificada del Pago (QPA) La cantidad se calcula usando la metodología descrita en los reglamentos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Cantidad Reconocida: En orden de prioridad, es una de las siguientes cantidades:

- Una cantidad determinada por el Acuerdo del Modelo de todo Tipo de Pagadores según la sección 1115A de la Ley del Seguro Social;
- una cantidad determinada por una ley estatal específica; o
- la cantidad menor entre la facturada por el proveedor o la instalación, y la Cantidad Calificada del Pago (Qualifying Payment Amount, QPA).

Para los servicios de ambulancia por aire proporcionados por Proveedores no Participantes, la Cantidad Reconocida es la cantidad menor entre la facturada por el proveedor o la instalación, y la Cantidad Calificada del Pago (QPA).

Información administrativa

Autoridad prevalente de las reglas y los reglamentos

Las disposiciones del Plan están sujetas al documento legal o Reglas y Reglamentos del Plan, y están controladas por estos. En caso de que existan diferencias entre esta Descripción Sumaria del Plan y las disposiciones del documento Reglas y Reglamentos, predominarán las disposiciones contenidas en las reglas y los reglamentos. El documento Reglas y Reglamentos está impreso en la parte posterior de esta SPD y también está disponibles en el sitio web del Fondo (www.carpenterfunds.com).

Política de no discriminación

El Fondo de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina con base en raza, color, país de origen, edad, incapacidad o sexo.

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

El Plan Médico de Indemnización es un “plan médico protegido” (*grandfathered*) por la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección del Paciente (“la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio”) Según lo permite la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, un plan médico protegido puede conservar cierta cobertura médica básica que ya estaba vigente cuando se aprobó la ley. Un plan médico protegido significa que su Plan puede no incluir ciertas protecciones para el consumidor de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio que aplican a otros planes; por ejemplo, el requisito del suministro de servicios médicos preventivos sin costos compartidos. Sin embargo, los planes médicos protegidos deben cumplir con ciertas otras protecciones para el consumidor de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, por ejemplo la eliminación de límites de por vida en los beneficios.

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

También se puede comunicar con la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-3272 o en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/laws-and-regulations/laws/affordable-care-act>. En este sitio web encontrará una tabla que resume las protecciones que aplican y las que no aplican a los planes médicos protegidos.

Información importante de contacto

El Plan es patrocinado y administrado por la Junta de Fideicomisarios de Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California. Sin embargo, los fideicomisarios han delegado las responsabilidades administrativas a otras personas, de la manera siguiente:

- Oficina del Fondo:
 1. Mantiene los expedientes de elegibilidad;
 2. es responsable de las contribuciones de pagos por cuenta propia;
 3. administra el Plan Médico de Indemnización y los beneficios de audífonos;
 4. contesta las preguntas de los Participantes; y
 5. realiza otras funciones administrativas de rutina.
- Kaiser Foundation Health Plan ofrece un Plan HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud) con beneficios médicos, de Medicamentos con receta, de audífonos y de la vista.
- Plan Médico de Indemnización
 6. **Anthem Blue Cross of California** proporciona acceso a una red de proveedores Participantes para recibir beneficios médicos de indemnización y proporciona el programa de revisión de la utilización del Plan para ciertos beneficios médicos (aplicable solo a los Jubilados y Dependientes que no tienen derecho a Medicare.
 7. **Express Scripts** proporciona acceso a las farmacias Participantes y administra el programa de servicio por correo del Plan y el programa de farmacia especializada Accredo.
 8. **Vision Service Plan (VSP)** administra los beneficios de la vista y proporciona acceso a los proveedores Participantes para recibir estos beneficios.
- **Delta Dental PPO y DeltaCare USA** proporcionan beneficios dentales voluntarios a los Jubilados que eligen comprar cobertura.

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

Cuándo comunicarse con la Oficina del Fondo	
Cuando tenga preguntas sobre: elegibilidad, beneficios, cobertura de continuación COBRA, contribuciones autopagadas y otras funciones administrativas de rutina.	Línea telefónica directa: (510) 633-0333 Línea telefónica sin costo: (888) 547-2054 Dirección electrónica: benefitservices@carpenterfunds.com www.carpenterfunds.com
Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre su Plan Médico de Indemnización	
Reclamaciones y apelaciones del Plan Médico de Indemnización	Línea telefónica directa de la Oficina Administrativa del Fondo de Carpinteros (Carpenter Funds Administrative Office) (510) 633-0333 Línea telefónica sin costo: (888) 547-2054 Dirección electrónica: benefitservices@carpenterfunds.com www.carpenterfunds.com
Beneficios del Plan Médico de Indemnización	
Beneficios de audífonos del Plan Médico de Indemnización	
Notificación de cobertura acreditable de la Parte D de Medicare	
Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC)	
Privacidad y seguridad según HIPAA	

Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre su Plan Médico de Indemnización

Para encontrar a un Proveedor Participante (Jubilados y Dependientes sin Medicare cubiertos bajo el Plan Médico de Indemnización)	Dentro de California: Anthem (800) 810-2583 www.anthem.com fuera de California: Blue Card (800) 810-2583 www.bcbs.com
Para recibir respuesta a sus preguntas sobre problemas médicos que no sean de emergencia	Línea telefónica de enfermería de Anthem 24/7 (800) 700-9184
Organización de Revisión para las revisiones de la utilización requeridas - dentro o fuera de California (para los Jubilados y los Dependientes sin Medicare)	Anthem (800) 274-7767 (solo médicos)
Medicamentos con receta: farmacias de la red, servicio por correo y servicios de farmacias especializadas (Los Participantes de Kaiser HMO deben comunicarse con Kaiser para solicitar información sobre los beneficios de los Medicamentos con receta)	Express Scripts (800) 939-7093 www.express-scripts.com (800) 282-2881 (para pedir reabastecimientos) (800) 753-2851 (para médicos que solicitan una revisión de la utilización) Participantes con derecho a Medicare: Llame al (800) 311-2757 para pedir asistencia
Beneficios de la vista del Plan Médico de Indemnización	Vision Service Plan (VSP) (800) 877-7195 www.vsp.com
LiveHealth Online	www.livehealthonline.com

Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre sus beneficios del Plan Kaiser HMO

Departamento de Servicio a los Miembros de Kaiser
(800) 464-4000
www.kp.org

Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre su cobertura de continuación COBRA

Oficina del Fondo
Línea telefónica directa: (510) 633-0333, línea telefónica sin costo: (888) 547-2054 dirección electrónica:
benefitservices@carpenterfunds.com
www.carpenterfunds.com

Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre sus beneficios dentales opcionales

Delta Dental (PPO)
(800) 765-6003
www.deltadentalins.com
DeltaCare USA
Relaciones con el cliente (800) 422-4234

Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre el mercado de seguros médicos

Residentes de California: Covered California
www.coveredca.com
Residentes de otros estados: Mercado de seguros médicos
www.healthcare.gov

Con quién comunicarse si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Inscripciones y elegibilidad

Inscripción en el Plan de Jubilados

Se requiere la Inscripción apropiada para tener la cobertura de este Plan. Los formularios de Inscripción se pueden rellenar en línea en www.carpenterfunds.com u obtener en forma impresa en la Oficina del Fondo. Si se solicitó la Inscripción, pero no se ha completado el proceso de Inscripción apropiado (que incluye la presentación de documentos de apoyo), no será posible considerar la elegibilidad bajo el Plan ni el pago de las reclamaciones hasta que tal Inscripción se complete apropiadamente y la Oficina del Fondo la reciba.

Debe permanecer con la compañía aseguradora (Indemnización o Kaiser) que haya elegido por al menos 12 meses (a menos que esté inscrito en Kaiser y se mude fuera del área de servicio). Después de 12 meses se puede cambiar a otra compañía aseguradora presentando un nuevo formulario de Inscripción en el que indique el cambio a la Oficina del Fondo.

Todo cambio de compañía aseguradora entrará en vigor la fecha que sea posterior entre el primer día del segundo mes calendario posterior a la fecha en que:

- La Oficina del Fondo reciba el formulario de Inscripción; y
- la fecha cuando un plan prepagado confirme la Inscripción o la cancelación de la Inscripción de un Plan Medicare Risk.

Inscripción en Medicare

Si va a recibir beneficios de jubilación del Seguro Social cuando cumpla 65 años, se le inscribirá automáticamente en la Parte A Medicare; sin embargo, usted se debe de inscribir en la Parte B de Medicare. A la mayoría de los estadounidenses se les proporciona la Parte A de Medicare sin costo, pero usted debe pagar los beneficios de la Parte B aunque esté inscrito en el Plan de Salud y Bienestar para Jubilados del Fondo para Carpinteros. La Inscripción en la Parte A y en la Parte B de Medicare es una parte crítica de su beneficio médico general.

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

Tipo de plan, de acuerdo con Medicare

Al igual que en todos los Planes de Salud y Bienestar del Fondo para Carpinteros, los Participantes con derecho a Medicare tienen dos opciones de planes médicos: el de Indemnización o el de Kaiser. Hay diferencias importantes en la manera en que estos planes interaccionan con Medicare.

El Plan Médico de Indemnización para los Participantes con derecho a Medicare se considera un plan **suplementario**; esto significa que los Participantes retienen sus beneficios del Plan A y del Plan B de Medicare, y el Plan de Indemnización para Carpinteros proporciona cobertura adicional además de la de Medicare.

El Plan Kaiser HMO es diferente; se le llama un Plan Medicare Advantage. Esto significa que los Participantes que eligen Kaiser asignan todos los beneficios de Medicare a Kaiser, y Kaiser Senior Advantage **reemplaza** a Medicare tradicional.

Plan de Indemnización	Kaiser Senior Advantage
Suplemento de Medicare	Medicare Advantage (reemplazo)
Parte A de Medicare	Cobertura integral, incluidas las Partes A y B de Medicare, Medicamentos con receta y de la vista 
Parte B de Medicare	
Plan Médico de Indemnización 	
Express Scripts (Medicamentos con receta) 	
VSP (Vista) 	

Plan de Indemnización: Si usted pospone recibir los beneficios del Seguro Social, aún debe solicitar la Parte A y la Parte B de Medicare. Si está recibiendo los servicios del Seguro Social, se lo inscribirá automáticamente en la Parte A de Medicare. Independientemente de si está recibiendo los beneficios de jubilación del Seguro Social o no, aún necesita solicitar la Parte B. Comuníquese con la oficina de la Administración del Seguro Social más cercana en los tres meses antes de que cumpla 65 años para inscribirse en las Partes A y B de Medicare. Al inscribirse pronto, evitará una posible demora en el inicio de su cobertura y un posible aumento en la prima que tendrá que pagar por la Parte B.

Si no se inscribe en ambas partes de Medicare podría crear una dificultad financiera grave para usted. En el primer día del mes en el que se vuelva Elegible para Medicare, los beneficios pagaderos por el Plan de Indemnización se limitarán a los beneficios suplementarios de Medicare que se describen en la página 19, independientemente de si se ha inscrito realmente en Medicare e independientemente de si Medicare hace algún pago. Esto significa que el Plan pagará solo un 20% por los servicios normalmente cubiertos por la Parte B de Medicare y solo la cantidad del Deducible de Medicare por Hospital como Paciente interno si se le hospitaliza.

Kaiser HMO: Los miembros con derecho a Medicare también se deben inscribir en Medicare, y requieren asignar los beneficios de Medicare a Kaiser Senior Advantage. Si es un miembro de una HMO Elegible para Medicare y no se inscribe en las Partes A y B de Medicare o no asigna sus beneficios de Medicare al programa Kaiser Senior Advantage, se terminará su cobertura de Kaiser. En este caso, se podría permitir que usted y sus Dependientes se inscriban en el Plan de Indemnización si ninguna de estas personas está inscrita en Kaiser Senior Advantage; sin embargo, el Plan de Indemnización pagará como si usted se hubiera inscrito en ambas partes de Medicare. Tenga en cuenta que aunque usted haya asignado sus beneficios de Medicare, aún será responsable de pagar las primas de la Parte B de Medicare.

Si usted o su Cónyuge se inscriben en el Plan de Salud y Bienestar para Jubilados y usted se vuelve Elegible para Medicare antes que su Cónyuge, su Cónyuge continuará estando cubierto por los beneficios de los Jubilados para beneficiarios que no son Elegibles para Medicare, hasta que sea Elegible para Medicare. Si su Cónyuge se vuelve Elegible para Medicare antes que usted, se requiere que su Cónyuge se inscriba en la Parte A y en la Parte B de Medicare y reciba beneficios suplementarios de Medicare, y usted continuará estando cubierto por los beneficios que no sean de Medicare hasta que se vuelva Elegible para Medicare.

Comprobante del estatus de Dependiente

El Plan requiere documentación específica para comprobar el estatus de Dependiente, y esta puede incluir un acta de nacimiento, acta de matrimonio, comprobante de la edad del Dependiente, el número de Seguro Social del Dependiente y participación en cualquier auditoría para Dependientes. Más abajo se indican los documentos que el Plan podría solicitar para comprobar el estatus de Dependiente. **Tenga en**

cuenta que si no proporciona oportunamente el comprobante del estatus de Dependiente, las reclamaciones presentadas al Plan para sus Dependientes no se considerarán para su pago sino hasta que se proporcione tal comprobante. Además, tome en cuenta que usted debe notificar a la Oficina del Fondo cualquier cambio en el estatus del Dependiente.

- **Cónyuge:** Acta de matrimonio certificada.
- **Hijo:** Acta de nacimiento certificada que muestre que el niño es el hijo biológico del Jubilado.
- **Hijastro:** Acta de nacimiento certificada del niño y acta de matrimonio del padre biológico.
- **Hijo adoptado o colocado para adopción:** Orden jurídica impresa firmada por el juez que muestre que el Jubilado ha adoptado o intenta adoptar al niño.
- **Tutela legal:** Los documentos de la tutela legal designada por los tribunales y acta de nacimiento certificada, y comprobante de que el niño se considera su Dependiente para fines de la declaración de impuestos federales sobre el ingreso.
- **Hijo Dependiente incapacitado:** Las declaraciones por escrito actuales del médico del niño indicando que el hijo Dependiente actualmente no puede ganarse la vida y que su apoyo financiero depende principalmente del Participante debido a una afección, suponiendo que el hijo haya tenido tal afección y que era elegible como Dependiente bajo este Plan antes de cumplir la Edad Limitante.
- **Notificación Nacional de Asistencia Médica para Niños Calificados:** Una Notificación Nacional de Asistencia Médica (National Medical Support Notice, NMSN) u orden de manutención médica infantil calificada (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO) firmada por un juez.
- **Pareja de hecho:** Documentación que indique que el Participante Jubilado registró a la persona como Pareja de Hecho ante cualquier agencia gubernamental estatal o local autorizada para realizar tales registros.
- **Hijos de Parejas de Hecho:** Acta de nacimiento certificada que muestre que el niño es el hijo biológico de la Pareja de Hecho y la Inscripción de la Pareja de Hecho.
- **Estudiantes:** Niños bajo tutela o niños de la Pareja de Hecho de 19 a 23 años que sean estudiantes de tiempo completo con un comprobante de su estatus como estudiante de tiempo completo emitido por una institución acreditada.

Se necesitan los números de Seguro Social de los Dependientes

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

Si un Dependiente aún no tiene un número de Seguro Social, puede visitar este sitio web para rellenar un formulario de solicitud de un SSN: <http://www.socialsecurity.gov/online/ss-5.pdf>. La solicitud de un número de Seguro Social es gratuita.

Si no se proporciona un número de Seguro Social o si no se rellena el formulario modelo de CMS, las reclamaciones de las Personas Elegibles podrían no ser pagadas a las personas afectadas. Puede encontrar el formulario del modelo en la Oficina del Fondo o en <http://www.cms.gov/Medicare/Coordination-of-Benefits-and-Recovery/Mandatory-Insurer-Reporting-For-Group-Health-Plans/Downloads/New-Downloads/RevisedHICNSSNForm081809.pdf>

Elegibilidad de los Jubilados

En las siguientes páginas se describen los requisitos de elegibilidad. Lea la información importante que aparece abajo sobre la Inscripción en este Plan y la Inscripción en Medicare.

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

1. Debe estar recibiendo beneficios de pensión del Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California o de un plan relacionado (enumerado abajo) que se base en 10 años o más de crédito de elegibilidad, con base en las horas de trabajo o en el servicio militar calificado. Puede usar las horas calificantes de cualquiera de los siguientes planes para satisfacer el requisito de 10 años de crédito de elegibilidad:
 - Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California (Carpenters Pension Trust for Northern California)
 - Plan del Personal de la Oficina Administrativa del Fondo de Carpinteros
 - Cualquier Plan de la Organización Sindical de Torneros (Lathers Plan) consolidado con Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California
 - Sindicato Internacional de Empleados Profesionales y de Oficina (Office and Professional Employee International Union, OPEIU) 3 o 29 (si el servicio fue prestado para un Empleador Contribuyente)
 - Plan de Pensiones de Carpinteros Industriales (Industrial Carpenters Pension Plan)
 - Cualquier plan de pensiones cuando así sea requerido por un acuerdo de negociación colectiva y/o memorando de entendimiento negociado por la Junta de la Conferencia de Carpinteros de los 46 Condados del Norte de California (Carpenters 46 Northern California Counties Conference Board) y/o por cualquiera de sus afiliados.
2. En cada uno de los 2 años calendario inmediatamente precedentes al año calendario en el cual ocurrió la fecha de vigencia de su pensión, usted trabajó al menos 300 horas en un empleo cubierto para un Empleador Contribuyente, tiempo durante el cual se requirieron pagar contribuciones al Plan A, Plan B o Plan R de los empleados activos.

Para los propósitos de la estipulación de 300 horas indicada arriba, usted puede contar las horas trabajadas en el año de su jubilación aunque no haya trabajado un año calendario completo. También puede contar las horas de crédito por incapacidad otorgadas bajo las disposiciones del Plan de empleados activos, horas de crédito por incapacidad otorgadas bajo las disposiciones del Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California, y horas trabajadas para un Empleador Contribuyente en el Plan de Salud y Bienestar de los Carpinteros del Suroeste (Southwest Carpenters Health and Welfare Plan).
3. En 3 de los últimos 5 años calendario inmediatamente anteriores al año calendario en el que ocurrió la fecha de vigencia de su pensión, usted trabajó al menos 400 horas por año en un empleo cubierto para un Empleador Contribuyente, tiempo durante el cual se le requirió pagar contribuciones al Plan A, Plan B o Plan R de los empleados activos. Para los propósitos del requisito de 400 horas usted puede contar las horas trabajadas en el año de la jubilación, aunque no trabaje un año calendario completo. **Las horas de crédito por incapacidad no se pueden usar para cumplir con este requisito.**
4. Usted no trabajó ninguna hora de trabajo por un salario o con fines de lucro en la Industria de Obras y Construcción para una entidad que no era un Empleador Contribuyente al Plan del empleado activo, o no era un Empleador Contribuyente de un plan relacionado signatario del Acuerdo Internacional Recíproco de los Fondos de Salud y Bienestar de Carpinteros (incluido un negocio

propio), durante el año calendario en el que ocurrió la fecha de vigencia de su pensión y en cada uno de los 2 años calendario inmediatamente anteriores.

- Usted hace los pagos por cuenta propia requeridos en la forma y manera designada por la Junta de Fideicomisarios.

En el siguiente ejemplo, un Participante cumplió todos los requisitos de elegibilidad del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados:

Requisitos para recibir beneficios de salud y bienestar para los jubilados

Año de beneficio	Horas de trabajo	Créditos de elegibilidad
2008	1,440	12
2009	1,280	12
2010	560	6
2011	670	6
2012	2,080	12
2013	840	12
2014	2,080	12
2015	1,580	12
2016	0	3
2017	250	0
2018	1,770	12
5 años		
✓ 2019	✓ 1,520	12
✓ 2021	✓ 380	7
✓ 2022	✓ 1,030	10
2 años		
✓ 2023	✓ 480	4
✓ 2024	✓ 1,240	12
		12
Fecha de jubilación 3/1/24		Créditos de elegibilidad

➔

- ✓ 10 años o más de créditos de elegibilidad
- ✓ En cada uno de los dos años inmediatamente anteriores al año de la jubilación usted trabajó al menos 300 horas
- ✓ En 3 de los últimos 5 años inmediatamente anteriores al año de la jubilación usted trabajó al menos 400 horas
- ✓ No haber tenido empleo prohibido durante el año de vigencia de la pensión y los 2 años anteriores

¡El participante campe los requisitos!

Por favor note: Este es solamente un ejemplo, y cada Participante tiene antecedentes laborales y experiencia únicos.

Cuándo comienza la participación del Jubilado

Si usted es un Jubilado que cumple con los requisitos mencionados arriba, su participación en este Plan comienza después del primer día de jubilación en la primera fecha entre:

- El 4.º mes después de la fecha de su jubilación, o
- El primer día del mes posterior al agotamiento de la elegibilidad proporcionada por su banco de horas bajo el Plan de empleados activos;

Cancelación del banco de horas activo: Su banco de horas bajo el Plan activo se cancelará si usted es elegible para recibir la cobertura del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados el primer día del 4.º mes posterior a su jubilación, independientemente de si eligió o no eligió inscribirse en la cobertura como Participante Jubilado o hasta si usted demora la Inscripción en la cobertura médica para Jubilados porque

tiene otra cobertura médica disponible. Además, el banco de horas bajo el plan activo para una parte interesada (según la definición del Plan activo), se cancelará si el empleador de la parte interesada deja de informar horas pero la persona sigue trabajando para el empleador en cualquier capacidad el primer día del segundo mes.

Por ejemplo: Si usted se jubiló el 1 de marzo y tenía un saldo de 600 horas en el banco de horas del Plan activo (seis meses de elegibilidad futura bajo el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros Activos), su cobertura de Jubilado comenzará el 1 de junio. (El 1 de junio sería el primer día del cuarto mes posterior a la fecha de su jubilación y sería **más pronto** que el final de los seis meses de elegibilidad proporcionados por su banco de horas activo.)

Si usted se jubiló el 1 de marzo y tenía un saldo de 200 horas en el banco de horas del Plan activo (2 meses de elegibilidad futura bajo el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros Activos), su cobertura de Jubilado comenzará el 1 de mayo. (El final de los dos meses de elegibilidad proporcionados por el banco de horas de su plan activo sería **más pronto** que el primer día del cuarto mes posterior a la fecha de su jubilación.)

Terminación de la elegibilidad

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

- Al final del último mes para el cual sea pagadero a usted un beneficio de pensión del Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California o de uno de los planes relacionados mencionados bajo la sección "Elegibilidad del Empleado Jubilado" de la página 22, *incluida una suspensión de los beneficios de pensión*, o
- Al final del mes para el cual el Fondo de Fideicomiso haya recibido su último pago por cuenta propia.

Elegibilidad extendida para Dependientes supervivientes de empleados Jubilados fallecidos

El Plan tiene las siguientes disposiciones sobre la elegibilidad extendida para sus Dependientes en caso de su fallecimiento:

- **Extensión solo para el Cónyuge:** Si estaba recibiendo una pensión conjunta para el superviviente en el momento de su fallecimiento, y tiene un Cónyuge superviviente que recibirá la porción de dicha pensión correspondiente al Cónyuge, este puede continuar la elegibilidad para él mismo solamente, siempre y cuando se hagan los pagos por cuenta propia requeridos.
- **Extensión para el Cónyuge y los hijos Dependientes** (ya sea que usted reciba su pensión en forma del pago de la pensión conjunta para el superviviente o en cualquier otra forma de pago): Si usted fallece antes de recibir los beneficios de pensión (que no sean una pensión por incapacidad) por al menos 60 meses, su Cónyuge y sus hijos Dependientes elegibles pueden continuar su elegibilidad por el resto del periodo de 60 meses, siempre y cuando se haga el pago por cuenta propia requerido. Si está recibiendo una pensión por incapacidad o una pensión recíproca por incapacidad y fallece antes de recibir los beneficios por al menos 36 meses, su Cónyuge y sus hijos Dependientes elegibles pueden continuar su elegibilidad por el resto del periodo de 36 meses, siempre y cuando se haga el pago por cuenta propia requerido. En cualquier caso, si su Cónyuge se vuelve a casar antes de la terminación de los pagos de pensión, la cobertura bajo esta extensión terminará en la fecha del nuevo matrimonio.

Beneficios extendidos para Hospitales de Pacientes internos, instalaciones de enfermería especializada o cuidado en el hogar

Si usted está recibiendo beneficios del Plan para un Hospital de Pacientes internos, una institución de enfermería especializada o atención médica en el hogar en la fecha en que termina la cobertura debido a

la pérdida de elegibilidad, usted continuará recibiendo los beneficios para esa atención hasta sea dado de alta del Hospital o de la instalación de enfermería especializada, o cuando concluya su atención médica en el hogar cubierta.

Estos beneficios extendidos están sujetos a los mismos términos que aplicarían si esta cobertura hubiese permanecido vigente.

Cuándo puede el Plan determinar su cobertura por causa justificada (rescisión)

De acuerdo con los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, el Plan no cancelará retroactivamente la cobertura (una rescisión) excepto cuando no se hagan los autopagos de manera oportuna; o en casos cuando una persona realice un acto, práctica u omisión que constituya fraude, o haga una declaración falsa intencional de un hecho material que se prohíbe por los términos del Plan. Inscribir a un Dependiente no elegible en el plan (por ejemplo, a un excónyuge, a un hijo Dependiente que exceda la edad permitida o que no sea elegible, etc.) se considera fraude. Otras situaciones de fraude o declaración falsa intencional de un hecho pueden incluir: no presentar el comprobante requerido del estatus de Dependiente, el documento o documentos presentados no confirman que el Dependiente es elegible como Dependiente para la cobertura de este Plan. El Plan proporcionará a cada Participante que resultará afectado un aviso por escrito con al menos 30 días de anticipación antes de que se rescinda la cobertura.

Contratación en un empleo

Las siguientes reglas aplicarán si usted realiza un tipo de trabajo que requiere contribuciones al Plan de los empleadores activos, suponiendo que el trabajo no dé como resultado la suspensión del pago de los beneficios del Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California:

Usted no establece elegibilidad bajo el Plan de empleadores activos independientemente del número de horas trabajadas. Sin embargo, si usted trabaja suficientes horas consecutivas que, en ausencia de esta regla, le permitirían tener derecho a la elegibilidad bajo el Plan de empleados activos, un 50% de las contribuciones de salud y bienestar pagadas al Plan de empleados activos en su nombre se usará a fin de ajustar sus contribuciones autopagadas para la cobertura médica de Jubilados.

Este ajuste se otorgará por el 50% de las contribuciones de su empleador hasta un máximo de 480 horas en un año calendario, limitado a la cantidad del autopago de la cobertura para Jubilados menos cualquier otro reembolso proporcionado por el Plan.

Si usted no es un Empleado Jubilado elegible en este Plan, o si el número de horas que trabajó es menor que el número requerido para ganar la elegibilidad bajo el Plan de Empleados Activos en ausencia de esta regla, no se acreditarán contribuciones de salud y bienestar en su nombre.

Elegibilidad de los Dependientes

Si usted elige cobertura para usted, también puede inscribir a sus Dependientes elegibles en la última de las siguientes fechas: el día en que se vuelve elegible para su propia cobertura o el día en el que adquiere a un Dependiente elegible, ya sea por matrimonio, relación de hecho, nacimiento, adopción o colocación para adopción, pero solo que haya presentado un formulario de Inscripción rellenado por escrito, el comprobante de estatus de Dependiente requerido por el Plan y que haya hecho los autopagos requeridos. Puede obtener el formulario de Inscripción en la Oficina del Fondo y esta debe recibir el comprobante de estatus del Dependiente requerido en el plazo indicado en las pautas del Plan.

Un Dependiente no se pueden inscribir en la cobertura a menos que el Jubilado también esté inscrito (excepto como Dependiente sobreviviente de un Jubilado fallecido). El Plan requiere documentación específica que apoye el estatus de Dependiente. Los Dependientes elegibles incluyen:

- Su Cónyuge legal;

- su Pareja de Hecho Calificada (como se define abajo).
- su hijo, que sea:
 1. Un hijo biológico, hijastro, niño legalmente adoptado, o un niño que requiere tener la cobertura en virtud de una notificación nacional de manutención médica (National Medical Support Notice) o de una orden de manutención médica infantil calificada (Qualified Medical Child Support Order), que sea menor de 26 años de edad, ya sea casado o soltero. Los hijos adoptivos son elegibles bajo el Plan cuando se colocan para adopción.
 2. Un hijo soltero de quien usted haya sido nombrado tutor legal, suponiendo que el niño sea menor de 19 años y se considere su Dependiente para los fines de la declaración de impuestos federales sobre el ingreso;
 3. un hijo soltero de su Pareja de Hecho Calificada, suponiendo que el niño sea menor de 19 años y que sea principalmente Dependiente de usted para su manutención financiera;
 4. un hijo soltero elegible en virtud del párrafo (2) o del párrafo (3) anteriores, que tenga al menos 19 pero menos de 23 años de edad y sea estudiante de tiempo completo en una institución educativa acreditada, siempre y cuando el hijo cumpla los requisitos del párrafo (2) y del párrafo (3) anteriores; o
 5. un hijo soltero suyo o de su Cónyuge o Pareja de Hecho Calificada de cualquier edad que no pueda ganarse la vida y cuyo apoyo financiero dependa principalmente de usted debido a una incapacidad mental o física, y presenta documentación por escrito de su Médico en la que apoya la afección, y suponiendo que el hijo tenía tal afección mientras era un Dependiente elegible bajo este Plan antes de cumplir la Edad Limitante que se describe en los párrafos (1), (2), (3) o (4) anteriores.

Para los hijos de una Pareja de Hecho o hijos que están cubiertos por una tutela legal: Si el Plan recibe una certificación por escrito del médico que trata al niño que indique que (1) el niño sufre una Enfermedad o Lesión grave, y que (2) es Médicamente Necesario un permiso de ausencia (u otro cambio en la Inscripción) de una institución postsecundaria, y que la pérdida del estatus de estudiante daría como resultado la pérdida de la cobertura del Plan, el Plan extenderá la cobertura del niño por hasta un año. Esta extensión máxima de un año de la cobertura comienza el primer día del permiso de ausencia Médicamente Necesario (u otro cambio en la Inscripción) y termina en la primera de las siguientes fechas: (i) un año después, o (ii) la fecha en que la cobertura hubiese terminado según los términos del Plan (por ejemplo, cuando el niño cumple la Edad Limitante del Plan). Usted o su Dependiente debe presentar a la Oficina del Fondo un certificado de un Médico de la necesidad médica del permiso de ausencia al menos 30 días antes de la ausencia por razones médicas si esta es previsible, o 30 días después del inicio del permiso de ausencia en cualquier otro caso.

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

- Proporcione manutención infantil al hijo de un Participante del Plan, u ordene al Participante que proporcione al niño la cobertura de un Plan de beneficios médicos; o
- haga cumplir una ley estatal relacionada con la manutención médica infantil en virtud de la Sección

1908 de la Ley del Seguro Social, que dispone en parte que si el padre del Participante no inscribe al niño, entonces el padre no Participante o la agencia estatal puede inscribir al niño.

Una orden de manutención médica infantil no calificará si requiriera que el Plan proporcione cualquier tipo o forma de beneficio o cualquier opción que no se proporcione de otra manera bajo este Plan, excepto al grado necesario para cumplir con la Sección 1908 de la Ley del Seguro Social.

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

A ningún hijo elegible de un Participante cubierto por una orden de manutención médica infantil calificada se le negará la Inscripción debido a que el niño no fue declarado Dependiente en la declaración de impuestos federales del padre o porque no reside con el padre.

Los procedimientos que rigen a las NMSN o a las QMCSSO están disponibles en la Oficina del Fondo sin cargo alguno.

Parejas de Hecho Calificadas: El término “Pareja de Hecho Calificada” significa una persona cuya relación con el Participante cumple con los siguientes requisitos:

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

Nota: después de que la Oficina del Fondo reciba los documentos de Inscripción para inscribir a una Pareja de Hecho elegible (incluidos, si corresponde, los hijos elegibles de una Pareja de Hecho), tal Dependiente o Dependientes comenzarán a participar en el Plan a partir del primer día del segundo mes después de que la Oficina del Fondo reciba los documentos de Inscripción.

En la siguiente tabla se describen las reglas del Fondo para la elegibilidad de los Dependientes:

Dependiente	Edad limitante y/o requisitos de elegibilidad	Documentación requerida
Cónyuge	Legalmente casado	• Acta de matrimonio certificada; • si corresponde, sentencia de divorcio del ex Cónyuge; y • Número de Seguro Social (o su número de identificación fiscal).
Pareja de hecho	Debe ser una Pareja de Hecho Calificada	• Comprobante de registro como Pareja de Hecho por cualquier agencia gubernamental estatal o local; número de Seguro Social (o un número de identificación fiscal); y • pago de los impuestos imputados.
Hijo biológico	Menores de 26 años	• Acta de nacimiento certificada que muestre al hijo biológico del Jubilado; y • Número de Seguro Social (o su número de identificación fiscal).
Hijastro	Menores de 26 años	• Acta de nacimiento certificada; • sentencia de divorcio del ex Cónyuge, si corresponde; • acta de matrimonio; y • Número de Seguro Social (o su número de identificación fiscal).

Dependiente	Edad limitante y/o requisitos de elegibilidad	Documentación requerida
Hijo legalmente adoptado (o colocado para adopción)	Menores de 26 años	- Orden jurídica firmada por el juez que muestre que el Jubilado ha adoptado o intenta adoptar al niño (colocado para adopción); - Número de Seguro Social (o su número de identificación fiscal).
Niños que se requiere cubrir debido a una orden de manutención médica infantil calificada (o bajo una notificación nacional de asistencia médica)	Menores de 26 años (o cuando termine la QMCSO o la notificación nacional de asistencia médica)	- Una notificación nacional de asistencia médica (NMSN) o una orden de manutención médica infantil calificada (QMCSO) firmada por un juez. - Número de Seguro Social (o su número de identificación fiscal).
Hijos de una Pareja de Hecho	- Menores de 19 años; - Principalmente Dependientes del Jubilado para manutención financiera; y - menores de 23 años si son estudiantes de tiempo completo en una institución educativa acreditada.	- Acta de nacimiento certificada que muestre que el niño es el hijo biológico de la Pareja de Hecho; - comprobante de dependencia financiera; - Número de Seguro Social (o número de identificación fiscal); y - pago de los impuestos imputados. - Además, los estudiantes de tiempo completo que sean hijos de la Pareja de Hecho, de 19 a 23 años, deben proporcionar un comprobante de su estatus como estudiante de tiempo completo emitido por una institución acreditada.
Los hijos que requieren estar cubiertos bajo una tutela legal:	- Menores de 19 años; - se deben considerar Dependientes del Jubilado para los propósitos de los impuestos federales sobre el ingreso; y - menores de 23 años si son estudiantes de tiempo completo en una institución educativa acreditada.	- Documentos de tutela legal designada por los tribunales; - acta de nacimiento certificada; - Comprobante de que el niño se considera su Dependiente para los propósitos de los impuestos federales sobre el ingreso; y - Número de Seguro Social (o su número de identificación fiscal). Además, para los hijos bajo tutela legal de 19 a 23 años se debe proporcionar al Fondo un comprobante de su estatus como estudiante de tiempo completo de una institución acreditada.
Hijos mental o físicamente incapacitados	- No hay límite de edad si el Dependiente califica como hijo incapacitado y: - es soltero; - no puede ganarse la vida debido a una incapacidad mental o física; - era elegible como Dependiente bajo el Plan antes de la Edad Limitante; y - es principalmente Dependiente del Jubilado para su manutención financiera.	- Documentación del médico del niño que indique que el niño no puede ganarse la vida debido a una incapacidad mental o física; - documentación que confirme que el niño incapacitado es principalmente Dependiente del Jubilado para su manutención financiera; y - Número de Seguro Social (o su número de identificación fiscal).

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

Cuándo comienza la participación de los Dependientes

Sus Dependientes elegibles se vuelven elegibles bajo el Plan en la misma fecha que usted. Si usted se casa o tiene un nuevo hijo Dependiente después de que se vuelve elegible por primera vez, su Dependiente o Dependientes nuevos comenzarán su elegibilidad en la fecha en que se convirtieron en sus Dependientes, suponiendo que usted los inscriba de manera oportuna (un Cónyuge nuevo en un lapso de 60 días después de la fecha del matrimonio; un hijo nuevo en un lapso de 60 días a partir del nacimiento o adopción del niño o la fecha en que usted se vuelve tutor legal del niño). Tenga cuenta que, si no eligió la cobertura de salud y bienestar para el Jubilado cuando se volvió elegible por primera vez, se debe inscribir usted y a sus Dependientes elegibles en un lapso de 31 días a partir del matrimonio, nacimiento o adopción.

Terminación de la elegibilidad de los Dependientes

La elegibilidad de los Dependientes terminará:

- En la fecha que termine la elegibilidad del Participante, o en el evento del fallecimiento del Participante, en la fecha en la que su elegibilidad hubiese terminado si no hubiera ocurrido su fallecimiento; o
- en la fecha en que ya no califique como Dependiente, excepto que la elegibilidad de los hijos biológicos, hijastros e hijos legalmente adoptados Dependientes terminará al final del mes en el que el Dependiente cumple 26 años de edad; o
- en la fecha en que usted deje de hacer los pagos por cuenta propia requeridos para la cobertura de un Dependiente.

Medicare

Si usted o su Cónyuge no son Elegibles para Medicare cuando se jubile, puede demorar la Inscripción en el Plan hasta que usted o su Cónyuge se vuelvan elegible. Debe solicitar la Inscripción a la Oficina del Fondo en **un lapso de 90 días** a partir de que usted o su Cónyuge adquieran el derecho a Medicare.

Reglas para las Inscripciones tardías

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

- Si demora la Inscripción en el Plan cuando se jubila inicialmente y subsiguientemente se casa, establece una relación de hecho o tiene uno o más hijos por nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede solicitar la Inscripción para usted y para su Cónyuge nuevo, Pareja de Hecho y/o cualquier hijo o hijos Dependientes, a más tardar 31 días después de la fecha del matrimonio, la fecha de establecimiento de una relación de hecho o el nacimiento, adopción o colocación para adopción. (Nota: Se dice que un niño “se coloca para adopción” con usted la fecha en que usted se vuelve legalmente obligado por primera vez a proporcionar la manutención total o parcial del niño que planea adoptar.)
- Si está inscrito en el Plan y adquiere a un Cónyuge por matrimonio, establece una relación de hecho o adquiere a cualquier hijo o hijos Dependientes por nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede solicitar la Inscripción de su nuevo Cónyuge y/o cualquier hijo o hijos Dependientes a más tardar 60 días después de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Pérdida de otra cobertura

Usted puede demorar la Inscripción en el Plan cuando se jubila inicialmente y puede completar el ‘formulario de demora’ en la Inscripción debido a que usted, su Cónyuge y/o cualquiera de su hijo o hijos Dependientes tenían una cobertura médica bajo otro plan médico del grupo o póliza de seguro

médico (incluidos la cobertura de continuación COBRA, un seguro médico individual, Medicare, el mercado de seguros médicos u otro programa público).

Si usted, su Cónyuge y/o cualquiera de sus hijos Dependientes **pierden la cobertura** de ese otro plan médico del grupo o póliza de seguro médico, y usted es elegible para la cobertura de este Plan, usted puede solicitar la Inscripción para usted y/o para su Cónyuge y/o para cualquier hijo Dependiente en un lapso de **31 días** después de la terminación de su cobertura bajo ese otro plan médico de grupo o póliza de seguro médico.

Si usted o su Dependiente demora la cobertura bajo este Plan debido a que está cubierto bajo el mercado de seguros médicos o un intercambio estatal en virtud de la Ley de Atención de Bajo Precio, se puede volver a inscribir en este Plan en un **lapso de 31 días** a partir de la fecha en que termine la otra cobertura.

Usted no es elegible si opta por terminar su otra cobertura de grupo. Usted solo es elegible si la otra cobertura se termina debido a:

- La pérdida de elegibilidad para esa cobertura, incluida la pérdida resultante de divorcio, fallecimiento, terminación voluntaria o involuntaria del empleo o reducción de horas (esto no incluye pérdida debido a que el Participante no pagó las primas oportunamente o la terminación de la otra cobertura por una causa justificada); o
- la terminación de las contribuciones del empleador para la otra cobertura (su empleador debe suspender todas las contribuciones para la cobertura; la reducción de las contribuciones del empleador no activa un derecho de Inscripción especial); o
- el seguro médico proporcionado con la cobertura de continuación COBRA, y tal cobertura COBRA se **“agotó”**; o
- se muda fuera del área de servicio de la HMO si la cobertura HMO terminó por esa razón y, para la cobertura de grupo, no había otra opción disponible en el otro plan.

La cobertura de continuación COBRA debe haberse “agotado”. Usted no puede elegir terminar la cobertura COBRA anticipadamente para inscribirse en la cobertura del Plan de Salud y Bienestar para Jubilados. La cobertura de continuación COBRA se **“agota”** si termina por cualquier razón que no sea que la persona no pague la prima de COBRA aplicable de manera puntual, o una causa justificada (como la presentación de una reclamación fraudulenta o la declaración falsa intencional de hechos materiales relacionados con esa cobertura de continuación COBRA).

El agotamiento de la cobertura de continuación COBRA también puede ocurrir si la cobertura cesa:

- Debido a que el empleador u otra entidad responsable no remite las primas de manera puntual;
- cuando el empleador u otra entidad responsable termina el plan médico y no hay otra cobertura de continuación COBRA disponible para la persona;
- cuando la persona ya no reside, vive o trabaja en un área de servicio de una HMO o de un programa similar (ya sea o no por elección de la persona) y no hay otra cobertura de continuación COBRA disponible para la persona; o
- porque ha terminado el periodo de 18, 29 o 36 meses (según corresponda) de la cobertura de continuación COBRA.

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

Cuando usted es elegible para recibir los beneficios de este Plan, pero demora su Inscripción, usted y sus Dependientes **se pueden inscribir en este Plan** si usted (o sus Dependientes elegibles):

- Tienen la cobertura de **Medicaid o de un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (State Children’s Health Insurance Program, CHIP)** y usted (o sus Dependientes) **pierden la elegibilidad**

para esa cobertura. Sin embargo, debe solicitar la Inscripción en este Plan dentro de **60 días** después de que termine la cobertura de Medicaid o de CHIP; o

- se vuelve **elegible para participar en un programa de asistencia con las primas a través de Medicaid o de CHIP.** Sin embargo, debe solicitar la Inscripción en este Plan dentro de **60 días** después de que se determina que usted (o sus Dependientes) son elegibles para recibir tal asistencia con las primas.

Inicio de la cobertura para Inscripción especial:

- **Cobertura de una persona que se inscribe debido a la pérdida de otra cobertura o debido a matrimonio:** Si la persona solicita una Inscripción especial dentro del lapso indicado arriba, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha de terminación del otro plan o la fecha del matrimonio, lo que sea posterior.
- **Cobertura por Inscripción especial relacionada con Medicaid o con el Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP):** Si la persona solicita Inscripción dentro de 60 días de la fecha del evento que creó la oportunidad para la Inscripción especial relacionado con Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP), por lo general la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la fecha del evento.
- **La cobertura de un hijo Dependiente recién nacido o recién nacido recientemente adoptado** al que se inscribe apropiadamente dentro de 31 días después del nacimiento, entrará en vigencia en la fecha del nacimiento del niño.
- **La cobertura de un hijo Dependiente recientemente adoptado o de un hijo Dependiente colocado para adopción** que se inscribe apropiadamente más de 31 días después del nacimiento, pero dentro de 31 días después de que el niño es adoptado o colocado para su adopción, entrará en vigencia la fecha de la adopción del niño o la fecha de la colocación para adopción, lo que ocurra primero.
- **Las personas inscritas durante una Inscripción especial** tienen la misma oportunidad de seleccionar opciones de beneficios del Plan al mismo costo y con los mismos requisitos de Inscripción que están disponibles para los de Participantes en situación similar en la Inscripción inicial.

Si eligió la cobertura de continuación COBRA

Si cuando se jubile elije continuar recibiendo beneficios como empleado activo por 18 meses bajo COBRA, su participación en este Plan para Empleados Jubilados comenzará el primer día del mes posterior a la fecha en la que agotó la duración máxima de la cobertura de continuación COBRA.

Reinscripción después la terminación de la cobertura

Si usted y/o su Cónyuge se inscribieron en el Plan y subsiguientemente terminaron la cobertura bajo este Plan porque adquirieron la cobertura del plan médico de un empleador, bajo la Ley de Atención de Bajo Precio, el mercado de seguros médicos o un intercambio estatal si no es Elegible para Medicare, o bajo el contrato con otro empleador o Fondo del fideicomiso que Medicare Advantage contrate, usted se puede volver a inscribir en este Plan en **un lapso de 31 días** a partir de la fecha en que termine la otra cobertura. Para que un Cónyuge se inscriba en el Plan, el Jubilado también debe estar inscrito, excepto en el caso de un Cónyuge superviviente.

Si usted y/o su Cónyuge se inscribieron en el Plan y subsiguientemente terminaron la cobertura bajo este Plan porque adquirió la cobertura de un plan individual, incluidos un plan suplementario individual de Medicare o un plan de Medicare Advantage que no está asociado con el mercado de seguros médicos o intercambio estatal de la Ley de Atención de Bajo Precio, no se le permitirá volver a inscribir en el Plan de Salud y Bienestar para Carpinteros Jubilados.

Opciones para los Dependientes de un Jubilado cuando termina la cobertura

Cuando termine la cobertura del Dependiente bajo este Plan, usted podría tener la opción de comprar la continuación temporal de esta cobertura del plan médico de grupo eligiendo COBRA (para los Dependientes de un Jubilado), o puede analizar sus opciones para comprar en el **mercado de seguros médicos** una póliza de seguro médico individual para tener cobertura médica como se describe en la sección COBRA de este documento.

COBRA: Continuación de la cobertura bajo la ley federal

(Esta cobertura de continuación COBRA no aplica a Parejas de Hecho ni a los hijos de las Parejas de Hecho. Consulte las disposiciones referentes a las Parejas de Hecho en la página 38.)

De acuerdo con la ley federal conocida como COBRA, el Fondo de Fideicomiso requiere ofrecer a los Dependientes de un Jubilado la oportunidad de continuar temporalmente la cobertura médica en ciertas circunstancias cuando la cobertura bajo el Plan de otra manera se terminaría.

Tenga en cuenta que:
La cobertura COBRA bajo este Plan es solo para Dependientes

Los Dependientes de un Jubilado cubierto bajo este Plan, que tengan un evento que califica que dé como resultado la pérdida de la cobertura, tienen el derecho de continuar la cobertura médica que esté vigente en el momento del evento que califica. Para recibir esta cobertura de continuación, se deben pagar al Fondo las primas mensuales.

Eventos que califican

Los siguientes son eventos que califican según COBRA:

1. El fallecimiento del Jubilado;
2. Divorcio del Jubilado y el Cónyuge; o
3. Terminación del estatus de Dependiente de un hijo Dependiente.

Duración de la cobertura COBRA

Por lo general la cobertura COBRA puede continuar por hasta 36 meses. Los 36 meses se ajustarán con cualquier cobertura extendida que se proporcione.

Costo de la cobertura de continuación: beneficios que pueden continuar

La cobertura de continuación COBRA está disponible solo cuando la persona que se inscribe paga su costo, y puede incluir a los Dependientes elegibles. Si usted o su Dependiente optan por continuar la cobertura de ese Dependiente, se le cobrará el costo total más un 2% por cargos administrativos.

Usted puede optar por continuar:

- Solo la cobertura médica y de Medicamentos con receta; o
- la cobertura médica, de Medicamentos con receta y de la vista.

El pago de la cobertura COBRA

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

Habrà un periodo de gracia inicial de 45 días para pagar la primera prima vencida, que comenzará a partir de la fecha en que se elija la cobertura COBRA.

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

Si hace un pago después del primer día del mes de la cobertura al cual aplica, pero antes de que termine el periodo de gracia de ese mes, sus beneficios bajo el Plan se suspenderán el primer día del mes de la cobertura y luego se restablecerán retroactivamente (comenzando el primer día del mes de la cobertura)

cuando se reciba el pago. Esto significa que cualquier reclamación que presente para recibir beneficios mientras su cobertura esté suspendida se podría denegar y se podría tener que volver a presentar una vez que se restablezca su cobertura.

- **Si hay una insuficiencia significativa del pago de su prima**, entonces la cobertura de continuación COBRA terminará en la fecha en la cual se haya hecho el último pago completo de la prima de COBRA.
- **Si no hay una insuficiencia significativa del pago de su prima**, la Oficina del Fondo de Fideicomiso le notificará a usted o al beneficiario de COBRA la cantidad de la insuficiencia y permitirá un periodo razonable de 30 días para pagarla.
- El Fondo del Fideicomiso determina que una insuficiencia significativa es la cantidad menor entre \$50 y un 10% del pago requerido de la prima de COBRA.
- Si una insuficiencia se paga en el periodo de 30 días, entonces la cobertura de continuación COBRA continuará durante el mes en el que ocurrió la insuficiencia.
- Si el déficit no se paga en el periodo de 30 días, la cobertura de continuación COBRA terminará la fecha en que se hizo el último pago completo de la prima de COBRA y se le reembolsará la cantidad pagada que no dio como resultado la elegibilidad bajo el Plan.

Su obligación de notificar a la Oficina del Fondo

Usted o su Dependiente son responsables de notificar al Fondo el evento que califica no después de 60 días de lo siguiente:

- El fallecimiento del Jubilado;
- divorcio del Jubilado y el Cónyuge
- terminación del estatus de Dependiente de un hijo Dependiente.

Si no se proporciona esta notificación dentro de 60 días es posible que usted y/o sus Dependientes no obtengan la extensión de la cobertura COBRA.

Nota: Si no se proporciona esta notificación dentro de los periodos que se indican abajo es posible que sus Dependientes no obtengan la cobertura COBRA ni su extensión.

Cómo notificar a la Oficina del Fondo

Se debe proporcionar a la Oficina del Fondo una notificación por escrito de cualquier evento que califica. La notificación por escrito debe contener la siguiente información:

- Nombre del beneficiario calificado;
- nombre y número de identificación o número de Seguro Social del Jubilado;
- el evento sobre el cual está proporcionando la notificación y la fecha del evento calificante (por ejemplo, la fecha en que un hijo Dependiente cumpla 26 años de edad); y
- una copia de la disolución matrimonial final si el evento calificante es un divorcio; o
- si usted es un hijo bajo la tutela legal del Jubilado o un hijo de la Pareja de Hecho del Jubilado y su estatus como Dependiente se basa en su estatus de estudiante de tiempo completo, y su evento que califica es la pérdida del estatus como Dependiente elegible, su carta debe incluir la fecha en que asistió a la escuela por última vez.

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

Quién puede notificar a la Oficina del Fondo

La notificación puede ser proporcionada por el Jubilado, el Dependiente, o cualquier representante que actúe en nombre del Dependiente.

La notificación recibida de una persona satisfará el requisito de notificación para todos los beneficiarios calificados relacionados afectados por el mismo evento que califica. Por ejemplo, si un Cónyuge notifica a la Oficina del Fondo el fallecimiento del Jubilado, esa simple notificación cumpliría con el requisito de notificación para cualquiera de los hijos Dependientes elegibles.

Dónde debe enviar su notificación

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

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

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

Cuándo notificar a la Oficina del Fondo

Debe enviar la notificación a más tardar **60 días después** de la fecha del evento que califica. Si no notifica a la Oficina del Fondo dentro de este plazo, su Dependiente perderá sus derechos bajo COBRA.

Elección de la cobertura de continuación

Después de recibir su notificación de un evento que califica, la Oficina del Fondo le enviará una notificación de su derecho de seleccionar la continuación de la cobertura mediante un formulario de elección, o, si no califica para una cobertura de continuación, le enviará una notificación de la indisponibilidad de la cobertura COBRA. Estas notificaciones se enviarán en un lapso de 60 días a partir de la fecha en la que la Oficina del Fondo reciba la notificación 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 pierda la elegibilidad o la fecha en la que la Oficina del Fondo proporcione la notificación sobre la elección de COBRA (lo que ocurra después) o usted renunciará a su derecho a la cobertura de continuación COBRA. Si su Cónyuge y sus hijos Dependientes elegibles no eligen la continuación de la cobertura, la cobertura terminará.

Perderá su derecho a la cobertura COBRA si no presenta el formulario de elección de COBRA dentro de este periodo de 60 días.

La cobertura de continuación inicial será idéntica a la cobertura proporcionada a Dependientes similarmente situados bajo el Plan en el día anterior al evento calificado, aunque se puede modificar si la cobertura cambia para otros Participantes o Dependientes.

Adición de Dependientes nuevos

Si mientras su Cónyuge está inscrito en la cobertura de continuación COBRA, tiene un hijo recién nacido, un niño es colocado para su adopción o asume la tutela legal de un niño, ese niño se puede inscribir durante el resto del periodo de la cobertura de continuación de su Cónyuge, enviando un formulario de Inscripción rellenado a la Oficina del Fondo dentro de un lapso de 30 días después del nacimiento, matrimonio o colocación para adopción.

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

- Su Dependiente debe haber sido elegible para la cobertura COBRA en la fecha del evento que califica, pero debe haber rechazado la Inscripción cuando se le ofreció previamente debido a que

tenía cobertura bajo otro plan médico de grupo o tenía otra cobertura de seguro médico,

- su Dependiente debe haber agotado la otra cobertura, perdido su elegibilidad para ella, o perdido las contribuciones del empleador para ella, y
- usted debe inscribir a tal Dependiente enviando un formulario de Inscripción a la Oficina del Fondo en un lapso de 30 días después de la terminación de la otra cobertura o de las contribuciones.

Cambio de planes médicos durante la cobertura de continuación COBRA

Si sus Dependiente o Dependientes desean cambiar de planes médicos mientras tengan la cobertura COBRA, deben de cumplir los mismos requisitos que los Participantes activos del Plan. Esto significa que ellos deben haber participado en un plan médico por al menos 12 meses antes de cambiar a un plan médico diferente. Solo se hacen excepciones si el Dependiente está inscrito en Kaiser y se muda fuera del área de servicio de Kaiser o si la Junta de Fideicomisarios aprueba un cambio.

Si su Dependiente es elegible para un cambio, puede presentar un nuevo formulario de Inscripción indicando el cambio a la Oficina del Fondo. Cualquier cambio de planes entrará en vigencia la última fecha entre el primer día del segundo mes calendario posterior a la fecha en que el Fondo reciba el formulario de Inscripción, y la fecha en que Kaiser confirme la Inscripción o la cancelación de la Inscripción en un Plan de Kaiser Senior Advantage.

Terminación de la cobertura de continuación COBRA

La cobertura de continuación COBRA terminará al final del periodo de continuación máximo de 36 meses permitido. La cobertura de continuación COBRA se terminará más pronto, antes de que termine el periodo de 36 meses de la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

1. Su Dependiente no envía total y oportunamente los pagos requeridos de la prima (dentro de un lapso de 45 días después de la presentación del formulario de elección de COBRA inicial, incluido el costo de la cobertura retroactivamente al primer día que su cobertura hubiese terminado de otra manera, o dentro de un lapso de 30 días después de la fecha de vencimiento de los pagos mensuales subsiguientes);
2. Sus Dependientes adquieren la cobertura de otro plan médico de grupo después de la fecha en la que elige la cobertura COBRA.
3. Su Dependiente o Dependientes adquieren el derecho a Medicare después de la fecha de su elección de COBRA (derecho a Medicare significa estar inscrito ya sea en la Parte A o en la Parte B de Medicare, lo que ocurra primero);
4. El Fondo de Fideicomiso deja de proporcionar cobertura médica de grupo a todos los Participantes.

La cobertura de continuación COBRA terminará el **primer día del mes** posterior a los eventos mencionados en los apartados del 1 al 4 de arriba.

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

Notificación a la Oficina del Fondo

Si ha cambiado su estado civil, o si se ha mudado, comuníquese con la Oficina del Fondo.

Nota: Si la legislación federal o estatal altera las disposiciones de COBRA existentes en el momento de la impresión de esta Descripción Sumaria del Plan o si hay un cambio en el Plan, el Fondo de Fideicomiso le notificará estos cambios.

