



IMPORTANT ANNOUNCEMENT

Please provide a copy of this Announcement to your Spouse and eligible children enrolled in the Plan

Date: December 31, 2019

To: All Active and Special Plan Participants, including eligible Dependents and COBRA Beneficiaries, enrolled in the Direct Payment Plan

This Notice is intended to advise you of certain material modifications that have been made to the Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California. **This information is VERY IMPORTANT to you and your dependents.** Please take the time to read it carefully.

Emergency Room Benefit Changes

Effective March 1, 2020

The Emergency Room visit copayment is changing. Effective March 1, 2020, the Plan will impose a \$25 copayment per visit for the first three visits to an Emergency Room per calendar year (for both Participating and Non-Participating Emergency Room facility fees combined). For the fourth Emergency Room visit (and thereafter), a copayment of \$50 per visit will apply per visit. The professional services fee from a Non-Participating Emergency Room will also increase to 90% coinsurance, the same as that applied for services received at a Participating Emergency Room.

In addition, the Plan will cover certain "**emergency services**" provided in hospital emergency rooms when you are suffering from an "**emergency medical condition**." Effective March 1, 2020, the Plan will allow emergency services at both Participating and Non-Participating facilities. However, if you obtain those services from a Non-Participating facility, that facility may bill you separately if the hospital's charges exceed what the Plan pays that hospital on your behalf. Whether emergency services are rendered by a Participating or Non-Participating provider, they will be subject to the same coinsurance and copays.

The term "emergency medical condition" means a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) so that a prudent layperson, who possesses average knowledge of health and medicine, could reasonably expect the absence of immediate medical attention to result in the following: placing the health of the person (or, with respect to a pregnant woman, the health of the woman or her unborn child) in serious jeopardy; serious impairment to bodily functions; or serious dysfunction of any bodily organ or part. The term "emergency services" means a medical screening examination and medical treatment necessary to stabilize the person (in other words, to assure, within reasonable medical probability, that no material deterioration of the condition is likely to result from, or occur during, the transfer of the person from the facility).

Changes to Coverage of Preventive Services

Effective March 1, 2020

Beginning on March 1, 2020, the Direct Payment Plan will cover certain preventive services **at no cost to you when those services are provided by a Participating Provider.** This means that these services are not subject to any deductible, and you will not have to pay any cost sharing if you use a Participating Provider. **There are no benefits for preventive services from Non-Participating Providers.**

The preventive services are designed to comply with Health Reform regulations and the current recommendations of the United States Preventive Services Task Force (USPSTF), the Health Resources and Services Administration (HRSA), and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Coverage will be provided for the following services:

- <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>
- <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index>
- <http://www.hrsa.gov/womensguidelines/>
- http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html?s_cid=cs_001

To find out if a particular preventive service will be paid at 100% when provided by a Participating Provider, contact the Trust Fund Office.

Changes to Coverage of Tobacco Cessation Services

Effective March 1, 2020

Beginning with services received on or after March 1, 2020, the Direct Payment Plan will now cover certain services and drugs to assist members with tobacco cessation. The Plan will now cover tobacco cessation drugs and supplies, including those otherwise available over-the-counter, with a healthcare provider's prescription. These will be covered through the Plan's prescription drug benefit, and will be subject to normal plan benefits for other prescription drugs. In addition, the Plan will now cover office visits and interventions for tobacco cessation under the medical benefits. These will be subject to normal plan benefits for the service. Please note, these benefits are in addition to any other benefits for tobacco cessation that may be available under the Plan's new preventive care benefits, described above.

Changes to Out-of-Pocket Maximum

Effective March 1, 2020

Effective March 1, 2020, the Plan's Out-of-Pocket Maximum is changing. There will be separate medical and prescription drug out-of-pocket maximums that will combine to be the annual out of pocket limit.

- The amount of the medical Out-of-Pocket limit will remain unchanged, at \$3,000 per individual or \$6,000 per family per Plan Year. However, Participating Provider office visits and Emergency Room copayments will now count toward this limit. This means more of your In-Network cost-sharing will be considered to help you reach the maximum sooner, after which the Plan will pay benefits for covered services from Participating Providers at 100% for the remainder of the Plan Year.
- The Fund is also implementing a new Prescription Drug Out-of-Pocket Maximum. The Prescription Drug Out-of-Pocket Maximum will be \$3,000 per individual or \$6,000 per family per Plan Year. This maximum will accumulate your copays for covered prescription drugs received from a Contracting Pharmacy. Once the Prescription Drug Out-of-Pocket Maximum is reached, the Plan will cover remaining covered prescription drugs received from a Participating Pharmacy at 100% of Plan benefits.

