



## Anuncio Importante

**Por favor, entregue una copia de este anuncio a su Cónyuge y a los hijos elegibles inscritos en el Plan**

**FECHA:** 28 de septiembre de 2022

**A:** Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para los Participantes y Dependientes del Plan Activo, Jubilado y Especial para el Norte de California, incluidos los beneficiarios de COBRA

**De:** Junta de Fideicomisarios

**ASUNTO:** Mejoras al Plan y Definiciones Nuevas y Revisadas del Plan

Este aviso tiene por objeto informarle de ciertas modificaciones materiales que se han realizado en el Fondo de Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California. Esta información es **MUY IMPORTANTE** para usted y sus dependientes. Por favor, tómese el tiempo de leerla cuidadosamente.

### **MEJORAS EN LAS PRESTACIONES DE DETERMINADOS SERVICIOS DE PROVEEDORES NO-PPO EFECTIVO A PARTIR DEL 1 DE JUNIO DE 2022**

La Ley Sin Sorpresas se promulgó en diciembre de 2020. Esta ley protege a los pacientes que reciben servicios de urgencia en un hospital, en un servicio de urgencias independiente y en ambulancias aéreas. Además, la ley protege a los pacientes que reciben servicios de urgencias de un proveedor No-PPO en un centro de la red. A partir del 1 de junio de 2022, los beneficiarios que reciban estos servicios sólo serán responsables del pago de los costos compartidos dentro de la red y no podrán ser facturados de parte del proveedor o centro por el saldo de los servicios de emergencia. Además, a partir del 1 de junio de 2022, el Plan está implementando una serie de mejoras para cumplir con la Ley de No Sorpresas.

### **Servicios de Emergencia**

Servicios de Emergencia que están cubiertos:

- Sin necesidad de una determinación de autorización previa, incluso si los servicios se prestan fuera de la red;
- Sin tener en cuenta si el proveedor de atención médica que presta los servicios de emergencia es un proveedor de la PPO o un centro de emergencias de la PPO, según corresponda, con respecto a los servicios;
- Sin imponer ningún requisito o limitación administrativa a los Servicios de Emergencia fuera de la red que sea más restrictiva que los requisitos o limitaciones que se aplican a los Servicios de Emergencia recibidos de proveedores de la PPO y de centros de emergencia de la PPO;
- Sin imponer requisitos de reparto de costos a los servicios de emergencia fuera de la red que sean mayores que los requisitos que se aplicarían si los servicios fueran prestados por un proveedor de la PPO o un centro de emergencia de la PPO;
- Calculando el requisito de participación en los gastos para los servicios de urgencia fuera de la red como si el importe total que se hubiera cobrado por los servicios fuera igual al importe reconocido para los servicios; y
- Contando cualquier pago de costo compartido realizado por el participante o beneficiario con respecto a los Servicios de Emergencia hacia cualquier deducible dentro de la red o máximos de desembolso dentro de la red aplicados bajo

el plan (y se aplica el deducible dentro de la red y los máximos de desembolso dentro de la red) de la misma manera que si los pagos de costo compartido se hicieran con respecto a los Servicios de Emergencia prestados por un proveedor PPO o un centro de emergencia PPO.

El importe de los gastos compartidos para los Servicios de Emergencia prestados por Proveedores No-PPO se basará en el menor de los cargos facturados por el proveedor o en el Importe de Pago Calificado (QPA).

### **Artículos o Servicios que No son Emergencias de un Proveedor No-PPO en un centro PPO**

Con respecto a los artículos o servicios que no son de emergencia y que están cubiertos por el Plan, si los artículos o servicios cubiertos que no son de emergencia son realizados por un proveedor no PPO en un centro PPO, los artículos o servicios están cubiertos por el plan:

- Con un requisito de participación en los gastos que no es mayor que el requisito de participación en los gastos que se aplicaría si los artículos o servicios hubieran sido suministrados por un proveedor de la PPO,
- Calculando los requisitos de participación en los gastos como si el importe total que se hubiera cobrado por los artículos y servicios por parte de dicho proveedor no PPO fuera igual al importe reconocido por los artículos y servicios.
- Contando cualquier pago de gastos compartidos realizado por el participante o beneficiario para cualquier deducible dentro de la red y los máximos de gastos de bolsillo dentro de la red aplicados bajo el plan (y los deducibles dentro de la red y los máximos de gastos de bolsillo deben ser aplicados) de la misma manera que si dichos pagos de gastos compartidos se hicieran con respecto a los artículos y servicios proporcionados por un proveedor PPO.
- Los artículos o servicios que no sean de emergencia prestados por un proveedor no PPO en un centro PPO estarán cubiertos en base a su cobertura fuera de la red si:
  - ✓ Al menos 72 horas antes del día de la cita (o tres (3) horas antes de la prestación de los servicios en el caso de una cita para el mismo día), el participante o dependiente recibe una notificación por escrito, según lo exigido por la ley federal, de que el proveedor es un proveedor No-PPO con respecto al Plan, de los cargos estimados para su tratamiento y de cualquier limitación anticipada que el Plan pueda poner en su tratamiento, de los nombres de cualquier proveedor PPO en el centro que pueda tratarlo, y de que puede elegir ser derivado a uno de los proveedores PPO enumerados; y
  - ✓ El participante o dependiente da su consentimiento informado para continuar el tratamiento con el proveedor No-PPO, reconociendo que el participante o beneficiario entiende que el tratamiento continuado con el proveedor No-PPO puede resultar en mayores costos para el participante o beneficiario.
- La excepción de notificación y consentimiento no se aplica a los servicios auxiliares y a los artículos o servicios prestados como resultado de necesidades médicas imprevistas y urgentes que surgen en el momento en que se presta un artículo o servicio, independientemente de que el proveedor No-PPO haya cumplido los criterios de notificación y consentimiento, y por lo tanto estos servicios estarán cubiertos:
  - ✓ Con un requisito de participación en los gastos que no es mayor que el que se aplicaría si los artículos o servicios hubieran sido suministrados por un proveedor de la PPO,
  - ✓ Con requisitos de participación en los gastos calculados como si el importe total cobrado por los artículos y servicios fuera igual al importe reconocido por los artículos y servicios, y
  - ✓ Con la participación en los gastos contabilizada para cualquier deducible de la red y los máximos de bolsillo de la red, como si dichos pagos de participación en los gastos fueran con respecto a los artículos y servicios prestados por un proveedor de la PPO.