Cobertura de continuación COBRA: tabla de referencia rápida

Evento que califica	Beneficiario calificado	Periodo máximo de continuación
El fallecimiento de un Jubilado;	Su Cónyuge y sus hijos Dependientes	36 meses después de la fecha del evento que califica
Su divorcio	Su excónyuge y sus hijos Dependientes	36 meses después de la fecha del evento que califica
Terminación del estatus de Dependiente bajo el Plan.	El hijo afectado si está cubierto bajo el Plan	36 meses después de la fecha del evento que califica

Otras alternativas de cobertura médica aparte de COBRA (Para personas que no son Elegibles para Medicare)

Usted podría tener disponibles otras alternativas de cobertura médica en lugar de COBRA que puede comprar a través del **mercado de seguros médicos** (*el mercado ayuda a las personas que no tienen cobertura médica a encontrar un e inscribirse en un plan médico. Residentes de California, visiten: www.coveredca.com. Las personas que no residan en California deben consultar el mercado de seguros médicos de su estado o visitar www.healthcare.gov*).

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

Conversión a una cobertura individual de Kaiser

Si su Dependiente o Dependientes están inscritos en Kaiser cuando termina su cobertura de continuación COBRA, se puede inscribir en cualquier plan de conversión individual que ofrezca Kaiser al final del periodo de la cobertura de continuación, como se describe en su folleto Confirmación de la Cobertura.

Lea su folleto de confirmación de la cobertura de Kaiser para ver más información sobre cómo inscribirse en un plan de conversión. También puede llamar al Departamento de Servicio a los Miembros de Kaiser.

Esta opción solo aplica a los miembros de Kaiser.

Nota: Su Dependiente o Dependientes también podrían tener la opción de comprar una cobertura de conversión individual de Kaiser en lugar de la cobertura COBRA, pero solo si estaban inscritos en Kaiser cuando terminó su cobertura del Fondo de Fideicomiso.

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

Las Parejas de Hecho elegibles de un Jubilado y los hijos elegibles de las Parejas de Hecho que pierdan su elegibilidad bajo el Plan pueden continuar su cobertura bajo el Plan si ellos mismos hacen los pagos durante un periodo limitado de tiempo. La Pareja de Hecho y los hijos de la Pareja de Hecho que pierdan elegibilidad bajo el Plan pueden continuar la cobertura del Plan cuando la elegibilidad se pierda debido a una de las siguientes razones:

- El fallecimiento del Jubilado;
- la terminación de la relación entre la Pareja de Hecho y el Jubilado o;
- la terminación del estado de Dependiente del niño según el Plan.
- La cobertura se puede continuar por hasta 36 meses a partir de la fecha del evento que dio como resultado la pérdida de la elegibilidad.
- La cobertura de continuación se terminará antes de que termine el periodo de 36 meses a partir de la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:
 - El pago requerido de la prima por la cobertura de continuación no se hace oportunamente;
 - El Fondo de Fideicomiso deja de proporcionar cobertura médica de grupo a cualquier Participante;
 - La Pareja de Hecho o el hijo Dependiente queda cubierto bajo algún otro Plan de Grupo (como Participante o de otra manera);
 - la Pareja de Hecho adquiere el derecho a la cobertura de Medicare.

Primas

Se cobrará una prima por la cobertura de continuación a la Pareja de Hecho, al hijo Dependiente, o a ambos, por una cantidad establecida por la Junta de Fideicomisarios. La prima es pagadera en plazos mensuales.

Procedimiento de elección y notificación de la cobertura de continuación para una Pareja de Hecho

La Pareja de Hecho, el hijo de la Pareja de Hecho, o ambos, deben elegir la cobertura de continuación en el lapso de 60 días después de que ocurra uno de los siguientes eventos, el que ocurra después:

- La fecha de cualquiera de los eventos descritos anteriormente bajo la sección “Cobertura de continuación COBRA bajo la ley federal”; o
- La fecha en la que la Oficina del Fondo notifica a la persona que tiene derecho a la cobertura de continuación.

Kaiser HMO

Si usted está inscrito en el Plan HMO del Kaiser Permanente, usted será elegible para recibir beneficios médicos, de Medicamentos con receta, de audífonos y de la vista.

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

Derechos de protección del Paciente

Designación de un PCP

Por lo general, Kaiser requiere la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a 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. Si desea información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria, y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria que pertenecen a la red, comuníquese con el Departamento de Servicio a los Miembros de Kaiser al (800) 464-4000.

En el caso de los niños, usted puede designar a un pediatra (incluidos los de subespecialidades pediátricas) como proveedor de atención primaria, si ese proveedor acepta Pacientes.

Acceso a un proveedor de obstetricia y ginecología

Usted no necesita autorización previa de Kaiser o de otra persona (incluido el médico de atención primaria) para obtener acceso a la atención de obstetricia y ginecología de profesionales médicos de la red que se especializan en obstetricia y ginecología. Sin embargo, el profesional de atención médica podría tener que cumplir con ciertos procedimientos, como obtener autorización previa para brindar ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado, o seguir los procedimientos para hacer referencias. Si desea una lista de profesionales de atención médica Participantes que se especializan en obstetricia y ginecología, comuníquese con Kaiser al (800) 464-4000.

Política de no discriminación en la atención médica

En virtud de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, al grado de que un artículo o servicio que sea un beneficio cubierto bajo el Plan, y en congruencia con las técnicas razonables de administración médica con respecto a la frecuencia, método, tratamiento o entorno de un artículo o servicio, Kaiser no discriminará con respecto a la participación en el Plan o la cobertura en contra de ningún proveedor de atención médica que actúe dentro del ámbito de la licencia o la certificación de ese proveedor en virtud de la ley estatal aplicable. En este contexto, discriminación significa tratar a un proveedor de manera diferente únicamente debido al tipo de licencia o certificación del proveedor. Kaiser no requiere establecer un contrato con ningún proveedor de atención médica dispuesto a cumplir con los términos y las condiciones de participación establecidos por Kaiser. Se permite que la HMO establezca varias tarifas de reembolso con base en medidas de calidad o rendimiento.

Sección 2- Plan Médico de Indemnización para los Jubilados sin Medicare

Esta sección incluye:

- Una revisión de cómo funciona el Plan, incluidas las reglas, los cargos máximos permitidos y las pautas de revisión de la utilización;
- sugerencias y recursos para que aproveche al máximo sus beneficios;
- un programa detallado de beneficios que incluyan los médicos, de Medicamentos con receta y de la vista.

Por favor note

Los beneficios de este capítulo no aplican a los Jubilados ni a los Dependientes que son Elegibles para Medicare o que están inscritos en un Plan Kaiser HMO. Si usted y sus Dependientes elegibles tienen la cobertura de un Plan Kaiser HMO, comuníquese con Kaiser (al número de teléfono indicado en la tabla de referencia rápida) para solicitar una copia de su Confirmación de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) que describe sus beneficios médicos del Plan Kaiser HMO.

Resumen del Plan de Indemnización

El Plan de Indemnización proporciona beneficios para ayudar a cubrir el costo de una amplia variedad de servicios y suministros Médicamente Necesarios, como cargos de Hospital y del médico, pruebas y cirugía diagnósticas, y algunos beneficios de atención médica preventiva específicamente listados como cubiertos por el Plan.

Los Participantes del Plan podrían obtener servicios médicos de proveedores Participantes o de Proveedores no Participantes. La cantidad que usted paga por tales servicios podría ser mayor si los brindan Proveedores no Participantes.

Los beneficios se pagarán solo por los gastos en los que usted y sus Dependientes elegibles incurran mientras usted sea elegible bajo el Plan (excepto como indica en la disposición de beneficios extendidos en la sección 3.08) y la cobertura de continuación COBRA para Dependientes.

Cómo funciona el Plan

Cada año, usted debe pagar cierta cantidad de Gastos Cubiertos antes de que el Plan comience a pagar los beneficios. A esto se le llama Deducible. Una vez que haya cumplido con el Deducible, el Plan paga un porcentaje de los Gastos Cubiertos. El porcentaje pagado por el Plan es mayor si usa los servicios de proveedores Participantes. Usted paga el porcentaje remanente (llamado Coseguro) y cualquier gasto que no esté cubierto.

Su Plan tienen una cantidad máxima de gastos del bolsillo anual. Esto significa que hay un límite en la cantidad total que usted tendrá que pagar por los servicios médicos de proveedores Participantes. Una vez que los gastos del bolsillo para los Gastos Cubiertos alcancen cierto nivel en el año, la cantidad pagada por el Plan aumenta a un 100% de los Gastos Cubiertos por el resto del año si usted usa los servicios de proveedores Participantes y con ciertas excepciones. Esta Descripción Sumaria del Plan contiene más detalles de estas y otras características del Plan.

Servicios cubiertos

El Plan pagará beneficios por los servicios preventivos específicamente listados como cubiertos por el Plan, y por los servicios, suministros, atención y tratamiento Médicamente Necesarios que se receten, realicen u ordenen por un Médico para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Además de la información incluida en la sección “Exclusiones del Plan Médico de Indemnización”, el Plan no pagará beneficios por ningún gasto relacionado con una Lesión o Enfermedad relacionada con el trabajo. En la tabla titulada Programa de beneficios del **Plan Médico de Indemnización para los Jubilados sin Medicare**, que comienza en la página 57, puede encontrar una lista de los servicios cubiertos.

Deducibles

Por lo general, el Plan no le reembolsará todos los servicios. Usualmente, usted tendrá que pagar un Deducible y cierto Coseguro hacia las cantidades en las que incurra que sean cargos permitidos. Sin embargo, una vez que alcance su límite Máximo del Coseguro cada año calendario, durante ese año calendario ya no se aplicarán más Coseguros a los servicios de proveedores Participantes.

El Deducible anual es la cantidad que usted debe pagar por gastos elegibles cada año calendario antes de que el Plan comience a pagar los beneficios. Cada año calendario, usted (**no** el Plan) es responsable de pagar todos sus Gastos Cubiertos hasta que satisfaga el Deducible anual. Una vez que satisfaga el Deducible, el Plan comenzará a pagar los beneficios por los Gastos Cubiertos. Hay dos tipos principales

de deducibles anuales: El individual y el familiar.

- El **Deducible individual** es la cantidad que una persona cubierta tiene que pagar cada año por los Gastos Cubiertos antes de que el Plan comience a pagar los beneficios.
- El **Deducible familiar** es la cantidad total que una familia de dos o más personas es responsable de pagar cada año por los Gastos Cubiertos antes de que comience a recibir los beneficios del Plan. Solo los gastos que se hayan aplicado realmente al Deducible por persona de los miembros de la familia contarán hacia el Deducible de la familia). Una vez que se cumpla el Deducible familiar, el Deducible individual ya no aplica.
- **Proveedores Participantes:** \$128 por persona, sin exceder \$256 por familia.
- **Proveedores no Participantes:** \$257 por persona, sin exceder \$514 por familia.

El Deducible no aplica a los beneficios de Medicamentos con receta, a los servicios de atención preventiva para mujeres, ciertas vacunas y vacunaciones, visitas médicas en línea Live Health ni a ciertos otros gastos como se describe en el Programa de Beneficios Médicos.

Coseguro

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

En general, el Plan paga un 90% de la tarifa negociada a los proveedores Participantes, y el Plan paga un 70% de los cargos permitidos por el Plan a los Proveedores no Participantes. Su Plan paga un beneficio más alto y sus costos son menores cuando usa los servicios de proveedores Participantes.

Máximo de Coseguro

Cada año calendario, después de que una persona o una familia incurre en un Máximo del Coseguro por gastos de proveedores Participantes que exceda \$1,289 por persona o \$2,578 por familia, ya no aplicará el Coseguro a los Gastos Cubiertos por servicios de proveedores Participantes. Como resultado, el Plan pagará un 100% de los Gastos Cubiertos durante el resto del año calendario, **excepto** los gastos que no apliquen para el máximo de su Coseguro como se indica adelante. No tendrá un Máximo del Coseguro por los gastos en los que incurra por servicios recibidos de Proveedores no Participantes.

Una vez que usted o su familia hayan alcanzado el Máximo del Coseguro, el Plan pagará un 100% de los Gastos Cubiertos durante el resto del año calendario,

excepto:

- Gastos que no aplican al máximo de su Coseguro

Gastos que no cuentan para el máximo de su Coseguro

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

- Primas
- Cargos de saldos facturados
- Deducibles del Plan
- Todos los gastos de servicios o suministros médicos que no estén cubiertos por el Plan
- Todos los cargos que excedan los cargos permitidos según lo determine el Plan

- Todos los cargos que excedan los beneficios máximos del Plan o que excedan cualquier otra limitación del Plan
- Cualquier cantidad adicional que tenga que pagar porque no cumplió los requisitos de revisión de la utilización del Plan.
- Medicamentos con receta (incluidos cualquier Copago o Coseguro).
- Gastos incurridos con Proveedores no Participantes.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO)

La Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) del Plan es una red de Hospitales, médicos, laboratorios y otros proveedores Participantes que se encuentran dentro de un área de servicio y que han acordado brindar servicios y suministros médicos por una tarifa de descuento negociada favorable que solo aplica a los Participantes del Plan PPO. Todos los proveedores que pertenezcan a la PPO se consideran proveedores Participantes. Si usted recibe servicios o suministros Médicamente Necesarios de un Proveedor Participante pagará un Deducible y un Coseguro más bajos que si recibiera esos servicios o suministros Médicamente Necesarios de un Proveedor no Participante. Además, el Proveedor Participante ha acordado aceptar el pago del Plan más cualquier Coseguro aplicable que usted sea responsable de pagar como pago total.

Directorio de proveedores Participantes

Puede encontrar un directorio de proveedores médicos Participantes en internet en www.anthem.com. Comuníquese con la Oficina del Fondo si desea que le envíen un directorio de proveedores gratuito.

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

Continuación de la cobertura

Si usted es un Paciente que recibe atención continua (como se define más adelante), y Anthem termina su contrato con su proveedor o instalación, Anthem hará lo siguiente:

- Le notificará de manera oportuna la Terminación del contrato del Plan con el proveedor o la instalación, y le informará su derecho de elegir atención de transición continua del proveedor o instalación; y
- Le permitirá noventa (90) días de cobertura continua al costo compartido y con las tarifas negociadas para permitirle que pase su atención a un Proveedor Participante.

Paciente con Atención Continua significa una persona que, con respecto al proveedor o a la instalación:

- Está recibiendo un curso de tratamiento por una Afección Grave y Compleja por parte del proveedor o de la instalación;
- está recibiendo un ciclo de atención institucional o como Paciente interno del proveedor o de la instalación;
- está programado para someterse a una cirugía no electiva llevada a cabo por el proveedor, incluida la atención postoperatoria por parte de tal proveedor o instalación relacionada con dicha cirugía;
- está embarazada y está recibiendo un ciclo de tratamiento relacionado con el embarazo del proveedor o de la instalación; o

- se determina o se determinó que tiene una Enfermedad terminal (según la sección 1861(dd)(3)(A) de la Ley del Seguro Social) y está recibiendo tratamiento para tal Enfermedad de parte tal proveedor o instalación.

Como durante el año periódicamente se añaden y se quitan proveedores de la red de la PPO, es mejor que, cuando sea posible, pregunte a su proveedor si participa en la red, o que se comuniquen con la red de la PPO antes de solicitar los servicios. Si desea una lista de proveedores Participantes visite www.anthem.com o comuníquese con la Oficina del Fondo.

Proveedores Participantes y no Participantes

Proveedores Participantes

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

Instalaciones de valor agregado para artroplastia de cadera o de rodilla como Paciente interno

Los beneficios hospitalarios del Plan como Paciente interno estarán limitados a \$35,000 por una sola artroplastia de cadera de cadera o artroplastia de rodilla. El máximo aplica a todos los costos de la instalación hospitalaria, pero no incluye honorarios profesionales como anestesia o cirugía. Hay Hospitales PPO de valor agregado específicos en todo California en los que se pueden realizar estas cirugías y que minimizarán sus costos del bolsillo además del Deducible y del Coseguro del Plan. Si necesita una artroplastia de cadera o de rodilla, visite el sitio web de la Oficina del Fondo en www.carpenterfunds.com o llame a la Oficina del Fondo al (888) 547-2054 para solicitar una lista de los Hospitales que le pueden proporcionar servicios a un costo menor.

Proveedores no Participantes

El término “Proveedores no Participantes” se refiere a aquellos proveedores que no tienen un contrato con la red de PPO del Plan médico y que generalmente no ofrecen al Participante o al Plan ningún descuento en sus tarifas. Estos Proveedores no Participantes **podrían facturar a un Participante del Plan una cantidad sin descuento** por cualquier saldo que podría ser pagadero en adición al Cargo Permitido por el Plan.

Se pagarán beneficios limitados por los servicios obtenidos de un Proveedor no Participante que no completó la Inscripción en el programa de Medicare. Consulte los **beneficios del Programa de beneficios del Plan Médico de Indemnización para los Jubilados sin Medicare** a partir de la página 57 para ver más información. Para evitar costos imprevistos antes de recibir servicios de un Proveedor no Participante, confirme que el proveedor se registró en Medicare, aunque usted no sea Elegible para Medicare.

Atención de emergencia con Proveedores no Participantes

La cantidad de su costo compartido por Servicios de Emergencia brindados por Proveedores no Participantes en instalaciones Participantes se basará en la Cantidad Reconocida, que por lo general es la cantidad que sea menor entre: los cargos facturados por el Proveedor no Participante y la Cantidad Calificada del Pago (esto es, la mediana de las tarifas contratadas del Plan por el artículo o el servicio en tal lugar).

Los Servicios de Emergencia están cubiertos:

- Sin necesidad de la determinación de una autorización previa, aunque los servicios sean brindados por Proveedores no Participantes;
- sin importar si el proveedor médico que brinda los Servicios de Emergencia sea un Proveedor Participante o una instalación de emergencia Participante, según corresponda, con respecto a los servicios;

- sin imponer ningún requisito o limitación administrativos a los Servicios de Emergencia de Proveedores no Participantes que sean más restrictivos que los requisitos o las limitaciones que aplican a los Servicios de Emergencia recibidos de proveedores y de instalaciones de emergencia Participantes;
- calculando el requisito de participación del costo de los Servicios de Emergencia de Proveedores no Participantes como si la cantidad total que se hubiera cobrado por tales servicios fuera igual a la Cantidad Reconocida por los servicios; y
- contando todo pago del costo compartido que hizo el Participante o el beneficiario con respecto a los Servicios de Emergencia brindados por un Proveedor no Participante para cualquier Deducible o máximo del bolsillo aplicados bajo el Plan, de la misma manera que si los pagos del costo compartido se hubieran hecho con respecto a Servicios de Emergencia brindados por un proveedor o una instalación de emergencia Participante.

En general, no se le puede facturar el saldo por estos Servicios de Emergencia. La cantidad del costo compartido de los Servicios de Emergencia de Proveedores no Participantes se basará en la cantidad menor entre los cargos facturados por el proveedor y la Cantidad Calificada del Pago (QPA).

Atención que no es de emergencia de Proveedores no Participantes en una Instalación Participante

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

- Con el requisito de que la participación del costo no sea mayor que el requisito de participación del costo que aplicaría si un Proveedor Participante hubiera brindado los artículos o servicios.
- calculando los requisitos de participación del costo como si la cantidad total que tal Proveedor Participante hubiera cobrado por los artículos y servicios fuera igual a la Cantidad Reconocida por los artículos y los servicios;
- contando todo pago del costo compartido que hizo el Paciente para cualquier Deducible o máximos del Coseguro aplicados bajo el Plan.

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

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

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

La excepción de la notificación y el consentimiento para los artículos o servicios que no sean de emergencia proporcionados por un Proveedor no Participante en una instalación médica Participante no aplica a los artículos y Servicios Complementarios brindados como resultado de necesidades médicas imprevistas y urgentes que surjan en el momento que se brinda un artículo o servicio,

independientemente de si el Proveedor no Participante cumplió con los criterios de notificación y consentimiento.

La cantidad del costo compartido por servicios que no sean de emergencia brindados por Proveedores no Participantes en instalaciones Participantes se basará en la Cantidad Reconocida, que por lo general es la cantidad que sea menor entre: los cargos facturados por el Proveedor no Participante o la Cantidad Calificada del Pago (esto es, la mediana de las tarifas contratadas del Plan por el artículo o el servicio en tal lugar).

Servicios de ambulancia por aire

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

- Los servicios de ambulancia por aire brindados por un Proveedor no Participante estarán cubiertos con el requisito de un costo compartido que no sea mayor que el costo de los servicios brindados por un Proveedor Participante.
- Su participación del costo se calculará como si la cantidad total que un Proveedor Participante hubiera cobrado por los servicios de ambulancia por aire fuera igual a la cantidad menor entre la Cantidad Calificada del Pago y la cantidad facturada por los servicios.
- Todo pago del costo compartido que haga por los servicios cubiertos de ambulancia por aire contará hacia el Deducible y hacia el máximo de Coseguro contratados.

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

Evite la reducción de beneficios

- Use los Hospitales Participantes en el Plan cuando usted o sus Dependientes elegibles requieran hospitalización.
- Obtenga una revisión de la utilización para las estancias hospitalarias como Paciente interno. Si utiliza un Hospital Participante, el Hospital tramitará la revisión de la utilización por usted. Si utiliza un Hospital no Participante, es su responsabilidad asegurarse de que Anthem Blue Cross haya preaprobado la internación hospitalaria; de otra manera es posible que no se paguen sus beneficios.
- Utilice médicos, Hospitales, laboratorios e instalaciones de radiología Participantes, servicios de valor agregado y otros proveedores Participantes como centros quirúrgicos e instalaciones de atención urgente. Al utilizar los servicios de proveedores Participantes, recibirá los máximos beneficios pagaderos, usted ahorrará dinero y le ahorrará dinero al Fondo de Fideicomiso.

Los cargos máximos permitidos aplican para ciertos procedimientos quirúrgicos

Los centros de cirugía ambulatoria pueden proporcionar una atención de alta calidad, y con frecuencia son la opción con el costo más conveniente para una variedad de procedimientos quirúrgicos. En algunos procedimientos, que se enumeran abajo, el Fondo limitará el cargo máximo permitido si usted opta por ir a un Hospital en lugar de ir a un centro de cirugía ambulatoria. Si recibe atención en una instalación de cirugía ambulatoria, el cargo máximo permitido se determinará dependiendo de si usted recibe los servicios en una Instalación Participante o en una Instalación no Participante.

El Fondo limitará los pagos de beneficios para los siguientes procedimientos quirúrgicos si se realizan en un Hospital. El pago máximo es la cantidad más alta que su plan pagará por estos procedimientos. Usted deberá pagar cualquier cantidad que exceda el pago máximo. Estas limitaciones no aplican si

usted recibe servicios en un centro de cirugía ambulatoria Participante.

Procedimiento	Pago máximo al Hospital*
En un Hospital (ya sea como Paciente interno o como Paciente ambulatorio)	
Artroplastia total de cadera rutinaria	\$35,000
Cirugía de reemplazo total rutinario de rodilla	\$35,000
En un entorno hospitalario ambulatorio (en lugar de un centro de cirugía ambulatoria)	
Artroscopia	\$6,000
Cirugía de cataratas	\$2,000
Colonoscopia	\$1,500
Todas las demás endoscopias	\$1,000
Extirpación laparoscópica de la vesícula biliar	\$5,000
Muestra de tejido uterino por histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado)	\$3,500
Nariz/Senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior	\$3,000
Adenoctomía y/o amigdalectomía (para los miembros menores de 12 años)	\$3,000
Nariz/Senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia	\$3,500
Litotricia	\$7,000
Reparación de hernia inguinal (mayor de 5 años, no laparoscópica)	\$4,000
Esofagoscopia	\$2,000
Reparación laparoscópica de una hernia inguinal	\$5,500
Sigmoidoscopia	\$1,000
Endoscopia gastrointestinal superior sin biopsia	\$1,500
Endoscopia gastrointestinal superior con biopsia	\$2,000

**Por favor note: Las cantidades denegadas por exceder el pago máximo de beneficios de un procedimiento no se tomarán en cuenta para el máximo de su Coseguro.*

Proceso de excepciones

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

- Si no hay disponible un proveedor, Hospital o centro de cirugía ambulatoria que acepte los cargos máximos permitidos, o no puede obtener el servicio después de un tiempo de espera o distancia de viaje razonables; y
- Si la calidad de los servicios para usted o su Dependiente o Dependientes pudiera quedar comprometida al recibir servicios de un proveedor, Hospital o centro de cirugía ambulatoria Participante (p. ej., si las Enfermedades concomitantes presentan complicaciones o hay problemas de seguridad del Paciente).

Información sobre el cargo máximo permitido

Cuando lo solicite, la Oficina del Fondo le proporcionará una lista de Hospitales que minimizarán su gasto del bolsillo relacionado con la artroplastia de rodilla y de cadera.

El Plan colabora con Anthem Blue Cross para asegurarse de que haya un número adecuado de proveedores, Hospitales y centros de cirugía ambulatoria que cumplan con las normas de calidad.

Excepciones a los Deducibles y pago de beneficios cuando se usan de Proveedores no Participantes

La siguiente tabla explica el reembolso especial del Plan por los servicios brindados por ciertos Proveedores no Participantes. Los Fideicomisarios del Plan o una persona por ellos designada determinan si y cuándo aplican las siguientes circunstancias de reembolso especial a una reclamación después de que se hayan seguido e investigado los procesos normales de adjudicación de reclamaciones.

Disposiciones especiales sobre reembolsos	Lo que el Plan paga (hacia reclamaciones elegibles presentadas por un Proveedor no Participante)
• Si un anestesiólogo o un Médico de la sala de emergencia no Participante proporciona servicios en un Hospital o Instalación Participante. • Servicio de ambulancia con licencia (incluida ambulancia por aire) proporcionado por un Proveedor no Participante • Los Servicios de Emergencia proporcionados por un Proveedor no Participante en una Instalación Participante (sin importar el departamento de la instalación en el que se brindan los artículos o servicios) hasta que el proveedor o la instalación determinen que el Participante o el Dependiente puede viajar a una Instalación Participante diferente en un transporte no médico o en un transporte médico que no sea de emergencia. En este caso, los Servicios de Emergencia incluyen servicios de postestabilización y servicios proporcionados como parte de la observación de un Paciente ambulatorio o una estancia como Paciente interno o como Paciente ambulatorio relacionada con la Afección de Emergencia. • Si el Paciente permanece en un Hospital no Participante después del periodo de emergencia aguda, aplicará el porcentaje del pago y el Deducible del Proveedor no Participante por el periodo de internación posterior a la terminación del periodo de emergencia. • Si el servicio o los servicios proporcionados son Medicamento Necesarios y no está disponible un Proveedor Participante.	Como si la atención hubiera sido proporcionada por un Proveedor Participante, incluido el Deducible, el Coseguro y el Máximo del Coseguro. La cantidad de las facturas se reembolsará de acuerdo con el Cargo Permitido.

Ley de Derechos de la Mujer relacionados con la Salud y el Cáncer (Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998

Todos los planes que cubren mastectomías también deben cubrir la cirugía reconstructiva relacionada. A cualquier Persona Elegible que reciba beneficios de mastectomía, se le proporcionará cobertura en una manera que se determine en consulta con el médico de cabecera de la Paciente y la Paciente, tanto para la reconstrucción del seno en el que se realiza la mastectomía como para la cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica. También hay disponible cobertura para prótesis de seno y para el tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas.

Ley de Protección de la Salud de los Neonatos y sus Madres de 1996

Los planes médicos de grupo y las compañías de seguro médico que ofrecen cobertura médica de grupo generalmente no pueden restringir los beneficios de la duración de cualquier estancia hospitalaria en relación con un nacimiento, para la madre o el niño recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto normal, o menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, el Plan o la compañía de seguro podría pagar una estancia más breve si el médico que atiende a la madre, después de consultar con la madre, da de alta antes a la madre o al recién nacido. Además, bajo la ley federal, los planes y las compañías de seguro no pueden establecer el nivel de beneficios ni los costos del propio bolsillo de manera que cualquier porción de la estancia de 48 horas (o de 96 horas) sea tratada en una manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier porción anterior de la estancia. Los planes y las compañías de seguro no pueden, en virtud de la legislación federal, requerir que un proveedor médico obtenga autorización para prescribir una estancia de hasta 48 horas (o 96 horas).

Programa de Revisión de la Utilización

Propósito del Programa de Revisión de la Utilización

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

Administración del Programa de Revisión de la Utilización

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

Elementos del Programa de Revisión de la Utilización

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

- **Revisión previa a la autorización (antes del servicio):** Revisión de los servicios médicos propuestos antes de que se brinden los servicios;
- **Revisión Concurrente (estancia continua):** Evaluación en curso de la atención médica conforme se proporciona, típicamente involucra la internación como Paciente interno en un Hospital o instalación médica o la revisión de la duración continua de servicios médicos;
- **Revisión retroactiva:** Revisión de los servicios médicos **después** de que se proporcionan.

Restricciones y limitaciones del Programa de Revisión de la Utilización

El hecho de que su Médico recomiende una cirugía, hospitalización, o de que su Médico proponga o proporcione servicios o suministros médicos, no significa que los servicios o suministros serán un Cargo Permitido ni que se consideren Médicamente Necesarios en la determinación de la cobertura del Plan Médico de Indemnización.

Todas las decisiones de tratamiento recaen en usted y en su Médico. Debe seguir cualquier curso de tratamiento que usted y su Médico (u otro proveedor) consideren que es el más apropiado, aunque Anthem no certifique la cirugía, el tratamiento, el servicio o la internación como Médicamente Necesario

La precertificación de un servicio no garantiza que el Plan pagará beneficios para ese servicio porque otros factores podrían descalificar el pago de un servicio. Entre los ejemplos de estos factores se encuentran:

- Inelegibilidad para la cobertura en la fecha real del servicio;
- la información presentada durante la precertificación es diferente de los servicios reales brindados en la fecha del servicio; y/o
- El servicio brindado no es un beneficio cubierto.

Cómo funciona la revisión de la utilización

La revisión de la utilización es un procedimiento, administrado por Anthem, para asegurar que los servicios médicos cumplen o exceden las normas de atención aceptadas, y que la internación y la duración de la estancia en un Hospital o instalación médica, o una cirugía u otros servicios médicos son Médicamente Necesarios.

LOS SIGUIENTES SERVICIOS DEBEN SER APROBADOS POR ANTHEM ANTES DEL PROCEDIMIENTO:

Situación	Requisitos del Plan para la revisión de la utilización
Internación que no sea de emergencia a un Hospital, incluido el tratamiento de Enfermedades mentales o farmacodependencia (excepto parto)	Si utiliza un Hospital Participante, el Hospital se encargará de esto. Si utiliza un Hospital no Participante, usted es responsable de verificar que su Médico obtenga la revisión de la utilización para usted. No requiere obtener una revisión de la utilización para una hospitalización cuando el Plan es el pagador secundario de los beneficios.
Hospitalización como resultado de una emergencia médica	Si se lo admite en un Hospital no Participante, usted, su Médico o alguien que actúe en su nombre debe comunicarse con Anthem para obtener la certificación dentro del plazo de 24 horas de la internación.
Admisión para un nacimiento	No necesita la revisión de la utilización de una estancia hospitalaria para la madre y el niño recién nacido de menos de 48 horas de edad después de un parto normal, o una estancia de menos de 96 horas después de un parto por cesárea.
Trasplante de órganos o tejidos	Anthem debe aprobar todos los servicios planeados antes de que comiencen estos servicios.
Ciertos estudios diagnósticos por imágenes para Pacientes ambulatorios	TC/ATC, RM/IRM, cardiología nuclear, exámenes TEP y ecocardiografía antes de que se proporcione el servicio.
Ciertas cirugías ambulatorias	Colonoscopia, artroscopia, cirugía de cataratas, todas las endoscopias, extracción laparoscópica de la vesícula biliar, muestra de tejido uterino por histeroscopia (con biopsia, o con o sin dilatación y legrado), nariz/senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior), adenotomía y/o amigdalectomía (para miembros menores de 12 años), nariz/senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia, litotricia, reparación de una hernia inguinal (para niños mayores de 5 años, no laparoscópica), esofagoscopia, reparación laparoscópica de una hernia inguinal, sigmoidoscopia, endoscopia de la porción alta del tubo gastrointestinal sin biopsia, endoscopia de la porción alta del tubo gastrointestinal con biopsia, artroplastia de una rodilla y artroplastia de un lado de la cadera deben estar aprobadas por Anthem antes de que se proporcione el servicio.
Ciertos Medicamentos especializados	Los siguientes Medicamentos especializados podrían estar cubiertos ya sea con el beneficio del Plan Médico de Indemnización o con el beneficio de Medicamentos con receta. Si se surten bajo el beneficio del Plan médico, deben ser aprobados por Anthem antes de que se surta el Medicamento. • Zirabev o bevacizumab Mvasi genérico • Uplizno (o ipilimumab genérico) • Keytruda (o pembrolizumab genérico) • Herceptin (o trastuzumab genérico) • Rituxan (o rituximab genérico) • Prolia (o denosumab Xgeva genérico) • Opdivo (o nivolumab genérico) • Lupron (o leuprorelin genérico)

EL RECIBO DE UNA REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN NO SIGNIFICA QUE LOS BENEFICIOS SON PAGADEROS EN TODOS LOS CASOS

La cobertura depende de los servicios que realmente se proporcionen, el estatus de su elegibilidad en el momento en que se brinda el servicio, y cualquier limitación de los beneficios.

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

Un Hospital Participante se encargará del proceso de revisión de la utilización por usted (incluida la Revisión Concurrente).

Si se le admite en un Hospital no Participante, será su responsabilidad asegurarse de que su Médico se comunique con Anthem para la revisión de la utilización. En caso de admisiones de emergencia, Anthem será notificado dentro de un plazo de 24 horas a partir de que se le admite. Anthem determinará el número de días de internación que sean Médicamente Necesarios.

Si se le admite en un Hospital no Participante que no participa en un programa de Revisión Concurrente, su estancia hospitalaria se revisará después de que salga del Hospital. Si Anthem determina que una porción de su estancia no fue médicamente necesaria, no se pagarán beneficios por los cargos hospitalarios y del médico incurridos durante la porción de la internación que se determinó no ser médicamente necesaria.

Se pagarán beneficios por un trasplante de órganos o tejidos **solo** si Anthem aprueba con anticipación y administra los servicios médicos.

Si no cumple con los requisitos del Plan relacionados con la revisión de la utilización y la notificación de una internación de emergencia, sus servicios podrían no cubrirse.

HOSPITALIZACIÓN DE EMERGENCIA

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

Si no se comunica con Anthem dentro de 24 horas de su hospitalización, una revisión retroactiva de la hospitalización determinará si la reclamación cumple con los criterios de necesidad médica. Si se deniega, usted podría ser responsable de los gastos.

Revisión retroactiva (después del servicio)

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

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

Usted puede solicitar una apelación de cualquier decisión adversa sobre la revisión tomada durante el proceso de revisión de la utilización que se describe en este capítulo. Para apelar una reclamación o factura denegada, vea el capítulo **Reclamaciones y procedimientos de apelación** que comienza en la página 107 de este documento.

Límite de tiempo para la presentación inicial de reclamaciones de atención médica

Debe presentar todas las reclamaciones de atención médica dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha en que se incurran los gastos, a menos que no sea razonablemente posible hacerlo. En ningún evento las reclamaciones se pagarán cuando se presenten más de un año después de la fecha en que se incurrieron los gastos. La reclamación se debe rellenar totalmente y se debe adjuntar la factura o facturas detalladas. Es posible que le pidan que presente documentación de apoyo de la reclamación presentada. También puede encontrar más información en el capítulo **Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones** que comienza en la página 107. También revise la sección que se encuentra cerca del final de ese capítulo “**Si se deniega su apelación**” (en la página 114).

Aproveche al máximo su beneficio – sugerencias y recursos

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

General

- Independientemente del tratamiento que busque, siempre confirme que los proveedores participen en la PPO para recibir el más alto nivel de beneficios posible del Plan. Puede encontrar a un Proveedor Participante o determinar si el que lo atiende actualmente es un Proveedor Participante visitando el sitio web de Anthem, www.anthem.com. Haga clic en “Find Care” (Encuentre atención) y seleccione su estado, el lugar y el tipo de proveedor que busca, o escriba el nombre de su proveedor actual para verificar que participa en la red. También puede solicitar asistencia llamando a la Oficina del Fondo. Envíe un mensaje electrónico a la Oficina del Fondo a benefitservices@carpenterfunds.com o llame al (888) 547-2054.
- Use el servicio de asesores para evitar pagar facturas médicas personales innecesarias y reducir sus costos personales. Si desea la asistencia de un asesor, llame al (844) 437-0488.
- Regístrese en www.anthem.com con un nombre de usuario y contraseña. Cuando se conecte, puede usar el recurso Anthem Care Comparison para investigar el costo y la calidad de los procedimientos realizados en instalaciones cercanas a usted. Por ejemplo, una colonoscopia puede costar entre \$450 y \$3000, o un proveedor puede tener más experiencia en ese procedimiento que otro proveedor.
- Mientras está conectado en www.anthem.com, puede buscar ofertas especiales que pueden ayudarlo a recuperarse, o de bienestar general como programas para perder peso, audífonos o afiliaciones a gimnasios.
- Si su Médico le recomienda atención que requiera los servicios de diferentes proveedores, o si le recomienda que reciba enteramente servicios de otro proveedor, asegúrese de preguntar si el nuevo proveedor pertenece a la red PPO.

Cirugía

- Cuando haga una cita para ver a un cirujano, pregunte si este participa en la red de Anthem PPO.
- Antes de someterse a una cirugía, pregunte al cirujano si requerirá los servicios de un asistente de cirujano, médico anestesiólogo o una enfermera anestesista registrada certificada. Si se van a requerir los servicios de un asistente de cirujano, llame a la Oficina del Fondo. La Oficina del Fondo puede verificar la necesidad de los servicios del asistente cirujano, y le informará los gastos de su bolsillo adicionales en los que puede incurrir si los cargos facturados por el proveedor exceden la asignación del Plan.
- El uso de un centro de cirugía ambulatoria Participante para estas cirugías puede reducir en gran medida los gastos de su bolsillo. Algunas cirugías como colonoscopia, artroscopia, endoscopia, cirugía de cataratas, extracción laparoscópica de la vesícula biliar, muestra de tejido uterino por histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado), nariz/senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior, adenotomía y/o amigdalectomía (para miembros menores de 12 años), nariz/senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia, litotricia, reparación de una hernia inguinal (para niños mayores de 5 años, no laparoscópica), esofagoscopia, reparación laparoscópica de una hernia inguinal, sigmoidoscopia, endoscopia de la porción alta del tubo gastrointestinal sin biopsia, endoscopia de la porción alta del tubo

gastrointestinal con biopsia, artroplastia de una rodilla y artroplastia de un lado de la cadera, tienen límites específicos en dólares si usted usa un Hospital para Pacientes ambulatorios (que se define como un Hospital en el que se recibe atención sin necesidad de ser internado, o con una estancia menor de 24 horas) en lugar de un centro de cirugía ambulatoria.

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

Pruebas de laboratorio y de patología

- Cuando necesite que le hagan pruebas de laboratorio o de patología, pregunte a su Médico si puede obtener estos servicios de un laboratorio independiente Participante. Los servicios de estos laboratorios independientes pueden costar de 70 a 75% menos que los mismos servicios brindados por laboratorios de Hospitales y otros laboratorios que no pertenecen a la red.
- Si necesita asistencia para encontrar el laboratorio Participante más cercano, visite www.anthem.com. Puede comunicarse con la Oficina del Fondo para que le proporcionan una lista sin costo.
- Estos son algunos recursos adicionales disponibles para los Participantes del Plan de Indemnización:

LiveHealth Online

Cuando usted usa este servicio, puede hablar con un Médico a cualquier hora del día en su computadora o dispositivo móvil mediante una charla bidireccional por video o audio, sin necesidad de hacer cita. El Fondo le reembolsará un 100% de cualquier cargo por este servicio. Usted puede acceder LiveHealth Online ya sea visitando el sitio web: www.livehealthonline.com en una computadora que tenga una cámara web y acceso a internet, o descargando la aplicación móvil LiveHealth Online en su teléfono inteligente o tableta iOS o Android.

Línea de enfermería

El Plan ofrece una línea telefónica de asesoramiento de enfermería sin costo para usted a fin de ayudarle a decidir si sus síntomas se pueden tratar con un remedio casero, si necesita hacer una cita con el médico o si necesita atención urgente. Usted puede comunicarse con la línea de enfermería llamando al (800) 700-9184 a cualquier hora del día o de la noche. Sin embargo, si tiene una emergencia, llame al 911 para pedir ayuda.

Navegador del cáncer

CancerNavigator es un beneficio gratuito que se ofrece a todos los Participantes del Plan de Indemnización para Carpinteros. *(Nota: no es para los Participantes del Plan Kaiser HMO.)* El servicio de CancerNavigator proporciona instrucción y orientación personalizadas a los Pacientes de cáncer conforme exploran las muchas decisiones que siguen al diagnóstico.

El apoyo a los Pacientes con cáncer incluye:

- Acceso rápido a excelentes centros
- Entérese cuales centros de su área están bien equipados para tratar su tipo específico de cáncer
- Entienda su diagnóstico específico y sus opciones de tratamiento
- Hable sobre cualquier pregunta que pueda tener sobre su situación clínica
- Programe citas en los mejores centros de su área

Programa de Beneficios del Plan Médico de Indemnización para los Jubilados sin Medicare

Por favor note

Los beneficios del Programa de Beneficios no aplican a los Jubilados con derecho a Medicare ni a los Participantes del Plan Kaiser HMO. Si usted y sus Dependientes elegibles tienen la cobertura de un Plan Kaiser HMO, comuníquese con Kaiser al (800) 464-4000 o visite carpeterfunds.com para solicitar una copia de su Confirmación de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) que describe sus beneficios médicos del Plan Kaiser HMO.

A partir de la siguiente página aparece un **Programa de Beneficios del Plan Médico de Indemnización para los Jubilados sin Medicare** en forma de tabla. En la primera columna se describe cada uno de los beneficios médicos del Plan. La segunda columna contiene las explicaciones y limitaciones que aplican a cada uno de los beneficios. En las columnas subsiguientes se explican las diferencias específicas en los beneficios cuando los servicios son brindados por proveedores Participantes y por Proveedores no Participantes.

Los deducibles, los máximos del Coseguro, los servicios hospitalarios (para Pacientes internos) y los servicios de médicos y otros servicios de atención médica se listan primero porque estas categorías de beneficios aplican a la mayoría (pero no a todos) los servicios médicos cubiertos por el Plan. A menos que se indique específicamente lo contrario en el **Programa de Beneficios del Plan Médico de Indemnización para los Jubilados sin Medicare**, todos los beneficios mostrados están sujetos a los deducibles del Plan.

Programa de Beneficios del Plan Médico de Indemnización para los Jubilados sin Medicare

Todos los beneficios están sujetos al Deducible, excepto donde se indique.

***Importante:** Los Proveedores no Participantes son compensados de acuerdo con el Cargo Permitido, como se define en el capítulo Definiciones, y se le podría facturar el saldo.

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Deducible (vea la sección 3.01 del documento Reglas y Reglamentos) El Deducible anual es la cantidad de dinero que usted debe pagar cada año calendario antes de que el Plan comience a pagar los beneficios de la mayoría de los servicios. - Los deducibles se aplican a los Gastos Cubiertos en el orden en el que el Plan procesa las reclamaciones. - Solo los Gastos Cubiertos se pueden usar para satisfacer los deducibles del Plan. - El Deducible aplica a todos los servicios cubiertos, excepto si se indica otra cosa en este Programa de Beneficios del Plan Médico de Indemnización. - El Deducible familiar es la cantidad que una familia de dos o más personas es responsable de pagar cada año por los Gastos Cubiertos antes de que comience a recibir los beneficios del Plan. Solo los gastos que se hayan aplicado realmente al Deducible por persona de un miembro de la familia contarán hacia el Deducible de la familia.	- Las cantidades se acumulan entre los proveedores Participantes y los Proveedores no Participantes; por ejemplo, un pago de \$50 del Deducible de un Proveedor no Participante por Gastos Cubiertos se aplicaría al Deducible de \$128 pagado a proveedores Participantes. - Los cargos que excedan cualquier límite del Plan en los beneficios específicos y cualquier cantidad que usted pague por incumplir los requisitos de revisión de la utilización del Plan no cuentan hacia el Deducible.	Usted paga \$128 por persona \$256 por familia	Usted paga \$257 por persona \$514 por familia

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Máximo de Coseguro El Máximo del Coseguro es lo más que usted paga durante el periodo de un año (el año calendario) antes de que su Plan comience a pagar un 100% de los Gastos Cubiertos de proveedores Participantes.	Lo siguiente no cuenta hacia el máximo de Coseguro: • Las cantidades que paga que se aplican al Deducible • Las cantidades que paga por gastos o servicios no cubiertos por el Plan • Cargos que excedan los límites de beneficios o los máximos del Plan (como las cantidades que excedan el máximo del beneficio de quiropráctica del Plan de \$25 por visita, el límite de acupuntura, y los límites de audífonos, Atención de Enfermos Terminales y exámenes físicos de rutina) • Primas • Cargos de saldos facturados. • Todos los cargos que excedan los cargos permitidos según lo determine el Plan • Cualquier otra cantidad que tenga que pagar porque no cumplió los requisitos de revisión de la utilización del Plan. • Medicamentos con receta (incluidos cualquier Copago o Coseguro). • Gastos incurridos con Proveedores no Participantes.	Usted paga hasta \$1,289 por persona \$2,578 por familia	Sin máximo de Coseguro

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Tarifas de servicios de Hospital (Pacientes internos) cuarto y comida y tarifas incidentales de la instalación • En un Hospital no Participante, está cubierto un cuarto con 2 o más camas (o el cargo mínimo por un cuarto con 2 camas en el Hospital si se usa un cuarto de mayor precio). • Las unidades de atención especializada dentro del Hospital (p. ej., la unidad de cuidados intensivos, la unidad de cuidados cardiacos) tienen cobertura. • Los servicios de laboratorio, rayos X y diagnósticos tienen cobertura. • Para los niños recién nacidos, este beneficio incluye los cargos de las visitas del médico en el Hospital y del médico suplente durante una cesárea.	• Si no cumple con los requisitos del Plan relacionados con la revisión de la utilización y la notificación de una internación de emergencia, sus servicios podrían no cubrirse. • Se paga un máximo de \$35,000 por la instalación hospitalaria asociada con una artroplastia de un lado de la cadera o con una artroplastia de una rodilla. • No tienen cobertura los Medicamentos para llevar a casa surtidos por una Instalación no Participante. • Los cargos de la sala de neonatos no tienen cobertura en una Instalación no Participante.	Usted paga 10% de la tarifa contratada	Usted paga 30% más cualquier cantidad que exceda el Cargo Permitido del Plan

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Servicios quirúrgicos hospitalarios (Pacientes ambulatorios) Para ciertas cirugías realizadas en el entorno ambulatorio de un Hospital en lugar de un centro de servicios ambulatorios, aplicará un máximo del Plan (como se describe en la fila de la derecha).	• Si no cumple con los requisitos del Plan relacionados con la revisión de la utilización y la notificación de una admisión de emergencia, sus servicios podrían no cubrirse. • Con respecto al cargo de Hospitales o instalaciones Participantes y no Participantes, aplicarán los siguientes máximos. Usted paga su Coseguro aplicable y cualquier cantidad que exceda el siguiente pago máximo del Plan: • Colonoscopia - \$1,500 • Artroscopia - \$6,000 • Cirugía de cataratas - \$2 000 • Todas las demás endoscopias – \$1,000 • Extirpación laparoscópica de la vesícula biliar - \$5,000 • Muestra de tejido uterino con histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado) \$3,500 • Nariz/senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior - \$3,000 • Adenotomía y/o amigdalectomía (para los miembros menores de 12 años) - \$3,000 • Nariz/Senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia - \$3 500 • Litotricia - \$7,000 • Reparación de hernia inguinal (mayor de 5 años, no laparoscópica) - \$4 000 • Esofagoscopia - \$2,000 • Reparación laparoscópica de una hernia inguinal - \$5,500 • Sigmoidoscopia - \$1,000 • Endoscopia gastrointestinal superior sin biopsia - \$1,500 • Endoscopia gastrointestinal superior con biopsia– \$2,000 • Artroplastia de una rodilla - \$35,000 • Artroplastia de un lado de la cadera - \$35,000	Usted paga 10% de la tarifa contratada	Usted paga 30% más cualquier cantidad que exceda el Cargo Permitido del Plan

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Sala de emergencia - Sala de emergencia (emergency room, ER) de un Hospital si los servicios se requieren debido a una emergencia (según se define este término en este Plan). - Cargos incidentales (como de laboratorio o rayos X) incurridos durante la visita a la sala de emergencia. - Servicios de emergencia brindados por un Proveedor no Participante o en una instalación de emergencia no Participante. Esto incluye servicios de postestabilización (servicios después de que se estabiliza al Paciente) y como parte de la observación de un Paciente ambulatorio o una estancia como Paciente interno o como Paciente ambulatorio relacionada con la Afeción de Emergencia, hasta que: - El proveedor o la instalación determinen que usted o su Dependiente puede viajar en un transporte no médico o en un transporte médico que no sea de emergencia; - se entrega a usted o a su Dependiente una notificación por escrito que indique que el proveedor no participa en el Plan, un estimado de los cargos del tratamiento y cualquier limitación anticipada que el Plan podría imponer en el tratamiento, el nombre de los proveedores Participantes de las instalaciones que lo pueden tratar, y que usted puede elegir que se le refiera a uno de los proveedores Participantes enumerados; - usted o su Dependiente se encuentran en condición de recibir la notificación por escrito (como lo determine el médico encargado del tratamiento), y proporcionar el consentimiento informado; y	- La cantidad de su costo compartido por los Servicios de Emergencia en instalaciones Participantes por Proveedores no Participantes se basará en la cantidad menor entre los cargos facturados por el proveedor y la Cantidad Calificada del Pago. - Los Servicios de Emergencia están cubiertos sin necesidad de autorización previa y sin importar si el proveedor que brinda los Servicios de Emergencia es un Proveedor Participante o una instalación de emergencia Participante; - En el caso de los internamientos subsiguientes, el Plan podría requerir que se lo transfiera a un Hospital Participante cuando el médico indique que es médicamente seguro transferirlo a usted o a su Dependiente y el periodo de emergencia haya terminado. Si usted permanece en un Hospital no Participante después del periodo de emergencia aguda, aplicará el beneficio del Proveedor no Participante por el periodo de internamiento después de la terminación del periodo de emergencia.	Usted paga 10% de la tarifa contratada Usted paga 100% si la emergencia es por salud mental o farmacodependencia	Usted paga 10 % del Cargo Permitido Usted paga Cero si el tratamiento de emergencia es por salud mental o farmacodependencia

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
- usted o su Dependiente da su consentimiento informado para continuar el tratamiento que el Proveedor no Participante considera que no es de emergencia.			
Servicios del médico o de otro profesional médico • Médico • Servicios de un terapeuta físico o de un terapeuta ocupacional registrado requeridos para el tratamiento de una afección y recetados por un Médico. Los cargos permitidos no incluyen servicios que sean principalmente educativos, relacionados con deportes, o preventivos; como por ejemplo acondicionamiento físico, para hacer ejercicio o exámenes físicos requeridos para regresar a la escuela. • Podiatra con licencia • Enfermera registrada • Enfermera partera certificada para la atención obstétrica durante los periodos prenatal, de parto y de postparto, suponiendo que la enfermera partera esté practicando bajo la dirección y supervisión de un Médico. • Una enfermera profesional con licencia que esté actuando en el ámbito legal de su licencia; siempre y cuando el servicio de la enfermera profesional sea en lugar del servicio de un Médico, y la enfermera profesional esté proporcionando los servicios bajo la supervisión de un Médico con licencia, si es que se requiere supervisión • Asistente médico con licencia • Terapeuta del habla con licencia • Optometrista con licencia, pero solo cuando se proporciona un tratamiento médico Medicamente Necesario al ojo, que no está cubierto por un plan de la vista.	• Si un Proveedor no Participante que no esté registrado con CMS brinda los servicios ambulatorios Medicamente Necesarios, el Plan limitará los cargos permitidos a \$200 por cita. No tendrán cobertura los servicios para Pacientes internos brindados por Proveedores no Participantes que no estén registrados con CMS. • Si un Proveedor Participante no está disponible para brindar un servicio Medicamente Necesario, aplicarán el Deducible y el porcentaje pagadero del Proveedor Participante a los cargos permitidos del Proveedor no Participante. • La atención de habilitación no está cubierta (excepto la terapia que se proporcione como parte de un plan de autismo aprobado).	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Visitas en línea con un Médico LiveHealth: Usted puede hablar con un Médico a cualquier hora del día, personalmente en su computadora o dispositivo móvil mediante un chateo bidireccional por video. Otras visitas en línea con el médico cubiertas como beneficios regulares del Plan	El sitio web para la visita en línea con un Médico de LiveHealth es: www.livehealthonline.com Otras visitas médicas en línea están cubiertas como beneficios regulares del Plan cuando son brindados por un Proveedor Participante.	Visitas médicas en línea (con contrato con Proveedores que no participen en LiveHealth Online): El Plan paga 90% Usted paga 10% Visitas de LiveHealth Online: El Plan paga 100% Usted paga 0%	Sin cobertura
Servicios de acupuntura	Los servicios de acupuntura están limitados a 20 visitas por año calendario.	El Plan paga 90% de la tarifa negociada hasta un máximo de \$35 por visita. Usted paga 10% de la tarifa contratada y cualquier cantidad que exceda el 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 que exceda el pago máximo del Plan de \$35

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Servicios de ambulancia - Servicio Médicamente Necesario de transporte por tierra hacia o desde el Hospital más cercano. - Una ambulancia por aire con licencia hacia y desde el Hospital más cercano también están cubierta al Cargo Permitido si el Fondo determina que la ubicación y la naturaleza de la Enfermedad o Lesión hacen que el transporte aéreo sea económico o necesario para evitar la posibilidad de complicaciones graves o la pérdida de la vida. - Los servicios brindados por un técnico de emergencias médicas (Emergency Medical Technician, EMT) sin un subsiguiente transporte de emergencia se pagan de acuerdo con este beneficio de servicios de ambulancia.	- Los gastos por servicios de ambulancia solo están cubiertos cuando esos servicios se brindan debido a una emergencia, según la definición de este término en la sección 1 de Reglas y reglamentos de este documento bajo el encabezado “Atención de emergencia”, o para el transporte Médicamente Necesario entre instalaciones. - Si usted recibe servicios de ambulancia por aire (que de otra manera no estén cubiertos) de un Proveedor no Participante: - Su participación del costo no será mayor que la participación del costo de los servicios de una ambulancia por aire brindados por un Proveedor Participante (equivalente a la cantidad menor entre la Cantidad Calificada del Pago y la cantidad facturada por los servicios). - En general no se le puede facturar el saldo por estos servicios. - Todo costo compartido por los servicios de ambulancia por aire cubiertos contará hacia su Deducible y hacia su máximo de Coseguro contratados.	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 90% del Cargo Permitido Usted paga 10% del Cargo Permitido

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Instalación o centro de cirugía ambulatoria (para Pacientes ambulatorios) Instalación o centro de cirugía ambulatoria (para Pacientes ambulatorios) (p. ej., un centro quirúrgico, cirugía el mismo día, cirugía ambulatoria).	Los siguientes máximos pagaderos aplican si la cirugía se realiza en el entorno de un Hospital ambulatorio en lugar de un centro de cirugía ambulatoria: Los máximos que aparecen a continuación no aplicarán si la cirugía se lleva a cabo en un centro de cirugía ambulatoria: • Colonoscopia - \$1,500 • Artroscopia - \$6,000 • Cirugía de cataratas - \$2 000 • Todas las demás endoscopias – \$1,000 • Extirpación laparoscópica de la vesícula biliar - \$5,000 • Muestra de tejido uterino con histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado) \$3,500 • Nariz/senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior - \$3,000 • Adenotomía y/o amigdalectomía (para los miembros menores de 12 años) - \$3,000 • Nariz/Senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia - \$3 500 • Litotricia - \$7,000 • Reparación de hernia inguinal (mayor de 5 años, no laparoscópica) - \$4 000 • Esofagoscopia - \$2,000 • Reparación laparoscópica de una hernia inguinal - \$5,500 • Sigmoidoscopia - \$1,000 • Endoscopia gastrointestinal superior sin biopsia - \$1,500 • Endoscopia gastrointestinal superior con biopsia– \$2,000 • Artroplastia de una rodilla - \$35,000 • Artroplastia de un lado de la cadera - \$35,000	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70% del Cargo Permitido hasta un máximo de \$300 por la institución de cirugía ambulatoria Usted paga 30% del Cargo Permitido y cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de \$300

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Quimioterapia	Los siguientes Medicamentos especializados están cubiertos ya sea con el beneficio del Plan Médico de Indemnización o con el beneficio de Medicamentos con receta. Si se surten bajo el beneficio de Medicamentos con receta, quedarán sujetos a los Copagos de los Medicamentos con receta. Independientemente de si el Medicamento está cubierto bajo el Plan médico o bajo el Plan de Medicamentos con receta, se requerirá la revisión de la utilización. • Zirabev o bevacizumab Mvasi genérico • Uplizna (o ipilimumab genérico) • Keytruda (o pembrolizumab genérico) • Herceptin (o trastuzumab genérico) • Rituxan (o rituximab genérico) • Prolia (o denosumab Xgeva genérico) • Opdivo (o nivolumab genérico) • Lupron (o leuporelin genérico)	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido
Servicios de Quiropráctico (Solo para el Jubilado y el Cónyuge o la Pareja de Hecho)	• Los servicios de Quiropráctico no tienen cobertura para los hijos Dependientes. • Limitado a 20 visitas por año calendario	El Plan paga 90% de la tarifa negociada hasta un máximo de \$25 por visita. Usted paga 10% de cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de \$25 por visita	El Plan paga 70% hasta el Cargo Permitido hasta un máximo de \$25 por visita Usted paga 30% del Cargo Permitido y cualquier cantidad que exceda el pago máximo del Plan de \$25 por visita

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Servicios dentales Servicios de un Médico (M.D.) o Dentista (D.D.S.) que trate una Lesión en los dientes naturales.	• Los servicios se deben recibir en un plazo de 6 meses después de la fecha de la Lesión (aplica independientemente de cuando la persona se inscribió en el Plan). • En este beneficio no están cubiertos los daños a los dientes naturales debido a masticación o mordida. • Las placas, puentes, coronas, recubrimientos dentales u otras prótesis dentales, servicios dentales, extracción de dientes o tratamiento de los dientes o encías que no sean tumores y Lesiones accidentales no tienen cobertura.	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Programas de instrucción sobre la diabetes	Hay cobertura disponible para programas de instrucción sobre diabetes reconocidos por la Asociación Estadounidense de Diabetes (American Diabetes Association).	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido
Equipo y suministros médicos Los beneficios son pagaderos si el equipo o los suministros: • Son recetados por un Médico; • ya no se usan cuando termina la necesidad médica; • son usados solo por el Paciente; • no son principalmente para la comodidad o higiene de la Persona Elegible; • no son para control ambiental; • no son para hacer ejercicio; • son fabricados específicamente para uso médico; • son aprobados como un tratamiento eficaz, usual y acostumbrado de una afección, según lo determine el Fondo; y • no son para propósitos de prevención. Se proporciona cobertura para un suministro de hasta 31 días de suministros no duraderos Medicamente Necesarios para uso en el hogar o personal, incluidos: • Suministros quirúrgicos estériles usados inmediatamente después de la cirugía • Suministros necesarios para operar o usar equipo médico duradero o dispositivos correctivos cubiertos • Suministros necesarios para su uso por personal especializado de atención médica o infusión en el hogar, pero solo en el curso de sus servicios requeridos • Suministros para diálisis • Suministros para diabetes note: • Suministros de colostomía y ostomía	Se proporciona cobertura por suministros no duraderos Medicamente Necesarios surtidos y usados por un Médico o profesional médico conjuntamente con el tratamiento de la persona cubierta. • Los cargos por arrendamiento están cubiertos si no exceden el precio razonable de compra del equipo. • Los zapatos ortopédicos están cubiertos solo si están unidos a un soporte. • Tienen cobertura los aparatos ortopédicos personalizados. • No tienen cobertura los aparatos y dispositivos médicos, vendajes, soportes, férulas y otros suministros o equipo, excepto suministros para diabetes. • Los suministros que se puedan usar después de que se resuelva la afección no tienen cobertura bajo el beneficio de suministros médicos no duraderos. • La renta o compra de una bomba de lactancia para mujeres que están lactando está cubierta. Una bomba de lactancia manual o eléctrica tiene la cobertura del Plan hasta un pago máximo de beneficios de \$75 por año calendario.	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70% del Cargo Permitido Usted paga 30% del Cargo Permitido

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Servicios de planificación familiar, reproducción, anticoncepción y fertilidad Los servicios cubiertos incluyen: - Servicios de esterilización (p. ej., vasectomía, ligadura tubárica). - Servicios relacionados con la anticoncepción, incluidos servicios relacionados con la obtención o remoción de un dispositivo o implante anticonceptivo con receta. - Anticonceptivos con receta	Cuando los servicios ambulatorios brindados por un Proveedor no Participante que no esté registrado con CMS sean Medicamente Necesarios, el Plan limitará los cargos permitidos a \$200 por cita No tendrán cobertura los servicios para Pacientes internos brindados por Proveedores no Participantes que no estén registrados con CMS. No hay cobertura disponible para procedimientos de reversión de la esterilización, tratamiento de la infertilidad junto con servicios para inducir el embarazo.	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido
Beneficios de examen de audición y audífonos Los servicios cubiertos incluyen un examen de audición si es Medicamente Necesario y es realizado por un Médico o profesional médico con un grado de maestría o de doctorado en audiología.	No se proporcionan beneficios por: - El reemplazo de audífonos por cualquier razón con mayor frecuencia que una vez durante cualquier periodo de 3 años; - pilas u otro equipo auxiliar que no se obtenga con la compra de los audífonos; o - gastos incurridos que la persona no esté obligada a pagar;	Examen: El Plan paga 90% Usted paga 10% Audífonos: 100% hasta un pago máximo de \$800 por oído (en cualquier periodo de 3 años), sin exceder los Gastos Cubiertos, por el audífono y todas las reparaciones o servicio. No está sujeto al Deducible ni al máximo de Coseguro.	Examen: El Plan paga 70% Usted paga 30% Audífonos: 100 % hasta un pago máximo de \$800 por oído (en cualquier periodo de 3 años), sin exceder los Gastos Cubiertos, por los audífonos y todas las reparaciones o servicio. No está sujeto al Deducibles ni al máximo de Coseguro.