Benefit Improvements

Effective March 1, 2020

The Board of Trustees is pleased to announce some improvements to your benefits. These changes will be effective for services received on or after March 1, 2020.

- **Chiropractic Services** - There will no longer be a dollar limit on your chiropractic office visits, nor on any x-ray tests that you receive during a chiropractic visit. However, covered services must be medically necessary as defined by the Plan. The Plan will cover 100% of the Allowed Charge up to 20 visits per Plan Year. Covered services must be medically necessary as defined by the Plan.
- **E-Visit Services** - the Plan will cover E-Visit services at no charge. These services will no longer be subject to a copayment. The Plan will provide benefits for covered E-Visit services for medical, mental health, and substance abuse conditions.
- **Urgent Care Services** – Visits to an Urgent Care Facility will no longer be subject to the deductible.

Changes to Coverage of Breast Reduction Surgery

Effective March 1, 2019

The Board of Trustees is pleased to announce that, effective for services received on or after March 1, 2019, the Plan will now provide benefits for procedures to reduce breast size to correct or improve bodily function. These services will be covered when determined by the Professional Review Organization Anthem to be medically necessary. Remember that all elective inpatient hospital admissions must receive pre-admission review to avoid a financial penalty.

Please note that cosmetic surgery, that is, surgery which is primarily for beautification, to improve or preserve physical appearance or self-esteem or to treat psychosocial complaints related to one's appearance, but not to treat physical function, continues to be excluded from coverage under the Plan.

Changes to Coverage of Nutritional Counseling

Effective March 1, 2020

The Board of Trustees is pleased to announce that, effective for services received on or after March 1, 2020, the Plan will cover medically necessary nutritional counseling to assist individuals with their nutritional health and dietary needs. Benefits can be used for assistance with food choices when diagnosed with such diseases as, but not limited to, obesity, high blood pressure, cardiac disease, diabetes, high cholesterol, allergies, kidney disease, or an eating disorder. These services will be covered at normal Plan benefits depending on the service provided (for example, an office visit with a dietician would be covered as a regular provider office visit).

Routine Costs Associated with Clinical Trials to be Covered

Effective March 1, 2020

Effective March 1, 2020, the Plan will cover **routine costs** associated with certain **approved clinical trials** related to cancer or other life-threatening illnesses. This means that routine costs, services and supplies will be payable during the time the eligible individual is participating in the clinical trial pursuant to the Plan's standard benefits.

To qualify for this coverage, you must be in an approved clinical trial according to the trial protocol with respect to the treatment of cancer or another life-threatening disease or condition, and either:

- (1) the referring health care professional is a participating provider and has concluded that the participant's participation in such trial would be appropriate; or
- (2) the participant provides medical and scientific information establishing that his or her participation in such a trial would be appropriate.

You are generally required to participate in clinical trials through a Participating Provider. The Plan will not provide coverage for Non-Participating Provider costs associated with clinical trials, unless no Participating Provider will accept you for participation in the trial.

Provider Non-Discrimination

Effective March 1, 2020

In accordance with the requirements of the Affordable Care Act, effective March 1, 2020 the Plan will allow medically necessary treatment for covered services from any provider that is licensed to provide the covered treatment by the State in which the services are provided. This change does not affect any other Plan rules, nor does it change benefits provided by the Plan.

Patient Protection Rights of the Affordable Care Act

Effective March 1, 2020

In accordance with the requirements of the Affordable Care Act, effective March 1, 2020 the Direct Pay plan does not require the selection or designation of a primary care provider (PCP). You have the ability to visit any network or Non-Network health care provider; however, payment by the Plan may be less for the use of a Non-Network provider.

You also do not need prior authorization from the Plan or from any other person (including a primary care provider) in order to obtain access to obstetrical or gynecological care from a health care professional who specializes in obstetrics or gynecology. The health care professional, however, may be required to comply with certain procedures, including obtaining prior authorization for certain services, following a pre-approved treatment plan, or procedures for making referrals.