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Servicios de terapia de infusión y de atención médica en el hogar Los Gastos Cubiertos incluyen: • Servicios de una enfermera titulada • Servicios de un terapeuta con licencia que ofrece terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de un trabajador social médico Servicios de un auxiliar médico que esté empleado en (o tenga un contrato con) una Agencia de Atención Médica en el Hogar. Servicios deben ser ordenados y supervisados por una enfermera titulada empleada como coordinadora profesional por la Agencia de Atención Médica en el Hogar. • Suministros médicos necesarios proporcionados por la Agencia de Atención Médica en el Hogar	• El Paciente debe estar confinado en el hogar bajo la supervisión médica activa de un Médico que prescriba la atención médica en el hogar y que proporcione el tratamiento de la Enfermedad o Lesión por la cual es necesaria tal atención. • La Agencia de Atención Médica en el Hogar debe proporcionar y facturar los servicios. • Los servicios deben ser congruentes con la Enfermedad, Lesión, grado de incapacidad y necesidades médicas del Paciente. • Los beneficios se proporcionan solo durante el número de días requeridos para tratar la Enfermedad o Lesión de la Persona Elegible. • Los Medicamentos inyectables y de infusión no están cubiertos bajo este beneficio de atención médica en el hogar. Consulte la sección Farmacia minorista en la página 81 de la sección Medicamentos con receta de este Programa de Beneficios Médicos para ver la cobertura de otros Medicamentos. • Los Medicamentos especializados se deben obtener del Plan de Medicamentos con receta. (Consulte la sección Medicamentos especializados que comienza en la página 83)	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Atención de Enfermos Terminales - Los servicios de Atención de Enfermos Terminales incluye la atención de Pacientes internos y de Pacientes ambulatorios en el hogar cuando el Paciente tiene una Enfermedad y el pronóstico es una esperanza de vida de 6 meses o menos, según lo certifique un Médico. El Paciente debe ser admitido formalmente en un programa aprobado de Atención de Enfermos Terminales, y el médico encargado del Paciente debe aprobar el programa escrito de tratamiento del Paciente. - Un programa aprobado de Atención de Enfermos Terminales debe tener la licencia estatal correspondiente (en los estados en que se requiera una), y ser un programa para enfermos terminales certificado por Medicare, o una instalación para enfermos terminales de demostración de Medicare, o estar acreditada por la Comisión Conjunta (The Joint Commission, TJC). La instalación para enfermos terminales debe notificar al Fondo sobre la admisión de un Paciente en el programa y presentarle por escrito el plan de tratamiento.	Los servicios cubiertos de atención para enfermos terminales incluyen los siguientes: - Visitas de enfermeras profesionales; - servicios médico sociales; - servicios de un auxiliar de atención médica en el hogar; - suplementos nutrimentales tales como sustitutos de la dieta administrados intravenosamente o a través de hiperalimentación; y - suministros médicos. El beneficio de Atención de Enfermos Terminales no cubre: - transporte médico, comida, ropa ni alojamiento - servicios de voluntarios; - asesores financieros o legales; o - servicios proporcionados por los miembros de la familia, familiares o amigos.	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido
Servicios de laboratorio (Pacientes ambulatorios) Honorarios profesionales y técnicos	- Los servicios deben ser ordenados por un Médico, incluidas las pruebas de laboratorio asociadas con el diagnóstico de una Enfermedad viral. - Los servicios de laboratorio para Pacientes internos están cubiertos en la sección Servicios de Hospital de este Programa de Beneficios Médicos.	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Servicios de maternidad Cargos del Hospital y del centro de nacimiento y honorarios del médico por Servicios de maternidad Médicamente Necesarios para todas las mujeres embarazadas. La cobertura del bebé solo es pagadera si el niño es un hij o Dependiente según lo define este Plan y está debidamente inscrito. - Tienen cobertura las vitaminas prenatales que contienen fluoruro o ácido fólico. - Consulte en el capítulo Inscripción y elegibilidad el proceso para inscribir a uno o más hijos Dependientes recién nacidos.	- NO tienen cobertura los cargos por la atención de rutina de recién nacidos, facturados por un Hospital no Participante. - Duración de la estancia hospitalaria después del parto: Si desea información sobre la revisión de la utilización por una estancia que exceda 48 horas en el caso de un parto vaginal o 96 horas en el caso de una cesárea, comuníquese con Anthem a fin de que se haga la revisión de la utilización para obtener la aprobación de la extensión de la estancia.	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido
Visitas de salud mental - Internación hospitalaria, tratamiento residencial y cuidado diurno parcial - Visitas como Pacientes ambulatorios Los beneficios de los Medicamentos con receta para el tratamiento de salud mental se explican en la sección Farmacia minorista en la página 81.	Cuando los servicios ambulatorios brindados por un Proveedor no Participante que no esté registrado con CMS sean Médicamente Necesarios, el Plan limitará los cargos permitidos a \$200 por cita. No tendrán cobertura los servicios para Pacientes internos brindados por Proveedores no Participantes que no estén registrados con CMS. El Fondo proporciona la cobertura de terapia del análisis conductual aplicado (ABA) Médicamente Necesaria de acuerdo con las pautas de Anthem.		

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Visitas de salud mental • Internación hospitalaria, tratamiento residencial y cuidado diurno parcial • Visitas como Pacientes ambulatorios • Los beneficios de los Medicamentos con receta para el tratamiento de salud mental se explican en la sección Farmacia minorista en la página 81.	Cuando los servicios ambulatorios brindados por un Proveedor no Participante que no esté registrado con CMS sean Médicamente Necesarios, el Plan limitará los cargos permitidos a \$200 por cita. No tendrán cobertura los servicios para Pacientes internos brindados por Proveedores no Participantes que no estén registrados con CMS. • El Fondo proporciona la cobertura de terapia del análisis conductual aplicado (ABA) Médicamente Necesaria de acuerdo con las pautas de Anthem.	Visitas ambulatorias de salud mental: El Plan paga El 100% de las tarifas contratadas (no incluye atención en instalaciones ambulatorias) Salud mental para Pacientes internos: El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada Tratamiento en la sala de emergencia: El Plan paga 100% de la tarifa contratada Visitas médicas en línea con proveedores Participantes (que no sean de LiveHealth Online): El Plan paga 90% Usted paga 10% Visitas de LiveHealth Online: El Plan paga 100% Usted paga 0%	Tratamiento en la sala de emergencia: El Plan paga 100 % del Cargo Permitido Todas las demás: El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido Visitas en línea: Sin cobertura
Dispositivos prostéticos	Hay cobertura disponible para extremidades y/u ojos artificiales	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Radiología (rayos X), estudios de imágenes y servicios de radioterapia (Pacientes ambulatorios) Los servicios de radiología frecuentes incluyen: Rayos X del tórax, rayos X del abdomen/riñones, rayos X de la columna vertebral, TC/IRM/TEP y gammagrafía ósea, ecografías, angiografías, mamografías, fluoroscopia y densitometría ósea.	- Solo tienen cobertura cuando son ordenados por un Médico o un profesional médico. - Para los siguientes servicios de estudios diagnósticos por imágenes de Pacientes ambulatorios, un Médico debe obtener una revisión de la utilización de la Organización Profesional de Revisión (Anthem): – TC/ATC – RM/IRM – Cardiología nuclear – Examen TEP – Ecocardiografía	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido
Instalación de enfermería especializada (SNF) incluidos servicios de rehabilitación - Instalación de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) - Servicios de un terapeuta con licencia que ofrece terapia física o terapia ocupacional - Servicios de un terapeuta del habla con licencia, pero solo cuando la terapia del habla se proporciona a una Persona Elegible que tuvo habla normal en cierto momento y que la perdió debido a una Enfermedad o Lesión o como parte de un plan de terapia aprobado para autismo	- Se pagarán beneficios de una instalación de enfermería especializada y de atención médica en el hogar como una alternativa a la atención en el Hospital, cuando el médico encargado del Paciente tramite tal atención. - Estará cubierto un periodo máximo de 70 días de atención en una instalación de enfermería especializada durante cualquier periodo de internación. Un nuevo periodo de internación comenzará después de que transcurran 90 días a partir del final de la última internación en una instalación de enfermería especializada. - La internación para rehabilitación como Paciente interno requiere una revisión de la utilización de Anthem. - No están cubiertos los servicios de terapia física que son principalmente educativos, relacionados con deportes, o preventivos, como por ejemplo acondicionamiento físico, para hacer ejercicio o exámenes físicos requeridos para regresar a la escuela. - Los servicios de habilitación no están cubiertos (excepto la terapia que se proporcione como parte de un plan de autismo aprobado). Esto incluye cualquier servicio de terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla proporcionado a personas con demoras del desarrollo que nunca han adquirido habilidades funcionales normales	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Tratamiento para dejar de fumar	El asesoramiento y las intervenciones por el uso de tabaco (tanto fumar como masticar tabaco) tienen cobertura de la siguiente manera: • examen de uso de tabaco; y • en el caso de los usuarios de tabaco, al menos dos (2) intentos al año para dejar de usar tabaco. Cada “intento para dejar de usar tabaco” incluye la cobertura de cuatro (4) sesiones de asesoramiento para dejar de usar tabaco de al menos 10 minutos cada una (incluidos asesoramiento por teléfono, asesoramiento de grupo y asesoramiento individual) sin autorización previa; y todos los Medicamentos para dejar de usar tabaco aprobados por la FDA (incluidos los con receta y los de venta libre) para un programa de tratamiento de 90 días cuando sea recetado por un proveedor médico Participante.	El Plan paga 100% de la tarifa contratada	Sin cobertura

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Tratamiento por abuso de sustancias químicas - Internación hospitalaria, tratamiento residencial y cuidado diurno parcial - Visitas como Pacientes ambulatorios Los beneficios de los Medicamentos con receta para farmacodependencia se explican en la sección Farmacia minorista que comienza en la página 81.	Cuando los servicios ambulatorios brindados por un Proveedor no Participante que no esté registrado con CMS sean Medicamente Necesarios, el Plan limitará los cargos permitidos a \$200 por cita No tendrán cobertura los servicios para Pacientes internos brindados por Proveedores no Participantes que no estén registrados con CMS.	Tratamiento para Pacientes ambulatorios e internos: El Plan paga 100% de la tarifa contratada Tratamiento en la sala de emergencia: El Plan paga 100% de la tarifa contratada Todas las demás: El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	Tratamiento en la sala de emergencia: El Plan paga 100 % del Cargo Permitido Todas las demás: El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido
Trasplantes (órganos y tejidos) Los cargos permitidos incurridos por el donante y el destinatario de un órgano, cuando el destinatario del órgano sea una Persona Elegible. Los cargos permitidos pueden incluir procedimientos exploratorios para el Paciente, adquisición y transporte del órgano o tejido, gastos de cirugía y Hospital para el destinatario y el donante, atención de seguimiento en el hogar u Hospital, y Medicamentos inmunosupresores. Los beneficios pagaderos a un donante de órganos que no sea una Persona Elegible se reducirán por cualquier cantidad pagada o pagadera por la propia cobertura médica de tal donante.	- Todos los beneficios de trasplantes deben recibir una revisión de la utilización de Anthem. En ningún caso el Plan cubrirá los gastos de transporte del donante, los cirujanos o los familiares. Se deben cumplir los siguientes criterios para que se pueda pagar cualquier beneficio de trasplante: - El procedimiento de trasplante no se considera un procedimiento Experimental o de Investigación como se define en el artículo 1: Definiciones en este documento; - El Paciente es admitido en un programa de un centro de trasplantes de un centro médico reconocido aprobado ya sea por el gobierno federal o por la agencia estatal apropiada del estado en el cual se localiza el centro; y - el destinatario del órgano es una Persona Elegible cubierta bajo el Plan.	El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada	El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Bienestar (atención preventiva) y vacunas y vacunaciones para niños Vacunas y vacunaciones para niños desde el nacimiento hasta los 18 años Se deben seguir las recomendaciones sobre las dosis, las edades recomendadas y las poblaciones recomendadas.	El Deducible no aplica a las siguientes vacunas y vacunaciones que se reciban de un Proveedor Participante: Hepatitis B; rotavirus, difteria, tétano, tos ferina, <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b, antineumocócica, polivirus inactivados, influenza, sarampión, paperas, rubéola, varicela, hepatitis A, antimeningocócica, papilomavirus humano (PVH) y COVID-19.	Sin costo	Sin cobertura
Programa de bienestar (preventivo) para el Jubilado y su Cónyuge Los beneficios normales del Plan, incluidos el Deducible y el Coseguro, aplican a la mayoría de los servicios preventivos cubiertos. - Si opta por recibir una vacuna contra la influenza en su farmacia, podría presentar su reclamación de reembolso a la Oficina del Fondo proporcionando la siguiente información: 1) Una copia de su recibo que incluya el nombre de la persona a la que se le administra la vacuna; 2) La fecha de la administración de la vacuna; y 3) La cantidad pagada. También incluya una copia de su tarjeta médica.	El Plan cubrirá: - Un examen físico de rutina para el Jubilado y el Cónyuge limitado a uno en cualquier periodo de 12 meses (incluidas todas las pruebas de laboratorio y radiografías que se hacen como parte del examen). - El examen preventivo de rutina podría incluir una colonoscopia y una sigmoidoscopia si su Médico considera que usted corre un riesgo alto de cáncer de colon. - Examen rutinario de obstetricia y ginecología realizado por un Médico una vez dentro de un periodo de 12 meses, solo para la Participante y el Cónyuge del Participante. La cobertura incluye rayos X y pruebas de laboratorio relacionados con el examen físico, incluidas pruebas de Papanicolaou. No aplican deducibles. - Una mamografía de rutina, incluida una mamografía digital, obtenida como procedimiento exploratorio diagnóstico. Los beneficios serán pagaderos de acuerdo con el siguiente programa de frecuencia: - Mujeres de 35 a 39 años: Una mamografía de referencia - Mujeres de 40 años o más: Una mamografía por año	Vacunas y vacunaciones: Sin cargo Todas las demás: El Plan paga 90% de la tarifa contratada Usted paga 10% de la tarifa contratada Hay un máximo de \$1500 para una colonoscopia que se reciba en un Entornos hospitalarios para Pacientes ambulatorios	Vacunas y vacunaciones: Sin cobertura Todas las demás: El Plan paga 70 % del Cargo Permitido Usted paga 30 % del Cargo Permitido Hay un máximo de \$1500 para una colonoscopia que se reciba en un Entornos hospitalarios para Pacientes ambulatorios

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
Las vacunas y/o las vacunaciones, incluidas las vacunaciones para viajes contempladas en el programa de cobertura integral de vacunas de Express Scripts estarán cubiertas un 100%, sin Copagos, cuando las reciba en una farmacia Participante. Puede encontrar una lista de las vacunaciones cubiertas por este programa en Express Scripts.	- Si opta por recibir una vacuna contra la influenza en su farmacia, podría presentar su reclamación de reembolso a la Oficina del Fondo proporcionando la siguiente información: 1) Una copia de su recibo que incluya el nombre de la persona a la que se le administra la vacuna; 2) La fecha de la administración de la vacuna; y 3) La cantidad pagada. También incluya una copia de su tarjeta médica. - Las vacunas y/o las vacunaciones, incluidas las vacunaciones para viajes contempladas en el programa de cobertura integral de vacunas de Express Scripts estarán cubiertas un 100%, sin Copagos, cuando se reciben en una farmacia Participante. Puede encontrar una lista de las vacunaciones cubiertas por este programa en Express Scripts. - El examen preventivo de rutina podría incluir una colonoscopia y una sigmoidoscopia si su Médico considera que usted corre un riesgo alto de cáncer de colon.		

Descripción del beneficio	Explicaciones y limitaciones	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores Participantes	Beneficios para los Jubilados y sus Dependientes sin Medicare Proveedores no Participantes
	• Una mamografía de rutina, incluida una mamografía digital, obtenida como procedimiento exploratorio diagnóstico. Los beneficios serán pagaderos de acuerdo con el siguiente programa de frecuencia: –Mujeres de 35 a 39 años o más: Una mamografía por año –Mujeres de 40 años o más: Una mamografía por año • El Deducible no aplica a las siguientes vacunas y vacunaciones que se reciban de un Proveedor Participante: Difteria, tétanos, tos ferina; sarampión, paperas, rubéola; papilomavirus humano (PVH); antineumocócica (polisacárida); zóster; hepatitis A; hepatitis B; antimeningocócica, varicela y COVID-19.		

Programa de farmacias minoristas

El Plan le proporcionará un surtido de hasta 30 días de cada Medicamento con receta a través del programa de farmacias minoristas. No todos los Medicamentos son elegibles para la cobertura. Si necesita tomar Medicamentos de mantenimiento en base continua, debe usar la farmacia de pedidos por correo o una de las farmacias Smart 90 de Express Scripts para recibir un suministro de hasta 90 días y evitar costos adicionales. Comuníquese con Express Scripts al (800) 939- 7093 para ver una lista de las farmacias Smart 90.

Cuando usted es elegible para la cobertura, su tarjeta de identificación médica tendrá información sobre su Medicamento con receta y la puede usar como su tarjeta de ID de Medicamentos con receta. Si vive dentro de 10 millas de distancia de una farmacia de la red, debe surtir sus recetas en esta farmacia para recibir los servicios del programa de farmacias minoristas.

- Muestre al farmacéutico su tarjeta de ID; y
- pague su Copago por el Medicamento con receta (la farmacia factura al Plan la cantidad remanente).

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

- El **"Formulario"** es la lista de Medicamentos preferidos establecida por el comité independiente de farmacia y terapéutica de Express Scripts. El comité revisa los Medicamentos de la lista preferida con base en su seguridad, eficacia y costo.

El farmacéutico surtirá automáticamente su receta con un Medicamento genérico del Formulario, si lo hay disponible, a menos que usted o su Médico especifiquen otra cosa. Los Medicamentos minoristas pertenecen a una de las cuatro categorías siguientes:

- **"Nombre de marca"** es un Medicamento vendido por una compañía farmacéutica específica que está protegido por una patente.
- **"Genérico"** es un Medicamento que se fabrica de la misma manera que el Medicamento de marca y que típicamente está disponible a un costo menor.
- **"Marca de múltiples fuentes"** es un Medicamento de marca que tiene un equivalente genérico.
- **"Marca de una sola fuente"** es un Medicamento de marca que no tiene un equivalente genérico.

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

Express Scripts ha implementado varios programas para ayudarlo a mantener bajos sus costos (y también los del Fondo) de sus Medicamentos con receta. Si usted intenta surtir una receta de:

- Un Medicamento alternativo no preferido;
- un Medicamento no aprobado a través de un programa de terapia gradual;
- un Medicamento que requiere preautorización cuando no se obtiene la preautorización;
- un Medicamento que no ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para ninguna indicación; o
- cualquier otro Medicamento que no satisfaga los criterios de cobertura del Comité

Recomendatorio Clínico de la Fraternidad Unida de Carpinteros o las pautas clínicas de Express Scripts o los protocolos de seguridad o de ahorro en el costo,

el Fondo **no hará pagos**. Esto no significa que usted debe dejar de tomar su medicina; le recomendamos que hable con su médico para examinar opciones alternativas de medicamentos.

Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de Medicamentos con receta, incluidas preguntas sobre Medicamentos cubiertos bajo el programa, comuníquese con Express Scripts al (800) 939-7093 o visite www.express-scripts.com.

Si no hay una farmacia de la red en su área

El Plan le reembolsará los Medicamentos con receta cubiertos que compre en farmacias no Participantes **solo si vive a una distancia mayor de 10 millas de la farmacia de la red más cercana a usted**. Su farmacéutico debe llenar un formulario de reclamación de Medicamentos con receta que se encuentra disponible en la Oficina del Fondo. Los Medicamentos cubiertos se reembolsarán al 100 % de los costos razonables menos el Copago aplicable y cualquier otra cantidad pagadera por usted, como se indica arriba. Usted será responsable de cualquier cargo que exceda el costo razonable.

Programa de pedidos por correo y Smart 90

Los Medicamentos de mantenimiento son Medicamentos con receta que se usan continuamente. El Plan requiere que todos los Medicamentos de mantenimiento se obtengan a través de pedidos por correo o de farmacias que participan en el programa Smart 90. Usted puede ahorrar dinero en sus Medicamentos de mantenimiento y recibir un surtido del Medicamento con un suministro de hasta 90 días. Su receta se surtirá con un Medicamento genérico, si está disponible, a menos que su Médico indique que no se pueden hacer sustituciones.

Para reducir el costo de su Medicamento de mantenimiento, debe usar una farmacia Smart-90 o el programa de pedidos por correo después de que usted haya obtenido dos surtidos de cualquier Medicamento de mantenimiento. Si no lo hace, requerirá pagar la diferencia entre el costo del Medicamento disponible por pedidos por correo o en una farmacia Smart-90 y el cargo de la farmacia minorista.

Para usar el programa de pedidos por correo:

- Pida a su Médico una receta por un surtido de hasta 90 días, con resurtidos si es apropiado.
- Envíe por correo a Express Scripts la receta original junto con un formulario de pedido de Medicamentos con receta y su pago o la información de su tarjeta de crédito. También puede pedir a su Médico que envíe sus recetas por fax. Pida a su Médico que llame a Express Scripts al (800) 473-9791 a fin de que le den las instrucciones para enviar la receta por fax.
- Para usar el programa Smart-90:
- Pida a su Médico una receta por un surtido de hasta 90 días, con resurtidos si es apropiado.
- Lleve la receta a una farmacia minorista que se encuentre en la lista Smart-90. Si desea una lista de las farmacias Smart-90, llame a Express Scripts al (800) 939-7093.
- Si necesita comenzar inmediatamente a tomar la medicina, y elige la farmacia de pedidos por correo, le recomendamos que pida a su Médico dos recetas: un surtido de corto plazo que pueda surtir inmediatamente en una farmacia minorista de la red, y un suministro resurtible que puede surtir a través del programa de pedidos por correo.

Con la opción de pedidos por correo y la opción Smart-90 usted puede elegir su manera de ahorrar con un suministro de 3 meses:

Pedido por correo de la farmacia Express Scripts	Farmacias minoristas Participantes en Smart-90
Se le entrega en su puerta con envío estándar gratuito	En lugares convenientes cerca de usted
Transfiera fácilmente sus recetas en línea o por teléfono o a través de la aplicación móvil de Express Scripts	Transfiera fácilmente sus recetas en la tienda, por teléfono o en línea
Hay disponibles recordatorios de surtido y autosurtidos	Pregunte sobre los recordatorios de surtido y los autosurtidos
Hable por teléfono con un farmacéutico 24/7	Llame a Express Scripts para solicitar una lista de las farmacias Participantes en su área

Medicamentos especializados

Los Medicamentos especializados son Medicamentos costosos que se usan infrecuentemente. A fin de controlar los costos, se usa un proveedor farmacéutico específico para que abastezca estos costosos Medicamentos. Los Pacientes deben obtener sus Medicamentos especializados a través de la farmacia de Medicamentos especializados asignada por el Plan, que actualmente es Accredo. **Los Medicamentos especializados facturados por farmacias minoristas, consultorios médicos o por el Hospital no están cubiertos.**

Limitaciones en los Medicamentos especializados

- Los Medicamentos especializados están cubiertos solo si se surten en la farmacia de Medicamentos especializados de Express Scripts, Accredo. Estos Medicamentos no estarán disponibles en una farmacia minorista de la red y no estarán cubiertos por el Plan Médico de Indemnización, excepto ciertos Medicamentos oncológicos y para emergencias. La lista de Medicamentos oncológicos especializados que también están cubiertos bajo el plan médico se pueden encontrar bajo “Quimioterapia” en la sección Programa de Beneficios del Plan Médico de Indemnización de este documento. No pudo encontrar Los Medicamentos para emergencias que se podrían proporcionar en una farmacia minorista de la red son aquellos como los productos de heparina de bajo peso molecular que se usan para evitar la formación de coágulos sanguíneos después de una artroplastía de cadera.
- Los beneficios de Medicamentos especializados que no se obtengan en la farmacia de Medicamentos especializados de Express Scripts estarán limitados a lo que el Fondo tendría que pagar si el Medicamento se obtuvieran a través de Express Scripts, y usted será responsable de cualquier cargo remanente.

Usted será responsable de cualquier cargo remanente si obtiene los Medicamentos especializados de cualquier fuente que no sea la farmacia de atención especializada de Express Scripts.

La siguiente tabla describe la cantidad que tendrá que pagar por los Medicamentos con receta cubiertos. Si el costo del Medicamento es menor que el Copago, usted pagará solo el costo del Medicamento:

Beneficios de Medicamentos con receta para Jubilados y Dependientes sin derecho a Medicare				
Medicamentos (medicinas para Pacientes ambulatorios) Consulte la sección Farmacia minorista que comienza en la página 81	Farmacia minorista de la red (un suministro de hasta 30 días)	Medicamento genérico del Formulario	Copago de \$15	
		Medicamentos de marca de múltiples fuentes	\$15 más la diferencia entre el costo de los Medicamentos genéricos y el de los Medicamentos de marca	
		Medicamento de Marca del Formulario de una sola fuente	Copago de \$53	
		Medicamento no incluido en el Formulario	Copago de \$80, suponiendo que el Medicamento ha sido aprobado o que no requiere revisión de la utilización	
		En el caso de cualquier Medicamento de marca nuevo aprobado por la FDA, el Copago es el 50% del costo del Medicamento por un mínimo de 24 meses después de la aprobación del Medicamento. Si Express Scripts determina que el nuevo Medicamento aprobado por la FDA es un Medicamento que “no se debe añadir”, el Copago permanecerá al 50 % del costo del Medicamento.		
		Usted debe pagar el 100% si usa una farmacia fuera de la red, a menos que no haya disponibles farmacias de la red dentro de una distancia de 10 millas. El Plan le reembolsará hasta la cantidad que usted hubiera pagado si hubiera usado una farmacia de la red.		
	Farmacias minoristas de pedidos por correo o Smart-90 que se pueden encontrar en línea en express-scripts.com/90day (un suministro de hasta 90 días)	Medicamento genérico del Formulario	Copago de \$26	
		Medicamentos de marca de múltiples fuentes	\$26 más la diferencia entre el costo de los Medicamentos genéricos y el de los Medicamentos de marca	
		Medicamento de marca del Formulario de una sola fuente	Copago de \$106	
		Medicamento no incluido en el Formulario	\$133, suponiendo que el Medicamento ha sido preautorizado o que no requiere revisión de la utilización	
	Medicamentos especializados (un suministro de hasta 30 días)	Medicamento genérico del Formulario	Copago de \$15	
		Medicamentos de marca de múltiples fuentes	\$26 más la diferencia entre el costo de los Medicamentos genéricos y el de los Medicamentos de marca	
		Medicamento de marca del Formulario de una sola fuente	Copago de \$53	
		Medicamento no incluido en el Formulario	Copago de \$80, suponiendo que el Medicamento ha sido aprobado o que no requiere revisión de la utilización	
		En el caso de cualquier Medicamento de marca nuevo aprobado por la FDA (incluidos Medicamentos de administración por inyección e infusión), el Copago es el 50% del costo del Medicamento por un mínimo de 24 meses después de la aprobación del Medicamento. Si Express Scripts determina que el nuevo Medicamento aprobado por la FDA es un Medicamento que “no se debe añadir”, el Copago permanecerá al 50 % del costo del Medicamento.		
	Los Medicamentos especializados se deben obtener del proveedor de farmacia especializada, Accredo, o no habrá disponible un beneficio del Plan.			
		Programa para dejar de fumar	Todos los Medicamentos para dejar de fumar aprobados por la FDA (incluidos los con receta y los de venta libre) para dos planes de tratamiento de 90 días cuando los receta un proveedor médico Participante son gratuitos.	
		Vacunas habituales	Las siguientes vacunas y vacunaciones que se reciban en una farmacia Participante son gratuitas: Difteria, tétanos, tos ferina; sarampión, paperas, rubéola; papilomavirus humano (PVH); antineumocócica (polisacárida); zóster; hepatitis A; hepatitis B; antimeningocócica, varicela y COVID-19.	

Exclusiones de Medicamentos con receta

No todos los Medicamentos están aprobados para la cobertura. Los Medicamentos excluidos bajo el Comité de Farmacia y Terapéutica del gerente de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) o el Comité Recomendatorio Clínico de la Fraternidad Unida de Carpinteros (United Brotherhood of Carpenter's, UBC) no están cubiertos. Si desea una lista de Medicamentos cubiertos, inicie la sesión en su cuenta de Express Scripts en www.express-scripts.com.

No se pagan beneficios bajo el beneficio de Medicamentos con receta de lo siguiente:

1. Medicamentos tomados o administrados mientras el Paciente está internado en el Hospital.
2. Las medicinas de patente o propietarias que no cumplen con la definición de "Medicamentos" que se encuentra en las reglas y los reglamentos, excepto insulina, kits de inyección de insulina, y otros suministros para diabetes Medicamento Necesarios.
3. Aparatos, dispositivos, vendajes, lámparas de calor, aparatos ortopédicos, férulas y otros suministros o equipo.
4. Vitaminas (excepto vitaminas prenatales que contienen fluoruro o ácido fólico), cosméticos, suplementos dietéticos, auxiliares de salud y belleza.
5. Cargos por Medicamentos con receta que contengan un surtido de más de 30 días por prescripción en compras al menudeo, o más de 90 días de Medicamentos comprados a través del programa de pedidos por correo del Fondo o de Smart 90.
6. Drogas para la infertilidad.
7. Gotas para la nariz u otras preparaciones nasales.
8. Supresores del apetito y cualquier otro Medicamento para perder peso.
9. Medicamentos recetados para el crecimiento del pelo o cualquier Medicamento recetado para propósitos cosméticos.
10. Cualquier Medicamento que no sea Medicamento Necesario para el cuidado o tratamiento de una Enfermedad o Lesión.
11. Cualquier Medicamento obtenido en una farmacia no Participante si la Persona Elegible reside dentro de una distancia de 10 millas de una farmacia Participante.
12. Reemplazo de Medicamentos debido a pérdida, robo o rompimiento.
13. Medicamentos con receta surtidos después de un año de la fecha original de surtido.
14. Medicamentos inyectables para disfunción sexual. Otros Medicamentos para disfunción sexual están limitados respecto a la cantidad cubierta. La cantidad máxima es de 8 unidades dentro de un periodo consecutivo de 30 días o 24 unidades dentro de un periodo consecutivo de 90 días.
15. Medicamentos que no tengan indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal.
16. Medicamentos usados para indicaciones Experimentales y/o regímenes de dosis que se consideran Experimentales o de Investigación; cualquier Medicamento o terapia de Investigación o no comprobado.
17. La tercera compra de un Medicamento de mantenimiento a largo plazo en una farmacia minorista. Después de la segunda compra de un Medicamento de mantenimiento a largo plazo en una farmacia minorista, el Medicamento se debe comprar en la farmacia de pedidos por correo

del administrador de beneficios de farmacia o una farmacia Smart 90.

18. Siempre y cuando el Plan proporcione una notificación a una Persona Elegible, se podría designar a una sola farmacia como el proveedor único para surtir una o más clases de Medicamentos con receta a un Participante y/o a un Dependiente. Se excluyen los Medicamentos que se surtan en farmacias diferentes a las nombradas en tal notificación.
19. Preparaciones dermatológicas compuestas recetadas por un Médico.
20. Cualquier Medicamento que no cumpla con las pautas clínicas de Express Scripts.
21. Cualquier Medicamento que no cumpla con los requisitos de autorización previa de Express Scripts, terapias graduales, pautas terapéuticas u otros protocolos de seguridad y ahorro en los costos.
22. Tratamiento con células madre sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal.

Beneficios de la vista

Copagos/Programa de Beneficios

Usted paga el Copago independientemente de si utiliza los servicios de un Proveedor Participante o de un Proveedor no Participante en VSP. El Copago de \$10 por el examen se debe hacer solo una vez al año por el primer servicio que reciba cada año (a menos que tenga derecho al beneficio de visión deficiente que requiere Copagos adicionales).

Beneficios de la vista	Médico afiliado a VSP	Proveedor no afiliado a VSP
Copagos para: - Examen - Materiales (anteojos con receta)	Usted paga \$10 \$25	Usted paga \$10 \$25
Examen de la vista – Limitado a una vez cada 12 meses	El Plan paga 100%	El Plan paga hasta \$40
Armazones – Limitados a una vez cada 12 meses	El Plan paga 100%	El Plan paga hasta: Monofocales: \$40 bifocales con línea: \$60 trifocales con línea: \$80 lenticulares: \$100 Tintes: Sin cobertura
Armazones – Limitados a una vez cada 24 meses	El Plan paga 100%, cantidad permitida minorista de hasta \$175	El Plan paga hasta \$45
Lentes de contacto necesarios – Limitados a una vez cada 12 meses (en lugar de lentes y armazones)	El Plan paga 100%	El Plan paga hasta \$210
Lentes de contacto electivos – Limitados a una vez cada 12 meses (en lugar de lentes y armazones)	El Plan paga Hasta \$155 por los lentes de contacto, evaluación y ajuste	El Plan paga Hasta \$105 por los lentes de contacto, evaluación y ajuste
Cantidad permitida para armazones de Costco	El Plan paga \$95	N/C

Servicios de la vista cubiertos

- Examen de la vista – incluido el análisis de las funciones visuales y la receta de anteojos correctivos cuando aplique, una vez cada 12 meses.
- Lentes: una vez cada 12 meses para lentes regulares de uso diario y una vez cada 12 meses para gafas de seguridad.
- Armazones: una vez cada 24 meses para armazones regulares de uso diario y una vez cada 24 meses para gafas de seguridad. VSP ofrece una variedad de armazones dentro de los límites del Plan. Si escoge armazones más costosos (que excedan el límite del Plan), usted será responsable de pagar la cantidad que exceda el máximo del Plan.
- Lentes de contacto visualmente necesarios: una vez cada 12 meses. Los lentes de contacto visualmente necesarios obtenidos de un Médico afiliado a VSP se cubren totalmente. Cuando se obtienen de un Proveedor no Participante en VSP, se debe pagar un beneficio de hasta \$210 para aplicarlo al costo. Los lentes de contacto son visualmente necesarios si se requieren para restablecer o mantener la agudeza visual, y no hay disponible una alternativa profesionalmente aceptable que sea más económica. Los lentes de contacto visualmente necesarios están sujetos a los Copagos por examen y materiales.
- Lentes de contacto electivos – una vez cada 12 meses. Si opta por lentes de contacto para cualquier propósito que no sean las circunstancias visualmente necesarias descritas arriba, se les considera lentes de contacto electivos. Cuando escoge lentes de contacto en lugar de anteojos, su asignación de \$155 aplica al costo de los lentes de contacto, la evaluación y el ajuste correspondientes. Esto es además de su examen de la vista regular, que se cubre en su totalidad (si es de un Proveedor Participante de VSP). Cuando se seleccionan lentes de contacto, no será elegible para obtener lentes regulares de anteojos durante 12 meses y armazones durante 24 meses. (Nota: los Copagos del examen y los materiales no aplican a los lentes de contacto electivos.)

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

Descuentos de los proveedores Participantes de VSP

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

- Un descuento del 20% de anteojos recetados y anteojos para el sol adicionales cuando se surte un par completo de anteojos, disponible dentro de los últimos 12 meses del examen preventivo de la vista.
- Promedio de ahorros de 30 % en las opciones de lentes más populares, como protección contra raspaduras, recubrimientos antirreflectores y lentes progresivos
- Un descuento del 15% del costo del examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación).

Exclusiones y limitaciones

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

- Procesos cosméticos opcionales
- Recubrimiento antirreflector
- Recubrimientos de color, especulares o contra las raspaduras

- Lentes combinados
- Lentes cosméticos, laminados o de tamaño extra grande
- Lentes de policarbonato (con cobertura para los hijos Dependientes)
- Lentes multifocales progresivos de calidad superior y personalizados
- Lentes con protección contra UV (rayos ultravioleta)
- Un armazón cuyo costo exceda la asignación del Plan

Servicios no cubiertos

No se pagan beneficios bajo el beneficio de la vista por servicios profesionales ni materiales relacionados con:

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

Beneficio de visión deficiente

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

Beneficio de visión deficiente	Médico afiliado a VSP	Médico no afiliado
Pruebas suplementarias	Cubiertas totalmente	El Plan paga hasta \$125
Auxiliares suplementarios	El Plan paga 75% de los costos aprobados	El Plan paga 75% de los costos aprobados
Beneficio máximo	El Plan paga \$500 por persona, cada dos (2) años (Los hijos Dependientes menores de 19 años no están sujetos al máximo de \$500)	El Plan paga \$500 por persona, cada dos (2) años

Cómo presentar una reclamación

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

Vision Service Plan
Attn: Out-of-Network Provider Claims
P.O. Box 495918
Cincinnati, OH 45249-5918

Cuando utiliza los servicios de un Proveedor Participante de VSP no necesita presentar una reclamación para un reembolso.

Para encontrar a un proveedor de VSP, llame a VSP al (800) 877-7195 o busque en línea en www.vsp.com.

Apelaciones de la denegación de servicios de atención de la vista

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

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

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

Los beneficios del Plan de la vista se tratan como beneficios independientes (o excluidos) bajo la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability ACT, HIPAA) y Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección del Paciente (Patient Protection and Affordable Care Act of 2010, PPACA). Aunque el Fondo no requiere hacerlo bajo la PPACA, ofrece beneficios del Plan de atención de la vista para los Dependientes cubiertos.

Consulte el folleto de VSP y la sección **“Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones”** que comienza en la página 107 de este manual.

Sección 3 - Plan Médico de Indemnización para los Jubilados con Medicare

Esta sección incluye:

- Un resumen de cómo funciona el Plan Médico de Indemnización, incluidas las reglas y las pautas
- Una descripción de los beneficios de la vista y de Medicamentos con receta y las reglas
- Un programa de beneficios del Plan Médico de Indemnización para los Jubilados con Medicare

Por favor note

Los beneficios de este capítulo aplican solo a los Jubilados o los Dependientes que son Elegibles para Medicare bajo el Plan de Indemnización. Si usted y sus Dependientes elegibles tienen la cobertura de un Plan Kaiser HMO, comuníquese con Kaiser (al número de teléfono indicado en la tabla de referencia rápida) para solicitar una copia de su Confirmación de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) que describe sus beneficios médicos bajo el Plan Kaiser HMO.

Como se nota en la sección "**Inscripción y elegibilidad**" que comienza en la página 19, es muy importante que usted se inscriba en las Partes A y B del programa federal Medicare durante el periodo de tres meses anterior al mes en el que usted se vuelve Elegible para Medicare. (Esto aplica tanto al Jubilado como a su Cónyuge.) Una vez que sea Elegible para Medicare, el Fondo pagará los beneficios que se describen abajo como si se hubieran inscrito tanto en la Parte A como la Parte B de Medicare, independientemente si en realidad lo hizo. **Esto significa que si usted no está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare, el Plan solo pagará un 20% de las tarifas de Medicare por los servicios y usted debe pagar el resto del cargo.**

Debe tener en cuenta que es posible que incurra en gastos substanciales del bolsillo 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 haya cumplido con el Deducible de \$128 cada año calendario. El Deducible aplica a cada persona cubierta.

Beneficios de Hospital para Pacientes internos

Si usted es Elegible para Medicare y está internado en un Hospital, el Plan pagará el Deducible del Hospital correspondiente a la Parte A de Medicare por los primeros 60 días de cada periodo de beneficios de Medicare por los servicios de Hospital cubiertos. Los días de Coseguro de la Parte A de Medicare no están cubiertos por este Plan.

Beneficios suplementarios por servicios hospitalarios o de instalaciones para Pacientes ambulatorios.

Si usted recibe un tratamiento médico o quirúrgico ambulatorio en un Hospital o en una instalación en los que los beneficios están cubiertos por la Parte B de Medicare, el Plan pagará el resto del Cargo Permitido de Medicare después del pago de Medicare.

Beneficios médicos suplementarios, incluido el tratamiento de salud mental y farmacodependencia

(para servicios que no sean servicios hospitalarios o de instalaciones para Pacientes ambulatorios)

Si usted o su Dependiente recibe tratamiento médico, servicios o suministros médicos o servicios de atención médica en el hogar para los cuales se proporcionan beneficios en virtud de la Parte B de Medicare, el Fondo pagará ya sea:

- Un 20% de los cargos permitidos por Medicare si el proveedor acepta la asignación de beneficios de Medicare;
- Un 20% del cargo máximo permitido por Medicare incurrido, si el proveedor no acepta la asignación de beneficios de Medicare; o
- Un 20% de la tarifa negociada del Proveedor Participante, si es menor que el Cargo Permitido de Medicare (solo proveedores Participantes de California).

Nota importante sobre los médicos que establecen contratos privados:

Un médico podría excluirse del reembolso de Medicare por los servicios cubiertos por Medicare y establecer un contrato privado con un paciente. Los pacientes personalmente pagan al médico de sus propios fondos, a la tarifa que el médico determine, aunque usualmente Medicare proporcionara la cobertura. En este caso el médico no puede facturar a Medicare por los servicios.

Si acude a un Médico que ha optado por no recibir reembolso de Medicare, el médico debe informarle esto con anticipación y usted debe aceptar el establecimiento de un “contrato privado”. El “contrato privado” entre usted y el médico debe establecer claramente que:

- Usted está renunciando al derecho de que Medicare pague por los servicios.
- Usted está de acuerdo en que el médico no facture a Medicare; y
- Medicare no pagará los servicios y es poco 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.

Debe tener en cuenta que si establece un “contrato privado” es posible que incurra en gastos substanciales de su propio bolsillo.

Si establece un contrato privado con un proveedor médico que no participe en Medicare y a quien, por lo tanto se le prohíbe que facture a Medicare los servicios proporcionados a los beneficiarios de Medicare, **el Plan pagará un máximo del 20% de la cantidad que Medicare hubiese permitido si el proveedor fuera un Proveedor Participante en Medicare.**

Consulte la sección **Exclusiones del Plan Médico de Indemnización** que comienza en la página 104.

Cobertura de audífonos

El Plan paga un 100% hasta un pago máximo de \$800 por oído (en cualquier periodo de 3 años) por el examen, el audífono y toda reparación o servicio. No se proporcionan beneficios por:

- El reemplazo de audífonos por cualquier razón con mayor frecuencia que una vez durante cualquier periodo de 3 años;
- pilas u otro equipo auxiliar que no se obtenga con la compra de una audífono; o
- gastos incurridos por los cuales la persona no esté obligada a pagar;

Presentación de reclamaciones

Usted **siempre deben enviar primero sus facturas Medicare** para su pago, **antes** de presentarlas al Fondo.

Para facilitar el proceso de presentación de reclamaciones si usted incluye una petición de “transferencia” (crossover) a la Oficina del Fondo, las reclamaciones presentadas a Medicare se enviarán automáticamente al Departamento de Reclamaciones de la Oficina del Fondo para el procesamiento de los beneficios suplementarios. Su solicitud de transferencia debe ser por escrito e incluir una copia de su tarjeta de identificación de Medicare.

Después de que usted o su Médico reciban el pago de Medicare, adjunte su explicación de beneficios (EOB) de Medicare y envíe el EOB y sus facturas detalladas a Anthem Blue Cross. Aunque la Oficina del Fondo procesará las reclamaciones, se deben enviar por correo a Anthem Blue Cross, quien las enviará electrónicamente al Fondo de Fideicomiso.

Dirección de envío de las reclamaciones - Plan Médico de Indemnización para los beneficios suplementarios 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 Blue Cross de la localidad.

Beneficios de la vista

Copagos/Programa de Beneficios

Usted paga el Copago independientemente de si utiliza los servicios de un Médico Participante en VSP o de un Proveedor no Participante en VSP. El Copago de \$10 por el examen se debe hacer solo cada año por el primer servicio que recibe (a menos que tenga derecho al beneficio de visión deficiente que requiere Copagos diferentes. Consulte la sección que describe el “Beneficio de visión deficiente” en la página 89 para ver más información.)

Beneficios de la vista	Médico afiliado a VSP	Proveedor no afiliado a VSP
Copagos para: - Examen - Materiales (anteojos con receta)	Usted paga \$10 \$25	Usted paga \$10 \$25
Examen de la vista – Limitado a una vez cada 12 meses	El Plan paga El Plan paga 100%, hasta las tarifas negociadas del proveedor de la red	El Plan paga hasta \$40
Armazones – Limitados a una vez cada 12 meses - Monofocales - Bifocales con línea - Trifocales con línea - Lenticulares - Tintes	El Plan paga El Plan paga 100%, hasta las tarifas negociadas del proveedor de la red	El Plan paga hasta: \$40 \$60 \$80 \$100 \$5
Armazones – Limitados a una vez cada 24 meses	El Plan paga 100%, asignación minorista de hasta \$175	El Plan paga hasta \$45
Lentes de contacto necesarios – Limitados a una vez cada 12 meses (en lugar de lentes y armazones)	Con cobertura total hasta las tarifas negociadas del proveedor de la red	El Plan paga hasta \$210
Lentes de contacto electivos – Limitados a una vez cada 12 meses (en lugar de lentes y armazones)	El Plan paga hasta \$155 por los lentes de contacto, ajuste y examen de evaluación	El Plan paga hasta \$105 por exámenes y lentes
Cantidad permitida para armazones de Costco	\$95	

Servicios de la vista cubiertos

- Examen de la vista – incluido el análisis de las funciones visuales y la receta de anteojos correctivos cuando aplique, una vez cada 12 meses.
- Lentes: una vez cada 12 meses para lentes regulares de uso diario y una vez cada 12 meses para gafas de seguridad.

- Armazones: una vez cada 24 meses para armazones regulares de uso diario y una vez cada 24 meses para gafas de seguridad. VSP ofrece una variedad de armazones dentro de los límites del Plan. Si escoge armazones más costosos (que excedan el límite del Plan), usted será responsable de pagar la cantidad que exceda el máximo del Plan.
- Lentes de contacto visualmente necesarios – una vez cada 12 meses. Los lentes de contacto visualmente necesarios obtenidos de un Médico afiliado a VSP se cubren totalmente. Cuando se obtienen de un proveedor no afiliado a VSP, se debe pagar una asignación para aplicarla al costo. Los lentes de contacto son visualmente necesarios si se requieren para restablecer o mantener la agudeza visual, y no hay disponible una alternativa profesionalmente aceptable que sea más económica. (Los lentes de contacto visualmente necesarios están sujetos a los Copagos por examen y materiales.)
- Lentes de contacto electivos – una vez cada 12 meses. Si opta por lentes de contacto para cualquier propósito que no sean las circunstancias visualmente necesarias descritas arriba, se les considera lentes de contacto electivos. Cuando escoge lentes de contacto en lugar de anteojos, su asignación de \$155 o \$105 aplica al costo de los lentes de contacto, la evaluación y el ajuste correspondientes. Esto es además de su examen de la vista regular, que se cubre en su totalidad (si es de un Médico afiliado a VSP). Cuando se seleccionan lentes de contacto, no será elegible para obtener lentes regulares de anteojos durante 12 meses y armazones durante 24 meses. (Nota: los Copagos del examen y los materiales no aplican a los lentes de contacto electivos.)

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

Descuentos de los médicos Participantes en VSP

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

- Un descuento del 20% de anteojos recetados y anteojos para el sol adicionales cuando se surte un par completo de anteojos dentro de los últimos 12 meses de su examen WellVision.
- Promedio de ahorros de 30% en las opciones de lentes más populares, como protección contra raspaduras, recubrimientos antirreflectores y lentes progresivos.
- Descuento del 15% del costo del examen para lentes de contacto (ajuste y evaluación).

Exclusiones y limitaciones

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

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

Servicios no cubiertos

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

- Ortóptica o capacitación visual y cualquier prueba suplementaria; lentes tipo plano (con menos de +/- .50 de potencia dióptrica); o dos pares de gafas en lugar de bifocales.
- Reemplazo de lentes y armazones proporcionados bajo este Plan que se pierdan o rompan; excepto en los intervalos normales cuando los servicios estén disponibles de otra manera.
- El tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- Servicios que se pueden obtener, sin costo, de cualquier organización o agencia federal, estatal, del condado o local.
- Tratamiento correctivo de la vista que sea de naturaleza Experimental.
- Costo de servicios y/o materiales que excedan la asignación de beneficios del Plan.

Beneficio de visión deficiente

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

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

Cómo presentar una reclamación

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

Vision Service Plan
Attn: Out-of-Network Provider Claims
P.O. Box 495918
Cincinnati, OH 45249-5918

Quando utiliza los servicios de un Médico Participante en VSP no necesita presentar una reclamación para un reembolso.

Apelaciones de la denegación de servicios de cuidado de la vista

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

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

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

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

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

Beneficios de Medicamentos con receta

Los beneficios de Medicamentos con receta que se describen en este capítulo son solo para los **Jubilados y sus Dependientes** que están **cubiertos** por el Plan Médico de Indemnización y son Elegibles para Medicare. Estos beneficios **no aplican** a los miembros de Kaiser ni a los Participantes que están cubiertos con el Plan Médico de Indemnización y que no son Elegibles para Medicare.

Resumen de beneficios

El beneficio de farmacia es administrado por el administrador de beneficios de farmacia del Plan, Express Scripts. Para acceder los mejores beneficios posibles bajo el Plan, usted debe usar una farmacia Participante de Express Scripts. Puede encontrar una farmacia Participante visitando el sitio web, www.express-scripts.com o llamando al (800) 311-2757.

A continuación se encuentra un resumen de lo que usted pagará por los Medicamentos con receta cubiertos en las diferentes etapas de su beneficio de la Parte D de Medicare. Usted puede surtir sus Medicamentos con receta cubiertos en una farmacia minorista de la red o a través del servicio de entrega domiciliaria.

Beneficio de Medicamentos que usted paga				
Etapas del Deducible		Usted paga un Deducible anual de \$360		
Etapas iniciales de la cobertura	Nivel	Al menudeo Suministro de un mes (31 días)	Al menudeo Suministro de tres meses (90 días)	Entrega domiciliaria Suministro de tres meses (90 días)
	Nivel 1: Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$30	Copago de \$20
	Nivel 2: Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$40	Copago de \$120	Copago de \$80
	Nivel 3: Medicamentos no preferidos	Copago de \$60	Copago de \$180	Copago de \$120
	Nivel 4: Medicamentos de nivel especializado	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Usted permanecerá en esta etapa hasta que el costo total de sus Medicamentos alcance \$5,030. Una vez que alcance este límite, pasa a la etapa de la brecha en la cobertura.				

Beneficio de Medicamentos	Usted paga
• Si su Médico le receta una cantidad menor que un suministro para un mes completo de ciertos Medicamentos, usted pagará una tarifa diaria de Participación de Costos que se basa en el número real de días del Medicamento que usted reciba. • Usted puede recibir un suministro de hasta 90 días de ciertos Medicamentos de mantenimiento (aquellos que se toman por largo plazo) por correo a través de la farmacia Express Scripts. No hay cargo por el envío estándar.	
• No todos los Medicamentos están disponibles como suministro para 90 días, y no todas las farmacias minoristas ofrecen un suministro para 90 días. Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Express Scripts Medicare para pedir más información.	
Etapa de la brecha de la cobertura	• Medicamentos de marca: Usted pagará un 25% del costo de los Medicamentos de marca de la Parte D de Medicare cubiertos, más una porción de la tarifa por surtido. • Medicamentos genéricos: Usted pagará un 25% de los costos del Plan por todos los Medicamentos genéricos cubiertos. Usted permanecerá en la etapa de la brecha de la cobertura hasta que pague \$4,850. Una vez que llegue a esta cantidad del bolsillo anual, usted pasa a la etapa catastrófica de la cobertura.
Etapa catastrófica de la cobertura	Después de que sus costos del bolsillo anuales por Medicamentos (lo que usted y otros pagan en su nombre, incluidos los descuentos del fabricante pero excepto los pagos hechos por su Plan de Medicamentos con receta de Medicare) alcancen \$4,850, usted pagará la cantidad mayor entre un Coseguro del 5% o: • Un Copago de \$2.95 por Medicamentos genéricos cubiertos (incluidos Medicamentos de marca tratados como genéricos) con un máximo que no exceda la cantidad normal de la Participación de Costos durante la etapa inicial de la cobertura. • Un Copago de \$7.40 por todos los demás Medicamentos cubiertos con un máximo que no exceda la cantidad normal de la Participación de Costos durante la etapa inicial de la cobertura.

Farmacia de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)

Si usted reside en una instalación LTC, usted paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista de la red. Las farmacias LTC deben surtir Medicamentos de marca en cantidades de 14 días o menos. Ellas también pueden surtir un suministro de Medicamentos genéricos para menos de un mes a la vez. Comuníquese con su Plan si tiene preguntas sobre la participación de los costos o la facturación cuando se le recete un Medicamento por menos de un mes.

Cobertura fuera de la red

Usted debe usar farmacias de la red de Express Scripts Medicare para surtir sus Medicamentos con receta. Los Medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare están disponibles en farmacias fuera de la red solo en circunstancias especiales, como Enfermedades durante viajes fuera del área de servicio del Plan en donde no haya una farmacia de la red. Por lo general tiene que pagar el costo total de los Medicamentos que recibe en una farmacia fuera de la red en el momento del surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Express Scripts Medicare al número indicado en la **tabla de referencia rápida** que se encuentra al principio de este documento.

Información importante sobre el Plan

- El área de servicio del Plan de Medicamentos con receta comprende todos los 50 estados, el Distrito de Columbia, Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, las Islas Marianas del Norte y Samoa Estadounidense. Usted 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 ciudadano de EE. UU. o está presente legalmente en Estados Unidos, y

es elegible para recibir los beneficios del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California.

- La cantidad que usted paga podría diferir dependiendo del tipo de farmacia que use; por ejemplo, minorista, de infusiones en el hogar, LTC o de entrega domiciliaria.
- Para encontrar una farmacia de la red cerca de usted, visite nuestro sitio web en www.Express-Scripts.com.
- Su Plan de Medicamentos con receta usa un formulario, que es una lista de los Medicamentos cubiertos. La cantidad que usted paga depende del nivel del Medicamento y de la etapa de la cobertura en la que usted se encuentra. Ocasionalmente, un Medicamento podría pasar a un nivel diferente. Si un Medicamento que usted está tomando va a pasar a un nivel más alto (o más costoso), o si el cambio limita su habilidad para surtir un Medicamento con receta, Express Scripts le notificará antes de que se haga el cambio.
- Su Plan proporciona beneficios solo para los Medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare. Esto limita los Medicamentos que están cubiertos. Por ejemplo, no están cubiertos los Medicamentos para tratar la disfunción eréctil (DE).
- Para acceder a la lista de Medicamentos cubiertos de su Plan, visite nuestro sitio web en www.Express-Scripts.com.
- El Plan podría requerir que usted primero pruebe un Medicamento para tratar su afección antes de cubrir otro Medicamento para esa afección.
- Su proveedor médico debe obtener autorización previa de Express Scripts Medicare para ciertos Medicamentos.
- Si el costo real de un Medicamento es menor que la cantidad normal del costo compartido de ese Medicamento, usted pagará el costo real, no la cantidad mayor del costo compartido.
- Si usted solicita una excepción del Formulario para un Medicamento y Express Scripts Medicare aprueba la excepción, usted pagará la cantidad del costo compartido establecida por el Plan para ese Medicamento.
- Usted debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare, si no se paga bajo Medicaid o por otro tercero.

Lea su folleto *Medicare & You.*

El folleto *Medicare & You* contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare Original, y contesta las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Usted puede obtener una copia en el sitio web de Medicare (<http://www.medicare.gov>) o llamando al 1.800.MEDICARE (800) 633-4227, 24 horas al día, 7 horas a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al (877) 486-2048.

Para ver una explicación completa de los beneficios de su Plan, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente de Express Scripts al (800) 311-2757 o lea su *Confirmación de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)* visitando el sitio web de Express Scripts, express-scripts.com/documents. Usted puede solicitar una copia del EOC llamando al Departamento de Servicio al Cliente de Express Scripts Medicare al (800) 311-2757.

¿Cubre mi Plan los Medicamentos de la Parte B y los que no pertenecen a la Parte D de Medicare?

Express Scripts Medicare no cubre Medicamentos que están cubiertos por la Parte B de Medicare como los recetan y surten, ni ningún Medicamento que no pertenezca a la Parte D. Generalmente el beneficio de farmacia cubre Medicamentos, vacunas, productos biológicos y suministros médicos asociados con la administración de insulina que están cubiertos por el beneficio de Medicamentos con receta (Parte D) de Medicare y que se encuentran en el Formulario. La porción médica del Plan de Salud y Bienestar para los Carpinteros generalmente cubren Medicamentos cubiertos bajo la Parte B de Medicare.

El Formulario y/o la red de farmacias puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá una notificación cuando esto aplique a sus Medicamentos con receta.

Programa de Beneficios del Plan Médico de Indemnización Beneficios para los Jubilados con Medicare

Categoría	¿Qué está cubierto?	Medicare (Partes A y B)	Plan de Indemnización (incluye la Parte D de Medicare)	Usted paga
Beneficios médicos				
Deducible médico anual	Deducible para toda la cobertura médica, incluidos el Plan A, el Plan B y el Plan de Indemnización de Medicare			Usted paga \$128 por persona, por año
Costo mensual (prima)	Su costo mensual de la cobertura médica			Usted paga Parte B de Medicare: \$174.70 por persona* Y Plan de Indemnización**: \$193 solo el Jubilado \$377 el Jubilado + 1 Dependiente Elegible para Medicare \$859 el Jubilado + 1 Dependiente no Elegible para Medicare Dependiente \$386 el Cónyuge superviviente
Visitas al médico	Incluyen: - Servicios de médicos y de proveedores médicos - Atención de Pacientes ambulatorios - Cierta atención médica en el hogar - Equipo médico duradero - Servicios preventivos	Medicare paga 80%	El Plan paga 20%	Usted paga Cero
Estadías hospitalarias	Incluyen: - Atención como Paciente interno en Hospitales - Atención en una Institución de Enfermería Especializada - Atención de Enfermos Terminales - Cierta atención médica en el hogar	Medicare paga Los costos que excedan los Copagos (después del Deducible) hasta que se alcance el máximo	El Plan paga \$1,632 de Deducible	Usted paga (Todo lo que aparece abajo por periodo de beneficio)*** estancia hospitalaria: \$0 – días 1-60 \$408/día – días 61-90 \$816/día – 60 días de reserva de por vida Instalación de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF): \$0 días 1-20 \$200/día – días 21-100 en Hospitales de atención a largo plazo: Igual que en las estancias hospitalarias, pero el Deducible se dispensa si es combinado con una estancia en un Hospital o en una SNF

Categoría cubierto?		¿Qué está	Medicare (Partes A y B)	Plan de Indemnización (incluye la parte D De Medicare)	Usted paga
Beneficios médicos suplementarios	Incluyen: - Tratamiento de salud mental y farmacodependencia - Auxiliares auditivos		Medicare paga 80%	El Plan paga 20%	Usted paga Cero
Beneficios de la vista					
El beneficio de la vista incluye: - Examen - Lentes - Armazones - Lentes de contacto necesarios - Lentes de contacto electivos				El Plan paga 100%, hasta las tarifas negociadas del proveedor de la red - Armazones hasta \$175 - Lentes de contacto electivos Lentes, hasta \$155 por lentes, ajuste y examen	Usted paga \$10 por examen \$25 por materiales (anteojos con receta) Cualquier cantidad que exceda los límites del Plan
Beneficios de Medicamentos con receta					
Etapas del Deducible					Usted paga \$360 por persona, por año
Etapas iniciales de la cobertura (Hasta \$5,030 del costo total del Medicamento)				El Plan paga Costos de las recetas que excedan los Copagos y los Coseguros	Usted paga Nivel 1: Medicamentos genéricos \$10 - Suministro de 1 mes en farmacias minoristas \$30 - Suministro de 3 meses en farmacias minoristas \$20 - Suministro de 3 meses por entrega domiciliaria Nivel 2: Medicamentos preferidos de marca \$40 Suministro de 1 mes en farmacias minoristas \$120 Suministro de 3 meses en farmacias minoristas \$80 Entrega domiciliaria Suministro de 3 meses Nivel 3: Medicamentos no preferidos \$60 Suministro de 1 mes en farmacias minoristas \$180 Suministro de 3 meses en farmacias minoristas \$120 Entrega domiciliaria Suministro de 3 meses Nivel 4: Medicamentos de nivel especializado 25% en farmacias minoristas Suministro de 1 mes 25% Suministro de 3 meses en farmacias minoristas \$80 Suministro de 3 meses por entrega domiciliaria

Etapas de la brecha de la cobertura (hasta que usted paga \$4,850)		El Plan paga 75% del costo total	Usted paga Medicamentos genéricos 25% Medicamentos de marca 25% + % de la tarifa de surtido
Etapas catastróficas de la cobertura (cuando usted paga > \$4,850)		Plan/Medicare paga Costos de las recetas que excedan los Copagos y los Coseguros	Usted paga > del 5% O \$2.95 por Medicamentos genéricos \$7.40 por todos los demás Medicamentos \$7.40 por todos los demás Medicamentos

*La tarifa mensual de la Parte B es más alta si sus ingresos anuales exceden el límite establecido por CMS (\$103,000 en 2024)

**Costo adicional por más de un Dependiente.

***El periodo de beneficios comienza cuando se lo ingresa como Paciente interno y termina cuando no ha recibido ninguna atención como Paciente interno por 60 días consecutivos

Nota: Esta tabla es solo un panorama general. Aplican limitaciones y exclusiones. Consulte las secciones que se encuentran abajo para ver los detalles y las explicaciones.

Sección 4 –Exclusiones y limitaciones del Plan Médico de Indemnización para Jubilados con Medicare y

Esta sección incluye:

- Las exclusiones y limitaciones del Plan de indemnización.
- Una sección que explica cómo presentar reclamaciones y lo que necesita hacer para presentar una apelación en caso de que se le deniegue una reclamación.
- Reglas de la Coordinación de Beneficios (COB) y responsabilidad de terceros.
- Información requerida de acuerdo con la Ley de Seguridad de Ingreso en la Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA)

Exclusiones del Plan Médico de Indemnización

No se pagan beneficios por lo siguiente:

1. Cualquier cantidad que exceda los cargos permitidos por los servicios de Proveedores no Participantes o la tarifa negociada de proveedores Participantes.
2. Gastos por los cuales se pagan beneficios bajo cualquier otro programa proporcionado por el Fondo.
3. Cualquier gasto incurrido por servicios brindados o suministros comprados antes de la fecha en que usted o sus Dependientes sean elegibles. Un gasto se considera incurrido en la fecha en que la persona recibe el servicio por el cual se hace el cargo.
4. Atención de custodia o curas de descanso. Servicios proporcionados por un hogar de descanso, un hogar para ancianos, un hogar de convalecencia o una instalación similar. El Plan podría cubrir una estancia en una instalación de atención aguda de largo plazo cuando un Paciente recibe terapia de rehabilitación inmediatamente después de, o en lugar de, una hospitalización para atención aguda como Paciente interno. Para que el Plan considere tales servicios, la estancia debe tener autorización previa y el Paciente debe continuar haciendo progresos en el tratamiento como lo documenten las notas sobre el Paciente.
5. Los servicios que se reciben mientras una Persona Elegible está internada en un Hospital operado por el gobierno de Estados Unidos o una agencia del gobierno de Estados Unidos. Al grado requerido por la ley, el Plan reembolsará a un Hospital de VA la atención de una incapacidad no relacionada con el servicio si el Plan normalmente cubriría la atención cuando el Departamento de Asuntos de Veteranos no estuviera involucrado.
6. Cualquier Enfermedad o Lesión relacionada con el trabajo. Sin embargo, el Plan pagará beneficios en nombre de una Persona Elegible que haya sufrido una Lesión o Enfermedad ocupacional bajo las siguientes condiciones:
 - a. La Persona Elegible firma un acuerdo para encausar diligentemente su reclamación para recibir los beneficios por accidentes en el trabajo o de cualesquiera otros beneficios de compensación ocupacional disponibles; y
 - b. la Persona Elegible acuerda reembolsar al Fondo cualquier beneficio pagado por el Fondo al consentir un derecho de retención contra cualquier beneficio de compensación ocupacional recibido mediante adjudicación, conciliación o por otro medio; y
 - c. la Persona Elegible coopera con el Fondo o con su representante designado tomando los pasos razonables necesarios para asegurar el reembolso, mediante acción legal u otros medios, de cualquier beneficio pagado por la Lesión o Enfermedad ocupacional de la Persona Elegible.
7. Afecciones que resulten de una guerra o invasión armada.
8. Tratamiento en o a los dientes o encías (que no sean tumores), excepto como se estipula para Lesiones dentales, como: Extracción de dientes; tratamiento de abscesos o granuloma dentales, placas dentales, puentes, coronas, recubrimientos u otras prótesis dentales. Usted puede optar por inscribirse en un plan dental separado que Delta Dental ofrezca a los Jubilados.
9. Lentes, lentes de contacto, exámenes oculares de rutina, refracción ocular para el ajuste de lentes, terapia ocular, inclusive ortóptica o cualquier cirugía ocular refractiva.
10. Cargos por atención de rutina a recién nacidos, facturados por un Hospital no Participante.

11. Servicios cosméticos, excepto por afecciones que resulten de un accidente o de un trastorno funcional o de cirugía reconstructiva tras una mastectomía.
12. Cualquier gasto incurrido por servicios o suministros que constituyan artículos personales de comodidad o belleza, o programas de pérdida de peso.
13. Medicamentos, excepto mientras el Paciente esté hospitalizado y tenga derecho a recibir los beneficios de Hospital. (Vea también información sobre los beneficios de Medicamentos con receta para personas inscritas en el Plan Médico de Indemnización.)
14. Admisiones hospitalarias principalmente para atención de custodia.
15. Servicios de un naturópata o cualquier otro proveedor que no cumpla con la definición de médico, excepto como se pueda disponer bajo los beneficios específicos del Plan.
16. Los servicios no específicamente listados como servicios cubiertos, o aquellos servicios que no sean Médicamente Necesarios o que el Plan no considere prácticas médicas habituales.
17. Servicios por los cuales la Persona Elegible no está legalmente obligada a pagar, o por los cuales no se cobra a la Persona Elegible. Servicios por los cuales no se cobra a la Persona Elegible en ausencia de una cobertura de seguro, excepto los servicios recibidos en un Hospital caritativo de Investigación no operado por el gobierno.
18. Servicios profesionales recibidos de una enfermera titulada o terapeuta físico titulado que viva en el hogar de la Persona Elegible o que esté relacionado con la Persona Elegible por lazos consanguíneos o por matrimonio.
19. Cargos de Hospital para Pacientes internos con relación a estancias en el Hospital, principalmente para terapia física.
20. Servicios, suministros o equipo educativo, incluidos pero sin limitarse a computadoras, dispositivos y software para computadoras, impresoras, libros, tutores o intérpretes, auxiliares visuales, terapia de la vista, de la audición o del habla/sintetizadores, materiales auxiliares como tableros de comunicación, sistemas para escuchar, dispositivos, programas y servicios para capacitación conductual, incluidos programas de intervención intensivos para cambios de conducta y/o demoras del desarrollo o percepción auditiva o destrezas de escucha/aprendizaje (excepto la terapia que se brinda como parte de un plan de autismo aprobado), programas/servicios para remediar o mejorar la concentración, memoria, motivación, lectura o autoestima, etc., educación especial y costos asociados junto con educación del lenguaje de signos para un Paciente o los miembros de la familia, y dispositivos implantables de identificación o registro médicos.
21. Calzado ortopédico (excepto cuando esté unido a soportes) o plantillas para calzado (excepto dispositivos ortóticos hechos a la medida), purificadores de aire, equipo de acondicionamiento de aire, humidificadores, equipo de ejercicio para acondicionamiento físico (por ejemplo, equipo Nautilus, etc.) y suministros para comodidad, higiene y belleza.

22. Servicios educativos, asesoramiento en nutrición o suplementos alimenticios, excepto los beneficios proporcionados para programas de instrucción sobre diabetes o servicios de asesoramiento en nutrición que sean Médicamente Necesarios para el tratamiento de una persona diagnosticada con una afección mental, como un trastorno de la conducta alimentaria. La cobertura se proporciona y es pagadera de acuerdo con los beneficios del Plan que aplican a ese servicio específico. Además, esta exclusión no aplica a la nutrición parenteral total (Total Parenteral Nutrition, TPN) que Anthem apruebe como médicamente necesaria y de naturaleza curativa. No todos los cargos son elegibles para los beneficios. Por ejemplo, se excluyen los servicios que no sean Médicamente Necesarios, el asesoramiento en nutrición que no sea para el tratamiento de una afección mental y/o el asesoramiento en nutrición que no sea parte de un programa de instrucción sobre diabetes de otra manera cubierto.
23. Servicios de terapia física que son principalmente educativos, relacionados con deportes, o preventivos, como por ejemplo acondicionamiento físico, para hacer ejercicio o exámenes físicos requeridos para regresar a la escuela.
24. Terapia del habla, terapia ocupacional (excepto tratamiento de rehabilitación después de una Enfermedad o Lesión si la terapia se brinda como parte de un plan para autismo aprobado).
25. Tratamiento de infertilidad junto con servicios para inducir el embarazo y complicaciones resultantes de esos servicios, incluidos pero sin limitarse a: servicios, Medicamentos con receta, procedimientos o dispositivos para lograr la fertilidad, fertilización *in vitro*, transferencia intratubárica de gametos, inseminación artificial, transferencia de embriones, transferencia de gametos, transferencia de cigotos, paternidad/maternidad suplente, donador de óvulos/semen u otras tarifas, criopreservación de óvulos/esperma, adopción, trasplante de ovarios, gastos del donante en casos de infertilidad, implantes fetales, servicios de reducción fetal, procedimientos de impregnación quirúrgica y reversión de la esterilización.
26. Hipnotismo, biorretroacción, control del estrés y cualquier modificación de la conducta orientada a metas, como perder peso o controlar el dolor.
27. Servicios no quirúrgicos principalmente para perder peso.
28. Reclamaciones presentadas más de 12 meses después de la fecha del servicio.
29. Cualesquiera servicios y suministros relacionados con procedimientos Experimentales o de Investigación.
30. Cualquier servicio o suministro relacionado con una Enfermedad, Lesión, trastorno u otra afección por la cual un tercero (o terceros) puede estar obligado o sea legalmente responsable por motivo de un acto, omisión o cobertura de seguro de tal tercero o terceros (referidos en esta SPD colectivamente como “terceros responsables”).
31. Reembolsos del porcentaje de la cantidad que hubiese sido pagadera de acuerdo con los pagos permitidos por Medicare por gastos en Hospitales no Participantes, Instalaciones no Participantes y otros Proveedores no Participantes que no completaron su Inscripción en el programa de Medicare o no presentaron a Medicare una declaración jurada en la que expresaban su decisión de excluirse voluntariamente del programa Medicare.
32. La servicios de habilitación no están cubiertos (excepto la terapia que se proporcione como parte de un plan de autismo aprobado).
33. Aquellos proveedores que, después de una Investigación y recomendaciones relacionadas con fraude, desperdicios y abuso del Plan, se determinó que participaron en una actividad fraudulenta.

Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones

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

Uso de un representante autorizado

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

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

Tipos de reclamaciones

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

1) Reclamaciones previas al servicio: Una reclamación previa al servicio es una solicitud para autorizar la atención o el tratamiento que requiere la aprobación total o parcial antes de que se proporcione tal atención o tratamiento (también se llama revisión de la utilización, “preautorización” o “precertificación”).

Bajo este Plan, los Jubilados y los Dependientes que no sean Elegibles para Medicare requieren recibir una **revisión de la utilización** para los siguientes servicios:

- Admisiones hospitalarias que no sean de emergencia (incluidas admisiones por salud mental y farmacodependencia), que no sean estancias de cierta duración después de un parto, o admisiones cuando el Plan sea el pagador secundario (deben estar preaprobadas por Anthem Blue Cross)
- Ciertos procedimientos ambulatorios como colonoscopia, artroscopia, cirugía de cataratas, endoscopia, extracción laparoscópica de la vesícula biliar, muestra de tejido uterino por histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado), nariz/senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior), adenotomía y/o amigdalectomía (para miembros menores de 12 años), nariz/senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia, litotricia, reparación de una hernia inguinal (para niños mayores de 5 años, no laparoscópica), esofagoscopia, reparación laparoscópica de una hernia inguinal, sigmoidoscopia, endoscopia de la porción alta del tubo gastrointestinal sin biopsia, endoscopia de la porción alta del tubo gastrointestinal con biopsia, artroplastia de una rodilla y artroplastia de un lado de la cadera, deben estar preaprobados por Anthem Blue Cross).
- Trasplantes de órganos (deben estar preaprobados por Anthem Blue Cross).
- Ciertos Medicamentos con receta (deben ser aprobados por el administrador de beneficios de farmacia del Plan). Llame a Express Scripts al (800) 939-7093 para obtener una lista de los Medicamentos que requieren aprobación previa.

Si desea información sobre cuándo presentar una reclamación o una apelación, consulte la tabla que se encuentra en la página 120 de este documento.

- Ciertos estudios diagnósticos por imágenes para Pacientes ambulatorios incluidos: TC/ATC, RM/IRM, cardiología nuclear, exámenes TEP y ecocardiografía (debe ser preaprobado por Anthem Blue Cross)

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

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

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

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

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

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

Lo qué no se considera una “reclamación”

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

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

Presentación de una reclamación

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

Reclamación previas al servicio (para Empleados Jubilados y Dependientes sin derecho a Medicare):

- **Reclamaciones previas al servicio bajo el Plan Médico de Indemnización:** Pida a su Médico que llame a Anthem Blue Cross al teléfono (800) 274-7767 para solicitar una revisión de la utilización.

- **Reclamaciones previas al servicio para los beneficios de Medicamentos con receta:** Pida a su Médico que llame a Express Scripts (el administrador de beneficios de farmacia del Plan) al (800) 939-7093 para obtener preautorización para cualquier Medicamento que requiera una revisión de la utilización.

Reclamaciones urgentes: Las reclamaciones urgentes (reclamaciones de revisión de la utilización que necesitan tramitarse de manera agilizada) se deben dirigir a las mismas partes mencionadas arriba en el caso de las reclamaciones previas al servicio. **Las reclamaciones Urgentes Se deben presentar por teléfono, en persona, o por un mensaje electrónico seguro** a: BCCUMintake@wellpoint.com. Las reclamaciones urgentes no se pueden enviar a través del servicio postal de Estados Unidos.

Reclamaciones después del servicio: Los formularios para las reclamaciones de atención médica después del servicio se deben rellenar totalmente, y se debe incluir la factura o facturas detalladas.

Las **reclamaciones del Plan Médico de Indemnización** (incluidas las de salud mental y farmacodependencia) se deben enviar a: Anthem Blue Cross, P.O. Box 60007, Los Angeles, CA 90060-0007. Los proveedores Participantes presentarán las reclamaciones por usted. (Los proveedores de Blue Card fuera de California deben enviar las reclamaciones al Plan Blue Cross de la localidad.)

Las **reclamaciones por audífonos** deben enviarse a la Oficina del Fondo a la siguiente dirección: Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621-1480.

Reclamaciones de beneficios de Medicamentos con receta: Si desea presentar una reclamación de reembolso si vive a una distancia de más de 10 millas de una farmacia de la red y surtió el Medicamento en una farmacia no Participante, si se le olvidó su tarjeta de ID del Plan y tuvo que pagar el precio completo en una farmacia Participante, o para reclamaciones de coordinación de beneficios cuando este Plan es el pagador secundario: Envíe su reclamación directamente a Express Scripts, P.O. Box 14711, Lexington, Kentucky 40512. Puede llamar al Departamento de Servicio al Cliente de Express Scripts para solicitar un formulario de reclamación.

Reclamaciones de beneficios de atención de la vista (una reclamación de reembolso si utiliza los servicios de un proveedor que no participa en la red de VSP): Envíe su reclamación directamente a VSP a la siguiente dirección: Vision Service Plan, Attn: Out-of- Network Provider Claims, P.O. Box 997105, Sacramento, CA 95899-7105.

Cuándo se deben presentar las reclamaciones

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

- Las reclamaciones previas al servicio y las urgentes se deben aprobar antes de que se obtengan los servicios.
- Debe presentar todas las demás reclamaciones de atención médica dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha en que se incurran los gastos, a menos que no sea razonablemente posible hacerlo. En ningún evento las reclamaciones se pagarán cuando se presenten después de un año a partir de la fecha en que se incurrieron los cargos. El formulario de reclamación se debe rellenar totalmente y se debe adjuntar la factura o facturas detalladas.

Notificación de que su reclamación previa al servicio o reclamación urgente no se presentó adecuadamente

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

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

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

Plazo de las decisiones iniciales sobre las reclamaciones

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

Reclamaciones previas al servicio: Si su reclamación previa al servicio médico se rellena apropiadamente, normalmente se le notificará una decisión dentro de un lapso de **15 días** a partir de la fecha en que se presente su reclamación, a menos que se necesite más tiempo, como se describe abajo.

- El tiempo de respuesta se podría extender hasta 15 días si es necesario debido a problemas fuera del control del evaluador de reclamaciones correspondiente. Si es necesaria una extensión, antes de que termine el periodo inicial de 15 días se le notificarán las circunstancias que motivaron la extensión y la fecha en la cual el evaluador de reclamaciones espera tomar la decisión.
- Si se requiere una extensión debido a que el evaluador de reclamaciones necesita que usted le proporcione información adicional, el evaluador de reclamaciones le indicará cuál es la información específica necesaria para completar la reclamación tan pronto como sea posible, pero no después de 15 días de que recibió la reclamación. En este caso usted y/o su Médico tendrán 45 días para responder a partir de que reciban la notificación. Durante el periodo que se le dé para proporcionar la información adicional, se suspenderá el periodo normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende a partir de la fecha de la notificación de la extensión hasta que hayan transcurrido 45 días o hasta que usted responda a la petición (lo que ocurra primero). Entonces el evaluador de reclamaciones cuenta con 15 días para tomar una decisión e informarle la determinación. Si no se proporciona la información requerida en el plazo permitido de 45 días, su reclamación se denegará.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reclamaciones denegadas (determinaciones adversas sobre los beneficios)

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

- Un pago de menos del 100% de una reclamación de beneficios;
- una denegación, reducción, terminación o falla en proporcionar un beneficio o en pagarlo (total

o parcialmente) que resulte de cualquier decisión sobre una revisión de la utilización o una revisión de la utilización concurrente;

- no cubrir un artículo o servicio debido a que el Fondo lo considera Experimental, de Investigación, no Medicamento Necesario o no medicamento apropiado;
- una decisión que deniega un beneficio basándose en la determinación de que usted o un Dependiente no es elegible para participar en el Plan.

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

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

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

Apelación de una determinación adversa sobre los beneficios

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

Debe presentar su apelación para la fecha límite aplicable dentro de un lapso de **180 días** después de que reciba la notificación de la denegación de una reclamación referente a atención médica o incapacidad (o, en el caso de una reclamación concurrente, dentro de un tiempo razonable considerando las circunstancias de su situación).

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

- **Reclamaciones previas al Servicio:** Las apelaciones de las denegaciones de reclamaciones previas al servicio deben hacerse por escrito y enviarse por correo. Las que involucren beneficios del Plan Médico de Indemnización se deben enviar a Anthem Blue Cross. Las que involucren beneficios de Medicamentos con receta se deben dirigir al administrador de beneficios de farmacia (Express Scripts).

Si desea orientación para apelar una determinación adversa sobre los beneficios, consulte la sección **"Reclamaciones denegadas"** que comienza en la página 111 y la tabla de la página 120 de este documento.

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

Las apelaciones de las denegaciones de reclamaciones urgentes se deben enviar a la autoridad de revisión correspondiente mencionada en “Reclamaciones previas al servicio” que aparece inmediatamente arriba.

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

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

Proceso de revisión

El proceso de revisión funciona de la siguiente manera:

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

Notificación de la decisión sobre una apelación

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

- **Reclamaciones previas al Servicio:** Se enviará una notificación de la decisión sobre la revisión dentro de un plazo de **30 días** a partir del recibo de la apelación.
- **Reclamaciones urgentes:** Se enviará una notificación de la decisión sobre la revisión dentro de un plazo de **72 horas** a partir del recibo de la apelación.
- **Reclamaciones Concurrentes:** Se enviará una notificación de la determinación de la apelación de una reclamación concurrente antes de la terminación del beneficio.
- **Reclamaciones de atención médica después del servicio:** Generalmente, las decisiones sobre las apelaciones se tomarán **en la siguiente reunión regularmente programada** de la Junta de Fideicomisarios después de que se reciba su solicitud de revisión. Sin embargo, si su solicitud de revisión se recibe menos de **30 días** antes de la siguiente reunión regularmente programada, se puede considerar en una segunda reunión regularmente programada después del recibo de la solicitud. En circunstancias especiales, es posible que sea necesaria una extensión hasta la tercera reunión regularmente programada después del recibo de su solicitud de revisión. Si es necesaria tal extensión, se le notificarán por escrito las circunstancias especiales y la fecha en la que se tomará la decisión antes de que comience la extensión. Una vez que se tome la decisión, se le notificará tan pronto como sea posible, pero no después de **5 días** a partir de la fecha en que se tomó la decisión.

Si su apelación se deniega

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

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

Para cualquier reclamación presentada bajo el Plan o en contra del Fondo, la denegación de una reclamación para la cual se renunció al derecho de revisión, la decisión de la Junta o del Comité de Apelaciones por esta designado con respecto a una solicitud de revisión es final y obligatoria para todas las partes, sujeto solo a cualquier acción civil que usted pueda iniciar según ERISA. No se puede iniciar ninguna acción legal ni mantener durante más de dos años después de la fecha en que se le haya notificado por escrito la denegación de su reclamación. Después de la emisión de una decisión por escrito de la Junta sobre una apelación, ya no tendrá más derechos de apelación ante la Junta ni derechos de arbitraje, con excepción de las reclamaciones cubiertas por la Ley contra Facturación Inesperada.

Reclamaciones cubiertas bajo la Ley contra Facturación Inesperada

Revisión externa de ciertas reclamaciones de Servicios de Emergencia, servicios que no sean de emergencia de un Proveedor no Participante en una Instalación Participante, y servicios de ambulancia por aire.

La Junta ha establecido un proceso voluntario de revisión externa para cumplir con los requisitos de revisión externa de la Ley contra Facturación Inesperada. La revisión externa solo es aplicable en ciertos casos. Su proveedor del servicio podría procurar una revisión externa adicional, por parte de una organización de revisión independiente (Independent Review Organization, “IRO”), solo en una situación en la que la apelación de una reclamación de atención médica (urgente, concurrente, previa al servicio o posterior al servicio) se deniegue y sea una reclamación de Servicios de Emergencia, servicios que no son de emergencia de un Proveedor no Participante en una Instalación Participante, o ambulancia por aire.

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

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

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

Revisión externa de reclamaciones estándar (no urgentes)

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

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

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

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

- Si la solicitud está completa y es elegible para una revisión externa; o
- Si la solicitud está completa pero no es elegible para una revisión externa, y en este caso la notificación incluirá las razones de su inelegibilidad y la información de contacto de la Administración de Seguridad de los Beneficios de los Empleados (Employee Benefits Security Administration) (número telefónico sin costo 866-444-EBSA [3272]).

- Si la solicitud no está completa (está incompleta), la notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud, y se le permitirá perfeccionar (completar) la solicitud de revisión externa dentro del periodo de presentación de cuatro (4) meses, o dentro del periodo de 48 horas posterior al recibo de la notificación, lo que sea más tarde.

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

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

- Si la revisión externa final mantiene la determinación adversa del Plan, el Plan seguirá sin proporcionar la cobertura ni el pago de la reclamación revisada. Si usted no está satisfecho con la determinación de la revisión externa, puede procurar una revisión judicial como lo permite la sección 502(a) de ERISA.

La notificación de la decisión de la IRO asignada incluirá:

- Una descripción general de la razón de la solicitud de revisión externa que incluya información suficiente para identificar la reclamación (como la fecha o las fechas de servicio, el proveedor de atención médica, la cantidad de la reclamación (si corresponde), el código del diagnóstico y su significado correspondiente, el código del tratamiento y su significado correspondiente, y la razón de la denegación previa);
- la fecha en que la IRO recibió la solicitud para realizar la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO;
- referencias a la evidencia o a la documentación que se consideró para tomar su decisión, incluidas las disposiciones específicas de la cobertura y las normas fundamentadas;
- una explicación de la razón o las razones principales de la decisión de la IRO, incluido el razonamiento de la decisión y cualquier norma fundamentada en la que se basó para tomar la decisión;
- una declaración de que la determinación de la IRO es obligatoria para el Plan (a menos que hubiera disponibles otros remedios para usted o para el Plan según la ley estatal o federal aplicable);
- una declaración de que usted podría tener a su disposición una revisión judicial; y
- información de contacto actualizada, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina de asistencia o defensa del consumidor de seguros médicos correspondiente establecida en virtud de la Ley de Cuidado de la Salud de Bajo Precio para asistir con los procesos de revisión externa.

Revisión externa de reclamaciones de atención urgente agilizadas

Usted puede solicitar una revisión externa agilizada si:

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

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

Revisión de reclamaciones agilizadas por una organización de revisión independiente (IRO). Después de una revisión preliminar que indique que una solicitud es elegible para una revisión externa agilizada, el Plan asignará a una IRO (siguiendo el proceso que se describe bajo Revisión estándar de arriba). El Plan proporcionará o transmitirá con prontitud (por ejemplo, por teléfono, fax, mensajero, entrega de un día para otro, etc.) a la IRO asignada todos los documentos y la información necesarios que consideró para tomar su determinación adversa.

- Además de los documentos y la información proporcionados, la IRO asignada podría, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y sean apropiados, considerar información adicional, incluida información de sus expedientes médicos, recomendaciones u otra información de sus proveedores médicos que le dan tratamiento (lo atienden), otra información de usted o del Plan, informes de los profesionales médicos apropiados, pautas de práctica apropiadas y normas fundamentadas aplicables, los criterios de revisión clínica aplicables del Plan y/o la opinión del revisor o revisores clínicos de la IRO.
- La IRO asignada, en la medida de que la información o los documentos estén disponibles y que la IRO los considere apropiados, debe tomar en cuenta la información o los documentos descritos en los procedimientos para la revisión estándar (descritos arriba bajo Reclamaciones estándar). Para tomar una decisión, la IRO asignada debe revisar la reclamación *de novo* (como si fuera nueva) y no quedará obligada por ninguna decisión o conclusiones a las que haya llegado durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Plan. Sin embargo, la IRO quedará obligada a observar los términos del Plan para asegurarse de que la decisión de la IRO no contravenga los términos del Plan, a menos que los términos sean incongruentes con la ley aplicable.
- La IRO también debe observar los requisitos para recibir los beneficios del Plan, incluidas las normas del Plan para los criterios de revisión clínica, necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de un beneficio cubierto.
- La IRO proporcionará una notificación de su decisión final sobre la revisión externa agilizada, de acuerdo con los requisitos establecidos arriba bajo Reclamaciones estándar, con tanta prontitud como su afección o circunstancias lo requieran, pero en ningún caso más de 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de una revisión externa agilizada. Si la notificación de la decisión de la IRO no se hace por escrito, dentro de las 48 horas después de la fecha en la que proporcione tal notificación, la IRO debe proporcionar una confirmación por escrito de la decisión a usted y al Plan.
- Si la revisión externa final de la IRO revierte la determinación adversa del Plan, cuando el Plan reciba la notificación de tal reversión, inmediatamente proporcionará la cobertura o el pago de la reclamación revisada. Sin embargo, aún después de proporcionar la cobertura o el pago de la reclamación, el Plan podría, a su sola discreción, procurar un remedio judicial para revertir o modificar la decisión de la IRO.

Si la revisión externa final mantiene la determinación adversa del Plan, el Plan seguirá sin proporcionar la cobertura ni el pago de la reclamación revisada. Si el reclamante está insatisfecho con la determinación de la revisión externa, puede procurar una revisión judicial como lo permite la sección 502(a) de ERISA.

Cuándo se puede iniciar una demanda judicial

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

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

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

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

Renuncia a la presentación de demandas de grupo, colectivas y de representación.

Al participar en el Plan, al grado máximo permitido por la ley, ya sea en los tribunales, los Participantes renuncian a cualquier derecho de iniciar, de participar en cualquier manera, o de ser un miembro de clase real o supuesta de cualquier acción, de clase, colectiva o representativa que surja de, o que se relacione con, cualquier disputa, reclamación o controversia, y los Participantes aceptan que tal disputa, reclamación o controversia solo será iniciada o mantenida y decidida en base individual.

Autoridad discrecional de la Junta de Fideicomisarios

La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho exclusivo y el criterio para interpretar el Plan y el tipo y carácter de las pruebas exigidas en cualquier reclamación y la aplicación e interpretación del Plan estarán sujetos a su juicio exclusivo. Cualquier disputa con respecto a la elegibilidad, tipo, cantidad o duración de los beneficios o cualquier derecho o reclamación de los pagos del Fondo serán resueltos por la Junta o la persona por ésta debidamente designada bajo y conforme las disposiciones del Plan y el Acuerdo del Fideicomiso, y su decisión es final y obligatoria para todas las partes, sujeto solo a revisión judicial en congruencia con las leyes federales sobre el trabajo. Cualquier interpretación o determinación que se haga bajo esa autoridad discrecional tendrán pleno vigor y efecto, a menos que se pueda demostrar que la interpretación o determinación fue arbitraria y caprichosa.

Facilidad de pago

Si la Junta de Fideicomisarios o su designado determina que usted no puede presentar una reclamación o probar que usted o su Dependiente cubierto pagó cualquiera y todos los cargos por servicios médicos que están cubiertos por el Plan, porque usted es incompetente, está incapacitado o en coma, el Plan podría, a su discreción, pagar los beneficios del Plan directamente al profesional o profesionales médicos que proporcionaron los servicios o suministros médicos, o a cualquier otra persona que le proporcione atención y apoyo. Cualquiera de tales pagos del Plan de beneficios liberará completamente al Plan de las obligaciones con referencia a tal pago. No se requerirá que el Plan, la Junta de Fideicomisarios, la Oficina del Fondo ni cualquier otra persona designada por el Administrador del Plan vea la aplicación del dinero así pagado.

Cuándo presentar una reclamación o una apelación

Administrador de reclamaciones	Dirección	Envíe la apelación a:
Kaiser Foundation Health Plan (incluidas las apelaciones médicas, de Medicamentos con receta, de audífonos y de la vista)	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 Indemnización (incluidas salud mental y farmacodependencia)	Anthem Blue Cross P.O. Box 60007 Los Angeles, CA 90060-0007	Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480
Plan de Indemnización – Beneficios de Medicamentos con receta (para Jubilados independientes sin Medicare)	Express Scripts P.O. Box 14711 Lexington, Kentucky 40512	Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480
Plan de Indemnización – Beneficios de Medicamentos con receta (para Jubilados independientes con Medicare)	Express Scripts P.O. Box 14711 Lexington, Kentucky 40512	Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480
Beneficios de atención de la vista del Plan de Indemnización	Vision Service Plan Attn: Out-of-Network Provider Claims P.O. Box 997105 Sacramento, CA 95899-7105	Vision Service Plan Member Appeals 333 Quality Drive Rancho Cordova, CA 95670
Beneficios de audífonos del Plan de Indemnización	Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480	Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California 265 Hegenberger Road, Suite 100 Oakland, CA 94621-1480

Coordinación de beneficios (COB) del Plan de Médico de Indemnización y responsabilidad de terceros

Coordinación de beneficios con otros planes

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

1. Si usted es el Jubilado, los beneficios del Fondo se proporcionarán sin reducciones, excepto como se estipula en la regla 7 de abajo, en cuyo caso los beneficios del Fondo de otra manera pagaderos se determinarán después de los beneficios del otro Plan de Grupo patrocinado por el empleador.
2. Si usted es el Cónyuge Dependiente de un Jubilado, los beneficios del Fondo se pagarán por los gastos elegibles no cubiertos por el otro Plan de Grupo.
3. Si se hace una reclamación por un hijo Dependiente cuyos padres no están separados ni divorciados, los beneficios del Plan de Grupo que cubre a la Persona Elegible como hijo Dependiente de un padre cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, ocurre primeramente en el año calendario, se determinarán antes que los beneficios del Plan de Grupo que cubre a tal Persona Elegible como hijo Dependiente de un padre cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, ocurre posteriormente en el año calendario.
4. Si el otro Plan de Grupo no tiene las disposiciones de la regla 3 de arriba sobre Dependientes, las disposiciones del otro Plan de Grupo determinarán el orden de los beneficios.
5. Si se hace una reclamación por un hijo Dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el padre con la custodia del niño no se haya vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubra al hijo como Dependiente del padre con la custodia del niño se determinarán antes de los beneficios del Plan que cubra al niño como Dependiente del padre sin la custodia.
6. Si se hace una reclamación por un hijo Dependiente cuyos padres estén separados o divorciados y el padre con la custodia del niño se ha vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubra al niño como Dependiente del padre con la custodia se determinarán antes que los beneficios de un plan que cubra al niño como Dependiente del padrastro o madrastra, y los beneficios de un plan que cubra al niño como Dependiente del padrastro o la madrastra se determinarán antes que los beneficios de un plan que cubra a ese niño como Dependiente del padre que no tiene la custodia.
7. En el caso de un hijo Dependiente elegible cuyos padres estén separados o divorciados, y que exista una orden judicial que establezca responsabilidad financiera por los gastos médicos, dentales u otros gastos relacionados con la atención médica del niño, entonces, no obstante las reglas 4 y 5 antes mencionadas, el padre con tal responsabilidad financiera se determinará antes que los beneficios de cualquier otro plan que cubra al niño como hijo Dependiente.
8. Cuando las reglas 1 a 7 no establezcan un orden de determinación de beneficios, se proporcionarán los beneficios del Fondo sin reducción, si la Persona Elegible ha sido continuamente elegible para recibir los beneficios de este Fondo por un periodo de tiempo más prolongado que el tiempo que ha sido continuamente elegible para recibir los beneficios de otro Plan de Grupo, con sujeción a lo siguiente:
 - El Plan de Grupo que cubre a la Persona Elegible como empleado activo o Dependiente de un empleado activo proporciona beneficios sin reducciones, y los beneficios de un Plan de Grupo que cubre a la Persona Elegible como empleado despedido o Jubilado se determinará en segundo lugar.

Coordinación con acuerdos de proveedores preferidos

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

- Los cargos normales facturados por el proveedor, o
- la tarifa contractual de este Plan; o
- la tarifa contractual bajo el acuerdo de proveedor preferido del otro plan.

Coordinación con Medicaid

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

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

Coordinación con planes prepagados (como las HMO)

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

- Tenga cobertura bajo los beneficios médicos de indemnización de este Plan, y
- tenga cobertura bajo un programa prepagado bajo otro Plan de Grupo (independientemente de si el Participante o el Dependiente debe pagar una porción de la prima por ese Plan); y
- usa el programa prepagado,

entonces este Plan solo reembolsará los Copagos requeridos del Participante elegible o de los Dependientes bajo el programa prepagado, y solo si se requieren Copagos.

Responsabilidad de terceros

Si una Persona Elegible tiene una Enfermedad, Lesión, trastorno u otra afección por la cual un tercero (o terceros) puede estar obligado o sea legalmente responsable por motivo de un acto, omisión o cobertura de seguro de tal tercero o terceros (referidos en esta SPD colectivamente como “terceros responsables”), el Fondo no será responsable de pagar ningún beneficio. Sin embargo, cuando el Fondo reciba todos los documentos firmados que requiere para asegurar el derecho de reembolso de Plan, incluidos pero sin limitarse a un acuerdo de reembolso, el Fondo puede pagar los beneficios por gastos de Hospital, médicos u otros gastos relacionados con, o que surjan de esa Lesión, Enfermedad, trastorno u otra afección. El Fondo tendrá todos los derechos descritos en la sección Responsabilidad de terceros (SECCIÓN 7.02) del documento Reglas y reglamentos impreso al final de esta SPD (a partir de la página 177 de este documento).

Primero se debe reembolsar al Fondo, antes de cualquier otra reclamación, el 100 % de los beneficios pagados por el Fondo de cualquier recuperación obtenida mediante sentencia, adjudicación de arbitraje, veredicto, conciliación u otra fuente por la Persona Elegible o por cualquier otra persona o

tercero por la Persona Elegible, en virtud de tal Enfermedad, Lesión, trastorno u otra afección, incluida la recuperación de cualquier cobertura contra motoristas con seguro insuficiente o no asegurados o de otro seguro, aunque la sentencia, veredicto, adjudicación, otorgamiento o cualquier recuperación no devuelva la integridad de la Persona Elegible o no incluya específicamente gastos médicos. El Fondo deberá recibir un reembolso de tal recuperación sin ninguna deducción por honorarios legales incurridos o pagados por la Persona Elegible. La Persona Elegible y/o su abogado deben prometer no anular ni entorpecer ninguno de los derechos del Fondo sin consentimiento por escrito. Además, el Fondo debe recibir reembolso de cualquier honorario legal incurrido o pagado por el Fondo para asegurar el reembolso de tal beneficio pagado por el Fondo.

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

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

Información requerida de acuerdo con la Ley de Seguridad de Ingreso en la Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA)

Información general sobre el Plan

El nombre y el tipo de la administración del Plan:

El nombre del Plan es Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California (Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California). El patrocinador del Plan es la Junta de Fideicomisarios de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California. La Oficina Administrativa del Fondo se ubica en la siguiente dirección:

Carpenter Funds Administrative Office of Northern California, Inc. 265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, CA 94621-1480

Teléfono: (510) 633-0333

Dirección electrónica: benefitservices@carpenterfunds.com Sitio web: www.carpenterfunds.com

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

Tipo de Plan:

El Plan es un Plan de beneficios de bienestar para el empleado que proporciona beneficios médicos, de Medicamentos con receta, audífonos y de atención de la vista a los Participantes y a sus Dependientes elegibles.

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

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

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

William Feyling, administrador
c/o Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
265 Hegenberger Road, Suite 100
Oakland, CA 94621-1480

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

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

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

Los nombres y las direcciones comerciales de los miembros de la Junta de Fideicomisarios son los siguientes:

Fideicomisarios del empleador	Fideicomisarios laborales
Robert Alten Alten Construction, Inc. 1141 Marina Way South Richmond, CA 94804	Jacob Adiarte Northern California Carpenters Regional Council 265 Hegenberger Road, Suite 200 Oakland, CA 94621
Nancy Brinkerhoff Ironwood Commercial Builders 3953 Industrial Way, Suite E Concord, CA 94520	Jay Bradshaw Northern California Carpenters Regional Council 265 Hegenberger Road, Suite 200 Oakland, CA 94621
Donald A. Dolly Condon-Johnson & Associates, Inc. 5091 Lone Tree Way Antioch, CA 94531	Edward Gable Northern California Carpenters Regional Council 265 Hegenberger Road, Suite 200 Oakland, CA 94621
Randy Jenco Viking Construction Company P.O. Box 1508 Rancho Cordova, CA 95741	Daniel Gregg Carpenters Local Union No. 713 1050 Mattox Road Hayward, CA 94541
Mike Mencarini Unger Construction Company 910 X Street Sacramento, CA 95818	Sean Hebard Northern California Carpenters Regional Council 265 Hegenberger Road, Suite 200 Oakland, CA 94621
Scott Smith James E. Roberts-Obayashi Corporation 20 Oak Court Danville, CA 94526	Dan McCulloch Carpenters Local Union No. 751 1706 Corby Avenue Santa Rosa, CA 95407
Kathryn Cahill Thompson Cahill Contractors LLC 425 California Street, Suite 2200 San Francisco, CA 94104	Daniel Nuncio Carpenters Local Union No. 701 1361 N. Hulbert Avenue Fresno, CA 93728

Requisitos del Plan respecto a la elegibilidad para recibir beneficios:

Consulte la sección **Inscripción y elegibilidad** de esta SPD que comienza en la página 19.

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

A continuación se presentan tales factores.

- **Incumplimiento de los requisitos de revisión de la utilización del Plan (aplicable solo a los Jubilados elegibles y a los Dependientes sin Medicare).** Ciertos beneficios del Plan Médico de Indemnización no se pagarán si no cumple con los requisitos de revisión de la utilización del Plan. En la página 51 se encuentra información sobre los requisitos de revisión de la utilización del Plan Médico de Indemnización. Otros beneficios (como los beneficios de Medicamentos con receta y de salud mental y farmacodependencia) también tienen requisitos de revisión de la utilización.
- **Uso de un Proveedor no Participante (aplicable solo a los Jubilados y Dependientes sin Medicare).** Usted no recibirá el nivel más alto de cobertura disponible para muchos de los servicios médicos descritos en este manual a menos que use los servicios de Proveedores Participantes (también llamados “contratados” o “de la red”). Para algunos servicios y suministros no recibirá beneficios si no usa los servicios de proveedores Participantes. Consulte la sección de los beneficios médicos que se describen en el “Programa de Beneficios del Plan Médico de Indemnización para los Jubilados sin Medicare” que comienza en la página 58 para ver más información.
- **No se inscribe tanto en la Parte A como la Parte B de Medicare.** Cuando se vuelve Elegible para Medicare, el Plan Médico de Indemnización supondrá que usted se inscribió en ambas Partes, A y B, de Medicare, *independientemente de si usted realmente se inscribió o no*. El Plan pagará solo un 20% de los cargos permitidos de Medicare y usted será responsable de pagar el resto. No se le permitirá inscribirse en Kaiser a menos que se haya inscrito en ambas partes de Medicare, A y B, y que haya asignado sus beneficios de Medicare a Kaiser.
- **Incumplimiento de la presentación oportuna de las reclamaciones.** Debe presentar todas las reclamaciones de atención médica dentro de un plazo de 90 días a partir de la fecha en que se brindaron los servicios. En ningún caso se permitirán los beneficios si usted presenta una reclamación después de un año de la fecha en que se brindaron los servicios.
- **Las disposiciones del Plan para la coordinación de beneficios.** Si usted tiene una cobertura médica bajo otro plan, el pago de los beneficios se coordinará con el pago de los beneficios de ese otro plan. Consulte la “Coordinación de beneficios (COB) y responsabilidad de terceros” en la página 121 para ver más información.

Cualquier factor que afecte su recibo de los beneficios dependerá de su situación particular. Si tiene preguntas llame a la Oficina del Fondo al (510) 633-0333.

Nota: Se requiere que notifique la existencia de otra cobertura a la Oficina del Fondo. Si no notifica al Fondo sobre otro seguro, es posible que el Plan no pueda coordinar sus beneficios, y esto podría dar como resultado el sobrepago de su reclamación.

- Las disposiciones del Plan referentes al pago de otra fuente. Se le requerirá que reembolse al Fondo los beneficios que pague en caso de que usted o uno de sus Dependientes resulta lesionado por las acciones de un tercero y que usted recibe indemnización por tal Lesión de otra fuente. Si desea más información al respecto, consulte la sección “Responsabilidad de terceros” que se encuentra en la página 122.

- Usted no actualiza su dirección. Si usted se muda, es su responsabilidad mantener informada a la Oficina del Fondo dónde se le puede localizar. De otra manera, es posible que no reciba información importante sobre sus beneficios.
- No guarda registros de esos autopagos de los beneficios de salud y bienestar para Jubilados. Consulte “Inscripción y elegibilidad” en la página 19 y “Terminación de la elegibilidad” en la página 24 para ver información sobre la elegibilidad y la terminación de la elegibilidad.
- Consulte otras fuentes de información que le conciernen: incluida su Evidencia de Cobertura de Kaiser (si está inscrito en Kaiser) o el folleto de beneficios de la vista de VSP (si está inscrito en el Plan Médico de Indemnización).

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

Todas las contribuciones al Fondo las hacen empleadores contribuyentes en cumplimiento con acuerdos de negociación colectiva en vigencia con la Junta de la Conferencia de Carpinteros de los 46 Condados del Norte de California o uno de sus sindicatos locales afiliados, o por el Consejo Regional o uno de sus sindicatos locales afiliados, con respecto a ciertos de sus empleados, de acuerdo con los reglamentos de la Junta, o un contrato del suscriptor reconocido.

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

Los beneficios se proporcionan a través del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California y las organizaciones que aparecen en la tabla que se encuentra al final de esta sección.

La fecha de conclusión del Año del Plan:

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

Procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones

Los procedimientos de presentación de reclamaciones y apelaciones se describen en la sección de este documento que comienza en la página 107, y en las evidencias de cobertura o certificados de cobertura de Kaiser y VSP.

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

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

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

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

Organizaciones a través de las cuales se proporcionan los beneficios:

Nombre y dirección de la organización	
Anthem Blue Cross of California 21555 Oxnard Street Woodland Hills, CA 91367 Administra el Programa de Proveedores Participantes y las revisiones de la utilización requeridas para el Plan Médico de Indemnización; no garantiza el pago de los beneficios médicos. (Los beneficios están autofinanciados por el Fondo de Fideicomiso.)	Kaiser Foundation Health Plan Northern California Region 1950 Franklin Street Oakland, CA 94612 Proporciona beneficios prepagados médicos, de Medicamentos, de la vista y de audífonos a los Participantes inscritos en Kaiser, con el pago garantizado de estos beneficios.
Vision Service Plan 3333 Quality Drive Rancho Cordova, CA 95670 Administra el Plan de cuidado de la vista para los Participantes del Plan Médico de Indemnización; no garantiza el pago de los beneficios de cuidado de la vista. (Los beneficios están autofinanciados por el Fondo de Fideicomiso.)	Express Scripts P.O. Box 2015 Pine Brook, NJ 07058 Administra los beneficios de Medicamentos con receta para los Participantes del Plan Médico de Indemnización; no garantiza el pago de los beneficios de Medicamentos con receta. (Los beneficios están autofinanciados por el Fondo de Fideicomiso.)

Sus derechos bajo ERISA

Como Participante del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar para los Carpinteros de California, usted tiene ciertos derechos y protecciones de acuerdo con la Ley de Seguridad de Ingreso en la Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA) y enmiendas subsiguientes. ERISA dispone que todos los Participantes del Plan tienen los siguientes derechos:

Recibir información sobre su Plan y beneficios

Usted tiene derecho de:

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

Continuación de la cobertura del plan médico de grupo

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

Usted también podría tener disponibles otras alternativas de cobertura médica aparte de COBRA que puede comprar a través del **mercado de seguros médicos**. El mercado ayuda a las personas que no tienen

cobertura médica a encontrar y a inscribirse en un plan médico, (residentes de California vean: www.coveredca.com. Las personas que no residan en California deben consultar su mercado de seguros médicos o visitar www.healthcare.gov).