Information Provided During Internal Appeals

Effective March 1, 2020

In accordance with the requirements of the Affordable Care Act, effective March 1, 2020 for all internal appeals filed with the Fund, the Plan will automatically and free of charge, provide you with any new or additional evidence considered, relied upon, or generated by the Plan (or at the direction of the Plan) in connection with the denied claim. Additionally, before the Plan issues an Adverse Benefit Determination on review based on a new or additional rationale, you will be provided, automatically and free of charge, with the rationale. Such evidence or rationale will be provided as soon as possible (and sufficiently in advance of the date on which the notice of Adverse Benefit Determination on review is required to be provided) to give you a reasonable opportunity to respond prior to that date.

If the Plan receives new or additional evidence or rationale so late in the claim filing or claim appeal process that you would not have a reasonable opportunity to respond, the period for providing a final determination is delayed until such time as you have had such an opportunity.

As a reminder, if you are not satisfied with the determination of your claim on appeal, you may seek further review through the External Review process by an Independent Review Organization, if your appeal of a health care claim involves medical judgment, a determination that a treatment is experimental or investigational, or is due to a rescission of coverage.

If you should have questions about this Important Announcement contact the Trust Fund Office, Monday through Friday, 8:00 AM to 5:00 PM. If you have questions about the Affordable Care Act, visit www.healthcare.gov.

Sincerely,

Board of Trustees

Laborers Health and Welfare Trust Fund
for Northern California

Receipt of this notice does not constitute a determination of your eligibility. If you wish to verify eligibility, or if you have any questions regarding the Plan changes, contact the Trust Fund Office.

In accordance with ERISA reporting requirements, this document serves as your Summary of Material Modifications to the Plan.

Keep this Important Announcement with your Health and Welfare Plan Booklets

- March 2016 Active Plan Rules and Regulations
- June 2016 Active Plan Summary Plan Description
- March 2016 Special Plan Rules and Regulations
- June 2016 Special Plan Summary Plan Description

Language	Message about Language Assistance
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 707-864-2800.
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 707-864-2800。
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 707-864-2800.
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 707-864-2800.
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 707-864-2800. 번으로 전화해 주십시오.
Armenian	ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 707-864-2800.
Persian (Farsi)	شما ب راي راپ گان ب صورت زب ازدي ت سه پلات ک ذيد، مي گ فتگو فارسی زب ان ب هرگا: نه و جهه ت 707-864-2800 ماس ب اشد. بامی فراهم
Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 707-864-2800.
Japanese	注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。707-864-2800まで、お電話にてご連絡ください。
Arabic	ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متوافر لك بالمجان. اتصل برقم- 707-864-2800 .2800
Punjabi	ਪਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 707-864-2800. ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।
Mon-Khmer, Cambodian	ប្រយ័ត្តិក បែសិនជាមួយកិច្ចយោង តាសាខ្មែរ, សេវាឌំឡូលីមួយទំនាក់នាក់ 707-864-2800 ។
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 707-864-2800.
Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 707-864-2800. पर कॉल कर_।
Thai	ความสนใจ: ถ้าคุณพูดภาษาไทย, บริการให้ความช่วยเหลือภาษาฟรีที่มีอยู่ โทร 707-864-2800.



Nondiscrimination Notice Under Section 1557 of the Affordable Care Act

Discrimination Is Against the Law

Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc. (LFAO) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. LFAO does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.::

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you believe that LFAO has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Larissa Manalansan, Operations Manager, Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc., 220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534, Telephone: 707-864-2800, Fax: 707-864-2645, Email: Imanalansan@lfao.org. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Larissa Manalansan is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



AVISO IMPORTANTE

Proporcione una copia de este Aviso a su cónyuge e hijos elegibles inscritos en el Plan

Fecha: 31 de diciembre de 2019

Para: Todos los Participantes Activos y Especiales del Plan, incluyendo los Dependientes elegibles y los Beneficiarios de COBRA, inscritos en el Plan de Pago Directo

Este Aviso tiene la intención de informarle sobre ciertas modificaciones materiales que se han realizado al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California. **Esta información es MUY IMPORTANTE para usted y sus dependientes.** Tómese el tiempo de leerlo detenidamente.