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

Acciones prudentes por parte de los Fiduciarios del Plan

Además de definir los derechos de los Participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas y a las entidades que son responsables de la operación del Plan de beneficios para los empleados. Las personas y entidades que operan su Plan, llamadas "fiduciarios" del Plan, tienen la obligación de hacerlo prudentemente y en su interés y en interés de otros Participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, ni siquiera su empleador, Sindicato, ni ninguna otra persona, puede despedirle ni discriminarle de alguna manera para evitarle que obtenga un beneficio de bienestar o que ejerza sus derechos de acuerdo con ERISA.

Haga valer sus derechos

Si su reclamación para un beneficio de bienestar se deniega o ignora, total o parcialmente, usted tiene el derecho de: Saber por qué se denegó o ignoró la reclamación; obtener sin costo alguno copias de los documentos que se relacionan con la decisión; y apelar cualquier denegación, todo dentro de ciertos plazos. De acuerdo con ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer valer los derechos mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o el último informe anual del Plan y no lo recibe dentro de un plazo de 30 días, puede entablar un juicio en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podría requerir al Administrador del Plan que proporcione los materiales y le pagará hasta \$110 al día hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones que se encuentren fuera del control del Administrador del Plan.

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

Asistencia con sus preguntas

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

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

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

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

Reembolsos

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

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

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

Confidencialidad de la información médica

El Plan requiere proteger la confidencialidad de su información médica protegida en virtud de la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) y de las reglas impuestas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. La Notificación de las prácticas de confidencialidad del Plan, que se distribuye a todos los Participantes del Plan y a sus Dependientes cuando se vuelven elegibles por primera vez, explica qué información se considera "información médica protegida" (Protected Health Information, PHI). También le indica cuándo el Plan puede usar o divulgar esta información, cuándo se requiere su permiso o su autorización por escrito, cómo puede obtener acceso a su información, y las acciones que puede tomar referentes a su información. (Consulte la sección 8.10. de las Reglas y reglamentos que se encuentran impresos al final de esta SPD para obtener más información, incluida la definición de información médica protegida.)

Sus derechos en virtud de HIPAA incluyen el derecho de:

- Recibir comunicaciones confidenciales de su información médica protegida, según corresponda;
- ver y copiar su información médica;
- recibir una explicación de ciertas divulgaciones de su información médica;
- enmendar su información médica protegida, bajo ciertas circunstancias; y
- presentar una queja ante un funcionario de privacidad del Plan o ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos si considera que se han violado sus derechos bajo HIPAA.

Si necesita otra copia de la Notificación de las prácticas de confidencialidad del Plan, las notificaciones están disponibles en línea en www.carpenterfunds.com o comuníquese con la Oficina del Fondo.

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

**CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND
FOR CALIFORNIA**

**REGLAS Y REGLAMENTOS
PARA EMPLEADOS JUBILADOS**

**Enmendados y actualizados con fecha de vigencia del
1 de marzo de 2024 mediante la enmienda 62**

ARTÍCULO 1. DEFINICIONES

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

SECCIÓN 1.01. El término “**Plan de Empleados Activos**” significa las reglas y los reglamentos que rigen el Plan para los Participantes activos.

SECCIÓN 1.02. Para los Servicios de Emergencia y los servicios que no sean de emergencia brindados por Proveedores no Participantes en instalaciones Participantes, y los servicios de ambulancia por aire, el Cargo Permitido es la Cantidad Reconocida. Para todos los demás servicios, el término “**Cargo Permitido**” significa la cantidad menor entre:

- a. La cantidad en dólares que este Fondo ha determinado permitir por los servicios o suministros Médicamente Necesarios cubiertos proporcionados por Proveedores no Participantes. La cantidad del Cargo Permitido del Fondo no se basa en, ni tiene la intención de reflejar las tarifas que sean o puedan ser descritas como usuales y acostumbradas (usual and customary, U&C), usuales, acostumbradas y razonables (usual, customary and reasonable, UCR), prevalentes, o cualquier término similar. Un cargo facturado por un proveedor podría exceder el Cargo Permitido por el Fondo. El Fondo se reserva el derecho de que una compañía independiente de revisión médica revise la cantidad facturada de una reclamación para asistir en la determinación de la cantidad que el Fondo permitirá en las reclamaciones presentadas. Cuando se utilizan los servicios de Proveedores no Participantes, la Persona Elegible es responsable de pagar cualquier diferencia entre el cargo de hecho facturado y el cargo máximo permitido por el Fondo, además de cualquier Copago y porcentaje del Coseguro que el Plan requiera.
- b. El cargo de hecho facturado por el proveedor.
- c. El Fondo ha adoptado una estrategia de reembolso basada en Medicare para los Hospitales no Participantes, las Instalaciones no Participantes y otros Proveedores no Participantes, en la que la cantidad máxima pagadera por este Plan es un porcentaje de la cantidad que hubiera sido pagadera según los pagos permitidos por Medicare. El Plan limita los servicios Médicamente Necesarios para *Pacientes externos* de Proveedores no Participantes que no estén registrados con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) a un Cargo Permitido máximo de \$200 por cita, sujeto al Deducible y al Coseguro de Proveedores no Participantes. Los beneficios pagados por servicios a *Pacientes internos* brindados por un Proveedor no Participante se basan en un porcentaje de la tarifa de ese proveedor registrada en CMS; no habrá beneficios disponibles por los servicios a Pacientes internos brindados por un Proveedor no Participante que no esté registrado en CMS.

SECCIÓN 1.03. El término “**Servicios Complementarios**” significa, con respecto a una instalación médica contratada:

- a. Los artículos y servicios relacionados con medicina de emergencia, anestesiología, patología, radiología y neonatología, ya sea proporcionados por un Médico o proporcionados por un profesional que no sea un Médico.
- b. Los artículos y servicios proporcionados por asociados quirúrgicos, hospitalistas e intensivistas;
- c. Servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de radiología y laboratorio; y
- d. Los artículos y servicios proporcionados por un Proveedor no Participante si no hay un Proveedor Participante que pueda proporcionar tales artículos y servicios en tal instalación.

SECCIÓN 1.04. El término “**Junta**” significa la Junta de Fideicomisarios establecida mediante el Acuerdo del Fideicomiso.

SECCIÓN 1.05. El término **“Industria de Obras y Construcción”** se define ampliamente como toda la construcción de edificios y toda la construcción pesada, de carreteras y de ingeniería, incluidos pero sin limitarse a la construcción, erección, alteración, reparación, modificación, demolición, adición o mejoramiento total o parcial de cualquier edificio, estructura, calle (incluidas aceras, cunetas y alcantarillas), autopistas, puentes, viaductos, vías férreas, túneles, aeropuertos, sistemas de abastecimiento de agua, de irrigación, de control de inundaciones y de drenaje, proyectos de alcantarillado y recolección de residuos, presas, centrales eléctricas, refinerías, acueductos, canales, proyectos fluviales y de puertos, embarcaderos, muelles, rompeolas, diques, canteras de rocas de rompeolas o de escollera, o cualquier otra operación relacionada con tal trabajo de construcción. Esto incluye trabajo de renovación, de mantenimiento, carpintería mecánica o fabricación o reparación de gabinetes o muebles o la instalación de todo tipo de sistemas modulares o cualquier otro material prefabricado realizado por cualquier empleador público o privado.

SECCIÓN 1.06. El término **“Quiropráctico”** significa un profesional con licencia que se especializa en el tratamiento y la restauración no quirúrgicos del funcionamiento normal del aparato locomotor y del sistema nervioso mediante la manipulación y el tratamiento de las estructuras del cuerpo humano, especialmente aquellas de la columna vertebral.

SECCIÓN 1.07. El término **“Coseguro”** significa la porción de gastos elegibles que la persona cubierta tiene la responsabilidad financiera de pagar. Las cantidades del Coseguro se abordan en el artículo 3.

SECCIÓN 1.08. El término **“Máximo del Coseguro”** significa la cantidad máxima de Coseguro que cada persona o familia cubierta es responsable de pagar durante un año calendario antes de que el Coseguro requerido por el Plan deje de aplicar (para la mayoría, pero no para todos los servicios). Cuando se alcanza el Máximo del Coseguro, el Plan pagará un 100 % del Coseguro adicional relacionado con la mayoría de los Gastos Cubiertos durante el resto del año calendario. No hay un Máximo del Coseguro por los gastos incurridos con Proveedores no Participantes.

SECCIÓN 1.09. El término **“Revisión Concurrente”** significa el proceso mediante el cual la Organización de Revisión Profesional (Professional Review Organization, PRO), bajo contrato con el Fondo, determina el número de días autorizados que se consideran Médicamente Necesarios y que son elegibles para recibir la cobertura con los beneficios íntegros de acuerdo con los términos del Plan una vez que una Persona Elegible haya sido internada en un Hospital.

SECCIÓN 1.10. El término **“Paciente con Atención Continua”** significa una persona que, con respecto al proveedor o a la instalación:

- a. está recibiendo un curso de tratamiento por una Afección Grave y Compleja por parte del proveedor o de la instalación;
- b. está recibiendo un ciclo de atención institucional o como Paciente interno del proveedor o de la instalación;
- c. está programado para someterse a una cirugía no electiva llevada a cabo por el proveedor, incluida la atención postoperatoria por parte de tal proveedor o instalación relacionada con dicha cirugía;
- d. está embarazada y está recibiendo del proveedor o de la instalación un ciclo de tratamiento relacionado con el embarazo; o
- e. se determina o se determinó que tiene una Enfermedad terminal (según la sección 1861(dd)(3)(A) de la Ley del Seguro Social) y está recibiendo tratamiento para tal Enfermedad de parte tal proveedor o instalación.

SECCIÓN 1.11. El término **“Hospital Participante”** significa un Hospital que tiene un contrato con la Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) del Fondo.

SECCIÓN 1.12. El término "**Institución Participante**" significa una institución de atención médica o una institución de tratamiento del abuso de sustancias que tiene un contrato con la Organización de Proveedores Preferidos del Fondo.

SECCIÓN 1.13. El término "**Médico Participante**" o "**Proveedor Participante**" significa un Médico u otro proveedor médico que tiene un contrato con la Organización de Proveedores Preferidos del Fondo.

SECCIÓN 1.14. El término "**Empleador Contribuyente**" significa un empleador que, de acuerdo con un contrato de negociación colectiva con el Sindicato o según un acuerdo del subscriptor, requiere hacer contribuciones al Fondo, o quien de hecho hace una o más contribuciones al Fondo en nombre de sus empleados.

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

SECCIÓN 1.15. El término "**Emergencia Nacional por el COVID-19**" significa el periodo de emergencia que el presidente de Estados Unidos declaró el 13 de marzo 2020 y renovó el 18 de febrero de 2022, para abordar la pandemia de la Enfermedad por coronavirus de 2019.

SECCIÓN 1.16. El término "**Copago**" significa la cantidad que la Persona Elegible requiere pagar por un servicio o Medicamento antes de que se paguen los beneficios del Plan.

SECCIÓN 1.17. El término "**Gasto(s) Cubierto(s)**" significa solo aquellos cargos que son cargos permitidos bajo el Plan y que se hacen por atención y tratamiento Medicamento Necesarios de una Enfermedad o Lesión no relacionada con el trabajo, excepto que ciertos servicios preventivos de rutina son Gastos Cubiertos cuando así lo estipula específicamente el Plan. Los Gastos Cubiertos incluyen solo aquellos cargos en los que incurre una Persona Elegible mientras tiene derecho a recibir los beneficios de este Plan. En ningún caso un Gasto Cubierto excederá ni el Cargo Permitido por un servicio proporcionado por un Proveedor no Participante, ni, en el caso de un Proveedor Participante, la tarifa contractual por el servicio bajo un acuerdo de proveedores preferidos.

SECCIÓN 1.18. El término "**Participación de Costos**" significa la cantidad que el Participante o el Dependiente es responsable de pagar por un artículo o servicio cubierto, según los términos del Plan. La Participación de Costos por lo general incluye Copagos, Coseguro y las cantidades pagadas para los deducibles, pero no incluye cantidades pagadas para las primas, la facturación del saldo por Proveedores no Participantes ni el costo de los artículos o servicios que no están cubiertos por el Plan. La cantidad de la Participación de Costos por Servicios de Emergencia y servicios que no son de emergencia en instalaciones Participantes brindados por Proveedores no Participantes, y los servicios de ambulancia por aire de Proveedores no Participantes se basará en la Cantidad Reconocida.

SECCIÓN 1.19. El término "**Deducible**" significa la cantidad de los gastos médicos elegibles que usted es responsable de pagar antes de que el Plan comience a pagar beneficios. Un Deducible individual aplica a una persona individual, mientras que el Deducible familiar aplica a todos los miembros de la familia que

están cubiertos por el Plan. Todo lo que se paga por el Deducible individual cuenta para el Deducible familiar. La cantidad de los deducibles se cubre en la SECCIÓN 3.01.

SECCIÓN 1.20. El término **“Dentista”** significa un Dentista con licencia para practicar odontología en el estado en el cual proporciona el tratamiento.

SECCIÓN 1.21. El término **“Dependiente”** significa:

- a. El Cónyuge legal o la Pareja de Hecho calificado del Empleado Jubilado.
- b. Un hijo que es:
 - (1) el hijo biológico, hijastro, niño legalmente adoptado por el Participante, o un hijo del Participante que requiere tener la cobertura en virtud de una orden de manutención médica infantil calificada (Qualified Medical Child Support Order), que sea menor de 26 años de edad, ya sea casado o soltero. Los hijos adoptivos son elegibles bajo el Plan cuando se colocan para adopción;
 - (2) un hijo soltero del que el Participante haya sido nombrado tutor legal, suponiendo que el niño sea menor de 19 años y se considere Dependiente del Participante para los fines de la declaración de impuestos federales sobre el ingreso;
 - (3) un hijo soltero de la Pareja de Hecho Calificada del Jubilado, suponiendo que el niño sea menor de 19 años y que sea principalmente Dependiente del Jubilado para su manutención financiera;
 - (4) un hijo soltero elegible en virtud del párrafo (2) o del párrafo (3) que tenga 19 pero menos de 23 años de edad y sea estudiante de tiempo completo en una institución educativa acreditada, siempre y cuando el hijo cumpla los requisitos del párrafo (2) o del párrafo (3) anteriores.
 - (5) un hijo soltero del Jubilado (o del Cónyuge o Pareja de Hecho Calificada del Jubilado), de cualquier edad, que no puede ganarse la vida debido a una incapacidad física o mental, suponiendo que el hijo estaba incapacitado y era elegible como Dependiente en este Plan antes de cumplir la Edad Limitante descrita en los párrafos (1), (2), (3) o (4) anteriores, y siempre y cuando el hijo sea Dependiente principalmente del Jubilado para su manutención financiera.
- c. De acuerdo con la sección 609(a) de ERISA, este Plan proporcionará cobertura para el hijo de un Jubilado si así lo requiere una orden de manutención médica infantil calificada, incluida una orden nacional de manutención médica. Una orden de manutención médica infantil o una orden nacional de asistencia médica calificada sustituirá cualquier requisito en la definición de Dependiente del Plan, que se indica arriba.

SECCIÓN 1.22. El término **“Pareja de Hecho”** significa:

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

SECCIÓN 1.23. El término **“Medicamentos”** significa cualquier artículo que se pueda surtir legalmente, según lo dispone la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, incluida cualquiera de sus enmiendas, solo con la receta escrita o verbal de un Médico o un Dentista con licencia legal para administrarlo.

SECCIÓN 1.24. El término **“Elegible para Medicare”** significa que la Persona Elegible tiene derecho a la Parte A de Medicare sin pagar las primas mensuales a la Administración del Seguro Social y que tiene derecho a la Parte B de Medicare independientemente de si la Persona Elegible ha calificado o no para recibir los beneficios de la Parte B de Medicare ya sea mediante la Inscripción o mediante otro procedimiento disponible para tal persona.

SECCIÓN 1.25. El término **"Persona Elegible"** significa cada Empleado Jubilado y cada uno de sus Dependientes elegibles, si los tiene.

SECCIÓN 1.26. El término **“Afección de Emergencia”** significa una afección, incluida una afección mental o un trastorno de farmacodependencia, que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso) que una persona normal prudente que posea conocimientos medios de salud y medicina pudiera razonablemente esperar que la ausencia de tal atención médica inmediata daría como resultado un deterioro grave de las funciones orgánicas, disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal, o que arriesgue gravemente la salud de una mujer, o en el caso de una mujer embarazada, a su hijo no nacido.

SECCIÓN 1.27. El término **“Servicios de Emergencia”** significa lo siguiente:

- (1) Un examen médico apropiado (como se requiere en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social) que esté dentro de la capacidad de un departamento de emergencia de un Hospital o de un departamento de emergencia autónomo independiente, según corresponda, incluidos Servicios Complementarios rutinariamente disponibles en el departamento de emergencia para evaluar tal Afección de Emergencia; y
- (2) Dentro de las capacidades del personal y de las instalaciones disponibles en el Hospital o en el departamento de emergencia autónomo independiente, según sea aplicable, tal examen médico y tratamiento médico como lo requiere la sección 1867 de la Ley del Seguro Social para estabilizar al Paciente (independientemente del departamento del Hospital en el que se suministre tal examen o tratamiento adicional).

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

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

SECCIÓN 1.28. El término **“Inscripción”** significa el proceso de rellenar y presentar un formulario de Inscripción indicando que el Participante solicita la cobertura del Plan. Para inscribirse en el Plan, una persona debe solicitarlo por escrito en un formulario prescrito por la Junta y presentar la documentación que requiera la Junta. Véase la SECCIÓN 2.03.

SECCIÓN 1.29. Los términos **“Experimental”** o **“En Investigación”** significan un Medicamento o dispositivo, un tratamiento o procedimiento médico, si:

- a. El Medicamento o dispositivo no se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos y si no se ha otorgado la aprobación para su comercialización en el momento que se suministra el Medicamento o el dispositivo; o
- b. El Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento informado del Paciente utilizado con el Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la instalación que proporciona el tratamiento o por otra entidad con funciones similares, o si la ley federal requiere tal revisión o aprobación; o
- c. La **“Evidencia Confiable”** demuestra que el Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico está sujeto a ensayos clínicos en fase I o fase II en curso, que es la rama investigativa, Experimental, de estudio o de Investigación de ensayos clínicos en fase III en curso, o que de otra manera se encuentra bajo estudio para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico; o
- d. La **“Evidencia Confiable”** muestra que la opinión prevalente entre los expertos con respecto al Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que se necesitan estudios o ensayos clínicos adicionales para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Para los propósitos de esta definición, **“Evidencia Confiable”** significa solo informes y artículos publicados en documentos médicos y científicos acreditados revisados por colegas; el protocolo o protocolos escritos usados por la institución que brinda el tratamiento, o el protocolo o protocolos de otra institución que esté estudiando substancialmente el mismo Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado escrito usado por la instalación encargada del tratamiento o por otra instalación que está estudiando substancialmente el mismo Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

SECCIÓN 1.30. El término **“Institución de Cuidado Extendido”** o **“Institución de Enfermería Especializada”** significa una institución según se define en la sección 1861(j) de la Ley de Seguro Social.

SECCIÓN 1.31. El término **“Fondo”** significa el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Carpinteros de California (Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California).

SECCIÓN 1.32. El término **“Plan de Grupo”** significa cualquier plan que proporcione beneficios del tipo que este Plan proporciona, y que está apoyado total o parcialmente por los pagos del empleador.

SECCIÓN 1.33. El término **“Instalación de Atención Médica”** (para servicios que no son de emergencia) significa cada uno de lo siguiente:

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

SECCIÓN 1.34. El término **“Agencia de Atención Médica en el Hogar”** significa un proveedor de atención médica en el hogar que, según las leyes estatales o locales, tiene licencia para proporcionar servicios de enfermería especializada y otros servicios mediante visitas al hogar de la Persona Elegible, y que Medicare reconoce como proveedor.

SECCIÓN 1.35. El término **“Instalación de Enfermos Terminales”** significa una instalación o un servicio médico que proporciona atención médica y servicios de apoyo, tales como asesoramiento, a las personas que padecen Enfermedades terminales y a su familia.

SECCIÓN 1.36. El término **"Hospital"** significa cualquier Hospital de atención de Enfermedades agudas que tiene licencia de acuerdo con cualquier ley estatal aplicable, y que debe proporcionar: (1) atención a Pacientes internos las 24 horas, y (2) los siguientes servicios básicos en las instalaciones: servicios médicos, quirúrgicos, de anestesia, de laboratorio, de radiología, de farmacia y servicios dietéticos. Un Hospital puede incluir instalaciones de tratamiento mental, del sistema nervioso o de farmacodependencia que tienen licencia y que operan de acuerdo con las leyes estatales. El requisito de que un Hospital debe proporcionar servicios quirúrgicos, de anestesia y/o de radiología, no aplica a las instalaciones de tratamiento mental, del sistema nervioso o de farmacodependencia.

SECCIÓN 1.37. El término **“Enfermedad(es)”** significa un trastorno, infección o Enfermedad corporal y todos los síntomas relacionados y afecciones recurrentes que resulten de las mismas causas.

SECCIÓN 1.38. El término **“Departamento de Emergencia Autónomo Independiente”** significa una Instalación de Atención Médica (sin limitarse a las que se describen en la definición de Instalación de Atención Médica) que está geográficamente separada y es distinta de un Hospital bajo la ley estatal aplicable y que proporciona Servicios de Emergencia.

SECCIÓN 1.39. El término **"Lesión"** significa un daño físico sufrido como resultado directo de un accidente, ocasionado únicamente a través de medios externos, y todos los síntomas relacionados y afecciones recurrentes que resulten del mismo accidente.

SECCIÓN 1.40. El término **“Farmacéutico con Licencia”** significa una persona que tiene licencia para practicar farmacia otorgada por una autoridad gubernamental que tenga jurisdicción sobre el otorgamiento de licencias y la práctica en el campo de la farmacia.

SECCIÓN 1.41. El término **“Edad Limitante”** significa la edad a la cual el hijo pierde el estatus de elegibilidad según se define en la SECCIÓN 1.21.

SECCIÓN 1.42. El término **"Medicare"** significa los beneficios proporcionados bajo el Título XVIII de las enmiendas de 1965 de la Ley de Seguridad Social.

SECCIÓN 1.43. El término **“Médicamente Necesario”** con respecto a los servicios y suministros recibidos para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión significan aquellos servicios o suministros que se determina que:

- a. Son apropiados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento de la Enfermedad o Lesión;
- b. Son proporcionados para el diagnóstico o el cuidado y tratamiento directos de la Enfermedad o Lesión;
- c. Se encuentran dentro de las normas de las buenas prácticas médicas de la comunidad médica organizada;
- d. No son principalmente para la comodidad o conveniencia personal del Paciente, la familia del Paciente, cualquier persona encargada del cuidado del Paciente, cualquier Médico u otro profesional de atención médica o cualquier Hospital o Instalación de Atención Médica especializada. El hecho de que un Médico pueda proporcionar, ordenar, recomendar o aprobar un servicio o suministro no significa que el servicio o suministro se considerará Médicamente Necesario para la cobertura médica proporcionada por el Plan; y

- e. El suministro o el nivel de servicio más apropiado que se pueda proporcionar de manera segura. En caso de internación en el Hospital, esto significa que se necesita atención aguda como Paciente confinado en cama debido a la clase de servicios que el Paciente está recibiendo o la gravedad de la condición del Paciente, y que no puede recibir atención segura y adecuada como Paciente externo ni en un ambiente médico menos intenso.

SECCIÓN 1.44. El término **“Ley contra Facturación Inesperada”** significa la ley federal contra la facturación inesperada (Ley pública 116-260, División BB).

SECCIÓN 1.45. El término **“Instalación de Emergencia no Participante”** significa el departamento de emergencia de un Hospital, o un departamento de emergencia autónomo independiente (o un Hospital, con respecto a Servicios de Emergencia como se definen), que no tiene una relación contractual directa ni indirecta con un plan médico de grupo o cobertura de un seguro médico de grupo ofrecida por una aseguradora médica, con respecto al suministro de un artículo o servicio bajo el Plan o la cobertura, respectivamente.

SECCIÓN 1.46. El término **“Hospital no Participante”** significa un Hospital que no tiene un contrato con la Organización de Proveedores Preferidos del Fondo.

SECCIÓN 1.47. El término **“Institución no Participante”** significa una institución de atención médica o una institución de tratamiento del abuso de sustancias que no tiene un contrato con la Organización de Proveedores Preferidos (PPO) del Fondo.

SECCIÓN 1.48. El término **“Proveedor no Participante”** significa un proveedor médico que no tiene una relación contractual directa ni indirecta con el Plan con respecto al suministro de un artículo o servicio bajo el Plan o la cobertura, respectivamente.

SECCIÓN 1.49. El término **“Tarifa fuera de la Red”** con respecto a artículos y servicios proporcionados por un Proveedor no Participante, una instalación de emergencia fuera de la red o un Proveedor no Participante de servicios de ambulancia, significa uno de los siguientes:

- a. la cantidad que las partes negocian;
- b. la cantidad aprobada en un proceso independiente de resolución de disputas (independent dispute resolution, IDR);
- c. si el estado tiene un acuerdo del modelo para todos los pagadores, la cantidad que el estado aprueba bajo ese sistema; o
- d. si corresponde, si una ley estatal es vigente y aplica, la cantidad determinada de acuerdo con dicha ley.
- e. la cantidad permitida como se describe en la SECCIÓN 1.02.

SECCIÓN 1.50. El término **“Participante”** significa cualquier persona que cumple los requisitos de elegibilidad del Fondo, pero no como Dependiente.

SECCIÓN 1.51. El término **“Paciente”** significa la Persona Elegible que está recibiendo tratamiento, servicios o suministros médicos cubiertos por el Plan.

SECCIÓN 1.52. El término **“Médico”** significa un Médico o cirujano (M.D.), un Médico en osteopatía (D.O.) o un Dentista (D.D.S. o D.M.D.) con licencia para practicar medicina en el estado en el que practica.

SECCIÓN 1.53. El término **“Plan”** significa las reglas y los reglamentos del Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Carpinteros de California, incluida cualquier enmienda.

SECCIÓN 1.54. El término **“Año del Plan”** significa del 1 de septiembre de cualquier año al 31 de agosto del año siguiente.

SECCIÓN 1.55. El término **“Podiatra”** significa un proveedor médico que se especializa en Enfermedades, Lesiones y cirugía de los pies y que tiene licencia como doctor en medicina podiátrica (Doctor of Podiatric Medicine, DPM) en el estado en el que brinda los servicios.

SECCIÓN 1.56. El término **“Revisión antes de la Internación”** y **“Certificación antes de la Internación”** significa el proceso mediante el cual la Organización de Revisión Profesional (Professional Review Organization, PRO) determina la necesidad médica de la internación electiva de una Persona Elegible en un Hospital, y si es médicamente necesaria, el número de días preautorizados en el Hospital elegibles para recibir la cobertura de beneficios de acuerdo con los términos del Plan. La Certificación antes de la Internación de la PRO incluye los procedimientos ambulatorios indicados en la sección 3.04.b. con el fin de determinar la necesidad médica de un procedimiento quirúrgico elegible para la cobertura de los beneficios según los términos del Plan.

SECCIÓN 1.57. El término **“Organización de Proveedores Preferidos”** (Preferred Provider Organization, PPO) significa la entidad bajo contrato con el Fondo que es responsable de negociar contratos con Hospitales, médicos, instalaciones y otros proveedores de atención médica que acuerdan proporcionar servicios de hospitalización y médicos a las Personas Elegibles con base en tarifas negociadas. El Participante o el Dependiente puede encontrar una lista gratuita de proveedores Participantes visitando el sitio web o llamando al número telefónico que aparece en la tarjeta de identificación. Si el Participante o el Dependiente obtiene y usa información incorrecta sobre si un proveedor tiene un contrato con el Plan o con sus administradores, el Plan aplicará el costo compartido del contrato a su reclamación, aunque el proveedor no sea un Proveedor Participante.

SECCIÓN 1.58. El término **“Plan Médico Prepagado”** significa una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) con la cual el Fondo ha establecido un acuerdo para proporcionar beneficios de salud a las Personas Elegibles que opten por obtener cobertura bajo tal Plan Médico Prepagado.

SECCIÓN 1.59. El término **“Organización de Revisión Profesional”** (Professional Review Organization, PRO) u **“Organización de Revisión”** (Review Organization) significa una organización bajo contrato con el Fondo, que es responsable de determinar si la internación de una Persona Elegible en un Hospital es médicamente necesaria o si el procedimiento ambulatorio indicado en la SECCIÓN 3.04.b. es Médicamente Necesario.

SECCIÓN 1.60. El término **“Cantidad Calificada del Pago”** (Qualifying Payment Amount, QPA) significa la cantidad que se calcula usando la metodología que se describe en 45 CFR § 149.140(a)(16).

SECCIÓN 1.61. El término **“Cantidad Reconocida”** significa (en orden de prioridad) una de las siguientes cantidades:

- a. Una cantidad determinada por el Acuerdo del modelo para todos los pagadores según la sección 1115A de la Ley del Seguro Social;
- b. Una cantidad determinada por una ley estatal específica; o
- c. La cantidad menor entre la facturada por el proveedor o la instalación, y la Cantidad Calificada del Pago (QPA).

Para los servicios de ambulancia por aire proporcionados por Proveedores no Participantes, la **Cantidad Reconocida** es la cantidad menor entre la facturada por el proveedor o la instalación y la Cantidad Calificada del Pago (QPA).

SECCIÓN 1.62. El término **“Empleado Jubilado”** o **“Jubilado”** significa cada persona que cumpla con las reglas de elegibilidad de la Sección 2.01.a.

SECCIÓN 1.63. El término **“Afección Grave y Compleja”** significa, con respecto al Participante o al Dependiente bajo el Plan, uno de lo siguiente:

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

SECCIÓN 1.64. El término "**Cónyuge**", siempre que aparezca en este Plan, significará el Cónyuge legal, o la Pareja de Hecho calificado del Empleado Jubilado.

SECCIÓN 1.65. En el contexto de continuidad de la atención, el término "**Terminación**" incluye, con respecto a un contrato, el vencimiento o la no renovación del contrato, pero no incluye una terminación del contrato por no cumplir las normas de calidad aplicables o por fraude.

SECCIÓN 1.66. El término "**Acuerdo del Fideicomiso**" significa el Acuerdo del Fideicomiso que establece el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Carpinteros de California con fecha del 4 de marzo de 1953, incluida cualquier enmienda, extensión o renovación.

SECCIÓN 1.67. El término "**Sindicato**" significa la Junta de la Conferencia de Carpinteros de los 46 Condados del Norte de California o uno de sus sindicatos afiliados.

SECCIÓN 1.68. El término "**Programa de Utilización de la Revisión**" (Utilization Review, UR) significa un programa mediante el cual una Persona Elegible que esté programada para una internación hospitalaria electiva que no sea de emergencia, debe obtener una Revisión antes de la Internación y una Revisión Concurrente de la Organización de Revisión Profesional bajo contrato con el Fondo respecto a la necesidad médica de tal internación para poder recibir la cobertura íntegra de los beneficios, por los Gastos Cubiertos incurridos como resultado de dicha internación en el Hospital. En el caso de internaciones de emergencia, la revisión se debe obtener retroactivamente.

ARTÍCULO 2. ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR BENEFICIOS

SECCIÓN 2.01. Reglas de elegibilidad.

a. **Determinación y mantenimiento de la elegibilidad.** Una persona será elegible como Jubilado si cumple cada uno de los siguientes requisitos especificados en las subsecciones (1) a (6) de abajo:

(1) Diez créditos de elegibilidad completos, con base en las horas de trabajo o las horas de servicio militar calificado acreditadas bajo la SECCIÓN 1.21 o la SECCIÓN 6.04.b.(1) de las reglas y los reglamentos del Plan de Pensiones, con vigencia el 1.º de junio de 2012, para el Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California, con fecha de vigencia para las jubilaciones del 1 de enero de 2015 o después de esta fecha.

(a) Diez créditos de elegibilidad completos, con base en las horas de trabajo o en el servicio militar calificado. Él o ella está recibiendo una pensión de un plan relacionado que se basa en 10 o más años de crédito de elegibilidad, con base en las horas de trabajo o en el servicio militar calificado. Para satisfacer esta disposición de 10 años de créditos de elegibilidad, las horas calificantes se pueden usar de cualquiera de los siguientes planes relacionados:

- (i) Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California
- (ii) Plan para el Personal de la Oficina Administrativa del Fondo de Carpinteros (Carpenter Funds Administrative Office Staff Plan)
- (iii) Cualquier Plan de la Organización Sindical de Torneros (Lathers Plan) consolidado con Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California
- (iv) Sindicato Internacional de Empleados Profesionales y de Oficina (Office and Professional Employee International Union, OPEIU) 3 o 29 (si el servicio fue prestado para un Empleador Contribuyente)
- (v) Plan de Pensiones de Carpinteros Industriales (Industrial Carpenters Pension Plan)
- (vi) Cualquier plan de pensiones cuando así sea requerido por un acuerdo de negociación colectiva y/o memorando de entendimiento negociado por la Junta de la Conferencia de Carpinteros de los 46 Condados del Norte de California y/o por cualquiera de sus afiliadas; o

(b) Reciprocidad con el Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Carpinteros del Suroeste de California (Southwest California Carpenters Health and Welfare Trust). Un Jubilado que esté recibiendo una pensión por servicio del Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California que se basa en créditos de elegibilidad recíprocos del Fideicomiso de Pensiones de los Carpinteros del Suroeste pueden usar las horas trabajadas bajo el Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Carpinteros del Suroeste para cumplir con los requisitos de elegibilidad recientemente añadidos de este Fondo que se describen en las subsecciones 2.01.a.(2), (3) y (4).

Un Jubilado que cumpliera con estos requisitos de elegibilidad del Fondo que se describen en la SECCIÓN 2.01.a.(1)(a) y que no tenga créditos de elegibilidad del Plan de carpinteros del suroeste podría elegir esta cobertura de salud y bienestar para Jubilados del Fondo. Si el Empleado Jubilado elige cobertura bajo este Fondo, la cantidad requerida del pago por cuenta propia se basará en los años de servicio bajo este Fondo solamente, y no en los años

combinados de servicio de los dos fondos de fideicomiso;

- (2) En cada uno de los 2 años calendario inmediatamente precedentes al año calendario en el cual ocurre la fecha de vigencia de su pensión, trabajó al menos 300 horas en un empleo cubierto para un Empleador Contribuyente, tiempo durante el cual se requirieron pagar contribuciones al Plan A, Plan B o Plan R de los empleados activos (este requisito se le dispensará a un Empleado Jubilado que califique por primera vez para una pensión por servicio durante la Emergencia Nacional por el COVID-19 (con vigencia el 13 de marzo de 2020). Para los propósitos de esta estipulación, el requisito de 300 horas se puede satisfacer con:
 - (a) horas de créditos por incapacidad otorgadas en virtud de las disposiciones del Plan de Empleados Activos;
 - (b) horas de crédito por incapacidad otorgadas en virtud de las disposiciones del Fondo de Fideicomiso de Pensión para los Carpinteros del Norte de California; o
 - (c) horas trabajadas en el año de la jubilación, aunque no sea un año calendario completo.

Los párrafos (3) y (4) que se encuentran a continuación son vigentes para las jubilaciones que comiencen el 1 de enero de 2007 o después de esta fecha.

- (3) En 3 de los últimos 5 años calendario inmediatamente anteriores al año calendario en el que ocurrió la fecha de vigencia de la pensión, él trabajó al menos 400 horas por año en un empleo cubierto para un Empleador Contribuyente, tiempo durante el cual se requirió pagar contribuciones al Plan A, Plan B o Plan R de los empleados activos. Para los propósitos de esta disposición, el requisito de 400 horas se puede satisfacer contando las horas trabajadas en el año de la jubilación, aunque no sea un año calendario completo. Las horas de crédito por incapacidad no se pueden usar para cumplir con este requisito.
- (4) Él no trabajó ninguna hora de trabajo por un salario o con fines de lucro en la Industria de Obras y Construcción para una entidad que no sea un Empleador Contribuyente, o no es un empleador que contribuye a un plan relacionado signatario del Acuerdo Internacional Recíproco de los Fondos de Salud y Bienestar de Carpinteros, incluido un negocio propio, durante el año calendario en el que ocurrió la fecha de vigencia de su pensión y en cada uno de los 2 años calendario inmediatamente anteriores.
- (5) En el caso de un Empleado Jubilado al que se le dio una pensión por servicio del Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California con fecha de vigencia del 1 de septiembre de 2010, hasta el 31 de agosto de 2013, y cuyo último trabajo fue en un empleo cubierto para un Empleador Contribuyente, los requisitos de las “horas en un empleo cubierto” de la SECCIÓN 2.01.a.(2) y (3) se pueden cumplir con un comprobante de que estaba en la lista de “trabajadores sin trabajo” en un Sindicato local afiliado con la Junta de la Conferencia de Carpinteros de los 46 Condados del Norte de California.
- (6) Él hace los pagos por cuenta propia en la forma y de la manera que la Junta lo determine de vez en cuando.

- b. **Cuándo comienza la participación.** Excepto como se estipula 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 posterior al agotamiento de la elegibilidad proporcionada por su banco de horas bajo el Plan de Empleados Activos;
- (2) Si es aplicable, el primer día del mes posterior al agotamiento de la elegibilidad como empleado activo según se dispone en las disposiciones de la cobertura médica de continuación de las Secciones 601 y siguientes de la Ley de Seguridad de Ingreso en la

Jubilación, según enmiendas (COBRA); o

- (3) El Dependiente de un Empleado Jubilado se vuelve elegible en la fecha en la que el Empleado Jubilado es elegible; o, en el caso de un Dependiente nuevo como un Cónyuge, hijo biológico, niño legalmente adoptado o niño bajo tutela legal, en la fecha en la que el Empleado Jubilado adquiere al Dependiente nuevo, si es en una fecha posterior, siempre y cuando el Empleado Jubilado inscriba al Cónyuge nuevo dentro de los 60 días del matrimonio y al hijo Dependiente nuevo dentro de 60 días del nacimiento o de la adopción del niño o la fecha en que el Empleado Jubilado se convierta en el tutor legal del niño. Estas disposiciones están sujetas a que el Fondo reciba un formulario de Inscripción con toda la información requerida. Según los planes médicos prepagados del Fondo, la elegibilidad para los Dependientes se puede diferir sujeto a que el Plan Médico Prepagoado reciba un formulario de Inscripción rellenado. La elegibilidad de un Dependiente se puede diferir o quedar sujeta a terminación si el Participante no proporciona al Fondo toda la información del Dependiente que debe proporcionar de acuerdo con las leyes federales.
 - (4) La Pareja de Hecho de un Jubilado (incluidos, si corresponde, los hijos de la Pareja de Hecho) se vuelve elegible en la fecha en la que el Jubilado es elegible; o, en el caso de una Pareja de Hecho nueva (incluidos, si corresponde, los hijos de la Pareja de Hecho), el primer día del segundo mes posterior al mes de la Inscripción, la fecha en la que el Empleado Jubilado se inscribió, si es posterior, suponiendo que el Jubilado inscriba a la Pareja de Hecho nueva dentro de 60 días de la fecha de Inscripción

que se describe en la SECCIÓN 1.22. Esta disposición está sujeta a que el Fondo reciba un formulario de Inscripción con toda la información requerida. Según los planes médicos prepagados del Fondo, la elegibilidad de una Pareja de Hecho, y si corresponde, los hijos de la Pareja de Hecho, se pueden diferir sujeto a que el Plan Médico Prepagoado reciba un formulario de Inscripción rellenado. Una Pareja de Hecho, incluidos los hijos de la Pareja de Hecho, podrían diferir o quedar sujetos a terminación si el Participante no proporciona al Fondo toda la información de la Pareja de Hecho y los hijos de la Pareja de Hecho que se requiere proporcionar en virtud de la ley federal.
- c. **Estipulaciones sobre la Inscripción tardía.** No obstante las disposiciones de la SECCIÓN 2.01.b., un Jubilado puede diferir la Inscripción en el Plan para el Jubilado y/o sus Dependientes elegibles bajo cualquiera de las siguientes circunstancias:
- (1) El Empleado Jubilado se puede inscribir tardíamente debido a uno de los siguientes eventos:
 - (a) Medicare. Un Jubilado o Dependiente no Elegible para Medicare puede diferir la Inscripción en el Plan hasta que el Jubilado o el Dependiente se vuelva Elegible para Medicare. Sin embargo, para que un Dependiente sea inscrito en el Plan, el Empleado Jubilado también debe estar inscrito, excepto en el caso de un Cónyuge superviviente. El Jubilado o el Dependiente debe presentar una solicitud ante la Oficina del Fondo para inscribirse en el Plan dentro de 90 días a partir de que adquiere el derecho a la cobertura de Medicare, excepto que un Cónyuge que adquiere el derecho a la cobertura de Medicare antes del Empleado Jubilado se puede inscribir cuando el Empleado Jubilado se inscriba, independientemente de la fecha del derecho a Medicare del Cónyuge.
 - (b) Adquisición de un Dependiente nuevo. Si un Empleado Jubilado que no se inscribió en el Plan cuando se vuelve elegible inicialmente de acuerdo con la SECCIÓN 2.01.b subsiguientemente adquiere un nuevo Cónyuge o hijo(s) Dependiente(s) por nacimiento, adopción, colocación para adopción o tutoría legal, el Empleado Jubilado puede inscribirse el mismo e inscribir a su Cónyuge nuevo e hijo(s) Dependientes recién adquirido(s) en el Plan en un plazo máximo de 31 días después de la fecha en que adquiere al nuevo Dependiente. Sin embargo, para que el Empleado Jubilado se inscriba en el Plan, el

Dependiente o Dependientes recién adquiridos también se deben inscribir.

- (c) Medicaid o un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (CHIP). Un Empleado Jubilado que no se inscribió en la cobertura del Plan para empleados Jubilados o para Dependientes en la fecha en la que el Empleado Jubilado o el Dependiente se volvió elegible por primera vez, tendrá la oportunidad de solicitar la Inscripción en el Plan dentro de 60 días a partir de uno de los siguientes eventos:
 - i. la fecha en la que el Empleado Jubilado y/o el Dependiente pierde la elegibilidad para Medicaid, para un Programa Estatal de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), o para otro programa que no sea Medicare.
 - ii. La fecha en la que el Empleado Jubilado y/o el Dependiente se vuelven elegibles para participar en un programa de asistencia con las primas bajo Medicaid o bajo el Programa Estatal del Seguro Médico para Niños.
- (2) Si el Empleado Jubilado no se inscribió en la cobertura para Jubilados o Dependientes del Plan en la fecha en la que el Empleado Jubilado o el Dependiente se volvieron elegibles por primera vez debido a que el Empleado Jubilado o el Dependiente tenía otra cobertura médica.
 - (a) Si la otra cobertura estaba bajo otra póliza o programa de seguro médico (incluidos la cobertura de continuación COBRA o un seguro individual), en virtud de la Ley de Cuidado de la Salud de Bajo Precio o del mercado estatal, y el Empleado Jubilado o el Dependiente deja de estar cubierto por esa otra cobertura médica, el Empleado Jubilado y el Dependiente elegible podrían inscribirse en este Plan dentro de 31 días después de la terminación de la otra cobertura.
 - (b) Si la otra cobertura se termina debido a cualquiera de las razones especificadas en las subsecciones (i), (ii), (iii) o (iv) que aparecen abajo.
 - (i) La pérdida de la elegibilidad para la otra cobertura como resultado de la terminación del empleo o la reducción del número de horas de empleo, o fallecimiento, divorcio o separación legal;
 - (ii) La terminación de las contribuciones del empleador para la otra cobertura; o
 - (iii) Si la otra cobertura era una cobertura COBRA, el agotamiento de esa cobertura. La cobertura COBRA se agota cuando cesa por cualquier razón que no sea el incumplimiento del pago oportuno de la prima COBRA aplicable por parte de la persona.
 - (iv) En el caso de una cobertura ofrecida a través de una HMO, u otro tipo de arreglo, en el mercado individual o de grupo que no proporcione beneficios a las personas que ya no viven o trabajan en el área de servicio, la pérdida de la cobertura debido a que la persona ya no vive o trabaja en el área de servicio (sea o no por la preferencia de la persona) y, en el caso de la cobertura de grupo, no haya disponible otro paquete de beneficios.
- (3) Si un Jubilado y/o un Cónyuge Dependiente se inscribió en el Plan y subsiguientemente terminó la cobertura bajo el Fondo:
 - (a) Si la otra cobertura era del mercado de seguros médicos en virtud de la Ley de Cuidado de la Salud de Bajo Precio, un mercado estatal o un contrato de Medicare Advantage del empleador o del Fondo de Fideicomiso, el Empleado Jubilado y/o el

Cónyuge se pueden volver a inscribir en este Plan dentro de los 31 días a partir de la fecha en que termine la otra cobertura médica.

- (b) Si la otra cobertura era de un plan médico del empleador, el Empleado Jubilado y/o el Cónyuge se pueden volver a inscribir en este Plan dentro de los 31 días a partir de la fecha en que termine la otra cobertura médica, si la otra cobertura se terminó debido a:
 - (i) La pérdida de la elegibilidad para la otra cobertura como resultado de la terminación del empleo o la reducción del número de horas de empleo, o fallecimiento, divorcio o separación legal;
 - (ii) La terminación de las contribuciones del empleador para la otra cobertura.
- (4) En todos los casos de Inscripción tardía, para que un Dependiente se inscriba en el Plan, el Empleado Jubilado también debe estar inscrito, excepto en el caso de un Cónyuge superviviente.

d. Terminación de la elegibilidad.

- (1) La elegibilidad de un Jubilado terminará el último día de cualquier mes calendario en el cual el Jubilado incumpla los requisitos de la SECCIÓN 2.01.a.
- (2) La fecha en que el Empleado Jubilado deje de hacer los pagos por cuenta propia requeridos para la cobertura.
- (3) La elegibilidad del Dependiente de un Empleado Jubilado terminará en una de las siguientes fechas, la que ocurra primero:
 - (a) La fecha en que termine la elegibilidad del Empleado Jubilado;
 - (b) En la fecha en que ya no califique como Dependiente, excepto que la elegibilidad de los hijos biológicos, hijastros e hijos legalmente adoptados Dependientes terminará al final del mes en el que el Dependiente cumpla 26 años de edad; o
 - (c) la fecha en que el Empleado Jubilado deje de hacer los pagos por cuenta propia requeridos para la cobertura del Dependiente.
- (4) Un hijo Dependiente de 19 años de edad o más cuya elegibilidad se base en su estatus como estudiante continuará siendo elegible durante una ausencia escolar médicamente necesaria, sujeto a lo siguiente:
 - (a) La elegibilidad continuará hasta por 12 meses o hasta que de otra manera hubiese terminado bajo las reglas de elegibilidad del Fondo, lo que ocurra primero.
 - (b) La elegibilidad terminará antes de los 12 meses en la fecha que ya no exista la necesidad médica de la ausencia.
 - (c) El Dependiente o el Participante debe presentar documentación a la Oficina del Fondo, incluida una certificación del médico de la necesidad médica de la ausencia. Debe presentar este formulario de certificación en la Oficina del Fondo al menos 30 días antes de que se prevea la ausencia por razones médicas, o 30 días después del inicio del permiso de ausencia en cualquier otro caso.
 - (d) Si bajo esta disposición se extiende la elegibilidad de un niño que ya no es elegible para recibir cobertura médica libre de impuestos, es posible que se requiera que el Participante padre del Dependiente certifique por escrito ante el Fondo el estatus fiscal del niño.
- (5) En el caso del fallecimiento del Empleado Jubilado, su Cónyuge legal superviviente recibirá una única oportunidad de continuar la cobertura bajo una de las siguientes tres opciones:

- (a) En caso del fallecimiento de un Empleado Jubilado, excepto aquel que esté recibiendo una pensión por incapacidad (incluido aquel que reciba una pensión conjunta para el superviviente), que haya recibido beneficios de pensión durante menos de 60 meses, la elegibilidad del Cónyuge legal y los hijos Dependientes, si los tiene, continuará por el resto del periodo de 60 meses, siempre y cuando se haga el pago por cuenta propia aplicable, a menos que el Cónyuge se vuelva a casar antes de que terminen los pagos de la pensión, momento en el cual termina la cobertura; o
 - (b) En el evento del fallecimiento de un Empleado Jubilado que haya recibido una pensión por incapacidad o una pensión recíproca por incapacidad (incluso aquel que recibe una pensión conjunta para el superviviente), que haya recibido beneficios de pensión durante menos de 36 meses, el Cónyuge legal y los hijos Dependientes elegibles pueden continuar siendo elegibles durante el resto del periodo de 36 meses, siempre y cuando se haga el pago por cuenta propia requerido, a menos que el Cónyuge se vuelva a casar antes de que terminen los pagos de la pensión, momento en el cual termina la cobertura; o
 - (c) En el evento del fallecimiento de un Empleado Jubilado que estaba recibiendo una pensión conjunta para el superviviente, un Cónyuge superviviente puede continuar la elegibilidad solo para él/ella siempre y cuando se haga el pago por cuenta propia aplicable y con tal que el Cónyuge legal superviviente esté recibiendo el beneficio de una pensión mensual.
- (6) Un Empleado Jubilado que no sea Elegible para Medicare y que estaba cubierto bajo el Plan antes del 1 de junio de 1995 puede elegir terminar la cobertura. Al obtener la elegibilidad para recibir los beneficios de Medicare, un Empleado Jubilado se puede volver a inscribir en el Plan de acuerdo con la SECCIÓN 2.01.c.

e. Contratación en un empleo.

- (1) Un Empleado Jubilado que haya regresado a trabajar con un Empleador Contribuyente durante el periodo del 1 de julio al 31 de diciembre de 1998, continuará siendo elegible como Empleado Jubilado bajo el Plan. Cualquier autopago normalmente requerido para la cobertura de salud y bienestar del Empleado Jubilado
se dispensará cada mes que el Empleado Jubilado trabaje el número mínimo de horas que de otra manera le diesen derecho a la elegibilidad bajo el Plan de Empleados Activos.
- (2) Las disposiciones de la subsección e.(1) de arriba también aplicarán a cualquier Empleado Jubilado que haya regresado a trabajar con un Empleador Contribuyente durante el periodo del 1 de abril de 2001 al 31 de marzo de 2002.
- (3) Contratación en un empleo después del 1 de junio de 2009. Un Empleado Jubilado que esté recibiendo el pago de beneficios del Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California, y que a partir del 1 de junio de 2009 realice un tipo de trabajo por el cual se requiera hacer contribuciones activas a este Fondo pero que no dé como resultado la suspensión del pago de los beneficios del Fondo de Fideicomiso para Pensiones de los Carpinteros del Norte de California, no establecerá elegibilidad bajo este Plan.

Sin embargo, si el Empleado Jubilado trabaja suficientes horas consecutivas que, en ausencia de esta regla, normalmente le permitirían tener derecho a la elegibilidad como empleado activo, se usará un 50 % de las contribuciones al Plan de salud y bienestar remitidas a este Plan en nombre del Empleado Jubilado para compensar las contribuciones que él hace a la cobertura médica para Jubilados. Tal compensación solo se otorgará para un 50% de las contribuciones hasta un máximo de 480 horas por año calendario.

Si la persona no es un Empleado Jubilado elegible en este Plan, o si el número de horas que trabajó es menor que el número requerido para ganar la elegibilidad bajo el Plan de Empleados Activos en ausencia de esta regla, no se acreditarán contribuciones de salud y bienestar en nombre de la persona.

SECCIÓN 2.02. Cobertura de continuación bajo COBRA. COBRA requiere que bajo circunstancias específicas, cuando termina la cobertura se debe ofrecer la extensión de ciertos beneficios del plan médico a los Dependientes de un Empleado Jubilado, si ellos realizan los pagos correspondientes. En la medida que COBRA aplique a cualquier Dependiente bajo este Plan, estos beneficios requeridos se ofrecerán de acuerdo con esta SECCIÓN 2.02.

- a. **General.** Los Dependientes que pierdan su elegibilidad bajo el Plan pueden continuar la cobertura del Plan de acuerdo con los términos de esta SECCIÓN 2.02. Este artículo tiene el propósito de cumplir con las disposiciones de COBRA respecto a la continuación de la atención médica. Estas disposiciones se incorporan al Plan como referencia y serán las que rigen en el evento de que surja un conflicto entre esas disposiciones y los términos de esta sección.
- b. **Cobertura de continuación.** Los Dependientes de los empleados Jubilados cuya elegibilidad termine pueden continuar la cobertura bajo COBRA a la ocurrencia de un evento que califica.

Un evento que califica se define como uno de los siguientes casos:

- (1) El fallecimiento del Empleado Jubilado;
 - (2) El divorcio del Empleado Jubilado de su Cónyuge Dependiente;
 - (3) La terminación del estado de Dependiente de un hijo Dependiente.
- c. **Beneficiario calificado.** Según la definición de COBRA, beneficiario calificado es una persona que pierde la cobertura por cualquiera de los eventos que califican mencionados anteriormente. Un niño nacido de, o puesto bajo adopción con un Empleado Jubilado durante el periodo de una cobertura de continuación COBRA será un beneficiario calificado.
 - d. **Adición de Dependientes nuevos.**
 - (1) Si mientras un beneficiario calificado está inscrito para recibir la cobertura de continuación COBRA, dicho beneficiario calificado se casa, tiene un hijo, recibe un niño para su adopción o asume la tutoría legal de un niño,

puede inscribir al Cónyuge o hijo nuevo para que reciba la cobertura por el resto del periodo de la cobertura de continuación COBRA haciéndolo en el lapso de 30 días después del nacimiento, matrimonio o colocación para adopción. La adición de un niño o un Cónyuge puede causar un incremento en la cantidad que se debe pagar por la cobertura de continuación COBRA.
 - (2) Cualquier beneficiario calificado puede añadir un Cónyuge o niño nuevo a su cobertura de continuación COBRA. Los únicos miembros de la familia recientemente añadidos que tienen los derechos de un beneficiario calificado son los hijos naturales o adoptados de un Empleado Jubilado o los hijos de quienes el Empleado Jubilado es el tutor legal.
 - e. **Duración de la cobertura.** Un beneficiario calificado cuya cobertura terminaría debido a un evento que califica puede elegir la cobertura de continuación por hasta 36 meses a partir de la fecha del evento que califica.

Los 36 meses de continuación de la cobertura dispuestos por este párrafo e. serán ajustados con cualquier cobertura extendida estipulada bajo la SECCIÓN 2.01.d.(5).

No obstante la duración máxima de la cobertura descrita en los párrafos anteriores, la cobertura de continuación de un beneficiario calificado terminará en una de las siguientes fechas, la que ocurra primero:

- (1) El Plan deja de proporcionar cobertura médica colectiva a todos los Empleados Jubilados cubiertos;
- (2) No se paga oportunamente la prima descrita en la Subsección h. de esta SECCIÓN 2.02;
- (3) El beneficiario calificado primero obtiene la cobertura médica después de la fecha de su elección COBRA, bajo otro Plan Colectivo que no excluye ni limita ninguna afección preexistente del beneficiario calificado; o
- (4) El beneficiario calificado adquiere los derechos a Medicare después de la fecha en la que seleccionó la cobertura de continuación de COBRA. Tener derecho a los beneficios de Medicare significa estar inscrito en la Parte A o en la Parte B de Medicare, lo que ocurra primero;

- f. **Procedimiento de elección.** Un beneficiario calificado debe elegir la cobertura de continuación en un lapso de 60 días a partir de una de las siguientes fechas, la que ocurra más tarde:

- (1) La fecha del evento que califica; o
- (2) La fecha de la notificación de la Oficina del Plan en la que se indica al beneficiario calificado que tiene derecho a la cobertura de continuación COBRA.

Cualquier elección por un beneficiario calificado que es un Cónyuge Dependiente con respecto a la cobertura de continuación para cualquier otro beneficiario calificado que perdería la cobertura según las reglas y los reglamentos del Plan como resultado del evento que califica será obligatoria. Sin embargo, cada persona que sea beneficiario calificado con respecto al evento que califica tiene un derecho independiente a elegir la cobertura COBRA. Si un Cónyuge Dependiente no elige la cobertura de continuación, se dará a cualquier otro beneficiario calificado un periodo de 60 días para elegir o rechazar la cobertura COBRA.

- g. **Tipos de beneficios que se proporcionan.** Un beneficiario calificado recibirá una cobertura de acuerdo con estas reglas y reglamentos que, en el momento que se proporciona la cobertura, es idéntica a la cobertura proporcionada a Dependientes o empleados Jubilados similarmente situados con respecto a los cuales no ha ocurrido un evento que califica. Un beneficiario calificado tendrá la opción de tomar solamente una "cobertura básica". La "cobertura básica" se refiere a los beneficios médicos que el beneficiario calificado estaba recibiendo inmediatamente antes del evento calificado *excepto* beneficios de atención de la vista.

- h. **Primas.**

- (1) Se cobrará a los beneficiarios calificados una prima por la cobertura de continuación, en las cantidades establecidas por la Junta de Fideicomisarios. La prima se pagará en cuotas mensuales.
- (2) Cualquier prima debida por la cobertura durante el periodo anterior a que se hiciera la elección se debe pagar en un lapso de 45 días a partir de la fecha en que el beneficiario calificado elija la cobertura de continuación.
- (3) Después del pago inicial de la prima, los pagos mensuales de la prima se deben hacer no después del primer día del mes para el cual se eligió la cobertura de continuación. Hay un periodo de gracia de 30 días para hacer los pagos mensuales de la prima. Si no se paga la cantidad vencida al final del periodo de gracia aplicable, se terminará su cobertura de continuación de COBRA. La Junta de Fideicomisarios puede extender la fecha de vencimiento del pago de la prima.

i. **Requisitos de notificación para los beneficiarios calificados.**

- (1) Un beneficiario calificado debe notificar por escrito a la Oficina del Fondo cualquier evento calificado a más tardar 60 días después de la fecha del evento que califica o de la fecha en que el beneficiario calificado perdería la cobertura como resultado del evento que califica.
- (2) La notificación por escrito debe incluir la siguiente información: el nombre del beneficiario calificado, el nombre y número de identificación del Empleado Jubilado, la naturaleza del evento que califica por el cual se proporciona la notificación, la fecha del evento que califica, copia de la disolución final del matrimonio, si el evento es un divorcio.
- (3) La notificación puede ser proporcionada por el Empleado Jubilado, el beneficiario calificado con respecto al evento que califica, o cualquier representante que actúe a nombre el Empleado Jubilado o del beneficiario calificado. La notificación recibida por una persona satisfará el requisito de notificación para todos los beneficiarios calificados afectados por el mismo evento que califica.
- (4) Si no se proporciona a la Oficina del Fondo una notificación por escrito de los eventos descritos en la subsección (1) que antecede, y dentro de los plazos requeridos, la persona no podrá obtener la cobertura de continuación COBRA.

j. **Requisitos de notificación del Fondo.**

- (1) No después de 60 días después de la fecha en que la Oficina del Fondo reciba esta notificación por escrito del beneficiario calificado, la Oficina del Fondo notificará por escrito al beneficiario calificado sus derechos a la cobertura de continuación.
- (2) La notificación por escrito del Plan enviada a un beneficiario calificado que sea un Cónyuge Dependiente se considerará una notificación para todos los demás beneficiarios calificados que residan con esta persona en el momento que se hace la notificación.
- (3) Es la responsabilidad del beneficiario calificado notificar a la Oficina del Fondo cualquier cambio de domicilio.

- k. **Periodo adicional de elección de la cobertura COBRA en caso de elegibilidad para los beneficios bajo la Ley de Asistencia para el Ajuste Comercial de 2002 (Trade Adjustment Assistance Act, TAA).** Un Participante que esté certificado por el Departamento de Trabajo de EE.UU. (U.S. Department of Labor, DOL) como elegible para recibir los beneficios de la Ley de Asistencia para el Ajuste Comercial de 2002, puede ser elegible para tener una nueva oportunidad de elegir la cobertura COBRA. Los beneficiarios calificados que no eligieron COBRA durante su periodo de elección, pero posteriormente el DOL les certifica para recibir beneficios bajo la Ley de Asistencia para el Ajuste Comercial, o que reciben una pensión administrada por Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC), pueden tener derecho a un periodo adicional de 60 días para elegir la cobertura COBRA, contado a partir del primer día del mes en el que se les certifica. Sin embargo, en ningún evento este beneficio permitiría a una persona elegir la cobertura COBRA más de 6 meses después de que se termine su cobertura bajo el Plan.

SECCIÓN 2.03. Elección de la cobertura.

- a. Cada Empleado Jubilado que se vuelva elegible tendrá la oportunidad de elegir la cobertura médica y de Medicamentos con receta proporcionada directamente por el Fondo, como se describe en estas reglas y reglamentos, o la cobertura que entonces se ofrezca en ese momento a través de cualquier Plan Médico Prepagado ofrecido por el Fondo. Un Empleado Jubilado debe vivir dentro del área de servicio del plan prepagado para poder inscribirse en ese plan. La cobertura seleccionada por el Empleado Jubilado aplicará a cualquier Dependiente elegible del Empleado Jubilado.

- b. Cambios en la cobertura. Los empleados Jubilados y sus Dependientes deben permanecer en el Plan seleccionado durante un mínimo de 12 meses, a menos que el Empleado Jubilado se mude fuera del área de servicio del plan prepagado o que la Junta de Fideicomisarios apruebe un cambio. Cualquier cambio de planes entrará en vigencia el primer día del segundo mes calendario posterior a la fecha en que el Fondo reciba el formulario de Inscripción, o la fecha en que un plan prepagado confirme la Inscripción o la cancelación de la Inscripción en un plan Medical Risk, lo que ocurra después.

ARTÍCULO 3. BENEFICIOS DEL PLAN MÉDICO DE INDEMNIZACIÓN PARA JUBILADOS Y DEPENDIENTES SIN DERECHO A MEDICARE

Los beneficios que se describen en este artículo son pagaderos por los Gastos Cubiertos en los que incurra una Persona Elegible para el tratamiento Médicamente Necesario de una Enfermedad o Lesión no relacionada con el trabajo y los servicios preventivos específicamente cubiertos por el Plan. Un gasto es incurrido en la fecha en que la Persona Elegible recibe el servicio o suministro por el cual se hace el cargo. Estos beneficios están sujetos a todas las disposiciones del Plan, que pueden limitar los beneficios o dar como resultado que no se paguen tales beneficios.

SECCIÓN 3.01. Deducible. El Plan no comenzará a pagar los beneficios del Plan Médico de Indemnización sino hasta que la Persona Elegible o la familia hayan satisfecho la cantidad del Deducible del año calendario, como se especifica abajo para los proveedores Participantes y no Participantes. Solo los Gastos Cubiertos se aplican al Deducible.

Las cantidades no pagaderas debido al incumplimiento con el Programa de Revisión de la Utilización del Plan o las cantidades que excedan cualquier límite de beneficios específicos del Plan no se aplican al Deducible.

- a. Cantidad del Deducible por año calendario para:
 - (1) Proveedores Participantes: \$128 por persona, sin exceder \$256 por familia.
 - (2) Proveedores no Participantes: \$257 por persona, sin exceder \$514 por familia.
- b. Cualquier cantidad aplicada al Deducible de proveedores Participantes también se aplicará al Deducible del Proveedor no Participante, y cualquier cantidad aplicada al Deducible del Proveedor no Participante también contará hacia la cantidad del Deducible del Proveedor Participante.
- c. Solo las cantidades que se hayan aplicado al Deducible por persona de un individuo, aplicarán a la cantidad del Deducible de la familia.
- d. Excepciones al Deducible de Proveedores no Participantes. El Deducible de los servicios de proveedores Participantes aplicará a los servicios de los Proveedores no Participantes como se describe en la SECCIÓN 3.02.c.(2) y (5) que aparece abajo.
- e. El Deducible no aplica a vistas médicas en línea con proveedores Participantes, suponiendo que el cargo no exceda \$59 por visita.
- f. Mientras dure la emergencia de salud pública, el Deducible no aplica a las cantidades permitidas de proveedores Participantes por los servicios de detección del COVID-19 ni al precio en efectivo indicado en el sitio web público (o si es más baja, la tarifa negociada) por los exámenes de laboratorio realizados por un Proveedor no Participante. Esto incluye artículos y servicios brindados durante una visita al consultorio, instalación de atención urgente, telesalud y visitas a la sala de emergencia relacionadas con la evaluación o la realización de la prueba.
- g. El Deducible no aplica a las vacunas contra el COVID-19 cuando las administra un Proveedor Participante o un Proveedor no Participante. Cuando termine la emergencia de salud pública, el Plan continuará cubriendo al 100% las vacunas contra el COVID-19 sin Deducible cuando las administre un Proveedor Participante (incluida una farmacia), pero ya no las cubrirá si las administra un Proveedor no Participante.
- h. El Deducible no aplica a los servicios de atención preventiva para mujeres como se describe en las subsecciones 3.05.a. and 3.05.d. ni a ciertas vacunas y vacunaciones como se describe en la subsección 3.05.e.

SECCIÓN 3.02. Pago. Excepto como se disponga de otra manera en la subsección c. que aparece abajo, y hasta que se cumpla el gasto máximo anual del bolsillo que se describe en la SECCIÓN 3.03, todos los beneficios de los Gastos Cubiertos son pagaderos de la siguiente manera, sujeto a la SECCIÓN 3.01:

- a. Proveedores Participantes: 90 % de la tarifa negociada.
- b. Proveedores no Participantes: 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 Participante: Un 100% de las tarifas negociadas para el primer curso de tratamiento y un 90% de las tarifas negociadas para los cursos de tratamiento subsiguientes. Proveedor no Participante: Un 70% del Cargo Permitido.
 - (2) Visitas médicas en línea de proveedores Participantes. Los beneficios son pagaderos de acuerdo con la SECCIÓN 3.06.k.
 - (3) Ciertos beneficios preventivos de proveedores Participantes son pagaderos al 100 % (sin Deducible ni Coseguro). El beneficio pagadero por los servicios preventivos para mujeres como se describe en las subsecciones 3.05.a. y 3.05.d., así como las vacunas y las vacunaciones como se describe en la subsección 3.05.e. cuando se reciben de un Proveedor Participante.
 - (4) Mientras dure la emergencia de salud pública, el beneficio pagadero por los servicios del laboratorio para la detección del COVID-19 es un 100 % de la cantidad permitida del Proveedor Participante o un 100 % del precio en efectivo indicado en el sitio web público (o si es menor, la tarifa negociada) por los exámenes de laboratorio realizados por un Proveedor no Participante. Esto incluye artículos y servicios brindados durante una visita al consultorio, instalación de atención urgente, telesalud y visitas a la sala, emergencia al grado que estén relacionadas con la evaluación o la realización de la prueba.
 - (5) Excepciones al pago de Proveedores no Participantes.
 - (a) Si un anestesiólogo o médico de la sala de emergencia no Participante proporciona servicios en un Hospital Participante o en una Instalación Participante, el beneficio pagadero es de 90 % de los cargos permitidos.
 - (b) El beneficio pagadero por el servicio de una ambulancia con licencia de un Proveedor no Participante es 90 % de los cargos permitidos.
 - (c) Si el servicio proporcionado es Medicamento Necesario y no está disponible de un Proveedor Participante, el beneficio pagadero es de 90 % del Cargo Permitido.
 - (d) El beneficio pagadero por las vacunas contra el COVID-19 es el 100 % de la cantidad permitida de un Proveedor Participante o, solo durante la emergencia de salud pública, un 100 % del promedio de la cantidad permitida contratada por los servicios de un Proveedor no Participante.
 - (e) Los Servicios de Emergencia en un Hospital no Participante están cubiertos a un 90% de los cargos permitidos:
 - i. Sin necesidad de ninguna determinación de autorización previa, aunque los servicios sean brindados por Proveedores no Participantes;
 - ii. Sin importar si el proveedor médico que brinda los Servicios de Emergencia sea un Proveedor Participante o una instalación de emergencia Participante, según corresponda, con respecto a los servicios;
 - iii. Si los Servicios de Emergencia son brindados por un Proveedor no Participante o en una instalación de emergencia no Participante:

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

- v. Con respecto a los artículos o servicios que no sean de emergencia y que de otra manera estén cubiertos por el Plan, si un Proveedor no Participante brinda los artículos o los servicios en una instalación médica Participante, los artículos y los servicios están cubiertos por el Plan:
 - a. Con el requisito de que la participación del costo no sea mayor que el requisito de participación del costo que aplicaría si un Proveedor Participante hubiera brindado los artículos o servicios.
 - b. Calculando los requisitos de participación del costo como si la cantidad total que tal Proveedor Participante hubiera cobrado por los artículos y servicios fuera igual a la Cantidad Reconocida por los artículos y los servicios.
 - c. Contando todo pago del costo compartido hecho por el Participante o el Dependiente hacia cualquier Deducible o máximo del bolsillo contratados aplicados bajo el Plan (y el Deducible y máximo del bolsillo contratados deben ser aplicados), de la misma manera que si los pagos del costo compartido se hubieran hecho por los Servicios de Emergencia brindados por un proveedor o una instalación de emergencia Participante.
- vi. Los artículos o servicios que no son de emergencia brindados por un Proveedor no Participante en una Instalación Participante estarán cubiertos con base en su cobertura fuera de la red si:
 - a. Al menos 72 horas antes del día de la cita (o 3 horas antes de que se brinden los servicios en el caso de citas en el mismo día), se entrega al Participante o al Dependiente una notificación por escrito, como lo requiere la ley federal, que indique que el proveedor no es un Proveedor Participante en el Plan, los cargos estimados de su tratamiento, y cualquier limitación que el Plan pudiera imponer en su tratamiento; y
 - b. El Participante o el Dependiente da su consentimiento informado para continuar con el tratamiento del Proveedor no Participante, reconociendo que el Participante o el Dependiente entiende que la continuación del tratamiento por el Proveedor no Participante podría ocasionarle un mayor costo, que el pago de tal cargo podría no acumularse para cumplir con cualquier limitación del Plan sobre la participación del costo (como Deducible o máximo del bolsillo), y que al Participante o al Dependiente se le podría facturar el saldo.
- vii. La excepción de la notificación y el consentimiento no aplica a los Servicios Complementarios ni a los artículos y servicios brindados como resultado de necesidades médicas imprevistas y urgentes que surjan en el momento que se brinda un artículo o servicio, independientemente de si el Proveedor no Participante cumplió con los criterios de notificación y consentimiento, y por lo tanto estos servicios estarán cubiertos
 - a. Con un requisito de Participación de Costos que no sea mayor que el requisito de Participación de Costos que hubiera aplicado si los artículos o servicios hubieran sido proporcionados por un Proveedor Participante,
 - b. Calculando los requisitos de participación del costo como si la cantidad total que tal Proveedor Participante hubiera cobrado por los artículos y servicios fuera igual a la Cantidad Reconocida para los artículos y los servicios;

- c. Con el costo compartido contando hacia cualquier Deducible y máximo del bolsillo contratados, como si tales pagos del costo compartido se hicieran por los artículos y servicios proporcionados por un Proveedor Participante.
 - viii. Sin embargo, en el caso de las internaciones, el Plan puede requerir que el Paciente se transfiera a un Hospital Participante cuando el médico indique que es médicamente seguro hacerlo y el periodo de emergencia haya terminado. Si el Paciente permanece en un Hospital no Participante después del periodo de emergencia aguda, el beneficio pagadero será un **70 %** del Cargo Permitido por el periodo de internación posterior a la terminación del periodo de emergencia.
- (6) **Atención continua.** Si el Participante o el Dependiente es un Paciente de atención continua, y el contrato con el proveedor o la instalación se termina, o los beneficios bajo un plan médico de grupo se terminan debido a un cambio en los términos de la participación de los proveedores y/o de la participación de las instalaciones en el Plan:
- (a) El Participante o el Dependiente será notificado oportunamente de la terminación del contrato y del derecho de elegir atención de transición continua del proveedor o de la instalación; y
 - (b) Se permitirá que el Participante o el Dependiente continúe con la cobertura al costo compartido contratado para permitir la transición de la atención a un Proveedor Participante hasta la primera de las siguientes ocurrencias a) noventa (90) días o b) la fecha en la que el Participante o el Dependiente ya no se considere un Paciente de atención continua con respecto a ese proveedor.

SECCIÓN 3.03. Gasto máximo anual de su propio bolsillo. Cada año calendario, después de que una Persona Elegible o su familia alcance el gasto máximo de su bolsillo por los Gastos Cubiertos como se especifica a continuación en la subsección a., el Plan pagará un 100 % de los Gastos Cubiertos incurridos durante el resto del año calendario. Solo los Gastos Cubiertos se aplicarán al gasto máximo del bolsillo. Las cantidades no pagaderas debido al incumplimiento de los requisitos de preautorización del Plan o las cantidades que excedan cualquiera de los límites o máximos de los beneficios del Plan no aplicarán al gasto máximo del bolsillo.

- a. El máximo anual del bolsillo para los proveedores Participantes es de \$1,289 por persona, sin exceder \$2,578 por familia.
- b. No hay un máximo anual de su propio bolsillo por los cargos de Proveedores no Participantes.
- c. Los siguientes gastos no se aplicarán para pagar el gasto máximo de su propio bolsillo y no serán pagaderos al 100% después de que se pague el gasto máximo de su propio bolsillo:
 - (1) Cantidades aplicables al Deducible.
 - (2) Cualquier cantidad que exceda los límites del Plan para beneficios específicos, incluidos los límites del Plan correspondientes a los siguientes beneficios: Acupuntura, servicios de quiropráctica, audífonos, instalaciones de cirugía ambulatoria no Participantes, servicios de instalaciones hospitalarias para Pacientes internos y Pacientes ambulatorios asociados con una artroplastia en un lado de la cadera o una artroplastia en una sola rodilla, y procedimientos quirúrgicos específicos realizados en el entorno ambulatorio de un Hospital.
 - (3) Cualquier cantidad no cubierta debido al incumplimiento de los requisitos del Programa de Revisión de la Utilización del Plan.

SECCIÓN 3.04. Beneficios de Hospital e instalaciones.

a. Servicios para Pacientes internos

- (1) Requisito de revisión de la utilización. Si una Persona Elegible va a ser internada en un Hospital o en una instalación de tratamiento de Pacientes internos, el médico o el Hospital/instalación debe obtener una Revisión antes de la Internación de la Organización de Revisión Profesional (Professional Review Organization, PRO) para determinar la necesidad médica de la internación en el Hospital o instalación, y si es médicamente necesaria, el número de días autorizados de internamiento que se consideran Médicamente Necesarios. La Revisión antes de la Internación se debe obtener antes de una internación que no sea de emergencia en un Hospital o instalación. En el caso de una internación de emergencia, el Hospital o instalación o el médico se debe comunicar con la PRO en un lapso de 24 horas después de la internación. Si no se obtiene la revisión de la utilización antes del internamiento o de manera retroactiva, los beneficios se denegarán en virtud de la SECCIÓN 7.01.b.
- (2) Se pagan beneficios por los cargos incurridos en el Hospital por concepto de cuarto y alimentación, salas de cirugía, Medicamentos, suministros y servicios médicos proporcionados durante la internación, incluido cualquier componente profesional de los servicios, como los siguientes:
 - (a) En un Hospital no Participante, un cuarto con 2 o más camas, o el cargo mínimo por un cuarto con 2 camas en ese Hospital si se usa un cuarto de mayor precio; o las unidades de cuidado intensivo cuando sea Médicamente Necesario. En un Hospital Participante la tarifa negociada está cubierta.
 - (b) Solamente en el caso de un Hospital Participante, Medicamentos para llevar a casa surtidos en la farmacia del Hospital en el momento del alta hospitalaria de la Persona Elegible.
 - (c) En un Hospital Participante solamente, transfusiones de sangre incluido el costo de sangre no reemplazada, productos sanguíneos y procesamiento de sangre. En un Hospital no Participante, transfusiones de sangre pero no el costo de la sangre, productos sanguíneos ni procesamiento de sangre.
 - (d) En un Hospital Participante solamente, servicios de transportación durante una estancia cubierta como Paciente interno.
 - (e) En un Hospital Participante solamente, cargos por atención de rutina en la sala de neonatos.
- (3) Se paga un máximo de \$35,000 por los servicios la instalación hospitalaria para Pacientes internos asociada con una artroplastia de un lado de la cadera o de una artroplastia de una sola rodilla.

- b. En Hospitales para Pacientes internos, instituciones de atención urgente, suponiendo que los servicios de la instalación quirúrgica estén relacionados con una cirugía cubierta por el Plan. Si una Persona Elegible necesita uno de los siguientes procedimientos quirúrgicos ambulatorios, el médico o el Hospital o instalación debe obtener una Revisión antes de la Internación por parte de la Organización de Revisión Profesional (ORP) a fin de determinar la necesidad médica de la cirugía. La Revisión antes de la Internación se debe obtener antes de los siguientes procedimientos quirúrgicos.

El beneficio máximo pagadero indicado a continuación aplicará a los siguientes procedimientos cuando se reciban en el entorno ambulatorio de un Hospital:

- (1) Colonoscopia - \$1,500
- (2) Artroscopia - \$6,000
- (3) Cirugía de cataratas - \$2,000
- (4) Todas las demás endoscopias –\$1,000
- (5) Extirpación laparoscópica de la vesícula biliar - \$5,000
- (6) Muestra de tejido uterino con histeroscopia (con biopsia, con o sin dilatación y legrado) - \$3,500
- (7) Nariz/senos paranasales - servicios de resección submucosa del cornete inferior - \$3,000
- (8) Adenoctomía y/o amigdalectomía (para los miembros menores de 12 años) - \$3,000
- (9) Nariz/Senos paranasales - cirugía correctiva - septoplastia - \$3 500
- (10) Litotricia - \$7,000
- (11) Reparación de hernia inguinal (mayor de 5 años, no laparoscópica) - \$4 000
- (12) Esofagoscopia - \$2,000
- (13) Reparación laparoscópica de una hernia inguinal - \$5,500
- (14) Sigmoidoscopia - \$1,000
- (15) Endoscopia gastrointestinal superior sin biopsia - \$1,500
- (16) Endoscopia gastrointestinal superior con biopsia– \$2,000
- (17) Artroplastia de una rodilla - \$30,000
- (18) Artroplastia de un lado de la cadera - \$30,000

Solamente en las siguientes situaciones la Junta tiene el criterio de hacer una excepción a los beneficios máximos pagaderos:

- (a) Usted accede a un proveedor, Hospital o centro de cirugía ambulatoria que acepte los cargos máximos permitidos, o no puede obtener el servicio después de un tiempo de espera o distancia de viaje razonables; y
 - (b) La calidad de los servicios para usted o sus Dependientes pudiera quedar comprometida con el proveedor, Hospital o centro de cirugía ambulatoria (p. ej., si las comorbilidades presentan complicaciones o hay problemas de seguridad para el Paciente).
- c. En instalaciones de cirugía ambulatoria con licencia, suponiendo que los servicios de la instalación quirúrgica estén relacionados con una cirugía cubierta por el Plan. Hay un beneficio máximo de \$300 por todos los servicios que se reciban en una instalación de cirugía ambulatoria no Participante.
- d. Instalación de enfermería especializada. Los beneficios se proporcionan por un máximo de 70 días por periodo de internación en una instalación de enfermería especializada, sujeto a lo siguiente:
- (1) Los servicios deben ser aquellos regularmente proporcionados y facturados por una instalación de enfermería especializada.
 - (2) Los servicios deben ser congruentes con la Enfermedad, Lesión, grado de incapacidad y las necesidades médicas de la Persona Elegible, según lo determine la PRO. Los beneficios se proporcionan solo durante el número de días requeridos para tratar la

Enfermedad o Lesión de la Persona Elegible.

- (3) La Persona Elegible debe permanecer bajo la supervisión médica activa de un Médico. El médico debe atender la Enfermedad o Lesión por la cual se internó a la Persona Elegible en la instalación de enfermería especializada.
- (4) Un nuevo periodo de internación comenzará después de que transcurran 90 días a partir de la última internación en una instalación de enfermería especializada.

SECCIÓN 3.05. Beneficios de atención preventiva

- a. Beneficio de mamografías de rutina. Los beneficios son pagaderos a los porcentajes que se describen en la SECCIÓN 3.02 para una mamografía obtenida como procedimiento diagnóstico, incluida una mamografía digital. Los beneficios son pagaderos de acuerdo con el siguiente esquema:
 - (1) Para mujeres de 35 a 39 años, una mamografía de referencia.
 - (2) Para mujeres de 40 años o más, una mamografía cada año.
- b. Beneficio de exámenes físicos de rutina – Los beneficios son pagaderos a los porcentajes que se describen en la SECCIÓN 3.02. para exámenes físicos de rutina. Este beneficio incluye todas las pruebas de laboratorio y las radiografías realizadas como parte del examen físico. En el caso de los hijos recién nacidos, este beneficio incluye visitas en el Hospital y los honorarios de médicos suplentes durante una cesárea, pero no los cargos de la sala de neonatos para bebés sanos de un Hospital (excepto cargos de la sala de neonatos de un Hospital Participante, vea las exclusiones en la SECCIÓN 7.01.g.). Los beneficios de exámenes físicos de rutina se limitan a un examen físico de rutina en cualquier periodo de 12 meses, para el Participante y su Cónyuge.
- c. Colonoscopia / Sigmoidoscopia. El Fondo pagará los beneficios a los porcentajes descritos en la SECCIÓN 3.02 para exámenes de colonoscopia y sigmoidoscopia recibidos por Jubilados y cónyuges Dependientes que se consideren a alto riesgo de cáncer de colon, cuando sean recomendados por un Médico. Hay un beneficio máximo pagadero de \$1,500 para una colonoscopia que se realice en el entorno ambulatorio de un Hospital.
- d. Beneficio del examen de OB/GIN de rutina. Los beneficios son pagaderos a los porcentajes descritos en la SECCIÓN 3.02 por exámenes OB-GIN de rutina realizados por un Médico. Los beneficios se limitan a un examen físico de rutina en cualquier periodo de 12 meses, solo para el Participante y su Cónyuge. La cobertura incluye rayos X y pruebas de laboratorio relacionados con el examen físico, incluidas pruebas de Papanicolaou.
- e. Las siguientes vacunas y vacunaciones administradas por un Proveedor Participante están cubiertas a un 100% (sin Deducible ni Coseguro):
 - (1) Vacunas para adultos— se debe cumplir con las dosis, edades recomendadas y poblaciones recomendadas:
 - (a) Difteria, tétanos, tos ferina
 - (b) Sarampión, paperas, rubéola (Measles/mumps/rubella, MMR)
 - (c) Influenza
 - (d) Papilomavirus humano (Human papillomavirus, HPV)
 - (e) Neumocócica (polisacárida)

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

SECCIÓN 3.06. Servicios profesionales cubiertos.

- a. Servicios de un Médico.
- b. Servicios de una enfermera registrada, incluidos:
 - (1) Servicios de una enfermera partera certificada para la atención obstétrica durante los periodos prenatal, de parto y de posparto, suponiendo que la enfermera partera esté practicando bajo la dirección y supervisión de un Médico.
 - (2) Servicios de un profesional de enfermería con licencia, suponiendo que esté actuando en el ámbito legal de su licencia, los servicios sean en lugar de los servicios de un Médico, y que el proveedor esté proporcionando los servicios bajo la supervisión de un Médico con la debida licencia, si es que se requiere supervisión.
- c. Servicios de un asistente médico con licencia, suponiendo que se proporcionen bajo la supervisión de un Médico, y sujetos a los siguientes requisitos:
 - (1) Los servicios cubiertos están limitados a asistentes de cirugía, exámenes físicos, administración de inyecciones, colocaciones menores de yeso para fracturas simples, interpretación de rayos X y cambio de apósitos.

- (2) Los servicios del asistente médico se deben facturar bajo el número de identificación de contribuyente del médico supervisor.
- (3) Los servicios deben ser del tipo que se considerarían servicios médicos si fuesen proporcionados por un M.D. o por un D.O.
- (4) Solo para los Proveedores no Participantes, los Gastos Cubiertos están limitados de la siguiente manera:
 - (i) Por los servicios de un asistente de cirugía, un 85 % de la cantidad que se permitiría de otra manera si los servicios fueran proporcionados por un Médico actuando como asistente en la cirugía, o
 - (ii) Por otros servicios cubiertos, un 85 % del Cargo Permitido aplicable para el médico por los servicios prestados.
- (5) Para los proveedores Participantes, los Gastos Cubiertos se limitan a la tarifa negociada para los proveedores Participantes.
- d. Servicios relacionados con la anticoncepción. Los servicios profesionales para Pacientes ambulatorios relacionados con la anticoncepción están cubiertos en la misma base que otros servicios profesionales, incluidos pero sin limitarse a servicios relacionados con la obtención o remoción de un dispositivo o implante anticonceptivo con receta.
- e. Servicios de un terapeuta físico registrado, suponiendo que los servicios se brinden en congruencia con las prácticas médicas habituales y sean recetados por un Médico. Los servicios cubiertos no incluyen aquellos servicios que son principalmente educativos, relacionados con deportes o preventivos, tales como acondicionamiento físico, exámenes físicos requeridos para regresar a la escuela o para hacer ejercicio.
- f. Servicios de un Podiatra.
- g. Servicios de un terapeuta del habla con licencia, pero solo cuando la terapia del habla se proporciona a una Persona Elegible que tuvo habla normal en cierto momento y que la perdió debido a una Enfermedad o Lesión o como parte de un plan de terapia aprobado para autismo.
- h. Servicios de un optometrista con licencia, pero solo cuando se proporciona al ojo un tratamiento médico Médicamente Necesario, que no esté cubierto por un plan de la vista administrado por Vision Service Plan.
- i. Tratamiento de acupuntura proporcionado por un acupunturista con licencia, sujeto a las siguientes limitaciones:
 - (1) La cantidad pagada por el Plan no excederá un pago máximo de \$35 por visita.
 - (2) Los beneficios están limitados a 20 visitas por año calendario.
- j. Servicios de Quiropráctico proporcionados a un Participante o Cónyuge Dependiente por un Quiropráctico con licencia, sujeto a las siguientes limitaciones:
 - (1) La cantidad pagada por el Plan no excederá un pago máximo de \$25 por visita.
 - (2) Los beneficios están limitados a 20 visitas por año calendario.
 - (3) No se pagan beneficios por servicios quiroprácticos proporcionados a hijos Dependientes.
- k. Visitas médicas en línea: Las visitas de LiveHealth Online proporcionadas a un Participante o a un Dependiente serán pagaderas al 100 % si las brinda un Médico de LiveHealth Online u otro profesional médico de LiveHealth Online.
- l. Visitas médicas en línea con un Proveedor Participante.

SECCIÓN 3.07. Servicios y suministros adicionales cubiertos.

- a. Servicios de una ambulancia con licencia para transportación por tierra hacia o desde el Hospital más cercano. Los cargos permitidos de una ambulancia aérea con licencia hacia o desde el Hospital más cercano están cubiertos si la ubicación y la naturaleza de la Enfermedad o Lesión hacen que la transportación aérea sea efectiva en función de costos o necesaria para evitar la posibilidad de complicaciones graves o la pérdida de la vida del Paciente. Los servicios brindados por un técnico de emergencias médicas (Emergency Medical Technician, EMT) sin un subsiguiente transporte de emergencia se pagan de acuerdo con este beneficio de servicios de ambulancia.
- b. Los servicios diagnósticos de radiología y de laboratorio están sujetos a las siguientes limitaciones:
 - (1) Los servicios deben ser ordenados por un Médico, incluidas las pruebas de laboratorio asociadas con el diagnóstico de una Enfermedad viral.
 - (2) Para los siguientes servicios de estudios diagnósticos por imágenes para Pacientes ambulatorios, el médico debe obtener una preautorización de la Organización de Revisión:
 - (a) TC/ATC
 - (b) RM/IRM
 - (c) Cardiología nuclear
 - (d) Examen TEP
 - (e) Ecocardiografía
- c. Radioterapia y quimioterapia.
- d. Extremidades u ojos artificiales.
- e. Equipo y suministros médicos. Los cargos por arrendamiento están cubiertos si no exceden los cargos permitidos por el Plan o el precio razonable de compra del equipo. Los beneficios son pagaderos solo si el equipo o suministro:
 - (1) Son recetados por un Médico;
 - (2) Ya no se usen cuando termine la necesidad médica;
 - (3) Son usados solo por el Paciente;
 - (4) No son principalmente para la comodidad o higiene de la Persona Elegible;
 - (5) No son para control ambiental;
 - (6) No son para hacer ejercicio;
 - (7) Son fabricados específicamente para uso médico;
 - (8) Fueron aprobados como un tratamiento eficaz, usual y acostumbrado de una afección, según lo determine la PRO; y
 - (9) No son para propósitos de prevención.
- f. Dispositivos e implantes anticonceptivos que legalmente requieran la receta de un Médico.
- g. Transfusiones de sangre, incluido el procesamiento de sangre y el costo de sangre no reemplazada y de productos sanguíneos. Sangre autodonada, limitado los cargos permitidos que se cobrarían si la sangre se hubiese obtenido de un banco de sangre.

- h. Lesiones dentales. Servicios de un Médico (M.D.) o Dentista (D.D.S.) que trate una Lesión a los dientes naturales. Los servicios se deben recibir en un plazo de 6 meses después de la fecha de la Lesión (aplica independientemente de cuando la persona se inscribió en el Plan). En este beneficio no están cubiertos los daños a los dientes naturales debido a masticación o mordida.
- i. Trasplantes de órganos. El Fondo cubrirá los cargos cubiertos incurridos por el donante de órganos y por el destinatario de órganos, cuando el destinatario de órganos sea una Persona Elegible. Los Gastos Cubiertos en relación con el trasplante de órganos incluyen análisis exploratorio del Paciente, adquisición y transportación de órganos, cirugía y cargos hospitalarios para el destinatario y el donante, atención de seguimiento en el hogar o en un Hospital y Medicamentos inmunosupresores, bajo las siguientes condiciones y limitaciones:
- (1) Que el trasplante no se considere un procedimiento Experimental ni de Investigación según la descripción de este término en la SECCIÓN 7.01;
 - (2) Se cumplen las reglas de precertificación de Anthem;
 - (3) Los servicios proporcionados deben estar aprobados por la Organización de Revisión Profesional (PRO) del Fondo;
 - (4) El destinatario del órgano es una Persona Elegible bajo el Plan; y
 - (5) Los beneficios pagaderos a un donante de órganos que no sea una Persona Elegible se reducirán por cualquier cantidad pagada o pagadera por la propia cobertura médica de tal donante.

En ningún caso el Plan cubrirá los gastos de transportación del donante, los cirujanos o los familiares.

- j. Atención médica en el hogar Los beneficios se proporcionan de acuerdo con las subsecciones (1) y (2) que aparecen a continuación:
- (1) Los Gastos Cubiertos incluyen:
 - (a) Servicios de una enfermera titulada.
 - (b) Servicios de un terapeuta con licencia que ofrece terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla.
 - (c) Servicios de un trabajador de servicios sociales médicos.
 - (d) Servicios de un auxiliar médico que esté empleado en (o que tiene un contrato con) una Agencia de Atención Médica en el Hogar. Los servicios deben ser ordenados y supervisados por una enfermera titulada empleada como coordinadora profesional por la Agencia de Atención Médica en el Hogar.
 - (e) Suministros médicos necesarios proporcionados por la Agencia de Atención Médica en el Hogar.
 - (2) Condiciones del servicio:
 - (a) La Persona Elegible debe estar confinada en el hogar bajo la supervisión médica activa de un Médico que prescriba la atención médica en el hogar y que trate la Enfermedad o la Lesión para la cual se necesita el cuidado.
 - (b) La Agencia de Atención Médica en el Hogar debe proporcionar y facturar los servicios.
 - (c) Los servicios deben ser congruentes con la Enfermedad, Lesión, grado de incapacidad y necesidades médicas del Paciente. Los beneficios se proporcionan solo durante el número de días requeridos para tratar la Enfermedad o Lesión de la Persona Elegible.

- (d) Los Medicamentos especializados permitidos son proporcionados por los beneficios de Medicamentos con receta y no tienen cobertura bajo este beneficio de atención médica en el hogar. Consulte el artículo 5 para ver información sobre la cobertura de Medicamentos con receta, como los de administración por inyección, por infusión y Medicamentos quimioterapéuticos.
- k. Atención de Enfermos Terminales: Si una Persona Elegible se encuentra terminalmente enferma y su esperanza de vida es de 6 meses o menos, se pagarán beneficios de Atención de Enfermos Terminales proporcionada en un programa aprobado de Atención de Enfermos Terminales. Los servicios cubiertos deben ser prescritos por un Médico e incluirán lo siguiente:
- (1) Los servicios de enfermería proporcionados por una enfermera titulada (registered nurse, R.N.) o un auxiliar de enfermería con licencia (licensed practical nurse, L.P.N.)
 - (2) Servicios sociales médicos proporcionados por una persona que tenga un grado de maestría en trabajo social;
 - (3) Auxiliar de atención médica en el hogar, suministros médicos normalmente usados por Pacientes internos en un Hospital y surtidos por la agencia de Atención de Enfermos Terminales;
 - (4) Suplementos nutrimentales tales como sustitutos de la dieta administrados intravenosamente o a través de hiperalimentación; y
 - (5) Atención de alivio, sin exceder 8 días.
- Los beneficios cubiertos no incluyen transporte, servicio de voluntarios, comida, ropa o alojamiento, servicios proporcionados por un miembros de la familia, familiares o amigos ni el servicio de asesores financieros o legales.
- l. Tratamiento de farmacodependencia. El tratamiento de Pacientes internos está sujeto a la Revisión antes de la Internación efectuada por el Programa de Revisión de la Utilización.
- (1) Tratamiento de Pacientes internos, incluido el tratamiento residencial. Proveedor Participante: Después del Deducible, el Fondo pagará el 100% de las tarifas negociadas por el primer curso de tratamiento y el 90% de las tarifas negociadas por los programas de tratamiento subsiguientes. Proveedor no Participante: Después del Deducible, el Fondo pagará el 70% del Cargo Permitido.
 - (2) Tratamiento para Pacientes ambulatorios (en instalaciones para Pacientes ambulatorios o visitas ambulatorias al consultorio). Proveedor Participante: Después del Deducible, el Fondo pagará el 100% de las tarifas negociadas por el primer curso de tratamiento y el 90% de las tarifas negociadas por los programas de tratamiento subsiguientes. Proveedor no Participante: Después del Deducible, el Fondo pagará el 70% del Cargo Permitido.
 - (3) Atención en la sala de emergencia. Proveedor Participante: Después del Deducible, el Fondo pagará el 90% de las tarifas negociadas. Proveedor no Participante: Después del Deducible, el Fondo pagará el 90% del Cargo Permitido.
- m. Programas de instrucción sobre diabetes, suponiendo que el programa sea reconocido como un programa aceptable por la Asociación Estadounidense de Diabetes (American Diabetes Association).
- n. Tratamiento de salud mental. Todos los beneficios están sujetos a la Revisión antes de la Internación del Programa de Revisión de la Utilización. Todos los beneficios se pagan de la misma manera que otros tratamientos para Pacientes internos y para Paciente ambulatorios del Plan.

- o. Proveedores no Participantes que no estén registrados con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) que proporcionen servicios ambulatorios, sujetos a las siguientes limitaciones:
 - (1) Los servicios deben ser Médicamente Necesarios
 - (2) La cantidad pagada por el Plan no excederá un máximo de \$200 por cita
- p. Examen de la audición realizado por un Médico o por una persona que tenga un grado de maestría o de doctorado en audiología, cuando lo ordene un Médico.
- q. Renta o compra de una bomba de lactancia para mujeres que están lactando. Una bomba de lactancia manual o eléctrica tiene la cobertura del Plan hasta un beneficio máximo de **\$75 por año calendario**.
- r. Los siguientes Medicamentos especializados podrían estar cubiertos ya sea con el beneficio del Plan Médico de Indemnización o con el beneficio de Medicamentos con receta. Si se surten bajo el beneficio del Plan Médico de Indemnización, quedarán sujetos al costo compartido que se especifica en la SECCIÓN 3.02 y requieren autorización previa.

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

- s. Programa para dejar de fumar: Los beneficios cubiertos incluyen asesoramiento e intervenciones sobre el uso de tabaco (tanto fumar como masticar tabaco) de la siguiente manera:
 - i. examen de uso de tabaco; y
 - ii. en el caso de los usuarios de tabaco, al menos dos (2) intentos al año para dejar de usar tabaco. Cada “intento para dejar de usar tabaco” incluye la cobertura de **cuatro (4) sesiones de asesoramiento para dejar de usar tabaco** de al menos 10 minutos cada una (incluidos asesoramiento por teléfono, asesoramiento de grupo y asesoramiento individual) sin autorización previa; y todos **los Medicamentos para dejar de usar tabaco aprobados por la FDA (incluidos los con receta y los de venta libre)** para un programa de tratamiento de 90 días cuando sea recetado por un proveedor médico Participante.

SECCIÓN 3.08. Extensión de beneficios a la terminación. Una Persona Elegible que está recibiendo beneficios del Plan para servicios de Hospital como Paciente interno o de atención en una institución de enfermería especializada, o para servicios de una agencia de atención en el hogar, en la fecha en que termina la cobertura debido a la pérdida de elegibilidad, continuará recibiendo los beneficios para esa atención hasta que la persona sea dada de alta del Hospital o de la instalación de enfermería especializada, o cuando concluya la atención médica en el hogar.

ARTÍCULO 4. BENEFICIOS DE AUDÍFONOS PARA PERSONAS CON DERECHO A MEDICARE Y PERSONAS SIN DERECHO A MEDICARE

SECCIÓN 4.01. Con la certificación de un Médico en la que se indique que una Persona Elegible tiene una pérdida auditiva, y que tal pérdida se puede reducir con el uso de audífonos, el Fondo, sujeto a las disposiciones de este Plan, pagará un 100% de los cargos usuales y razonables incurridos por el examen, el audífono y cualquier reparación y servicio, hasta un pago máximo de \$800 por cada oído. Este es el beneficio máximo pagadero en cualquier periodo de 3 años para todos los gastos relacionados con los audífonos.

SECCIÓN 4.02. Exclusiones. No se proporcionan beneficios por:

- a. El reemplazo de audífonos por cualquier razón con mayor frecuencia que una vez durante cualquier periodo de 3 años;
- b. Baterías u otro equipo auxiliar que no se obtenga con la compra de una auxiliar auditivo;
- c. Gastos incurridos por los cuales la persona no esté obligada a pagar;
- d. Audífonos para los Participantes inscritos en Kaiser Foundation Health Plan.

ARTÍCULO 5. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PERSONAS SIN DERECHO A MEDICARE

SECCIÓN 5.01. Beneficios. Si los Medicamentos con receta (o insulina) son recetados por un Médico y surtidos por una farmacia Participante para una Persona Elegible, el Fondo pagará los Gastos Cubiertos incurridos después de que la Persona Elegible pague el Copago requerido que se especifica a continuación (tenga en cuenta que ciertos Medicamentos no tienen cobertura y/o requieren autorización previa):

- a. En una farmacia minorista, el Copago por cada surtido de 30 días es de:
 - (1) Medicamento genérico del Formulario: \$15.
 - (2) Medicamento de marca de múltiples fuentes: \$15 más la diferencia en costo entre los Medicamentos genéricos y de marca.
 - (3) Medicamento de marca del formulario de una sola fuente: \$53.
 - (4) Medicamento no incluido en el Formulario: \$80, siempre y cuando el Medicamento haya sido previamente autorizado o no requiera autorización previa.
- b. En una farmacia de pedidos por correo o de Walgreen's, el Copago por cada surtido de 90 días es de:
 - (1) Medicamento genérico del Formulario: \$26
 - (2) Medicamento de marca de múltiples fuentes: \$26 más la diferencia en costo entre los Medicamentos genéricos y de marca
 - (3) Medicamento de marca del Formulario de una sola fuente: \$106
 - (4) Medicamento no incluido en el Formulario: \$133, siempre y cuando el Medicamento haya sido previamente autorizado o no requiera autorización previa
- c. Todos los Medicamentos que no estén incluidos en el Formulario de la lista de preautorización selectiva del Administrador de Beneficios de Farmacia no están cubiertos sin la autorización previa del Administrador de Beneficios de Farmacia.
- d. La cobertura de Medicamentos con receta para las personas con derecho a Medicare será administrada por el administrador de beneficios de farmacia del Plan según los requisitos del Plan de Exención de Grupo de los Empleadores (Employer Group Waiver Plan, EGWP) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Center for Medicare & Medicaid Services, CMS). Los beneficios de Medicamentos con receta que se describen en este artículo 5 no aplican a las personas con derecho a Medicare.
- e. Excepción a los Copagos de Medicamentos de marca por Medicamentos de marca nuevos: En el caso de cualquier Medicamento de marca nuevo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos FDA (Food and Drug Administration, FDA) federal después del 1 de junio de 2012, incluidos Medicamentos de administración por inyección e infusión, el Copago es el 50% del costo del Medicamento por un mínimo de 24 meses después de la aprobación del Medicamento. Sujeto a la aprobación de la Junta de Fideicomisarios, un Medicamentos de marca nuevo se podría pasar a los niveles de Copago descritos en los párrafos del (2) al (4) de las subsecciones a. y b. anteriores antes de la expiración de los 24 meses. Si el comité de farmacia y terapéutica del administrador de beneficios de farmacia determina que el nuevo Medicamento aprobado por la FDA es un Medicamento que "no se debe añadir", el Copago permanecerá indefinidamente al 50% del costo del Medicamento.
- f. Aprobación previa de inhibidores de la bomba de protones (Proton Pump Inhibitors, PPI) y de

Medicamentos para el colesterol: Los PPI y los Medicamentos para el colesterol de marca están sujetos a la aprobación previa del administrador de beneficios de farmacia. Si no se obtiene la aprobación previa por parte del médico que extiende la receta, el Plan no pagará los beneficios. Si se recibe una aprobación previa antes de que se surta un Medicamento con receta en el caso de un inhibidor de la bomba de protones (Proton Pump Inhibitors, PPI) de marca o Medicamento para el colesterol, aplicará el nivel de Copago de los Medicamentos de marca de múltiples fuentes se describe en los párrafos (2) de las subsecciones a. y b. de arriba. Se requiere que los Participantes utilicen la terapia gradual definida por el administrador de beneficios de farmacia antes de que el Plan pague los beneficios del PPI o de un Medicamento para el colesterol de marca.

- g. Vacunaciones y vacunas. Las vacunaciones, incluidas las vacunaciones para viajes incluidas en el programa de cobertura integral de vacunas de Express Scripts estarán cubiertas un 100%, sin Copagos ni deducibles, cuando se reciban en una farmacia Participante. Puede encontrar una lista de las vacunaciones cubiertas por este programa en Express Scripts. Las vacunas contra el COVID-19 también son pagaderas al 100 % de la cantidad permitida por la farmacia Participante o, solo durante la emergencia de salud pública, un 100 % del promedio de la cantidad permitida contratada por los servicios de una farmacia no Participante.

SECCIÓN 5.02. Gastos cubiertos. Los Gastos Cubiertos incluyen los siguientes suministros y Medicamentos proporcionados por un farmacéutico, médico u Hospital con licencia:

- a. Medicamentos recetados por un Médico con licencia legal para administrar Medicamentos.
- b. Insulina y suministros Medicamento Necesarios para diabetes.
- c. Medicamentos, insulina o suministros Medicamento Necesarios para diabéticos (1) que se suministren al Paciente en el consultorio del médico, y (2) por los cuales se hace un cargo diferente, que no sea el cargo por otro artículo o gasto.
- d. Cargos de un Hospital por Medicamentos, insulina o suministros Medicamento Necesarios para diabéticos, destinados a un uso fuera del Hospital, en relación con el tratamiento recibido en el Hospital, siempre y cuando los Medicamentos estén recetados por un Médico con licencia legal para administrar Medicamentos.
- e. Vitaminas prenatales que contienen fluoruro o ácido fólico.
- f. Los Medicamentos especializados, según la definición del administrador de beneficios de farmacia, están sujetos a los siguientes requisitos:
 - (1) En la mayoría de los casos los Medicamentos especializados están disponibles solo a través de la farmacia de pedidos por correo del administrador de beneficios de farmacia. Los Medicamentos especializados no serán proporcionados por una farmacia minorista Participante y no serán cubiertos por el Plan Médico de Indemnización, excepto en el caso de los Medicamentos identificados en la subsección 3, de abajo, y ciertos Medicamentos necesarios en situaciones de emergencia; estos Medicamentos son productos de heparina de bajo peso molecular que se usan para el tratamiento de coágulos sanguíneos y después de artroplastias de cadera.
 - (2) Los siguientes Medicamentos especializados podrían estar cubiertos ya sea por el beneficio del Plan o por el beneficio de Medicamentos con receta. Si se surten bajo el programa de Medicamentos con receta, quedarán sujetos a los Copagos de las farmacia minoristas especificados en la SECCIÓN 5.01. a.

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

- (3) Copagos y límites en los suministros. El límite de días de surtido para cada pedido de recetas es de 30 días. Los Copagos requeridos son los Copagos de las farmacias minoristas que se especifican en la SECCIÓN 5.01.a.
- g. Dos (2) intentos al año para dejar de usar tabaco. Cada “intento para dejar de usar tabaco” incluye la cobertura de todos los Medicamentos para dejar de usar tabaco aprobados por la FDA (incluidos los con receta y los de venta libre, sin costo compartido) para un plan de tratamiento de 90 días cuando lo receta un proveedor médico Participante.

SECCIÓN 5.03. Exclusiones. No se proporcionan beneficios por:

- Medicamentos tomados o administrados mientras el Paciente está internado en el Hospital.
- Las medicinas de patente o propietarias que no cumplen con la definición de “Medicamentos” que se encuentra en la SECCIÓN 1.23. excepto insulina, juegos de inyección de insulina, y los artículos listados como “Gastos Cubiertos” en la SECCIÓN 5.02.
- Aparatos, dispositivos, vendajes, lámparas de calor, aparatos ortopédicos, férulas y otros suministros o equipo.
- Vitaminas (excepto vitaminas prenatales que contienen fluoruro o ácido fólico), cosméticos, suplementos dietéticos, auxiliares de salud y belleza.
- Cargos por Medicamentos con receta que contengan un surtido de más de 30 días por prescripción para compras al menudeo, o más de 90 días de Medicamentos comprados a través del Programa de Pedidos por Correo de Medicamentos del Fondo.
- Medicamentos para la infertilidad.
- Gotas para la nariz u otras preparaciones nasales.
- Supresores del apetito y cualquier otro Medicamento para perder peso.
- Medicamentos recetados para el crecimiento del pelo o cualquier Medicamento recetado para propósitos cosméticos.
- Cualquier Medicamento que no sea Medicamento Necesario para el cuidado o tratamiento de una Enfermedad o Lesión.
- Cualquier Medicamento obtenido en una farmacia no Participante si la Persona Elegible reside dentro de una distancia de 10 millas de una farmacia Participante.
- Reemplazo de Medicamentos debido a pérdida, robo o rompimiento.
- Medicamentos con receta surtidos después de un año de la fecha original de surtido.
- Medicamentos inyectables para disfunción sexual. Otros Medicamentos para disfunción sexual

están limitados respecto a la cantidad cubierta.

- o. Medicamentos que no tengan indicaciones aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE.UU.
- p. Medicamentos usados para indicaciones Experimentales y/o regímenes de dosis que se consideran Experimentales o de Investigación; cualquier Medicamento o terapia de Investigación o no comprobado.
- q. La tercera compra de un Medicamentos de mantenimiento a largo plazo en una farmacia minorista. Después de la segunda compra de un Medicamento de mantenimiento a largo plazo en una farmacia minorista, el Medicamento se debe comprar en la farmacia de pedidos por correo del administrador de beneficios de farmacia.
- r. Siempre y cuando el Plan proporcione una notificación a la Persona Elegible, se podría designar a una sola farmacia como el proveedor único para surtir una o más clases de Medicamentos con receta a un Participante o a un Dependiente. Se excluyen los Medicamentos que se surtan en farmacias diferentes a las nombradas en tal notificación.
- s. Preparaciones dermatológicas compuestas recetadas por un Médico.
- t. No todos los Medicamentos están aprobados para la cobertura. Los Medicamentos excluidos bajo el Comité de Farmacia y Terapéutica del gerente de beneficios de farmacia (Pharmacy Benefit Manager, PBM) o el Comité Recomendatorio Clínico de la Fraternidad Unida de Carpinteros (United Brotherhood of Carpenter's, UBC) no están cubiertos. Si desea ver una lista de los Medicamentos cubiertos, consulte el directorio disponible en internet en www.express-scripts.com.
- u. Tratamiento con células madre sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- v. Cualquier Medicamento que no cumpla con las pautas clínicas del PBM.
- w. Cualquier Medicamento que no cumpla con los requisitos de autorización previa de PBM, terapias graduales, pautas terapéuticas u otros protocolos de seguridad y ahorro en los costos.

SECCIÓN 5.04. Definiciones. Para los propósitos de este artículo aplicarán 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 con receta a las Personas Elegibles.
- b. Farmacia no Participante. El término “farmacia no Participante” significa una farmacia que no tiene un contrato con el administrador de beneficios de farmacia del Fondo para proporcionar Medicamentos con receta a las Personas Elegibles.
- c. “Formulario” significa la lista de Medicamentos preferidos establecida por el administrador de beneficios de farmacia contratado por el Fondo.
- d. “Medicamento de marca de múltiples fuentes” significa un Medicamento de marca que tiene un equivalente genérico.
- e. “Medicamento de marca del Formulario de una sola fuente” significa un Medicamento de marca que no tiene un equivalente genérico y que está incluido en el Formulario.

ARTÍCULO 6. BENEFICIOS SUPLEMENTARIOS DE MEDICARE PARA JUBILADOS Y DEPENDIENTES CON DERECHO A MEDICARE

Los beneficios suplementarios de Medicare bajo este artículo son pagaderos después de que la Persona Elegible ha pagado la cantidad de \$128 por el Deducible para el año calendario.

SECCIÓN 6.01. Beneficios de Hospital. Si una Persona Elegible que es elegible para recibir Medicare es internada en un Hospital y Medicare paga beneficios de internación, el Plan pagará una cantidad equivalente al Deducible de la Parte A de Medicare por los primeros 60 días de cada periodo de beneficios de Medicare.

SECCIÓN 6.02. Beneficios médicos suplementarios que no sean servicios hospitalarios o de instalaciones para Pacientes ambulatorios. Si una Persona Elegible recibe tratamiento médico, servicios o suministros médicos para los cuales se proporcionan beneficios en virtud de la Parte B de Medicare, el Fondo pagará ya sea:

- a. Un 20% del cargo máximo permitido por Medicare incurrido si el proveedor no acepta la asignación de beneficios de Medicare; o
- b. Un 20% de los cargos permitidos por Medicare si el proveedor acepta la asignación de beneficios de Medicare.
- c. Un 20% de la tarifa negociada del Proveedor Participante, si es menor que el Cargo Permitido de Medicare (solo proveedores Participantes de California).

SECCIÓN 6.03. Beneficios médicos suplementarios por servicios hospitalarios o de instalaciones para Pacientes ambulatorios. Si una Persona Elegible recibe un tratamiento médico o quirúrgico en un Hospital o en una instalación en los que los beneficios se proporcionan por la Parte B de Medicare, el Fondo pagará el resto del Cargo Permitido de Medicare por el cargo del Hospital o de la instalación después del pago de Medicare.

SECCIÓN 6.04. Beneficios médicos suplementarios para personas que han establecido un contrato privado con un proveedor que no participa en Medicare. Si una Persona Elegible establece un contrato privado con un proveedor médico que no participe en Medicare y a quien, por lo tanto se le prohíba que facture a Medicare por los servicios proporcionados a los beneficiarios de Medicare, los beneficios del Fondo bajo la SECCIÓN 6.02.a estarán limitados a un 20% de la cantidad que Medicare hubiese permitido si el proveedor fuera un Proveedor Participante en Medicare.

SECCIÓN 6.05. Beneficios médicos suplementarios de pruebas de laboratorio de COVID-19. Si a una Persona Elegible se le hacen pruebas de laboratorio de COVID-19 cuyos beneficios se proporcionan por la Parte B de Medicare, el Fondo pagará el resto del Cargo Permitido de Medicare después del pago de Medicare, sin estar sujeto al Deducible por año calendario del Fondo.

SECCIÓN 6.06. Beneficios de Medicamentos con receta para personas con derecho a Medicare

- a. La cantidad del Deducible individual de los Medicamentos con receta cubiertos es de \$360 por año calendario.
- b. En la etapa de cobertura inicial de la Parte D de Medicare:

(1) Medicamentos genéricos:

- (a) Un Copago de \$10 por Medicamento con receta para un suministro de hasta 31 días cuando se surte en una farmacia minorista de la red.
- (b) Un Copago de \$20 por Medicamento con receta para un suministro de hasta 90 días cuando se surte en una farmacia minorista de la red.

(2) Medicamentos de marca del Formulario:

- (a) Un Copago de \$40 por Medicamento con receta para un suministro de hasta 31 días cuando se surte en una farmacia minorista de la red.
- (b) Un Copago de \$80 por Medicamento con receta para un suministro de hasta 90 días cuando se surte en una farmacia minorista de la red.