Cambios en los beneficios de la sala de emergencias

Efectivo 1 de marzo de 2020

El copago de la visita a una Sala de Emergencias está por cambiar. A partir del 1 de marzo de 2020, el Plan impondrá un copago de \$25 por visita por las primeras tres visitas a una Sala de Emergencias por un año calendario (para las tarifas combinadas de las instalaciones de salas de emergencias Participantes y No-participantes). Para la cuarta visita a una Sala de Emergencias (y posteriormente), se aplicará por visita un copago de \$50 por visita. La tarifa de servicios profesionales de una Sala de Emergencia No-Participante también aumentará a un coseguro del 90%, lo mismo que se aplica a los servicios recibidos en una Sala de Emergencia Participante.

Además, el Plan cubrirá ciertos “**servicios de emergencia**” que se brindan en las salas de emergencia de los hospitales cuando estas sufriendo una “**condición médica de emergencia**. ” A partir del 1 de marzo de 2020, el Plan permitirá los servicios de emergencia en las instalaciones Participantes y No-Participantes. Sin embargo, si obtiene esos servicios de un centro No-Participante, ese centro puede facturarle por separado si los cargos del hospital exceden lo que el Plan paga a ese hospital en su nombre. Si los servicios de emergencia son prestados por un proveedor Participante o No-Participante, estarán sujetos al mismo coseguro y copagos.

El término “condición médica de emergencia” significa una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) para que un laico prudente, que posee un conocimiento promedio de salud y medicina, puede esperar razonablemente la ausencia de atención médica inmediata resulte en lo siguiente: poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto); deterioro grave de las funciones corporales; o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. El término “servicios de emergencia” significa un examen de detección médica y tratamiento médico necesarios para estabilizar a la persona (en otras palabras, para asegurar, dentro de una probabilidad médica razonable, que no es probable que se produzca un deterioro material de la condición después o que ocurra durante el traslado de la persona de la instalación).

Cambios en la cobertura de los servicios preventivos
Efectivo 1 de marzo de 2020

A partir del 1 de marzo de 2020, el Plan de Pago Directo cubrirá ciertos servicios preventivos ***sin costo para usted cuando esos servicios son provistos por un Proveedor Participante.*** Esto significa que estos servicios no están sujetos a ningún deducible, y no tendrá que pagar ningún costo compartido si utiliza un Proveedor Participante. **No hay beneficios para los servicios preventivos de Proveedores No-Participantes.**

Los servicios preventivos están diseñados para cumplir con las regulaciones de la Reforma de Salud y las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). La cobertura se proporcionará voluntariamente para los siguientes servicios:

- <https://www.healthcare.gov/what-are-my-preventive-care-benefits>
- <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/BrowseRec/Index>
- <http://www.hrsa.gov/womensguidelines/>
- http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html?s_cid=cs_001

Para averiguar si un servicio preventivo en particular se pagara al 100% cuando lo brinde un Proveedor Participante, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

Cambios en la cobertura de los servicios para cesación del consumo de tabaco
Efectivo 1 de marzo de 2020

Los servicios recibidos a partir del 1 de marzo de 2020, el Plan de Pago Directo cubrirá ciertos servicios y medicamentos para ayudar a los miembros a dejar el tabaco. El Plan cubrirá los medicamentos y suministros para cesación del consumo de tabaco, incluidos los que se pueden comprar sin receta, con una receta médica. Estos estarán cubiertos a través del beneficio de medicamentos recetados del Plan y estarán sujetos a los beneficios normales del plan para otros medicamentos recetados. Además, el Plan ahora cubrirá visitas al consultorio e intervenciones para dejar de fumar bajo los beneficios médicos. Estos estarán sujetos a los beneficios normales del plan para el servicio. Tenga en cuenta que estos beneficios son adicionales a otros beneficio para cesación del consumo de tabaco que puede estar disponible bajo los nuevos beneficios de atención preventiva del Plan, descritos anteriormente.

Cambios al desembolso máximo
Efectivo 1 de marzo de 2020

A partir del 1 de marzo de 2020, el desembolso máximo del plan está cambiando. Habrá desembolsos máximos por separado para gastos médicos y medicamentos recetados que se combinaran para ser el límite anual de bolsillo.