(3) Medicamentos de marca no incluidos en el Formulario:

- (a) Un Copago de \$60 por Medicamento con receta para un suministro de hasta 31 días cuando se surte en una farmacia minorista de la red.
- (b) Un Copago de \$120 por Medicamento con receta para un suministro de hasta 90 días cuando se surte en una farmacia minorista de la red.

(4) Medicamentos especializados:

Coseguro del Paciente de un 25% (ajustado anualmente de acuerdo con las reglas de cobertura de la Parte D)

c. En la etapa de periodo sin cobertura de la Parte D de Medicare:

	Paciente Coseguro por Medicamentos genéricos	Coseguro del Paciente por Medicamentos de marca
2016	58%	45%
2017	51%	40%
2018	44%	35%
2019	37%	30%
2020 y después	25%	25%

d. En la Parte D de Medicare como etapa catastrófica de la cobertura:

(1) Medicamentos genéricos:

La cantidad del Copago determinada por la Parte D de Medicare (Copago de \$2.95 en 2017) o un 5% del costo total del Medicamento, sin exceder el Copago de la etapa inicial de la cobertura.

(2) Medicamentos de marca:

La cantidad del Copago determinada por la Parte D de Medicare (Copago de \$7.40 en 2017) o un 5% del costo total del Medicamento, sin exceder el Copago de la etapa inicial de la cobertura.

e. Medicamentos excluidos:

El Fondo no proporciona beneficios para los Medicamentos o las clases de Medicamentos excluidos de la Parte D de Medicare.

ARTÍCULO 7. EXCLUSIONES, LIMITACIONES Y REDUCCIONES

SECCIÓN 7.01. Gastos excluidos. El Fondo no proporciona beneficios para:

- a. Cualquier cantidad en exceso de los cargos permitidos o cualquier servicio que no se considere usual ni razonable.
- b. Servicios no específicamente listados en este Plan como servicios cubiertos, o aquellos servicios que no sean Médicamente Necesarios.
- c. Servicios que la Persona Elegible no está obligada legalmente a pagar. Servicios por los cuales no se hacen cargos a la Persona Elegible. Servicios por los cuales no se hacen cargos a la Persona Elegible en ausencia de la cobertura del seguro o de otra cobertura de indemnización, excepto los servicios recibidos en Hospitales gubernamentales caritativos de Investigación, que deben cumplir con los siguientes lineamientos:
 - (1) Deben ser reconocidos internacionalmente como entidades dedicadas principalmente a la Investigación médica;
 - (2) Al menos un 10 % de su presupuesto anual se debe gastar en Investigación no directamente relacionada con la atención del Paciente;
 - (3) Al menos una tercera parte de su ingreso bruto debe provenir de donaciones o subvenciones que no sean regalos ni pagos para el cuidado del Paciente;
 - (4) Debe aceptar Pacientes que no puedan pagar; y
 - (5) 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 beneficios a nombre de una Persona Elegible que haya sufrido de una Lesión o Enfermedad ocupacional en las siguientes condiciones:
 - (1) La Persona Elegible firma un acuerdo para encausar diligentemente su reclamación para recibir los beneficios por accidentes en el trabajo o de cualesquiera otros beneficios de compensación ocupacional disponibles;
 - (2) La Persona Elegible acuerda reembolsar al Fondo los beneficios pagados a su favor al consentir un derecho de embargo contra cualquier beneficio de compensación ocupacional recibido mediante adjudicación, conciliación o por otro medio; y
 - (3) La Persona Elegible coopera con el Fondo o con su representante designado, tomando los pasos razonables necesarios para obtener el reembolso, mediante acción legal u otros medios, de cualquier beneficio pagado por la Lesión o Enfermedad ocupacional de la Persona Elegible.
- e. Condiciones causadas o que surjan de un acto bélico, o invasión armada.
- f. Por servicios proporcionados mientras una Persona Elegible está internada en un Hospital operado por el gobierno de Estados Unidos o por una agencia del gobierno de Estados Unidos, excepto que el Plan, en la medida requerida por la ley, reembolsara al Hospital VA por la atención de una incapacidad no relacionada con el servicio militar, si el Plan normalmente cubriría la atención en el caso de que el VA no estuviese involucrado.
- g. Atención rutinaria en la sala de neonatos para un hijo recién nacido Dependiente proporcionada en una Instalación no Participante.
- h. Servicios suministrados por un naturópata o de cualquier otro proveedor que no cumpla la definición de médico.

- i. Servicios profesionales recibidos de una enfermera titulada o terapeuta físico titulado que viva en el hogar de la Persona Elegible o que esté relacionado con la Persona Elegible por lazos consanguíneos o por matrimonio.
- j. Atención de custodia o curas de descanso. Los servicios proporcionados por un hogar de descanso, un hogar para ancianos, un hogar de convalecencia o cualquier instalación similar, excepto que el Plan podría cubrir una estancia en una instalación de atención intensiva a largo plazo cuando un Paciente recibe terapia de rehabilitación inmediatamente después de, o en lugar de una hospitalización aguda. Para que el Plan considere tales servicios, la estancia debe tener autorización previa y el Paciente debe continuar haciendo progresos en el tratamiento como lo documenten las notas sobre el Paciente.
- k. Servicios, suministros o equipo educativo, incluidos pero sin limitarse a computadoras, dispositivos y software para computadoras, impresoras, libros, tutores o intérpretes, auxiliares visuales, terapia de la vista, audífonos o del habla/sintetizadores, materiales auxiliares como tableros de comunicación, sistemas para escuchar, dispositivos, programas o demoras del desarrollo o percepción auditiva o destrezas de escucha/aprendizaje, programas/servicios para remediar o mejorar la concentración, memoria, motivación, lectura o autoestima, etc., educación especial y costos asociados junto con educación del lenguaje de signos para un Paciente o los miembros de la familia, y dispositivos implantables de identificación o registro médicos.
- l. Dentaduras postizas, puentes, coronas, recubrimientos dentales u otras prótesis dentales, servicios dentales, extracción de dientes o tratamiento de los dientes o encías que no sean tumores, excepto como se estipula específicamente en la SECCIÓN 3.07.h.
- m. Servicios de un optometrista, excepto como se estipula específicamente en la SECCIÓN 3.06.h., terapia de la vista incluidos ortóptica, exámenes rutinarios de los ojos y refracciones oculares rutinarias. Lentes y lentes de contacto. Cualquier cirugía para la corrección de la miopía o cualquier otra cirugía ocular refractiva.
- n. Cirugía cosmética u otros servicios de embellecimiento, excepto para corregir trastornos funcionales o por afecciones que resulten de una Lesión o de una cirugía reconstructiva tras una mastectomía.
- o. Calzado ortopédico (excepto cuando esté unido a aparatos ortopédicos) o plantillas para calzado (excepto dispositivos ortóticos hechos a la medida), purificadores de aire, sistemas de acondicionamiento de aire, humidificadores, equipo de ejercicio y suministros para comodidad, higiene o embellecimiento.
- p. Servicios para los cuales se pagan beneficios bajo otros programas proporcionados por el Fondo.
- q. Además de cualquier otra limitación generalmente aplicable a este Plan o sus disposiciones de coordinación de beneficios cuando este Plan, como plan secundario, esté coordinando los beneficios con otro plan que tenga un acuerdo de proveedor preferido con un proveedor médico u hospitalario, este Plan pagará no más que la diferencia entre:
 - (1) La cantidad menor entre:
 - (a) Los cargos normales facturados por el proveedor, o
 - (b) La tarifa negociada para tal gasto bajo un acuerdo de proveedor preferido entre el proveedor y el Plan con el cual este Plan está haciendo la coordinación, y
 - (2) La cantidad que el otro plan paga como plan primario.
- r. Asesoramiento sobre nutrición o suplementos o sustitutos alimenticios. Esta exclusión no aplica al asesoramiento en nutrición específicamente dispuesto en la SECCIÓN 3.07.m., ni a los servicios de asesoramiento en nutrición que sean Médicamente Necesarios para el tratamiento de una persona diagnosticada con una afección mental, como un trastorno de la conducta alimentaria. Además, esta exclusión no aplica a la nutrición

parenteral total (Total Parenteral Nutrition, TPN) que Anthem apruebe como Medicamento Necesaria y de naturaleza curativa.

- s. La terapia del habla o la terapia ocupacional (excepto tratamiento de rehabilitación después de una Enfermedad o Lesión como parte de un plan de terapia aprobado para autismo.
- t. Gastos por el tratamiento de infertilidad junto con servicios para inducir el embarazo y complicaciones resultantes de esos servicios, incluidos pero sin limitarse a: servicios, Medicamentos con receta, procedimientos o dispositivos para lograr la fertilidad, fertilización *in vitro*, transferencia intratubárica de gametos, inseminación artificial, transferencia de embriones, transferencia de gametos, transferencia de cigotos, paternidad/maternidad suplente, donador de óvulos/semén u otras tarifas, criopreservación de óvulos/esperma, adopción, trasplante de ovarios, gastos del donante en casos de infertilidad, implantes fetales, servicios de reducción fetal, procedimientos de impregnación quirúrgica y reversión de la esterilización.
- u. Hipnotismo, biorretroacción, control del estrés, y cualquier terapia de modificación de la conducta orientada a metas, tal como dejar de fumar, perder peso o controlar el dolor.
- v. Servicios no quirúrgicos que sean principalmente para perder peso.
- w. Cualesquiera servicios y suministros relacionados con procedimientos Experimentales o de Investigación. Para el propósito de esta exclusión, el término procedimientos Experimentales o de Investigación significa un Medicamento o dispositivo, tratamiento o procedimiento médico si:
 - (1) el Medicamento o dispositivo no se puede comercializar legalmente sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos y no se ha otorgado la aprobación para su comercialización en el momento en que se suministra el Medicamento o el dispositivo;
 - (2) el Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico, o el documento de consentimiento fundamentado del Paciente utilizado con el Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la institución que proporciona el tratamiento o por otra entidad con funciones similares, o si la ley federal requiere tal revisión o aprobación;
 - (3) La Evidencia confiable muestra que el Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico está sujeto a ensayos clínicos de fase I o fase II en marcha, que es la rama investigativa, Experimental, de estudio o de Investigación de ensayos clínicos de fase III en marcha, o de otra manera se encuentra bajo estudio para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico; o
 - (4) Evidencia confiable que muestre que la opinión dominante entre los expertos en relación con el fármaco, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico es que se necesitan estudios o ensayos clínicos adicionales para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, seguridad, eficacia, o su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico.

Para los propósitos de esta exclusión, “Evidencia Confiable” significará solo informes y artículos publicados en literatura médica y científica acreditada revisada por colegas; el protocolo o protocolos escritos usados por la institución que brinda el tratamiento, o el protocolo o protocolos de otra institución que esté estudiando substancialmente el mismo Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento fundamentado escrito usado por la institución encargada del tratamiento o por otra institución que esté estudiando substancialmente el mismo Medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

- x. Reclamaciones presentadas más de 12 meses después de la fecha del servicio.

- y. Enfermedad, Lesión, trastorno u otra afección por la cual un tercero (o terceros) esté(n) o pueda(n) estar obligado(s) o sea(n) legalmente responsable(s) por razón de un acto, omisión o cobertura de seguro de tal tercero o terceros a menos que una Persona Elegible cumpla con la SECCIÓN 7.02.
- z. Servicios de habilitación (excepto cuando sean parte de un plan de terapia aprobado para autismo).
- aa. Gastos de un Hospital no Participante, una Instalación no Participante o de otro Proveedor no Participante que no completó su Inscripción en el programa Medicare, excepto como de otra manera lo disponga la SECCIÓN 1.02.c.
- bb. Aquellos proveedores que, después de una Investigación y recomendaciones del proveedor de servicios relacionados con fraude, desperdicios y abuso del Plan, se determinó que participaron en una actividad fraudulenta.

SECCIÓN 7.02. Responsabilidad de terceros.

- a. Si una Persona Elegible tiene una Enfermedad, Lesión, trastorno u otra afección por la cual un tercero (o terceros) sea o pueda estar obligado o sea legalmente responsable por motivo de un acto, omisión o cobertura de seguro de tal tercero o terceros (referidos en lo sucesivo como "terceros responsables"), el Fondo no será responsable de pagar ningún beneficio. Sin embargo, cuando el Fondo reciba todos los documentos firmados que requiere para asegurar el derecho de reembolso de Plan, incluidos pero sin limitarse a un acuerdo de reembolso, el Fondo podría pagar los beneficios por gastos de Hospital, médicos u otros gastos relacionados con, o que surjan de esa Lesión, Enfermedad, trastorno u otra afección. El Fondo tendrá todos los derechos aquí dispuestos.
- b. Primero se debe reembolsar al Fondo, antes de cualquier otra reclamación, el 100 % de los beneficios pagados por el Fondo de cualquier recuperación obtenida mediante sentencia, adjudicación de arbitraje, veredicto, conciliación u otra fuente por la Persona Elegible o por cualquier otra persona o tercero para la Persona Elegible, en virtud de tal Enfermedad, Lesión, trastorno u otra afección, incluida la recuperación de cualquier cobertura contra motoristas con seguro insuficiente o no asegurados o de otro seguro, aunque la sentencia, veredicto, adjudicación, otorgamiento o cualquier recuperación no devuelva la integridad de la Persona Elegible o no incluya específicamente gastos médicos. El Fondo deberá recibir un reembolso de tal recuperación sin ninguna deducción por honorarios legales incurridos o pagados por la Persona Elegible. La Persona Elegible y/o su abogado deben prometer no anular ni entorpecer ninguno de los derechos del Fondo sin consentimiento por escrito. Además, el Fondo debe recibir reembolso de cualquier honorario legal incurrido o pagado por el Fondo para asegurar el reembolso de tal beneficio pagado por el Fondo.
- c. Si el Fondo paga cualquier beneficio por tal Enfermedad, Lesión, trastorno u otra afección, el Fondo también tendrá automáticamente un derecho de retención y/o fideicomiso legal con respecto a tal porción de cualquier recuperación obtenida por la Persona Elegible o por cualquier persona o tercero a nombre de la Persona Elegible, por tal Enfermedad, Lesión, trastorno u otra afección por cuyos beneficios pagó el Fondo, aunque la sentencia, veredicto, adjudicación, conciliación o cualquier recuperación no devuelva la integridad de la Persona Elegible o no incluya específicamente gastos médicos. Tal derecho de retención se debe presentar a la Persona Elegible, a su agente, compañía de seguro u otra persona o tercero que retenga tal recuperación por la Persona Elegible, o al tribunal; y tal derecho de retención se debe satisfacer de cualquier recuperación recibida por la Persona Elegible, como sea que esté clasificada, asignada o mantenida.
- d. Si no se hace el reembolso según se especifica, el Fondo, a su exclusivo criterio, puede emprender cualquier acción legal y/o equitativa para recuperar la cantidad que fue pagada por la Enfermedad, Lesión, trastorno u otra afección de la Persona Elegible (incluido cualquier gasto legal incurrido o pagado por el Fondo) y/o puede compensar los pagos futuros de beneficios con la cantidad de tal

reembolso (incluido cualquier honorario legal incurrido o pagado por el Fondo). El Fondo, a su exclusiva discreción, puede interrumpir el pago de los beneficios si existe una base razonable para determinar que la Persona Elegible no cumplirá los términos del Plan, o si existe una base razonable para determinar que esta sección no es ejecutable.

- e. Al aceptar los beneficios del Fondo, la Persona Elegible acepta además:
- (1) Procesar diligentemente cualquier reclamación por daños;
 - (2) Notificar oportunamente al Fondo siempre que se presente una reclamación contra el tercero responsable respecto a cualquier pérdida por la cual se han pagado o se pagarán beneficios del Fondo debido a una Enfermedad, Lesión, trastorno u otra afección causado por el tercero responsable;
 - (3) Los derechos del Fondo al reembolso se deben considerar una reclamación de primera prioridad contra otra persona o entidad, y el reembolso debe hacerse antes que a cualquier otra reclamación, incluidas reclamaciones por daños generales;
 - (4) Cooperar y asistir al Fondo para que obtenga el reembolso de los pagos hechos, y que se abstenga de cualquier acto u omisión que pudiera obstaculizar cualquier reembolso;
 - (5) Proporcionar al Fondo toda la información relevante o los documentos que pida;
 - (6) Aceptar el derecho de preferencia y/o fideicomiso constructivo que existirá a favor del Fondo sobre todos los fondos recuperados por la Persona Elegible contra el tercero responsable;
 - (7) Retener el producto de cualquier conciliación, veredicto, sentencia u otra recuperación en fideicomiso para beneficio del Fondo, y el Fondo debe tener el derecho de recuperar los honorarios razonables de abogados en los que haya incurrido para cobrar el reembolso de los beneficios pagaderos;
 - (8) Firmar todos los documentos necesarios para asegurar el reembolso;
 - (9) No asignar ningún derecho o causa de acción que la Persona Elegible pueda tener contra el tercero razonable para recuperar los gastos médicos sin el consentimiento expreso por escrito del Fondo;
 - (10) El Fondo tiene el derecho de intervenir, independientemente de la Persona Elegible, en cualquier acción legal emprendida contra el tercero o contra cualquier compañía de seguro, incluida la propia compañía de seguro de la Persona Elegible para la cobertura del motorista no asegurado;
 - (11) El derecho del Fondo al primer reembolso no se verá afectado, reducido ni eliminado por el principio de restitución completa, culpa comparativa o diligencia reglamentaria o doctrina del fondo común;
 - (12) Constituirá una violación inmediata del acuerdo y un incumplimiento de los términos del Plan si, en el lapso de 30 días después de la recuperación de un tercero responsable o asegurador, la Persona Elegible no acepta reembolsar al Fondo en virtud de esta SECCIÓN 7.02, y pagar la cantidad del reembolso. Si la Persona Elegible viola el acuerdo o incumple esta SECCIÓN 7.02, la cantidad de los beneficios pagados por el Fondo que se relacionan con la Lesión, Enfermedad, trastorno u otra afección se volverán inmediatamente vencidos y pagaderos junto con los intereses y todos los costos de cobro, incluidos los honorarios razonables de abogado y los costos judiciales.
- f. Si la Persona Elegible no recibe ningún pago de un tercero como reembolso de la Enfermedad, Lesión, trastorno u otra afección causada por el tercero responsable, la Persona Elegible no tiene que reembolsar al Fondo ninguno de los beneficios adecuadamente pagados a la Persona Elegible. Si la Persona Elegible recibe pago del tercero responsable, la Persona Elegible no tiene que pagar al Fondo una cantidad mayor que la que el tercero responsable pagó a la Persona Elegible.

SECCIÓN 7.03. Coordinación de beneficios. Si una Persona Elegible tiene derecho a recibir beneficios de otro Plan de Grupo por gastos hospitalarios o médicos que también este Plan debe pagar, entonces los beneficios proporcionados por el Plan se pagarán de acuerdo con las siguientes disposiciones, sin exceder la cantidad en dólares de beneficios que se hubiesen pagado en ausencia de otra cobertura colectiva, o un 100 % de los Gastos Cubiertos realmente incurridos por la Persona Elegible.

- a. Los beneficios del Plan que cubre a la persona como Participante, empleado o miembro siempre se determinan antes de que beneficios de un plan que cubre a la persona como Dependiente (excepto cuando aplican las disposiciones de pagador secundario de Medicare). Esta disposición aplica a cualquier hijo Dependiente que tenga cobertura con otro plan como Participante, empleado o miembro, y reemplaza cualquier otra disposición de esta SECCIÓN 7.03 referente a los hijos Dependientes.
- b. Si la Persona Elegible es el Cónyuge Dependiente de un Empleado Jubilado, los beneficios del Fondo se pagarán por los gastos elegibles no cubiertos por el otro Plan Colectivo.
- c. Si la Persona Elegible a nombre de la cual se hace la reclamación es un hijo Dependiente cuyos padres no están separados ni divorciados, o cuyos padres están divorciados y tienen custodia conjunta, los beneficios del Plan Colectivo que cubre a la Persona Elegible como hijo Dependiente de un padre cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, ocurre primeramente en el año calendario, se determinarán antes que los beneficios del Plan Colectivo que cubre a tal Persona Elegible como hijo Dependiente de un padre cuya fecha de nacimiento, excepto el año de nacimiento, ocurre posteriormente en el año calendario. Si ninguno de los Planes de Grupo contiene las disposiciones de esta regla c. referente a los Dependientes, lo que dé como resultado que cada Plan de Grupo determine sus beneficios antes que el otro, o que cada Plan de Grupo determine sus beneficios después que el otro, las disposiciones dispuestas en este apartado no aplicarán, y la regla establecida en el Plan que no tenga las disposiciones dispuestas en esta regla c. determinará el orden de los beneficios.
- d. En caso de una Persona Elegible en nombre de quien se hace una reclamación como hijo Dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el padre con la custodia del niño no se ha vuelto a casar, los beneficios de un plan que cubra al niño como Dependiente del padre con la custodia del niño serán determinados antes que los beneficios de un plan que cubra al niño como Dependiente del padre que no tiene la custodia.
- e. En el caso de una Persona Elegible a nombre de quien se hace una reclamación como hijo Dependiente cuyos padres están divorciados y el padre con la custodia del niño se ha vuelto a casar, los beneficios del plan que cubre al niño como Dependiente del padre con la custodia del niño se determinarán antes que los beneficios de un plan que cubra al niño como Dependiente de un padrastro o madrastra, y los beneficios de un plan que cubra al niño como Dependiente del padrastro o la madrastra se determinarán antes de los beneficios de un plan que cubra al niño como Dependiente del padre que no tiene la custodia.
- f. En caso de una Persona Elegible a nombre de la cual se hace una reclamación como hijo Dependiente cuyos padres son separados o divorciados, cuando haya un decreto judicial que de otra manera establecería responsabilidad financiera por los gastos médicos, dentales o de atención médica con respecto al niño, entonces, no obstante los apartados d. y e. antes mencionados, los beneficios de un plan que cubra al niño como Dependiente de un padre con la responsabilidad financiera se determinarán antes que los beneficios de cualquier otro plan que cubra al niño como hijo Dependiente.
- g. Cuando las reglas estipuladas en los apartados a., b., c., d., e. o f. no establezcan el orden de determinación de los beneficios, los beneficios del Fondo se proporcionarán sin reducciones si la Persona Elegible ha sido continuamente elegible para recibir los beneficios de este Fondo por un periodo de tiempo más prolongado del que él o ella ha sido continuamente elegible para recibir los beneficios de otro Plan de Grupo, con sujeción a lo siguiente:

- (1) los beneficios de un Plan Colectivo que cubra a la Persona Elegible sobre cuya reclamación de gastos se basa como empleado despedido o Jubilado, o Dependiente de esa persona, se determinarán después de los beneficios de cualquier Plan Colectivo que cubra a la persona como empleado activo, que no sea como empleado despedido o Jubilado, o Dependiente del empleado activo, y
 - (2) si ninguno de los Planes Colectivos tiene estipulaciones referentes a Empleados despedidos o Jubilados, que dé como resultado que cada Plan Colectivo determine sus beneficios después del otro, entonces la estipulación (1) anterior no aplicará.
- h. **Coordinación con planes prepagados.** Independientemente de si este Plan se considere primario o secundario según sus disposiciones de coordinación de beneficios, en el evento de que una Persona Elegible (i) tenga cobertura bajo la porción de indemnización de este Plan, y (ii) tenga cobertura bajo un programa prepagado en otro Plan de Grupo (independientemente de que Persona Elegible deba pagar una porción de la prima para tal plan), y (iii) usa el programa prepagado para servicios también cubiertos por este Plan, entonces este Plan solo reembolsará los Copagos requeridos de la Persona Elegible bajo el plan prepagado, y solo si se requieren Copagos de cada persona cubierta bajo ese programa. Excepto por los Copagos especificados arriba, el Plan no pagará los gastos de los empleados elegibles ni de sus Dependientes cubiertos por programas prepagados de otros planes. Para los propósitos de este Plan, el término "programa prepagado" incluirá organizaciones de mantenimiento de la salud, asociaciones profesionales individuales y otros programas que la Junta, a su propio criterio, considere que son esencialmente similares a esos acuerdos prepagados.
- i. **Coordinación con planes de proveedores preferidos** Cuando este Plan, como el plan secundario, esté coordinando los beneficios con otro plan que ha establecido un acuerdo de proveedores preferidos con un proveedor médico o un Hospital, este Plan no pagará más que la diferencia entre:
- (1) La cantidad menor entre:
 - (a) Los cargos normales facturados por el proveedor, o
 - (b) La tarifa negociada para tal gasto bajo un acuerdo de Proveedor Preferido entre el proveedor y el Plan con el cual este Plan está haciendo la coordinación, y
 - (2) La cantidad que el otro plan paga como plan primario.

SECCIÓN 7.04. Coordinación con Medicaid. Los pagos de este Plan por los beneficios con respecto a una Persona Elegible, se harán en cumplimiento con cualquier cesión de derechos hecha por o en nombre de la Persona Elegible según lo requiere el plan de asistencia médica de California aprobado bajo la sección 1912(a)(1)(A) del Título XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid).

SECCIÓN 7.05. Cuando el estado haya hecho pagos mediante Medicaid por asistencia médica en cualquier caso en que este Plan tenga una responsabilidad legal de hacer pagos por tal asistencia, el pago de los beneficios se hará de acuerdo con cualquier ley estatal que estipule que el estado ha adquirido los derechos con respecto a una Persona Elegible para el pago de tal asistencia. En ningún evento este Plan hará pagos, bajo esta disposición, por reclamaciones presentadas después de un año de la fecha en que se incurrieron los gastos. El reembolso al estado, como a cualquier otra entidad que haya hecho pagos por asistencia médica, cuando este Plan tenga la responsabilidad legal de hacer el pago, será equivalente a los beneficios del Plan o la cantidad que realmente se pague, lo que sea menor.

ARTÍCULO 8. DISPOSICIONES GENERALES

SECCIÓN 8.01.

- a. El Fondo pagará todos los beneficios al Empleado Jubilado, conforme se vayan acumulando, al recibo de un comprobante por escrito, satisfactorio para el Fondo, que cubra la ocurrencia, el carácter y la extensión del evento por el cual se pagó la reclamación. La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho exclusivo y el criterio para interpretar el Plan y el tipo y carácter de las pruebas exigidas para cualquier reclamación y la aplicación e interpretación del Plan estarán sujetos a su juicio exclusivo. Cualquier disputa con respecto a la elegibilidad, tipo, cantidad o duración de los beneficios o cualquier derecho o reclamación de los pagos del Fondo serán resueltos por la Junta o la persona por ésta debidamente designada bajo y conforme las disposiciones del Plan y el Acuerdo del Fideicomiso, y su decisión es final y obligatoria para todas las partes, sujeto solo a revisión judicial en congruencia con las leyes federales sobre el trabajo.
- b. Los comprobantes de los formularios de reclamación, así como otros formularios, y el método de administración y procedimiento serán determinados únicamente por el Fondo.

SECCIÓN 8.02.

- a. Excepto en la extensión de otra manera específicamente estipulada en las subsecciones b. y c. de esta sección o en alguna otra parte del Plan, no se permite que ningún Empleado Jubilado, Dependiente u otro beneficiario venda, transfiera, anticipe o de otra manera disponga ningún beneficio pagadero bajo el Plan, ni ningún otro derecho o interés bajo el Plan, y no se requerirá que el Fondo reconozca ninguna venta, transferencia, anticipación, asignación, enajenación, hipoteca u otra disposición. Cualquier beneficio, derecho o interés no estará sujeto de ninguna manera a transferencia voluntaria ni transferencia por efecto de la ley o de otra manera, y estará exento de reclamaciones presentadas por acreedores u otros reclamantes y de todas las órdenes, decretos, embargos, ejecuciones u otros procesos o procedimientos legales no expresamente autorizados por la ley federal.
- b. Cualquier Empleado Jubilado puede ordenar que los beneficios que se le deban sean pagaderos a una institución en la que el Empleado Jubilado o su Dependiente esté hospitalizado, o a cualquier proveedor de servicios médicos, farmacéuticos o dentales u otros servicios o suministros médicos en consideración por los servicios de Hospital, médicos, u otros servicios prestados o suministros proporcionados, o a cualquier otra agencia que pueda haber proporcionado o pagado por, o acordado proporcionar o pagar por cualesquiera beneficios.
- c. En el evento de que, por algún error o cualquier otra circunstancia, un Empleado Jubilado, Dependiente u otro beneficiario haya sido pagado o acreditado con más de lo que tiene derecho bajo el Plan o bajo la ley, o ha adquirido obligación ante el Fondo bajo un acuerdo de indemnización o un acuerdo de responsabilidad de terceros, o de alguna otra manera, el Fondo puede deducir, recuperar y recobrar las cantidades excesivas, créditos u obligaciones excesivas de los beneficios acumulados o que posteriormente se acumulen para el Empleado Jubilado, Dependiente o beneficiario, y aún no distribuidos, en plazos y en la medida determinada por la Junta.

SECCIÓN 8.03. El Fondo pagará los beneficios solo si se presenta una notificación de la reclamación en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que se incurrieron los Gastos Cubiertos por primera vez, a menos que el Empleado Jubilado demuestre que no fue razonablemente posible proporcionar tal notificación dentro de este límite de tiempo, pero en ningún caso se concederán los beneficios si la notificación de la reclamación se hace después de un año a partir de la fecha en que se incurrieron los gastos.

SECCIÓN 8.04. En el evento de que el Fondo determine que el Empleado Jubilado es incompetente o incapaz de ejecutar un recibo válido y no se haya nombrado un tutor, o en el evento de que el Empleado Jubilado no haya proporcionado al Fondo un domicilio en el que se le pueda localizar para el pago, el Fondo puede, durante la vida del Empleado Jubilado, pagar cualquier cantidad de otra manera pagadera al Participante, al esposo o esposa o a un familiar consanguíneo del Empleado Jubilado, o a cualquier otra persona o institución que el Fondo determine que tiene derecho ejercitable al pago.

En el caso del fallecimiento del Empleado Jubilado antes de que todas las cantidades pagaderas bajo el Plan se hayan pagado, el Fondo puede pagar esta cantidad a cualquier persona o institución que el Fondo determine que tiene derecho ejercitable al pago. El resto de cualquier cantidad pendiente se pagará a uno o más de los siguientes familiares supervivientes del Empleado Jubilado: El Cónyuge, hijo o hijos, madre, padre, hermanos o hermanas, o al patrimonio del Empleado Jubilado, tal como la Junta a su propio juicio pueda designar. Cualquier pago de acuerdo con esta disposición liberará la obligación del Fondo.

SECCIÓN 8.05. Procedimientos para presentar reclamaciones y apelaciones.

a. Definiciones.

- (1) Determinación adversa sobre los beneficios. Una “determinación adversa sobre los beneficios” es cualquier denegación, reducción, terminación o incumplimiento en proporcionar un beneficio o en pagarlo (total o parcialmente) bajo el Plan. Los siguientes son ejemplos de determinaciones adversas sobre los beneficios:
 - (a) un pago de menos del 100 % de una reclamación de beneficios (incluidas cantidades del Coseguro o Copago menores que el 100 % y cantidades aplicadas al Deducible);
 - (b) una denegación, reducción, terminación o incumplimiento en proporcionar un beneficio o en pagarlo (total o parcialmente) que resulte de cualquier decisión sobre una revisión de la utilización;
 - (c) no cubrir un artículo o servicio debido a que el Fondo lo considera experimental, de investigación, no médicamente necesario o no médicamente apropiado;
 - (d) una decisión que deniega un beneficio basándose en la determinación de que un reclamante no es elegible para participar en el Plan.

La presentación de una receta en una farmacia, cuando la farmacia se rehúsa a surtir la receta a menos que el reclamante pague el costo total, no se considera una determinación adversa sobre los beneficios (pero solo en la medida en que la decisión de la farmacia de denegar la receta se base en las reglas de la cobertura predeterminadas por el Fondo).

- (2) Reclamación. El término “reclamación” significa la solicitud de un beneficio hecha por una persona de acuerdo con los procedimientos razonables de Fondo.

Las indagaciones casuales sobre los beneficios o las circunstancias bajo las cuales se pueden pagar los beneficios no se consideran reclamaciones. Tampoco se considera una reclamación la solicitud de una determinación de si una persona es elegible para recibir los beneficios bajo el Plan. Sin embargo, si un reclamante presenta una reclamación de beneficios específicos y la reclamación se deniega debido a que la persona no es elegible bajo los términos del Plan, esa determinación sobre la cobertura se considera una reclamación.

La presentación de una receta en una farmacia no constituye una reclamación, siempre y cuando los beneficios se determinen con base en las reglas de costo y cobertura predeterminadas por el Fondo. Si un Médico, Hospital o farmacia deniega el suministro de servicios o se rehúsa a surtir una receta a menos que la persona pague el costo total, la persona debe presentar una reclamación después del servicio por los servicios o la receta, según se describe en la sección Procedimientos para presentar reclamaciones que aparece abajo.

Una solicitud de precertificación o autorización previa de un beneficio que no requiere precertificación ni autorización previa por el Fondo como una condición para recibir beneficios máximos no se considera una reclamación. Sin embargo, las solicitudes de precertificación o autorización previa de un beneficio por el cual el Fondo requiere la precertificación o la autorización previa se consideran reclamaciones y se deben presentar como reclamaciones previas al servicio (o reclamaciones urgentes, si corresponde), como se describe bajo la sección Procedimientos para presentar reclamaciones que aparece abajo.

(a) Las reclamaciones se clasifican de la siguiente manera:

- (i) Reclamaciones urgentes. El término “reclamación urgente” significa una reclamación por atención o tratamiento médico que, si se aplicaran las normas ordinarias de reclamaciones previas al servicio para tomar una decisión, se arriesgaría gravemente la vida o la salud del reclamante o la capacidad del reclamante para recuperar su funcionamiento máximo o, que en opinión de un Médico con conocimiento de la afección del reclamante, sujetaría al reclamante a un dolor intenso que no se pudiese controlar adecuadamente sin el cuidado o el tratamiento que es objeto de la reclamación.
- (ii) Reclamaciones previas al servicio. El término “reclamación previa al servicio” significa una reclamación de un beneficio para el cual el Fondo requiere precertificación o autorización previa antes de que se obtenga la atención médica a fin de recibir los beneficios máximos permitidos bajo el Plan.
- (iii) Reclamación concurrente. El término “reclamación concurrente” significa una reclamación que se reconsidera después de una aprobación inicial, que da como resultado la reducción, terminación o extensión del beneficio previamente aprobado.
- (iv) Reclamaciones después del servicio. El término “reclamación después del servicio” significa una reclamación de beneficios que no es una reclamación previa al servicio ni una reclamación urgente o concurrente. Generalmente es una reclamación del reembolso de servicios ya brindados.

- (v) Reclamación por incapacidad. El término “reclamación por incapacidad” significa cualquier reclamación que requiere la determinación de incapacidad total como una condición para la elegibilidad.
 - (3) Documentos relevantes. Los “documentos relevantes” incluyen documentos referentes a una reclamación si se tomaron como base para la determinación sobre el beneficio; se presentaron, consideraron o generaron durante la determinación del beneficio; demuestran cumplimiento con los procesos administrativos y las medidas de protección requeridas por los reglamentos; o constituyen una norma o lineamiento del Fondo con respecto a la opción de tratamiento o beneficio denegado. Los documentos relevantes pueden incluir reglas, protocolos, criterios, tablas de tarifas, listas de cuotas o listas de verificación y procedimientos administrativos específicos del Fondo que demuestren que las reglas del Fondo se aplicaron apropiadamente a una reclamación.
- b. **Procedimientos para presentar reclamaciones.**
- (1) **Requisitos de tiempo para el pago de Servicios de Emergencia, servicios que no sean de emergencia en instalaciones PPO por proveedores que no sean PPO y servicios de ambulancia por aire**

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

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

Si un proveedor o una Instalación no Participante y el Plan inician el proceso de Resolución Independiente de Disputas (Independent Dispute Resolution, IDR) en virtud de la Ley contra Facturación Inesperada (Ley Pública 116-260, División BB) y no llegan a un acuerdo antes de la fecha en que una entidad de IDR certificada tome una determinación con respecto a tal artículo o servicio, la cantidad permitida es la cantidad de tal determinación. El Participante o el Dependiente no tiene el derecho ni la obligación de participar en ningún proceso de IDR según la Ley contra Facturación Inesperada.
 - (2) Reclamaciones urgentes. El Fondo determinará si una reclamación es una reclamación urgente al aplicar el criterio de una persona prudente normal que posea un conocimiento medio de salud y medicina. Alternativamente, si un Médico con conocimiento de la afección del Paciente determina que la reclamación es una reclamación urgente y así lo notifica al Fondo, se tratará como una reclamación urgente.
- Las reclamaciones urgentes, que pueden incluir solicitudes de precertificación de admisiones en el Hospital y autorizaciones previas de servicios, se deben presentar por teléfono o personalmente. Las reclamaciones de atención urgente no se pueden presentar a través del Servicio Postal de Estados Unidos.

En el caso de reclamaciones urgentes debidamente presentadas, el Fondo o la Organización de Revisión por éste designada responderá por teléfono al reclamante y al proveedor con una determinación tomada tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, pero no después de 72 horas a partir de que se recibe la reclamación. La determinación también se confirmará por escrito.

Si una reclamación urgente se recibe sin información suficiente para determinar si los beneficios están cubiertos o son pagaderos, y a qué grado lo son, el Fondo o la Organización de Revisión por éste designada notificará al reclamante la información específica necesaria para completar la reclamación, tan pronto como sea posible pero no después de 24 horas de que recibe la reclamación. El reclamante debe proporcionar la información especificada en un lapso de 2 días hábiles después de que reciba la solicitud de información adicional. Si no se proporciona la información en ese periodo de tiempo, la reclamación será denegada.

Durante el periodo que se le dé al reclamante para proporcionar la información adicional, se suspenderá la fecha límite normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende a partir de la fecha de la notificación de la extensión hasta que hayan transcurrido 2 días hábiles o hasta la fecha en que el reclamante responda a la petición, lo que ocurra primero. La notificación de la decisión se proporcionará no después de 48 horas de que se reciba la información especificada.

Si un reclamante presenta inadecuadamente una reclamación urgente, la Oficina del Fondo de Fideicomiso de Fideicomiso o la Organización de Revisión por éste designada notificará al reclamante los procedimientos adecuados requeridos para presentar una reclamación urgente, lo antes posible pero no después de 24 horas a partir del recibo de la reclamación. Las reclamaciones presentadas inadecuadamente incluyen, pero no se limitan a: (i) reclamaciones que no se dirigen a una persona o unidad organizativa usualmente responsable de administrar asuntos de beneficios; o (ii) reclamaciones que no nombran un reclamante específico, una afección o síntoma específico, y un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se requiere aprobación. La notificación puede ser verbal a menos que el reclamante o el representante autorizado requieran una notificación por escrito. A menos que se vuelva a presentar adecuadamente, no se considerará como una reclamación.

- (3) Reclamaciones previas al servicio. Bajo los términos de este Plan, se requiere que los reclamantes obtengan la precertificación de la Organización de Revisión Profesional (Professional Review Organization, PRO) para la internación en un Hospital o en una instalación de tratamiento de Pacientes internos por una afección que no sea de emergencia o por ciertos procedimientos quirúrgicos ambulatorios como se describe en la SECCIÓN 3.04(b) a fin de recibir los beneficios máximos.

La PRO designada por el Fondo tan pronto notificará al reclamante de una **reclamación previa al servicio** inadecuadamente presentada y los procedimientos adecuados que se deben seguir para presentar una reclamación, tan pronto como sea posible pero no después de 5 días a partir del recibo de la reclamación. El reclamante solo recibirá notificación de una reclamación previa al servicio inadecuadamente presentada si la reclamación se presenta en la oficina apropiada e incluye: (i) el nombre del reclamante, (ii) la afección médica o los síntomas específicos del reclamante, y (iii) un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se requiere aprobación. A menos que la reclamación se vuelva a presentar adecuadamente, no se considerará como una reclamación.

En el caso de las reclamaciones previas al servicio adecuadamente presentadas, el reclamante (y el médico del reclamante) serán notificados de la decisión en un lapso de *15 días* después del recibo de la reclamación a menos de que se necesite tiempo adicional. El tiempo de respuesta se puede extender hasta *15 días* adicionales si es necesario debido a problemas fuera del control de la PRO. Si es necesaria una extensión, el reclamante será notificado antes de que termine el periodo inicial de 15 días sobre las circunstancias que requieren la extensión del plazo y la fecha en la que se espera tomar la decisión.

Si se requiere la extensión debido a que el Fondo necesita información adicional de reclamante, el Fondo emitirá una solicitud de información adicional que especifique la información necesaria. El reclamante tendrá 45 días a partir de la fecha de la notificación para proporcionar la información adicional. Si no se proporciona la información en ese periodo de tiempo, la reclamación será denegada. Durante el periodo de 45 días que se le dé al reclamante para proporcionar la información adicional, se postergará la fecha límite normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se posterga a partir de la fecha de la solicitud de información adicional hasta una de las siguientes fechas, la que ocurra primero: (i) 45 días; o (ii) la fecha en que el reclamante responda a la solicitud. Entonces la PRO tiene 15 días para tomar una determinación sobre la reclamación.

- (4) Reclamaciones concurrentes. Cualquier solicitud presentada por un reclamante para extender una reclamación urgente aprobada será procesada por la PRO en un lapso de 24 horas a partir de que se reciba la reclamación, siempre y cuando la reclamación se reciba al menos 24 horas antes de que termine la vigencia de la reclamación urgente aprobada. La decisión sobre una solicitud para continuar un plan de tratamiento en curso que no involucre una reclamación urgente se tomará con suficiente tiempo para solicitar una apelación y para que la apelación se decida antes de que el beneficio se reduzca o termine.
- (5) Reclamaciones después del servicio. Para que la solicitud de beneficios se considere una reclamación, se debe rellenar completamente el formulario de reclamación y se debe adjuntar a éste una o más facturas detalladas. No es necesario que los reclamantes envíen un formulario adicional de reclamación si la factura o facturas son por una Enfermedad prolongada y el reclamante presentó y firmó un formulario de reclamación durante el periodo del año calendario anterior. El proveedor o el médico pueden presentar la reclamación a nombre del reclamante. El formulario de reclamación y/o la factura o facturas detalladas deben incluir la siguiente información para que la petición se considere una reclamación y para que el Fondo pueda tomar una decisión sobre la misma:

El reclamante proporciona:

- (a) Nombre del Participante o del Empleado Jubilado
- (b) El nombre del Paciente
- (c) La fecha de nacimiento del Paciente
- (d) Número de Seguro Social o número de identificación como Participante del Empleado Jubilado
- (e) La fecha del servicio
- (f) Información sobre otra cobertura de seguro, si la tiene, inclusive cobertura que pueda estar disponible para el Empleado Jubilado mediante su Cónyuge a través de su empleador

(g) Si el tratamiento se debe a un accidente, los detalles del accidente

El proveedor indica:

- (a) El código CPT-4 (el código de los servicios del médico y de otros servicios de atención médica que se encuentra en el documento *Current Procedural Terminology, Fourth Edition (Terminología Procesal Actual, Cuarta Edición)*, según lo mantiene y distribuye la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association) o el código ICD-10
- (b) HCPCS (el código de diagnóstico que se encuentra en el documento *International Classification of Diseases, 10th Edition, Clinical Modification (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª Edición, Modificación Clínica)* según la mantiene y distribuye el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services)
- (c) El cargo facturado (las facturas deben estar detalladas y deben mostrar todas las fechas de las visitas al médico)
- (d) El número de identificación de contribuyente (taxpayer identification number, TIN) federal del proveedor
- (e) El nombre de facturación, la dirección y el número de teléfono del proveedor

Se considera que una reclamación después del servicio se ha presentado cuando la Oficina del Fondo de Fideicomiso recibe tal reclamación.

Normalmente se notificará a los reclamantes las decisiones sobre las reclamaciones después del servicio en un lapso de 30 días a partir de la fecha en que la Oficina del Fondo de Fideicomiso recibe la reclamación. El Fondo puede extender este periodo una vez hasta 15 días si la extensión es necesaria debido a problemas fuera del control del Fondo. Si es necesaria una extensión, antes de que termine el periodo inicial de 30 días se notificará al reclamante las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la cual el Fondo espera tomar la decisión.

Si la extensión se requiere debido a que el Fondo necesita información adicional del reclamante, el Fondo solicitará información adicional al proveedor y/o al reclamante mediante fax, teléfono, un formulario Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o carta. La solicitud especificará la información necesaria. Entonces el reclamante tendrá 45 días a partir del recibo de la solicitud para proporcionar la información adicional. Si no se proporciona la información en ese periodo de tiempo, la reclamación será denegada. La fecha límite para tomar una decisión sobre la reclamación se postergará desde la fecha de la solicitud de información adicional hasta la primera de las siguientes fechas: (i) 45 días después de que se envió la solicitud; o (ii) la fecha en que el reclamante responde a la solicitud. Entonces el Fondo cuenta con 15 días para tomar una decisión e informar al reclamante sobre su determinación.

Si el Fondo determina que requiere información adicional del reclamante, y el reclamante no proporciona la información requerida en un plazo de 45 días, el Fondo emitirá la notificación de una determinación adversa sobre beneficios.

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

puede solicitar información adicional para verificar que la persona designada está autorizada para actuar en nombre del reclamante. Aunque el reclamante haya designado a un representante autorizado, el reclamante debe firmar personalmente un formulario de reclamación y presentarlo en la Oficina del Fondo al menos anualmente.

Un profesional médico con conocimiento de la afección del reclamante puede actuar como representante autorizado en relación con una reclamación urgente sin que el reclamante tenga que designar un representante autorizado.

- (7) Notificación de la determinación inicial sobre los beneficios. Se proporcionará al reclamante una notificación por escrito de la determinación inicial sobre el beneficio. Si la determinación es una determinación adversa sobre el beneficio, la notificación incluirá:
- (a) la razón o razones específicas para la determinación;
 - (b) referencia a la disposición o disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la determinación;
 - (c) una descripción de cualquier material o información adicional que se necesite para completar su reclamación y una explicación de por qué se necesita tal material o información;
 - (d) una descripción de los procedimientos para presentar apelaciones y los límites de tiempo aplicables;
 - (e) una declaración del derecho del reclamante de iniciar una acción civil de acuerdo con la sección 502(a) de ERISA después de la apelación de una determinación adversa sobre los beneficios;
 - (f) si la decisión sobre la reclamación se basó en una regla, lineamiento o protocolo interno, una declaración que indique que hay una copia del mismo disponible gratuitamente si así se solicita;
 - (g) si la determinación se basó en la ausencia de necesidad médica, o en que el tratamiento sea Experimental o de Investigación, o en otra exclusión similar, una declaración que indique que hay disponible gratuitamente una explicación del criterio científico o clínico aplicado a la determinación si así se solicita.
 - (h) para reclamaciones urgentes, una descripción del proceso de revisión expedita aplicable a las reclamaciones urgentes (para reclamaciones urgentes, la notificación se puede proporcionar oralmente seguida por una notificación por escrito).

c. Procedimientos de apelación.

- (1) Apelación de una determinación adversa sobre los beneficios. Si cualquier reclamación se deniega total o parcialmente, o si el reclamante no está de acuerdo con la decisión tomada sobre la reclamación, el reclamante puede apelar la decisión de la manera que se especifica abajo. Las apelaciones se deben presentar en la Oficina del Fondo de Fideicomiso en un lapso de 180 días a partir de que el reclamante reciba la notificación de la determinación adversa sobre los beneficios, deben ir acompañadas de cualquier material pertinente que aún no se haya presentado al Fondo, y deben declarar por qué el reclamante cree que la reclamación no debería haberse denegado.
- (a) Reclamaciones urgentes. Las apelaciones de determinaciones adversas sobre los beneficios referentes a reclamaciones urgentes se deben hacer ya sea llamando a la

Organización de Revisión designada o por otro método disponible similarmente rápido. Las apelaciones de Reclamaciones Urgentes **no** se pueden enviar a través del Servicio Postal de Estados Unidos.

- (b) Reclamaciones concurrentes. Las apelaciones de determinaciones adversas sobre los beneficios referentes a reclamaciones concurrentes se deben hacer de la misma manera descrita para las reclamaciones urgentes.
 - (c) Reclamaciones previas al servicio. Las apelaciones de determinaciones adversas sobre los beneficios referentes a las reclamaciones previas al servicio se deben hacer por escrito por correo o fax. Una apelación de una reclamación previa al servicio que se recibe con información adicional que, a su revisión, permita la aprobación de beneficios adicionales por parte del Fondo o de la Organización de Revisión por éste designada de acuerdo con las disposiciones del Fondo, no se considerará una apelación, sino una nueva Reclamación previa del servicio.
 - (d) Reclamaciones después del servicio. La apelación de una reclamación después del servicio se debe presentar por escrito a la Oficina del Fondo de Fideicomiso en un lapso de 180 días después del recibo de la notificación de determinación adversa sobre los beneficios y debe incluir:
 - (i) el nombre y domicilio del Paciente;
 - (ii) el nombre y domicilio del Empleado Jubilado, si son diferentes;
 - (iii) una declaración dirigida a la Junta de Fideicomisarios de que se trata de una apelación de una determinación adversa sobre los beneficios;
 - (iv) la fecha de la determinación adversa sobre los beneficios; y
 - (v) el fundamento de la apelación, esto es, la razón o razones por las cuales no se debió denegar la reclamación.
- (2) El proceso de apelación. Se dará oportunidad al reclamante de presentar comentarios por escrito, documentos y otra información para que sean considerados durante la apelación, aunque tal información no se haya presentado o considerado como parte de la determinación inicial sobre beneficios. Se proporcionará gratuitamente al reclamante, si así lo solicita, acceso razonable a los documentos relevantes de su reclamación y copias de los mismos.
- La apelación será revisada por una persona que no sea aquella que originalmente tomó la determinación inicial adversa sobre los beneficios relacionada con la reclamación. La persona que haga la revisión no dará deferencia a la determinación inicial adversa sobre los beneficios. La decisión se tomará con base en el expediente, incluyendo los documentos y comentarios adicionales que el reclamante pueda haber presentado.
- Si una reclamación se denegó tomando como base un criterio médico (como una determinación de que el tratamiento o servicio no era Medicamento Necesario o que era Experimental o de Investigación), se consultará a un profesional de atención médica que tenga la capacitación y experiencia apropiadas en un campo relevante de la medicina. Si lo solicita, se proporcionará al reclamante la identificación de los expertos médicos o vocacionales, si los hubiera, que proporcionaron asesoría en la reclamación, independientemente de si la decisión sobre la reclamación se basó en tal asesoría.
- (3) Plazos para enviar notificaciones de determinaciones de apelación.

- (a) Reclamaciones urgentes. La notificación de la determinación sobre la apelación de reclamaciones urgentes se enviará en un lapso de 72 horas a partir de que la Oficina del Fondo de Fideicomiso o la Organización de Revisión por éste designada reciba la apelación.
 - (b) Reclamaciones previas al servicio. La notificación de la determinación sobre la apelación de reclamaciones previas al servicio se enviará en un lapso de 30 días a partir de que la Oficina del Fondo de Fideicomiso o la Organización de Revisión por éste designada reciba la apelación.
 - (c) Reclamaciones concurrentes. La Oficina del Fondo de Fideicomiso o la Organización de Revisión por éste designada enviará la notificación de la determinación sobre la apelación de una reclamación concurrente antes de que se termine el beneficio.
 - (d) Reclamaciones después del servicio. Generalmente, las decisiones sobre las apelaciones que involucren reclamaciones después del servicio se tomarán en la siguiente reunión regularmente programada de la Junta de Fideicomisarios después de que se reciba la solicitud de revisión del reclamante. Sin embargo, si se recibe la solicitud de revisión en la Oficina del Fondo de Fideicomiso menos de 30 días antes de la siguiente reunión regularmente programada, la solicitud de revisión se podría considerar en una segunda reunión regularmente programada después del recibo de la solicitud del reclamante. En circunstancias especiales, es posible que sea necesaria una demora hasta la tercera reunión regularmente programada después del recibo de la solicitud de revisión por parte del reclamante. Se notificará por escrito al reclamante con anticipación sobre esta extensión. Una vez que se tome la decisión sobre la revisión de la reclamación del reclamante, se le notificará al reclamante tan pronto como sea posible, pero no después de 5 días a partir de la fecha en que se tomó la decisión.
 - (e) Si no se notifica al reclamante la decisión sobre la revisión dentro del periodo de tiempo especificado en esta subsección c.(3), se considerará que la reclamación del reclamante se denegó a la revisión. El reclamante podrá iniciar una acción sobre su reclamación de acuerdo con la subsección c.(5), que aparece abajo.
- (4) Contenido de las notificaciones sobre la determinación de la apelación. Se notificará por escrito al reclamante la determinación tomada sobre una apelación. La notificación sobre la denegación de una apelación incluirá lo siguiente:
- (a) la razón o razones específicas para la determinación;
 - (b) referencia a la disposición o disposiciones específicas del Plan en las cuales se basó la determinación;
 - (c) una declaración que indique el derecho del reclamante a recibir gratuitamente acceso razonable a todos los documentos relevantes a la reclamación, y copias de los mismos, si así lo solicita;
 - (d) una declaración que indica el derecho del reclamante de iniciar una acción civil de acuerdo con la Sección 502(a) de ERISA después de la apelación de una Determinación Adversa sobre Beneficios;
 - (e) si la decisión sobre la reclamación se basó en una regla, lineamiento o protocolo interno, una declaración que indique que hay una copia del mismo disponible

gratuitamente si así se solicita; y

- (f) si la determinación se basó en la necesidad médica, o en que el tratamiento sea Experimental o de Investigación, o en otra exclusión similar, una declaración que indique que hay disponible gratuitamente una explicación del criterio científico o clínico aplicado a la determinación si así se solicita.

- (5) **Revisión externa de ciertas reclamaciones de Servicios de Emergencia, servicios que no sean de emergencia de un proveedor no PPO en una instalación PPO, y servicios de ambulancia por aire.** Este proceso de revisión externa tiene como objetivo cumplir con los requisitos de revisión externa de la Ley contra Facturación Inesperada. Para los propósitos de esta sección, las referencias a “reclamante” incluyen al empleado, el o los Dependientes cubiertos, a cualquier representante autorizado; y las referencias a “Plan” incluyen al Plan y a su designado o designados.

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

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

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

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

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

- (a) **Revisión externa de reclamaciones estándar (no urgentes).** Un reclamante podría solicitar una revisión externa de una reclamación estándar (no urgente) por escrito dentro de un lapso de cuatro (4) meses a partir de la fecha en que recibió la notificación de una determinación del beneficio de apelación de una reclamación. Por conveniencia, estas determinaciones se denominan abajo “determinaciones adversas”, a menos que sea necesario abordarlas por separado.
 - 1. **Revisión preliminar de reclamaciones estándar. En un lapso de cinco (5) días hábiles** a partir de que el Plan reciba su solicitud de revisión externa de una reclamación estándar, el Plan completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:
 - i) El reclamante estaba cubierto bajo el Plan en el momento de solicitar el artículo o el servicio o, en el caso de una revisión retroactiva, si estaba

cubierto bajo el Plan en el momento en que se brindó el artículo o servicio de atención médica;

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

información al Plan. Cuando reciba tal información, el Plan podría reconsiderar su determinación adversa que es el objeto de la revisión externa. La reconsideración por parte del Plan no demorará la revisión externa. Sin embargo, si el Plan revierte su determinación adversa después de reconsiderarla, el Plan proporcionará una notificación por escrito de su decisión al reclamante y a la IRO dentro de un (1) día hábil después de tomar tal decisión. Al recibo de tal notificación, la IRO terminará su revisión externa.

- iv) La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Para tomar una decisión, la IRO revisará la reclamación *de novo* (como si fuera nueva) y no estará obligada por ninguna decisión o conclusiones a las que haya llegado durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones. Sin embargo, la IRO quedará obligada a observar los términos del Plan para asegurarse de que la decisión de la IRO no contravenga los términos del Plan, a menos que los términos sean incongruentes con la ley aplicable. La IRO también debe observar los requisitos para recibir los beneficios del Plan, incluidas las normas del plan para los criterios de revisión clínica, necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de un beneficio cubierto.
- v) Además de los documentos y la información proporcionados, la IRO asignada podría, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y sean apropiados, considerar información adicional, incluida información de sus expedientes médicos, recomendaciones u otra información de sus proveedores médicos que le dan tratamiento (lo atienden), otra información de usted o del Plan, informes de los profesionales médicos apropiados, pautas de práctica apropiadas y normas fundamentadas aplicables, los criterios de revisión clínica aplicables del Plan y/o la opinión del revisor o revisores clínicos de la IRO.
- vi) La IRO asignada proporcionará una notificación por escrito de su decisión final sobre la revisión externa al reclamante y al Plan **en un lapso de 45 días** después de que la IRO reciba la solicitud de revisión externa.
- vii) Si la revisión externa final de la IRO revierte la determinación adversa del Plan, cuando el Plan reciba la notificación de tal reversión, inmediatamente proporcionará la cobertura o el pago de la reclamación revisada. Sin embargo, aún después de proporcionar la cobertura o el pago de la reclamación, el Plan podría, a su sola discreción, procurar un remedio judicial para revertir o modificar la decisión de la IRO.
- viii) Si la revisión externa final mantiene la determinación adversa del Plan, el Plan seguirá sin proporcionar la cobertura ni el pago de la reclamación revisada. Si el reclamante está insatisfecho con la determinación de la revisión externa, puede procurar una revisión judicial como lo permite la sección 502(a) de ERISA.
- ix) La notificación de la decisión de la IRO asignada contendrá:
 - 1) Una descripción general de la razón de la solicitud de revisión externa que incluya información suficiente para identificar la reclamación

(como la fecha o las fechas de servicio, el proveedor de atención médica, la cantidad de la reclamación (si corresponde), el código del diagnóstico y su significado correspondiente, el código del tratamiento y su significado correspondiente, y la razón de la denegación previa);

- 2) La fecha en que la IRO recibió la solicitud para realizar la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO;
- 3) Referencias a la evidencia o a la documentación que se consideró para tomar su decisión, incluidas las disposiciones específicas de la cobertura y las normas fundamentadas;
- 4) Una explicación de la razón o las razones principales de la decisión de la IRO, incluido el razonamiento de la decisión y cualquier norma fundamentada en la que se basó para tomar la decisión;
- 5) Una declaración de que la determinación de la IRO es obligatoria para el Plan (a menos que hubiera disponibles otros remedios para usted o para el Plan según la ley estatal o federal aplicable);
- 6) Una declaración de que usted podría tener a su disposición una revisión judicial; y
- 7) Información de contacto actualizada, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina de asistencia o defensa del consumidor de seguros médicos correspondiente establecida en virtud de la Ley de Cuidado de la Salud de Bajo Precio para asistir con los procesos de revisión externa.

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

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

1. **Revisión preliminar de una reclamación agilizada.** Inmediatamente al recibo de la solicitud de una revisión externa agilizada, el Plan completará la revisión preliminar de la solicitud a fin de determinar si se cumplen los requisitos de la revisión preliminar (como se describe arriba en Reclamaciones estándar). El Plan inmediatamente notificará al reclamante (por ejemplo, por teléfono o por fax) si la solicitud de revisión cumple los requisitos de revisión preliminar,

y si no los cumple, proporcionará o procurará la información (como también se describe bajo Reclamaciones estándar de arriba).

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

- (6) Cuándo se puede iniciar una demanda judicial. Ningún empleado, Dependiente, beneficiario ni otra persona tendrá ningún derecho o reclamación de los beneficios bajo estas Reglas y reglamentos ni ningún derecho o reclamación de pagos del Fondo, que no sean los especificados en este documento.
- (a) Un reclamante no puede iniciar un litigio para obtener beneficios hasta después de cualquiera de lo siguiente: (1) el reclamante presentó una reclamación de acuerdo con estas Reglas y reglamentos, solicitó una revisión después de una determinación adversa sobre los beneficios por cada asunto considerado relevante por el reclamante, y se ha tomado una decisión final después de la revisión; o (2) el plazo apropiado descrito arriba ha transcurrido desde que el reclamante presentó una solicitud de revisión y el reclamante no ha recibido una decisión final o una notificación de que será necesaria una extensión para tomar una decisión final. No se puede iniciar ninguna acción legal ni mantener durante más de dos años después de la fecha en que se haya notificado por escrito al reclamante que después de una revisión se confirma la denegación de su reclamación.
 - (b) Para cualquier demanda judicial que se emprenda, las determinaciones de los fideicomisarios están sujetas a revisión judicial únicamente con respecto al abuso de autoridad.
 - (c) Las disposiciones de esta SECCIÓN 8.05 aplicarán a, e incluirán cada una y todas las reclamaciones por los beneficios del Fondo, y toda reclamación o derecho ejercido bajo el Plan o en contra del Fondo, independientemente del fundamento de la reclamación e independientemente de cuándo ocurrió el acto u omisión sobre el cual se basa la reclamación, e independientemente de si el reclamante es un "Participante" o "beneficiario" del Fondo dentro del significado de estos términos de acuerdo con la definición de ERISA. Tal reclamación estará limitada a los beneficios pagaderos bajo los términos del Plan, o para aclarar sus derechos a futuros beneficios bajo los términos del Plan y no incluirá ninguna reclamación o derecho por daños, ya sea compensatorios o punitivos.

SECCIÓN 8.06. Renuncia a la presentación de demandas de grupo, colectivas y de representación. Al participar en el Plan, al grado máximo permitido por la ley, ya sea en los tribunales, los Participantes renuncian a cualquier derecho de iniciar, de participar en cualquier manera, o de ser un miembro de clase real o supuesta de cualquier acción, de clase, colectiva o representativa que surja de, o que se relacione con, cualquier disputa, reclamación o controversia, y los Participantes aceptan que tal disputa, reclamación o controversia solo será iniciada o mantenida y decidida en base individual.

SECCIÓN 8.07. El Fondo, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier Persona Elegible cuando y tan frecuentemente como pueda requerir razonablemente mientras esté pendiente cualquier reclamación, y también el derecho y la oportunidad de efectuar una autopsia en caso de fallecimiento, cuando no esté prohibido por la ley.

SECCIÓN 8.08. Los beneficios proporcionados por este Fondo no son en lugar de y no afectan ningún requisito de cobertura exigido por las leyes de seguro contra accidentes en el trabajo ni legislación similar.

SECCIÓN 8.09. Las disposiciones del Plan están sujetas a, y controladas por las disposiciones del Acuerdo del Fideicomiso, y en el evento de cualquier conflicto entre las disposiciones del Plan y las disposiciones del Acuerdo de Fideicomiso, prevalecerán las disposiciones del Acuerdo del Fideicomiso.

SECCIÓN 8.10. Confidencialidad y derecho a recibir y a divulgar información necesaria.

- a. Con el propósito de determinar la aplicabilidad e implementación de los términos de la SECCIÓN 7.03 a la SECCIÓN 7.04 que tratan de la coordinación de los beneficios de este Plan o cualquier disposición de propósito similar de cualquier otro plan, el Plan puede, al grado que sea congruente con las leyes federales y estatales de confidencialidad (en la extensión aplicable) y los procedimientos de confidencialidad del Plan, divulgar a cualquier compañía de seguros o a otra organización o persona, u obtener de ella cualquier información, con respecto a cualquier persona, que el Plan considere necesaria para tales propósitos.
- b. Los fideicomisarios y los profesionales apropiados contratados por el Plan pueden, en la medida necesaria y de acuerdo con las leyes federales y estatales de confidencialidad (en la medida aplicable) y los procedimientos de confidencialidad del Plan, tener acceso a tal información médica protegida referente a los Participantes y Dependientes como sea razonablemente necesario para tomar decisiones sobre la elegibilidad, pago, reclamaciones y apelaciones, o como de otra manera sea necesario para la administración del Plan.
- c. Los fideicomisarios desarrollarán procedimientos de confidencialidad de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico de 1996 (The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) y otras leyes aplicables, y proporcionarán a cada Participante y Dependiente una notificación de las prácticas de confidencialidad. Tales normas y prácticas serán congruentes con las leyes federales y estatales aplicables.
- d. Excepto como lo permite HIPAA, el Plan solo usará o divulgará su PHI con propósitos de comercialización o venta (intercambio) de su PHI por una compensación (pago), con su autorización por escrito. A continuación se listan los usos y divulgaciones permitidos y requeridos de información médica protegida, según este término se define en la HIPAA, que el patrocinador del Plan, la Junta de Fideicomisarios puede hacer.
 - (1) La Junta de Fideicomisarios puede aplicar las siguientes divulgaciones permitidas y requeridas de información médica protegida. Todas las divulgaciones de información serán las mínimas necesarias, según la definición de este término en la HIPAA, excepto en el caso de las subsecciones (o) a la (p) que se encuentran a continuación.

Propósitos permitidos para la divulgación de información:

- (a) Como sea necesario para el pago de las reclamaciones, las operaciones del Plan y el tratamiento, incluso con el propósito de eliminar la información de identificación para la divulgación permitida adicional.
- (b) Determinación de la elegibilidad y la cantidad de los beneficios.
- (c) Determinación de la necesidad médica, revisiones de utilización y precertificaciones.
- (d) Procesamiento de reclamaciones, auditoría de reclamaciones, Investigación de reclamaciones, respuesta a las indagaciones de los Participantes referentes a reclamaciones y para asegurar el pago adecuado de las reclamaciones.
- (e) Subrogación y otros procesos de indemnización ante terceros.
- (f) Determinación de las contribuciones adecuadas del empleador.
- (g) Procesamiento y determinación de la cobertura de limitación de pérdidas.
- (h) Procesamiento de reclamaciones y apelaciones.
- (i) Evaluación de calidad, administración de casos, calificación de proveedores,

aseguramiento (el Plan no usa ni divulga PHI que contenga información genética para propósitos de aseguramiento), Inscripción y categorización de primas, actividades de seguridad del Paciente y otras actividades relacionadas.

- (j) Servicios legales y de auditoría, incluido el cumplimiento con el Plan.
- (k) Análisis del diseño del Plan, incluidos análisis de costo y evaluaciones de cambios del Plan.
- (l) Implementación de la HIPAA y otras leyes aplicables.
- (m) Impuestos y otras presentaciones reglamentarias.
- (n) Divulgaciones a la persona cubierta.
- (o) Divulgaciones sujetas a una autorización específica por escrito de la persona cubierta.
- (p) Usos que son incidentales al uso o divulgación de otra manera permitida o requerida por la ley.

Divulgaciones requeridas:

- (a) A la persona cubierta, cuando lo solicite, en la medida requerida por la ley.
 - (b) Cuando se requiera, a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.
 - (c) Cualquier otro caso en el que HIPAA explícitamente permita el uso o la divulgación sin autorización.
- (2) Más aún, la Junta de Fideicomisarios:
- (a) No usará ni divulgará más la información de otra manera que no sea permitida o requerida por las reglas y los reglamentos y los procedimientos de confidencialidad, o como lo requiera la ley.
 - (b) Se asegurará de que cualquier agente a quien proporcione información médica protegida recibida del Plan acepte acatar las mismas restricciones y condiciones que aplican a los fideicomisarios con respecto a tal información.
 - (c) No usará ni divulgará la información para acciones y decisiones relacionadas con el empleo ni en relación con cualquier otro beneficio o Plan de beneficios para los empleados del patrocinador del Plan.
 - (d) Informará al Plan sobre cualquier uso o divulgación de la información que sea incongruente con los usos o divulgaciones especificadas de las cuales se entere.
 - (e) Hará disponible la información médica protegida de acuerdo con la HIPAA.
 - (f) Hará disponible la información médica protegida que debe ser enmendada por los Participantes y Dependientes e incorporará cualquier enmienda a la información médica protegida de acuerdo con la HIPAA.
 - (g) Hará disponible la información requerida para proporcionar un informe de las divulgaciones que no sean de rutina de acuerdo con la HIPAA.
 - (h) Pondrá sus prácticas internas, libros y expedientes relacionados con el uso y la divulgación de información médica protegida recibida del Plan, a disposición de la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (HHS) o de cualquier otro funcionario o empleado de la HHS a quien le haya sido delegada la autoridad correspondiente con los propósitos de determinar el cumplimiento del Plan con los reglamentos que

requieren los procedimientos de confidencialidad del Plan y esta sección.

- (i) Al grado que sea posible, devolverá o destruirá toda la información médica protegida que se reciba del Plan y que el fideicomisario o fideicomisarios aún conserven en cualquier forma y no conservará copias de tal información cuando ya no se necesiten para los propósitos por los cuales se hizo la divulgación, excepto que, si tal devolución o destrucción no es posible, limitará los usos y divulgaciones adicionales a aquellos propósitos que hacen que la devolución o destrucción de la información no sea posible.
 - (j) Asegurará la separación adecuada requerida en virtud de la siguiente SECCIÓN 8.10.d.(3).
- (3) La Junta de Fideicomisarios y el Plan se tratarán como entidades separadas y distintas para los propósitos de estas reglas de confidencialidad. Para este fin, solo las siguientes personas o entidades serán autorizadas por los fideicomisarios para tener acceso a la información médica protegida, y tal acceso se hará únicamente para funciones específicas relacionadas con el Plan realizadas por tales personas o entidades.
- (a) El administrador y los empleados del Plan, incluidos los ajustadores de reclamaciones, el personal de beneficios y elegibilidad y el personal de contabilidad.
 - (b) Los proveedores de revisión de la utilización y de administración de casos y sus empleados.
 - (c) El proveedor de reasignación de precio de las reclamaciones y sus empleados, incluidas las coaliciones de compra de servicios médicos.
 - (d) Los asociados comerciales del Plan, entre ellos abogados, actuarios, asesores y contadores.
 - (e) Organizaciones PPO y compañías aseguradoras de limitación de pérdidas.
 - (f) Asesores y compañías de revisión médica.
 - (g) Proveedores de beneficios de Medicamentos con receta.
 - (h) Proveedores de planes dentales y de la vista.
 - (i) Proveedores de tratamiento de salud mental y abuso de sustancias químicas.
 - (j) Otros proveedores de servicio que requieren información médica protegida a fin de brindar servicios al Plan.
 - (k) Proveedores de servicios de almacenamiento externo que conservan los archivos del Plan.
- (4) Incumplimiento. En el evento que cualquier persona o entidad a la que el Plan haya proporcionado información médica protegida de acuerdo con esta subsección d. use o divulgue tal información de una manera incongruente con el Plan, sus procedimientos de confidencialidad, o la ley aplicable, los fideicomisarios tendrán derecho a:
- (a) Notificar por escrito a tal persona o entidad acerca de tal violación, y exigir medidas inmediatas de corrección y reparación para corregir tal uso o divulgación indebida.
 - (b) Gravar a tal persona o entidad los costos reales de la acción correctiva o de reparación descrita en la subsección (a).
 - (c) Enviar una carta de reprimenda a tal persona o entidad que repetidamente cometa

tales violaciones.

- (d) Tomar la medida apropiada adicional incluida, al grado que sea posible, la terminación de la relación del Plan con tal persona o entidad, o reportar tales violaciones a la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.
- e. Reglamentos sobre seguridad. La Junta implementará medidas para cumplir con los reglamentos de seguridad emitidos en virtud de las Partes 160, 162 y 164 de 45 C.F.R de la Ley de Responsabilidad y Transferencia del Seguro Médico de 1996 (los "Reglamentos sobre seguridad"). Las siguientes disposiciones aplican a la Información Médica Protegida Electrónica ("IMPe") que el Plan crea, recibe o transmite, excepto la IMPe que: (1) el Plan reciba en virtud de una autorización apropiada (como se describe en la sección 164.504(f)(1)(ii) o (iii) de 45 C.F.R.), o (2) que califique como información médica resumida y que se reciba con el propósito de ya sea (a) obtener propuestas de primas para proporcionar cobertura de seguro médico bajo el Plan, o (b) modificar, enmendar o terminar el Plan (según sea autorizado bajo la sección 164.508 de 45 C.F.R.).

De acuerdo con los reglamentos de seguridad, la Junta:

- (1) Implementará protecciones administrativas, físicas y técnicas que razonable y apropiadamente protejan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la IMPe que el Plan genere, reciba, mantenga o transmita.
- (2) Asegurará que exista una "separación adecuada" mediante medidas de seguridad razonables y apropiadas. "Separación adecuada" significa que el Plan utilizará la IMPe solo para las actividades de administración del Plan y no para acciones relacionadas con el empleo ni para ningún propósito no relacionado con la administración del Plan. Cualquier fideicomisario, profesional, empleado u otro fiduciario del Plan que use o divulgue IMPe en violación de las normas y procedimientos de seguridad o confidencialidad del Plan o esta estipulación del Plan quedará sujeto a los procedimientos disciplinarios del Plan que se describen en la SECCIÓN 8.10.d. (4).
- (3) Se asegurará de que cualquier agente o subcontratista a quien el Plan proporcione la IMPe acuerde implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la información.
- (4) El administrador del Plan informará a la Junta sobre cualquier incidente relacionado con seguridad del cual se entere.

ARTÍCULO 9. ENMIENDA Y TERMINACIÓN

SECCIÓN 9.01. La Junta ha determinado que cada una de las condiciones, limitaciones y otros términos de este Plan son esenciales para cumplir con la obligación que el Fondo tiene de proporcionar beneficios integrales hospitalarios, médicos y otros beneficios a todos los empleados jubilados y dependientes elegibles. Para cumplir con esa obligación, la Junta expresamente se reserva el derecho, a su propio juicio, en cualquier momento, pero en una base no discriminatoria de:

- a. Terminar o enmendar ya sea la cantidad o la condición con respecto a cualquier beneficio aunque tal terminación o enmienda afecte las reclamaciones que ya se hayan acumulado;
- b. Alterar o posponer el método o pago de cualquier beneficio; y
- c. Enmendar o rescindir cualquier otra estipulación del plan.

ARTÍCULO 10. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

SECCIÓN 10.01. Ninguno de los beneficios que el Plan proporciona está asegurado por ningún contrato de seguro y ni la Junta, ni ninguna otra persona o entidad tiene responsabilidad alguna de hacer pagos que excedan las cantidades recaudadas en el Fondo del Fideicomiso y disponibles para tal propósito.

HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA)
NOTICE OF PRIVACY PRACTICES FOR PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)

Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California: Notice of Privacy Practices

Esta noticia es disponible en español si usted lo suplica. Por favor contacte el Funcionario de Privacidad (510-639-4301).

**CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA**

Notice of Privacy Practices

**THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU
MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO
THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.**

In this notice, the name “Carpenters Health and Welfare Fund” and the terms “we”, “us”, and “our” encompass not only this health plan itself but also Business Associates acting on behalf of the plan or providing services to the plan. These Business Associates may include a third party administrator, a pharmacy benefits manager, and professionals such as attorneys, auditors, and consultants. It does not include the Board of Trustees, the Plan Sponsor, which will be specified where appropriate.

DUTIES OF CARPENTERS HEALTH AND WELFARE FUND

We are required by law to maintain the privacy of your health information. We must provide you with this Notice of our legal duties and privacy practices with respect to your health information, we are required to notify you if there is a breach of your unsecured protected health information, and we are also required to abide by the terms of this Notice, which may be amended from time to time.

We reserve the right to change the terms of this Notice at any time in the future and to make the new provisions effective for all health information that we maintain. We will promptly revise our Notice and distribute it to all Plan Participants whenever we make material changes to our privacy policies and procedures within 60 days of such change. This Notice will also be provided to all new enrollees as required.

**HOW CARPENTERS HEALTH AND WELFARE FUND MAY USE OR DISCLOSE
YOUR HEALTH INFORMATION**

We are permitted by law to use or disclose your “health information” to conduct activities necessary for “payment” and “health care operations” (as those terms are defined in the attached Glossary). These are the main purposes for which we will use or disclose your health information. For each of these purposes we list below examples of these kinds of uses and disclosures. These are only examples and are not intended to be a complete list of all the ways we may use or disclose your health information.

Payment. We may use or disclose health information about you for purposes within the definition of “payment”. These include, but are not limited to, the following purposes and example:

- **Determining your eligibility for plan benefits.** For example, we may use information obtained from your employer to determine whether you have satisfied the plan’s requirements for active eligibility.

**CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA**

Notice of Privacy Practices

- **Obtaining contributions from you or your employer.** For example, we may send your employer a request for payment of contributions on your behalf, and we may send you information about premiums for COBRA continuation coverage.
- **Pre-certifying or pre-authorizing health care services.** For example, we may consider a request from you or your physician to verify coverage for a specific hospital admission or surgical procedure.
- **Determining and fulfilling the plan's responsibility for benefits.** For example, we may review health care claims to determine if specific services that were provided by your physician are covered by the plan.
- **Providing reimbursement for the treatment and services you received from health care providers.** For example, we may send your physician a payment with an explanation of how the amount of the payment was determined.
- **Subrogating health claim benefits for which a third party is liable.** For example, we may exchange information about an accidental injury with your attorney who is pursuing reimbursement from another party.
- **Coordinating benefits with other plans under which you have health coverage.** For example, we may disclose information about your plan benefits to another group health plan in which you participate.
- **Obtaining payment under a contract of reinsurance.** For example, if the total amount of your claims exceeds a certain amount we may disclose information about your claims to our stop-loss insurance carrier.

Health Care Operations. We may use and disclose health information about you for purposes within the definition of "health care operations". These purposes include, but are not limited to:

- **Conducting quality assessment and improvement activities.** For example, a supervisor or quality specialist may review health care claims to determine the accuracy of a processor's work.
- **Case management and care coordination.** For example, a case manager may contact home health agencies to determine their ability to provide the specific services you need.
- **Contacting you regarding treatment alternatives or other benefits and services that may be of interest to you.** For example, a case manager may contact you to give you information about alternative treatments which are neither included nor excluded in the plan's documentation of benefits but which may nevertheless be available in your situation.
- **Contacting health care providers with information about treatment alternatives.** For example, a case manager may contact your physician to discuss moving you from an acute care facility to a more appropriate care setting.
- **Employee training.** For example, training of new claims processors may include processing of claims for health benefits under close supervision.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

- **Accreditation, certification, licensing, or credentialing activities.** For example, a company that provides professional services to the plan may disclose your health information to an auditor that is determining or verifying its compliance with standards for professional accreditation.
- **Securing or placing a contract for reinsurance of risk relating to claims for health care.** For example, your demographic information (such as age and sex) may be disclosed to carriers of stop loss insurance to obtain premium quotes.
- **Conducting or arranging for legal and auditing services.** For example, your health information may be disclosed to an auditor who is auditing the accuracy of claim adjudications.
- **Management activities relating to compliance with privacy regulations.** For example, the Privacy Officer may use your health information while investigating a complaint regarding a reported or suspected violation of your privacy.
- **Resolution of internal grievances.** For example, your health information may be used in the process of settling a dispute about whether or not a violation of our privacy policies and procedures actually occurred.

Disclosures to Plan Sponsor (Board of Trustees). In addition to the circumstances and examples described above, there are three types of health information about you that we may disclose to the Board of Trustees. The disclosures described below are included within the definitions of “payment” or “health care operations”.

- We may disclose to the Board of Trustees whether or not you have enrolled in, are participating in, or have disenrolled from this health plan.
- We may provide the Board of Trustees with “summary health information”, which includes claims totals without any personal identification except your ZIP code, for these two purposes:
 - To obtain health insurance premium bids from other health plans, or
 - To consider modifying, amending, or terminating the health plan.
- We may disclose your health information to the Board of Trustees for purposes of administering benefits under the plan. These purposes may include, but are not limited to:
 - Reviewing and making determinations regarding an appeal of a denial or reduction of benefits.
 - Evaluating situations involving suspected or actual fraudulent claims.
 - Monitoring benefit claims that may or do involve stop-loss insurance.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

Other Uses and Disclosures. The following categories describe other ways that Carpenters Health and Welfare Fund may use and disclose your health information. Each category is illustrated with one or more examples. Not every potential use or disclosure in each category will be listed, and those that are listed may never actually occur.

- **Involvement in Payment.** With your agreement, we may disclose your health information to a relative, friend, or other person designated by you as being involved in payment for your health care. For example, if we are discussing your health benefits with you, and you wish to include your spouse or child in the conversation, we may disclose information to that person during the course of the conversation.
- **Required by Law.** We will disclose your health information when required to do so by Federal, state, or local law. For example, we may disclose your information to a representative of the U.S. Department of Health and Human Services who is conducting a privacy regulations compliance review.
- **Public Health.** As permitted by law, we may disclose your health information as described below:
 - **To an authorized public health authority**, for purposes of preventing or controlling disease, injury or disability;
 - **To a government entity** authorized to receive reports of child abuse or neglect;
 - **To a person under the jurisdiction of the Food and Drug Administration**, for activities related to the quality, safety, or effectiveness of FDA-regulated products.
- **Health Oversight Activities.** We may disclose your health information to health agencies during the course of audits, investigations, inspections, licensure and other proceedings related to oversight of the health care system or compliance with civil rights laws. However, this permission to disclose your health information does not apply to any investigation of you which is directly related to your health care.
- **Judicial and Administrative Proceedings.** We may disclose your health information in the course of any administrative or judicial proceeding:
 - In response to an order of a court or administrative tribunal, or
 - In response to a subpoena, discovery request, or other lawful process.

Specific circumstances may require us to make reasonable efforts to notify you about the request or to obtain a court order protecting your health information.

- **Law Enforcement.** We may disclose your health information to a law enforcement official for various purposes, such as identifying or locating a suspect, fugitive, material witness or missing person.
- **Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors.** We may disclose your health information to coroners, medical examiners and funeral directors. For example, this may be necessary to identify a deceased person or determine the cause of death.
- **Organ and Tissue Donation.** We may disclose your health information to organizations involved in procuring, banking or transplanting organs and tissues, to facilitate such.

**CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA**

Notice of Privacy Practices

**WHEN CARPENTERS HEALTH AND WELFARE FUND MAY NOT USE OR
DISCLOSE YOUR HEALTH INFORMATION**

Except as described in this Notice of Privacy Practices, we will not use or disclose your health information without written authorization from you. Specifically, most uses and disclosures of your psychotherapy notes (where appropriate), uses and disclosures of your protected health information for marketing purposes, and disclosures that constitute a sale of your protected health information require your written authorization. If you have authorized us to use or disclose your health information for another purpose, you may revoke your authorization in writing at any time. If you revoke your authorization, we will no longer be able to use or disclose health information about you for the reasons covered by your written authorization. However, we will be unable to take back any disclosures we have already made with your permission. Requests to revoke a prior authorization must be submitted in writing to the Privacy Officer at the address shown below.

The Carpenters Health and Welfare Fund will not use or disclose your genetic health information for underwriting purposes. Additionally, you have the right to opt out of receiving any communications concerning fund raising activities in which the Carpenters Health and Welfare Fund may engage.

Right to Request Restrictions. You have the right to request restrictions on certain uses and disclosures of your health information. We are not required to agree to restrictions that you request except if the disclosure involves payment or health care operations not required by law and the information pertains solely to a health care item or service that you have paid for out of pocket in full. If you would like to make a request for restrictions, you must submit your request in writing to the Privacy Officer at the address shown below.

Right to Request Confidential Communications. You have the right to ask us to communicate with you using an alternative means or at an alternative location. Requests for confidential communications must be submitted in writing to the Privacy Officer at the address shown below. We are not required to agree to your request unless disclosure of your health information could endanger you.

Right to Inspect and Copy. You have the right to inspect and copy health information about you that may be used to make decisions about your plan benefits. To inspect or copy such information, you must submit your request in writing to the Privacy Officer at the address shown below. If you request a copy of the information, we may charge you a reasonable fee to cover expenses associated with your request.

Right to Request Amendment. If you believe that we possess health information about you that is incorrect or incomplete, you have a right to ask us to change it. To request an amendment of health records, you must make your request in writing to the Privacy Officer at the address shown below. Your request must include a reason for the request. We are not required to change your health information. If your request is denied, we will provide you with information about our denial and how you can disagree with the denial.

CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Notice of Privacy Practices

Right to Accounting of Disclosures. You have the right to receive a list or “accounting” of disclosures of your health information made by us. However, we do not have to account for disclosures that were:

- made to you or were authorized by you, or
- for purposes of payment functions or health care operations.

Requests for an accounting of disclosures must be submitted in writing to the Privacy Officer at the address shown below. Your request should specify a time period within the last six years and may not include dates before April 14, 2003. We will provide one free list per twelve-month period, but we may charge you for additional lists.

Right to Paper Copy. You have a right to receive a paper copy of this Notice of Privacy Practices at any time. To obtain a paper copy of this Notice, send your written request to the Privacy Officer at the address shown below or you can download a copy at www.carpenterfunds.com.

Your Personal Representative

You may exercise your rights to your PHI by designating a personal representative. Your personal representative will be required to produce evidence of the authority to act on your behalf **before** the personal representative will be given access to your PHI or be allowed to take any action for you. Under this Plan, proof of such authority will include a completed, signed and approved form. You may obtain this form by contacting the Privacy Officer or his or her designee at their address listed on the first page of this Notice. The Plan retains discretion to deny access to your PHI to a personal representative to provide protection to those vulnerable people who depend on others to exercise their rights under these rules and who may be subject to abuse or neglect.

This Plan will recognize certain individuals as Personal Representatives **without** you having to complete a Personal Representative form. You may however request that the Plan **not** automatically honor the following individuals as your Personal Representative by completing a form to Revoke a Personal Representative available from the Privacy Officer or their designee.

- For example, the Plan will automatically consider a spouse to be the personal representative of a Plan Participant and vice versa. The recognition of your spouse as your personal representative (and vice versa) is for the use and disclosure of PHI under this Plan and is not intended to expand such designation beyond what is necessary for this Plan to comply with HIPAA privacy regulations. You should also review the Plan’s Policy and Procedure regarding Personal Representatives (available from the Privacy Officer) for a more complete description of the circumstances where the Plan will automatically consider an individual to be a personal representative.

YOUR HEALTH INFORMATION PRIVACY RIGHTS

If you would like to obtain a more detailed explanation of these rights, or if you would like to exercise one or more of these rights, contact:

HIPAA Privacy Officer
Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California
P.O. Box 2280
Oakland, CA 94621-0181

**CARPENTERS HEALTH AND WELFARE
TRUST FUND FOR CALIFORNIA**

Notice of Privacy Practices

Complaints. If you believe that your privacy rights have been violated by Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California, or by anyone acting on our behalf, you may file a complaint. Complaints to us must be submitted in writing to the Privacy Officer at the above address. You may also file a complaint with the Secretary of the Department of Health and Human Services at:

200 Independence Avenue, SW
Washington, DC 20201

We will not retaliate against you in any way for filing a complaint.

Questions. If you have questions about any part of this Notice or if you want more information about the privacy practices at Carpenters Health and Welfare Fund, please contact the Privacy Officer at the above address.



The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. **NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary.** For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage, visit www.carpenterfunds.com or call 1-888-547-2054. For general definitions of common terms, such as allowed amount, balance billing, coinsurance, copayment, deductible, provider, or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.carpenterfunds.com or call 1-888-547-2054 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	Contract <u>Provider</u> : \$128/individual per calendar year; \$256/family per calendar year. Non-Contract <u>Provider</u> : \$257/person per calendar year; \$514/family per calendar year.	Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the <u>plan</u> , each family member must meet their own individual <u>deductible</u> until the total amount of <u>deductible</u> expenses paid by all family members meets the overall family <u>deductible</u> .
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Mental health, chemical dependency (including detox), member assistance program visits, Contract <u>Provider</u> On-line physician visits up to \$49 per visit, and outpatient <u>prescription drugs</u> are covered before you meet your <u>deductible</u> .	This <u>plan</u> covers some items and services even if you haven't yet met the <u>deductible</u> amount. But a <u>copayment</u> or <u>coinsurance</u> may apply.
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet <u>deductibles</u> for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	There is no <u>out-of-pocket limit</u> on all types of <u>cost sharing</u> , but there is a \$1,289/person (\$2,578/family) on the amount of <u>coinsurance</u> that you must pay for covered services in a year.	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
What is not included in the out-of-pocket limit?	<u>Premiums</u> , <u>balance-billing</u> charges, hearing examination and hearing aid expenses, penalties for failure to obtain precertification, <u>deductibles</u> , expenses from Non-Contract <u>providers</u> , outpatient retail/mail order <u>prescription drug</u> expenses, amounts over the reference-based pricing allowances and health care this <u>plan</u> doesn't cover.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the <u>out-of-pocket limit</u> .
Will you pay less if you use a network provider?	Yes. See www.anthem.com/ca or call 1-888-547-2054 for a list of Contract <u>providers</u> in California. See www.bcbs.com or call 1-800-810-2583 for a list of Contract <u>providers</u> outside the state of California.	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's charge</u> and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .



All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	- Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment. <u>Plan</u> pays 100% for physician online visits with a Contract <u>provider</u>.
	<u>Specialist</u> visit	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
	<u>Preventive care/screening/Immunization</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	- For adults and children, benefits are limited to one routine physical exam in any 12-month period. - For Employee and Spouse only, benefits include one routine Ob-Gyn examination within a 12-month period in addition to the routine physical. Coverage includes any x-rays and laboratory tests provided in connection with the physical examination, including a pap smear. - No charge for COVID-19 vaccine and <u>deductible</u> does not apply from a Contract <u>provider</u>. No coverage from a Non-Contract <u>provider</u>. - You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your <u>provider</u> if the services needed are preventive. Then check what your <u>plan</u> will pay for. - Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Professional/physician charges may be billed separately (Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment). Precertification is required for CT/CTA, MRI, Nuclear Cardiology, Pet Scans and Echocardiography.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.express-scripts.com or call 1-800-939-7093.	Generic drugs	Retail: \$15 <u>copay</u> /fill. Mail order: \$26 <u>copay</u> /fill	You pay 100% (unless there are no <u>network</u> pharmacies within 10 miles). <u>Plan</u> reimburses no more than it would have paid had you used an In- <u>Network</u> Retail pharmacy.	• Retail Pharmacy – 30-day supply • Mail Order Pharmacy – 90-day supply • <u>Deductible</u> does not apply to outpatient <u>prescription drugs</u>. • <u>Cost sharing</u> for outpatient <u>prescription drugs</u> does not count toward the <u>out-of-pocket limit</u>. • If the cost of the drug is less than the <u>copay</u>, you pay just the drug cost. • Some <u>prescription drugs</u> are subject to <u>preauthorization</u> (to avoid non-payment), or step therapy requirements. • Brand name Proton Pump Inhibitors (PPI) and Cholesterol drugs not covered. • For any new Brand Name Drug approved by the federal FDA, including injectable and infusion drugs, the <u>copay</u> is 50% of the cost of the drug for a minimum of 24 months after the drug has been approved. If the PBM determines that the new FDA-approved drug is a “must not add” drug, the <u>copay</u> will remain at 50% of the cost of the drug. • Mail Order is mandatory if more than 2 prescriptions are filled for maintenance medications.
	Preferred brand drugs (<u>Formulary</u> brand drugs)	Retail: \$15 <u>copay</u> /fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. \$53 <u>copay</u> /fill for single-source <u>formulary</u> brand. Mail order: \$26 <u>copay</u> /fill + cost difference between generic and brand for multi-source brand. \$106 <u>copay</u> /fill for single-source <u>formulary</u> brand.		
	Non-preferred brand drugs (Non- <u>formulary</u> brand drugs)	Retail: \$80 <u>copay</u> /fill; Mail Order: \$133 <u>copay</u> /fill		
	<u>Specialty drugs</u>	Subject to Retail <u>Copays</u> (30-day supply).	Not covered	
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u> plus any amounts over \$300	For certain outpatient surgeries, the <u>Plan</u> has a maximum benefit payable if services are done at a hospital facility instead of an ambulatory surgery center. To avoid <u>Plan</u> maximums, precertification is required for outpatient surgeries.
	Physician/surgeon fees	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you need immediate medical attention	<u>Emergency room care</u>	Medical: 10% <u>coinsurance</u> . Mental Health or Substance Abuse: No charge	Medical: 30% <u>coinsurance</u> (10% <u>coinsurance</u> if no choice in hospital due to emergency). Mental Health or Substance Abuse: No charge	Professional/physician charges may be billed separately. (Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment).
	<u>Emergency medical transportation</u>	10% <u>coinsurance</u>	10% <u>coinsurance</u> .	Limited to emergency care or <u>medically necessary</u> inter-facility transfer to the nearest hospital, only. Services provided by an Emergency Medical Technician (EMT) without subsequent emergency transport are covered. *See Article 1 of the Plan Document for more information on emergency care.
	<u>Urgent care</u>	Medical: 10% <u>coinsurance</u> . Mental Health or Substance Abuse: No charge	Medical: 30% <u>coinsurance</u> (10% <u>coinsurance</u> if no choice in hospital due to emergency). Mental Health or Substance Abuse: No charge	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	- Precertification is required. - A maximum of \$35,000 is payable for the hospital facility charges associated with a single hip joint or knee joint replacement surgery. - In a Non-Contract Hospital, the <u>plan</u> covers a room with 2 or more beds (or the minimum charge for a 2-bed room in the Hospital if a higher priced room is used). - Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
	Physician/surgeon fees	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.

* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at www.carpenterfunds.com.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Mental Health: 10% <u>coinsurance</u> Substance Abuse: no charge, <u>deductible</u> does not apply	30% <u>coinsurance</u>	- Plan pays 100% for physician online visits with a Contract Provider. - Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
	Inpatient services	Mental Health: 20% <u>coinsurance</u> , <u>deductible</u> does not apply. Substance Abuse: no charge, <u>deductible</u> does not apply, for first rehab program, 10% <u>coinsurance</u> for subsequent programs.	30% <u>coinsurance</u>	- 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% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	- Maternity care may include tests and services described somewhere else in the SBC (i.e., ultrasound). - Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to \$200/appointment
	Childbirth/delivery professional services	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	Childbirth/delivery facility services	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Precertification is required only if hospital stay is more than 48 hours for vaginal delivery or 96 hours for C-section. Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
If you need help recovering or have other special health needs	<u>Home health care</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to \$200/appointment.
	<u>Rehabilitation services</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Outpatient: Services from Non-Contract providers not registered with CMS are limited to \$200/appointment. Inpatient: Services from Non-Contract providers not registered with CMS are not covered.
	<u>Habilitation services</u>	Therapy done as part of an approved autism plan: 10% <u>coinsurance</u> ; Other services: Not covered	Not covered	Coverage is limited to therapy that is being done as part of an approved autism plan.

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)	
	<u>Skilled nursing care</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Precertification is recommended. Limited to 70 days per confinement. Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are not covered.
	<u>Durable medical equipment</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Rental covered up to reasonable purchase price.
	<u>Hospice services</u>	10% <u>coinsurance</u>	30% <u>coinsurance</u>	Outpatient: Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are limited to \$200/appointment. Inpatient: Services from Non-Contract <u>providers</u> not registered with CMS are not covered. Covered if terminally ill. Respite care is limited to 8 days.
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	\$10 <u>copayment</u> /exam	\$10 <u>copayment</u> /exam	Vision benefits are available through a separate vision <u>plan</u> . Your <u>cost sharing</u> does not count toward the medical <u>plan's out-of-pocket limit</u> .
	Children's glasses	\$25 <u>copayment</u> , plus all amounts over \$175 for frames	\$25 <u>copayment</u> , plus all amounts over \$35 for single vision lenses and amount over \$45 for frames	
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	If you elect to purchase a Voluntary Dental <u>Plan</u> , 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 | • Infertility treatment | • Private-duty nursing |
| • <u>Habilitation services</u> (except for therapy that is being done as part of an approved autism plan) | • Long-term care | • Weight loss programs |

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

- | | | |
|--|--|---|
| • Acupuncture (up to \$35/visit and 20 visits per calendar year) | • Dental care (Adult) (except under a Voluntary Dental <u>Plan</u>) | • Non-emergency care when traveling outside the U.S. |
| • Bariatric surgery (with precertification) | • Hearing aids (limited to \$800/ear in any 3-year period) | • Routine eye care (Adult) (under separate vision <u>plan</u>) |
| • Chiropractic care (Employee and spouse only. Up to \$25/visit up to 20 visits per calendar year) | | • Routine foot care |

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information on how to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the Trust Fund Office at 1-888-547-2054. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-547-2054.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-547-2054.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-547-2054.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	10%
■ Hospital (facility) <u>coinsurance</u>	10%
■ Other <u>coinsurance</u>	10%

This **EXAMPLE** event includes services like:

Specialist office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
Diagnostic tests (*ultrasounds and blood work*)
Specialist visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
---------------------------	-----------------

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
<u>Deductibles</u>	\$128
<u>Copayments</u>	\$60
<u>Coinsurance</u>	\$1,250
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$20
The total Peg would pay is	\$1,458

Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

■ The plan's overall <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	10%
■ Hospital (facility) <u>coinsurance</u>	10%
■ Other <u>coinsurance</u>	10%

This **EXAMPLE** event includes services like:

Primary care physician office visits (*including disease education*)
Diagnostic tests (*blood work*)
Prescription drugs
Durable medical equipment (*glucose meter*)

Total Example Cost	\$5,600
---------------------------	----------------

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
<u>Deductibles</u>	\$128
<u>Copayments</u>	\$330
<u>Coinsurance</u>	\$200
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$20
The total Joe would pay is	\$678

Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

■ The plan's overall <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	10%
■ Hospital (facility) <u>coinsurance</u>	10%
■ Other <u>coinsurance</u>	10%

This **EXAMPLE** event includes services like:

Emergency room care (*including medical supplies*)
Diagnostic test (*x-ray*)
Durable medical equipment (*crutches*)
Rehabilitation services (*physical therapy*)

Total Example Cost	\$2,800
---------------------------	----------------

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
<u>Deductibles</u>	\$128
<u>Copayments</u>	\$10
<u>Coinsurance</u>	\$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, 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 <u>deductible</u> ?	\$128/individual per calendar year	Generally, you must pay all of the costs from <u>providers</u> up to the <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay. If you have other family members on the <u>plan</u> , each family member must meet their own individual <u>deductible</u> .
Are there services covered before you meet your <u>deductible</u> ?	No.	You will have to meet the <u>deductible</u> before the <u>plan</u> pays for any services.
Are there other <u>deductibles</u> for specific services?	Yes. \$360/individual per calendar year for covered <u>prescription drugs</u> . There are no other specific <u>deductibles</u> .	You must pay all of the costs for these services up to the specific <u>deductible</u> amount before this <u>plan</u> begins to pay for these services.
What is the <u>out-of-pocket limit</u> for this <u>plan</u> ?	Not Applicable	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
What is not included in the <u>out-of-pocket limit</u> ?	Not Applicable	This <u>plan</u> does not have an <u>out-of-pocket limit</u> on your expenses.
Will you pay less if you use a <u>network provider</u> ?	Yes. See www.anthem.com/ca or call 1-888-547-2054 for a list of Contract <u>providers</u> in California. See www.bcbs.com or call 1-800-810-2583 for a list of Contract <u>providers</u> outside the state of California.	This <u>plan</u> uses a <u>provider network</u> . You will pay less if you use a <u>provider</u> in the <u>plan's network</u> . You will pay the most if you use an <u>out-of-network provider</u> , and you might receive a bill from a <u>provider</u> for the difference between the <u>provider's</u> charge and what your <u>plan</u> pays (<u>balance billing</u>). Be aware your <u>network provider</u> might use an <u>out-of-network provider</u> for some services (such as lab work). Check with your <u>provider</u> before you get services.
Do you need a <u>referral</u> to see a <u>specialist</u> ?	No.	You can see the <u>specialist</u> you choose without a <u>referral</u> .



All **copayment** and **coinsurance** costs shown in this chart are after your **deductible** has been met, if a **deductible** applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract <u>Provider</u> (You will pay the least)	Non-Contract <u>Provider</u> (You will pay the most)	
If you visit a health care <u>provider's</u> office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	<u>Specialist</u> visit	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	<u>Preventive care/screening/</u> Immunization	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	- Benefits paid by this <u>Plan</u> 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 <u>provider</u> if the services needed are preventive. Then check what your <u>plan</u> will pay for.
If you have a test	<u>Diagnostic test</u> (x-ray, blood work)	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	- Physician/provider's professional fees may be billed separately - Benefits paid by this <u>Plan</u> 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 <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	

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 <u>prescription drug coverage</u> 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 <u>copayment</u> /fill. Mail Order (90-day supply): \$20 <u>copayment</u> /fill.	You pay 100%	• <u>Prescription drugs</u> are subject to a separate \$360/individual <u>deductible</u> per calendar year. • During the Coverage Gap Stage, you pay 25% <u>coinsurance</u> for Brand drugs and 25% <u>coinsurance</u> 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 <u>copayment</u>/fill for a generic or preferred brand drug that is a multi-source drug and \$7.40 <u>copayment</u>/fill for all other drugs, with a maximum not to exceed the standard cost-sharing amount during the initial coverage stage; OR 5% <u>coinsurance</u> of the total cost.
	Preferred brand drugs (Initial Coverage Stage)	Retail Pharmacy (30-day supply): \$40 <u>copayment</u> /fill. Mail Order (90-day supply): \$80 <u>copayment</u> /fill.		
	Non-preferred brand drugs (Initial Coverage Stage)	Retail Pharmacy (30 -day supply): \$60 <u>copayment</u> /fill. Mail Order (90-day supply): \$120 <u>copayment</u> /fill		
	<u>Specialty drugs</u> (Initial Coverage Stage)	Retail and Mail Order: 25% <u>coinsurance</u> for a 30-day supply.	Not covered	<u>Specialty drugs</u> 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 <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> 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 <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> 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	<u>Emergency room care</u>	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	• Physician/<u>provider's</u> professional fees may be billed separately • Benefits paid by this <u>Plan</u> are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	<u>Emergency medical transportation</u>	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	
	<u>Urgent care</u>	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	

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 <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits).	The <u>Plan</u> will pay the Medicare Part A Hospital <u>deductible</u> for the first 60 days of each Medicare benefit period for covered Hospital services. Medicare Part A <u>Coinsurance</u> days are not covered by this <u>Plan</u> .
	Physician/surgeon fees	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> 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 <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> 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 <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits).	The <u>Plan</u> will pay the Medicare Part A Hospital <u>deductible</u> for the first 60 days of each Medicare benefit period for covered Hospital services. Medicare Part A <u>Coinsurance</u> days are not covered by this <u>Plan</u> .
If you are pregnant	Office visits	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	- Benefits paid by this <u>Plan</u> 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 <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> 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 <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> 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	<u>Home health care</u>	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	<u>Rehabilitation services</u>	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	<u>Habilitation services</u>	Not covered	Not covered	You pay 100% for this service, even in- <u>network</u> .

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay		Limitations, Exceptions, & Other Important Information
		Contract Provider (You will pay the least)	Non-Contract Provider (You will pay the most)	
	<u>Skilled nursing care</u>	Not covered	Not covered	<u>Plan</u> pays only the Medicare Part A <u>Deductible</u> . You pay 100% for this service, even <u>in-network</u> .
	<u>Durable medical equipment</u>	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> are reduced by the amounts payable under Medicare Parts A and B even if the Medicare-eligible individual is not yet enrolled in Medicare.
	<u>Hospice services</u>	No charge	No charge if the <u>provider</u> accepted Medicare assignment of benefits.	Benefits paid by this <u>Plan</u> 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 <u>plan</u> .
	Children's glasses	Not covered	Not covered	
	Children's dental check-up	Not covered	Not covered	If you elect to purchase a Voluntary Dental <u>Plan</u> , it will be provided under a separate policy.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your <u>Plan</u> Generally Does NOT Cover (Check your policy or <u>plan</u> document for more information and a list of any other <u>excluded services</u> .)		
- Acupuncture - Bariatric surgery - Cosmetic surgery	<u>Habilitation services</u> - Infertility treatment - Long-term care	- Private-duty nursing <u>Skilled Nursing Care</u> - Weight loss programs
Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your <u>plan</u> document.)		
- Chiropractic care - Dental care (Adult, Child) (if you elect the optional Dental <u>Plan</u>)	- 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 <u>plan</u>) - Routine foot care

Your Rights to Continue Coverage: There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform. Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information about the Marketplace, visit www.HealthCare.gov or call 1-800-318-2596.

Your Grievance and Appeals Rights: There are agencies that can help if you have a complaint against your plan for a denial of a claim. This complaint is called a grievance or appeal. For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical claim. Your plan documents also provide complete information on how to submit a claim, appeal, or a grievance for any reason to your plan. For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the Trust Fund Office at 1-888-547-2054. You may also contact the Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or www.dol.gov/ebsa/healthreform.

Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes

Minimum Essential Coverage generally includes plans, health insurance available through the Marketplace or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of Minimum Essential Coverage, you may not be eligible for the premium tax credit.

Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes

If your plan doesn't meet the Minimum Value Standards, you may be eligible for a premium tax credit to help you pay for a plan through the Marketplace.

Language Access Services:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-547-2054.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-547-2054.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-547-2054.

To see examples of how this plan might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

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.



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this plan might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your providers charge, and many other factors. Focus on the cost sharing amounts (deductibles, copayments and coinsurance) and excluded services under the plan. Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health plans. Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

■ The plan's overall <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	0%
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	0%
■ <u>Other coinsurance</u>	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	
<u>Deductibles</u>	\$180
<u>Copayments</u>	\$0
<u>Coinsurance</u>	\$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 <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	0%
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	0%
■ <u>Other coinsurance</u>	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	
<u>Deductibles</u>	\$488
<u>Copayments</u>	\$640
<u>Coinsurance</u>	\$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 <u>deductible</u>	\$128
■ <u>Specialist coinsurance</u>	0%
■ <u>Hospital (facility) coinsurance</u>	0%
■ <u>Other coinsurance</u>	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	
<u>Deductibles</u>	\$130
<u>Copayments</u>	\$0
<u>Coinsurance</u>	\$0
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
The total Mia would pay is	\$130

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay for Covered Services**Coverage Period: 09/01/2024-08/31/2025** **KAISER PERMANENTE® : Non-Medicare Retiree Plan****Coverage for: Individual/Family | Plan Type: HMO**

The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health [plan](#). The SBC shows you how you and the [plan](#) would share the cost for covered health care services. **NOTE:** Information about the cost of this [plan](#) (called the [premium](#)) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage see www.kp.org/plandocuments or call 1-800-278-3296 (TTY: 711). For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other underlined terms, see the Glossary. You can view the Glossary at www.healthcare.gov/sbc-glossary/ or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) to request a copy.

Important Questions	Answers	Why this Matters:
What is the overall deductible ?	\$0	See the Common Medical Events chart below for your costs for services this plan covers.
Are there services covered before you meet your deductible ?	Not Applicable.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost sharing and before you meet your deductible . See a list of covered preventive services at https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan ?	\$1,500 Individual / \$3,000 Family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan , they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit ?	Premiums , health care this plan doesn't cover, and services indicated in chart starting on page 2.	Even though you pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit .
Will you pay less if you use a network provider ?	Yes. See www.kp.org or call 1-800-278-3296 (TTY: 711) for a list of network providers .	This plan uses a provider network . You will pay less if you use a provider in the plan's network . You will pay the most if you use an out-of-network provider , and you might receive a bill from a provider for the difference between the provider's charge and what your plan pays (balance billing). Be aware, your network provider might use an out-of-network provider for some services (such as lab work). Check with your provider before you get services.
Do you need a referral to see a specialist ?	Yes, but you may self-refer to certain specialists .	This plan will pay some or all of the costs to see a specialist for covered services but only if you have a referral before you see the specialist .

 All [copayment](#) and [coinsurance](#) costs shown in this chart are after your [deductible](#) has been met, if a [deductible](#) applies.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
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, MRI's)	No Charge	Not Covered	None
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at www.kp.org/formulary	Generic drugs (Tier 1)	\$10 / prescription	Not Covered	Up to a 100-day supply retail and mail order. Subject to formulary guidelines. No Charge for Contraceptives.
	Preferred brand drugs (Tier 2)	\$30 / prescription	Not Covered	Up to a 100-day supply retail and mail order. Subject to formulary guidelines. No Charge for Contraceptives.
	Non-preferred brand drugs (Tier 2)	\$30 / prescription	Not Covered	The cost sharing for non-preferred brand drugs under this plan aligns with the cost sharing for preferred brand drugs (Tier 2) when approved through the formulary exception process.
	Specialty drugs (Tier 4)	20% coinsurance up to \$150 / prescription	Not Covered	Up to a 30-day supply retail. Subject to formulary guidelines.
If you have outpatient surgery	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center)	\$20 / procedure	Not Covered	None
	Physician/surgeon fees	No Charge	Not Covered	Physician/surgeon fees are included in the Facility fee.

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you need immediate medical attention	Emergency room care	\$50 / visit	\$50 / visit	None
	Emergency medical transportation	No Charge	No Charge	None
	Urgent care	\$20 / visit	Not Covered	Non-Plan providers covered when temporarily outside the service area: \$20 / visit.
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	No Charge	Not Covered	None
	Physician/surgeon fee	No Charge	Not Covered	None
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	\$20 / individual visit. No Charge for other outpatient services	Not Covered	Mental / Behavioral Health: \$10 / group visit; Substance Abuse: \$5 / group visit.
	Inpatient services	No Charge	Not Covered	None
If you are pregnant	Office visits	No Charge	Not covered	Depending on the type of services, a copayment , coinsurance , or deductible may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound).
	Childbirth/delivery professional services	No Charge	Not Covered	None
	Childbirth/delivery facility services	No Charge	Not Covered	None

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay Plan Provider (You will pay the least)	What You Will Pay Non-Plan Provider (You will pay the most)	Limitations, Exceptions & Other Important Information
If you need help recovering or have other special health needs	Home health care	No Charge	Not Covered	2-hour limit / visit, 3 visit limit / day, 100 visit limit / 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	100-day limit / benefit period.
	Durable medical equipment	No Charge	Not Covered	Requires prior authorization.
	Hospice service	No Charge	Not Covered	None
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No Charge for refractive exam	Not Covered	None
	Children's glasses	No Charge	Not Covered	Up to a \$150 allowance for frames and lenses / 24 months or contact lenses / 12 months.
	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, kwijigo holne' 1-800-278-3296 (TTY: 711)

To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.

About these Coverage Examples:



This is not a cost estimator. Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

The plan's overall deductible	\$0
■ Specialist copayment	\$20
■ Hospital (facility) copayment	\$0
■ Other (blood work) copayment	\$0
■	

This EXAMPLE event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)
 Childbirth/Delivery Professional Services
 Childbirth/Delivery Facility Services
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

Total Example Cost	\$12,700
In this example, Peg would pay:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$10
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
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:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$800
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
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:	
<i>Cost Sharing</i>	
Deductibles	\$0
Copayments	\$200
Coinsurance	\$0
<i>What isn't covered</i>	
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.



NEW FOR CARPENTERS HEALTH AND WELFARE FUND

CancerNavigator

NUEVO PARA LOS PARTICIPANTES
EN EL PLAN DE INDEMNIZACIÓN DE CARPENTERS



Supporting Cancer Patients in Their Hour of Need

The CancerNavigator service provides tailored education and guidance to cancer patients as they navigate the many decisions that follow a diagnosis.



Apoyar a los Pacientes de Cáncer en su Hora de Necesidad

El servicio CancerNavigator brinda educación y orientación personalizadas a los pacientes con cáncer mientras navegan por las muchas decisiones que siguen a un diagnóstico.



*CancerNavigator is a **no-cost** benefit offered for all Participants on the Carpenters Indemnity Plan. (Note – not intended for Participants on the Kaiser HMO plan.)*

*CancerNavigator es un beneficio **sin costo** ofrecido a todos los Participantes del plan médico de indemnización con Carpenters. (Nota - no está destinado a los Participantes del plan Kaiser HMO).*

Support for Cancer Patients:

- ✓ Access great centers quickly
- ✓ Learn which centers in your area are well-equipped to treat your specific cancer type
- ✓ Understand your specific diagnosis and treatment options
- ✓ Talk through any questions you may have about your clinical situation
- ✓ Schedule appointments with the best centers in your area

Apoyamos a Pacientes con Cáncer para que:

- ✓ Accedan rápidamente a los mejores centros
- ✓ Conozcan qué centros en su área están bien equipados para tratar su tipo de cáncer
- ✓ Comprendan sus diagnósticos específicos y las opciones de tratamiento
- ✓ Consulten sobre cualquier preguntas que puedan tener acerca de sus situaciones clínicas
- ✓ Concierten citas con los mejores centros de su área



“We appreciate [CancerNavigator] so much. You are a necessity and there are a lot of families that could not do it without you.”

– *CancerNavigator Patient*

To reach one of our Oncology Nurse Navigators:

Call: 510-607-0605



**Para comunicarse con una de nuestras
Enfermeras de Oncología Navegadoras:**

Llame al: 510-607-0605

“Apreciamos mucho [CancerNavigator]. Ustedes son una necesidad y hay muchas familias que no podrían hacerlo sin ustedes.”

– *Paciente que usa CancerNavigator*