- El monto del límite de gastos médicos de bolsillo se mantendrá sin cambios, a \$3,000 por persona o \$6,000 por familia por Año del Plan. Sin embargo, las visitas al consultorio del Proveedor Participante y los copagos de la Sala de Emergencias ahora contaran para este límite. Esto significa que se considerara más de su costo compartido dentro de la red para ayudarlo a alcanzar el máximo rápidamente, después de lo cual el Plan pagara los beneficios de los servicios cubiertos de los Proveedores Participantes al 100% por el resto del Año del Plan.
- El Fondo también está implementando un nuevo desembolso máximo de medicamentos recetados. El desembolso máximo de medicamentos recetados será de \$3,000 por persona y \$6,000 por familia por año calendario. Este máximo acumulara sus copagos por medicamentos recetados cubiertos recibidos de una Farmacia Contratante. Una vez que se alcanza el desembolso máximo de medicamentos recetados, el plan cubrirá

los medicamentos recetados cubiertos restantes recibidos de una Farmacia Contratante al 100% de los beneficios del Plan.

Mejorías de beneficios

Efectivo 1 de marzo de 2020

La Junta de Fideicomisarios se complace en anunciar algunas mejorías a sus beneficios. Estos cambios serán efectivos para los servicios recibidos a partir del 1 de marzo de 2020.

- **Servicios Quiroprácticos:** No habrá un límite de dólares en sus visitas al consultorio quiropráctico, ni en ninguna prueba de rayos X que reciba durante una visita quiropráctica. Sin embargo, los servicios cubiertos deben ser médicamente necesarios según lo definido por el Plan. El plan cubrirá el 100% del Cargo Autorizado, hasta 20 visitas por Año del Plan. Los servicios cubiertos deben ser médicalemente necesarios según lo definido por el Plan.
- **Servicios de Visita-E** - El Plan cubrirá los servicios de Visita-E sin cargo. Estos servicios ya no estarán sujetos a un copago. El plan proporcionará beneficios para los servicios cubiertos de visita electrónica para condiciones médicas, de salud mental y de abuso de sustancias.
- **Servicios de Atención Urgente** – Las visitas a un centro de atención urgente ya no estarán sujetas al deducible.

Cambios en la cobertura de la cirugía de reducción de senos

Efectivo 1 de marzo de 2019

La Junta de Fideicomisarios se complace en anunciar que, efectivo para los servicios recibidos a partir del 1 de marzo de 2019, el Plan ahora proporcionara beneficios para los procedimientos para reducir el tamaño de los senos para corregir o mejorar la función corporal. Estos servicios estarán cubiertos cuando la Organización de Revisión Profesional de Anthem determine que son medicamente necesarios. Recuerde que todos los ingresos al hospital electivos deben recibir una revisión previa a la admisión para evitar una sanción financiera.

Tenga en cuenta que la cirugía estética, es decir, la cirugía que es principalmente para embellecer, mejorar o preservar la apariencia física o la autoestima o para tratar las quejas psicosociales relacionadas con la apariencia de uno, pero no para tratar la función física, continua excluida de la cobertura bajo el Plan.

Cambios en la cobertura del asesoramiento nutricional

Efectivo 1 de marzo de 2020

La Junta de Fideicomisarios se complace en anunciar que, efectivo para los servicios recibidos a partir del 1 de marzo de 2020, el Plan cubrirá el asesoramiento nutricional medicamente necesario para ayudar a las personas con su salud nutricional y sus necesidades dietéticas. Los beneficios se pueden usar para obtener ayuda con la elección de alimentos cuando se diagnostica con enfermedades como, entre otras, obesidad, presión arterial alta, enfermedad cardiaca, diabetes, colesterol alto, alergias, enfermedad renal o un trastorno alimentario. Estos servicios estarán cubiertos según los beneficios normales del Plan, dependiendo del servicio brindado (por ejemplo, una visita al consultorio de un dietista estaría cubierta como una visita regular al consultorio médico.)

Costos de rutina asociados con los ensayos clínicos que se cubrirán

Efectivo 1 de marzo de 2020

Al partir del 1 de marzo de 2020, el Plan cubrirá los **costos de rutina** asociados con ciertos **ensayos clínicos aprobados** relacionados con el cáncer u otras enfermedades potencialmente mortales. Esto significa que los costos, servicios, y suministros de rutina serán pagados durante el tiempo en que la persona elegible participe en el ensayo clínico según los beneficios estándar del Plan.

Para calificar para esta cobertura, debe estar en un ensayo clínico aprobado de acuerdo con el protocolo del ensayo con respecto al tratamiento del cáncer u otra enfermedad o condición potencialmente mortal, y:

- (1) el profesional de atención médica de referencia es un proveedor participante y ha concluido que la participación del participante en dicho ensayo sería apropiada; o
- (2) el participante proporciona información médica y científica que establece que su participación en dicho ensayo sería apropiada.

Por lo general, debe participar en ensayos clínicos a través de un Proveedor Participante. El Plan no proporcionará cobertura para los costos de proveedores No-Participantes asociados con ensayos clínicos, a menos que ningún Proveedor Participante lo acepte para participar en el ensayo.

Proveedor no discriminación

Efectivo 1 de marzo de 2020

De acuerdo con los requisitos de la Ley de Cuidado Asequible, a partir del 1 de marzo de 2020, el Plan permitirá el tratamiento medicamente necesario para los servicios cubiertos de cualquier proveedor que tenga licencia para proporcionar el tratamiento cubierto por el Estado en el que se prestan los servicios. Este cambio no afecta ninguna otra regla del Plan, ni cambia los beneficios provistos por el Plan.

Derechos de protección al paciente de la Ley de Cuidado de Salud Asequible

Efectivo 1 de marzo de 2020

De acuerdo con los requisitos de la Ley de Cuidado Asequible, a partir del 1 de marzo de 2020, el Plan de Pago Directo no requiere la selección o designación de un Proveedor de Atención Primaria (PCP). Tiene la capacidad de visitar cualquier proveedor de cuidado de la salud de la red o fuera de la red; sin embargo, el pago por parte del Plan puede ser menor por el uso de un proveedor fuera de la red.

Tampoco necesita autorización previa del Plan ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se puede exigir al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para ciertos servicios, siguiendo un plan de tratamiento aprobado o procedimientos para hacer referencias.

Información proporcionada durante las apelaciones internas

Efectivo 1 de marzo de 2020

De acuerdo con los requisitos de la Ley de Cuidado Asequible, a partir del 1 de marzo de 2020 para todas la apelaciones internas presentadas ante el Fondo, el Plan de Pago Directo le proporcionará de forma automática y gratuita cualquier evidencia nueva o adicional considerada, confiable o generada por el Plan (o en la dirección del Plan) en relación con el reclamo denegado. Además, antes de que el Plan emita un Determinación adversa de beneficios en la revisión basada en una justificación nueva o adicional, se le proporcionará, de forma automática y gratuita, la justificación. Dicha evidencia o justificación se proporcionará tan pronto como sea posible (y con suficiente anticipación a la fecha en que se debe proporciona el aviso de Determinación adversa de beneficios en la revisión) para darle un oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

Si el Plan recibe evidencia o justificación nueva o adicional tan tarde en el proceso de presentación de reclamo o apelación de reclamo que usted no tendría una oportunidad razonable para responder, el periodo para proporcionar una determinación final se detiene hasta el momento en que haya tenido esa oportunidad.

Como recordatorio, si no está satisfecho con la determinación de su reclamo de apelación, puede solicitar un revisión adicional a través del proceso de Revisión Externa por parte de una Organización de Revisión Independiente, si su Laborers Active, Special Plan SMM #1

apelación de un reclamo de atención médica implica un juicio médico, una determinación de que el tratamiento es experimental o de investigación, o se debe a una rescisión de la cobertura.

Si tiene preguntas sobre este Aviso importante, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso de lunes a viernes de 8:00 AM to 5:00 PM. Si tiene preguntas sobre la Ley de Cuidado Asequible, visite www.healthcare.gov.

Sinceramente,

Junta de Fideicomisarios
Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de Los Obreros
para el Norte de California

La recepción de este aviso no constituye una determinación de su elegibilidad. Si desea verificar la elegibilidad, o si tiene alguna pregunta sobre los cambios en el Plan, comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso.

De acuerdo con los requisitos de informes de ERISA, este documento sirve como su Resumen de Modificaciones Materiales al Plan.

Guarde este Aviso importante con sus folletos del Plan de Salud y Bienestar

- marzo 2016 Plan Activo Reglas y Regulaciones
- junio 2016 Plan Activo Descripción Resumida
- marzo 2016 Plan Especial Reglas y Regulaciones
- junio 2016 Plan Especial Descripción Resumida