El importe de los gastos compartidos para los servicios que no sean de emergencia en centros de la PPO prestados por proveedores que no sean de la PPO se basará en el menor de los cargos facturados por el proveedor o el QPA.

## Servicios de Ambulancia Aérea

Si usted recibe servicios de Ambulancia Aérea que de otra manera están cubiertos por el Plan, de un proveedor No-PPO, esos servicios serán cubiertos por el Plan de la siguiente manera:

- Los servicios de Ambulancia Aérea recibidos de un proveedor No-PPO serán cubiertos con un requisito de costo compartido que no es mayor que el requisito de costo compartido que se aplicaría si los servicios hubieran sido prestados por un proveedor PPO.
- En general, no se le puede facturar el saldo de estos artículos o servicios. Su costo compartido se calculará como si la cantidad total que se habría cobrado por los servicios por un proveedor de la PPO de servicios de Ambulancia Aérea fuera igual a la menor de la Cantidad de Pago Calificado o la cantidad facturada por los servicios.
- Cualquier pago de costo compartido que usted haga con respecto a los servicios de Ambulancia Aérea cubiertos contará para su deducible de la Red (PPO) y el máximo de desembolso de la Red (PPO) de la misma manera que los recibidos de un proveedor de la PPO.

### Pagos a Proveedores y Facilidades No-PPO

El Plan realizará un pago inicial o una notificación de denegación de pago para los Servicios de Emergencia. Servicios que no sean de emergencia en centros de la PPO prestados por proveedores que no sean de la PPO y servicios de ambulancia aérea en un plazo de 30 días naturales a partir de la recepción de una reclamación limpia del proveedor que no sea de la PPO. El período de 30 días naturales comienza en la fecha en que el plan recibe la información necesaria para decidir una reclamación de pago por los servicios.

Si una reclamación está sujeta a la Ley de No Sorpresas, no se puede exigir al afiliado que pague más del costo compartido por el Plan, y el proveedor o centro tiene prohibido facturar al afiliado o al dependiente por encima del costo compartido requerido.

El Plan abonará directamente al proveedor no-PPO un pago total del plan igual a la cantidad en la que la tarifa fuera de la red por los servicios supere el importe del costo compartido por los servicios, menos cualquier importe de pago inicial.

### Revisión Externa

Una Determinación Adversa de Beneficios que esté relacionada con un Servicio de Emergencia, un Servicio que no sea de Emergencia prestado por un proveedor no-PPO en un centro de la PPO, y/o servicios de Ambulancias Aéreas, tal y como se contempla en la Ley Federal Sin Sorpresas, es elegible para la Revisión Externa. Para más información, consulte los procedimientos de Revisión Externa en el Documento SPD/Plan.

### Continuidad de la Cobertura

Si usted es un paciente de atención continuada, y el contrato con su proveedor o centro de la PPO finaliza, o sus beneficios bajo un plan de salud de grupo se terminan debido a un cambio en los términos de la participación de los proveedores y/o centros en el plan:

1. Se le notificará oportunamente la terminación del contrato y su derecho a elegir la atención transitoria continuada del proveedor o centro; y
2. Se le concederán hasta noventa (90) días de cobertura continuada a costo compartido de la Red para permitir la transición de la atención a un proveedor de la Red.

## Información Incorrecta del Proveedor PPO

Puede obtener una lista de proveedores de la PPO sin costo alguno visitando la página web o llamando al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación. La red está formada por proveedores, incluidos los hospitales, de diversas especialidades, así como de medicina general, que tienen contrato con el Plan o con una organización que contrata en su nombre.

Si obtiene y se basa en información incorrecta sobre si un proveedor es un proveedor PPO por parte del Plan o de sus administradores, el Plan aplicará la participación en los gastos de la PPO a su reclamación, aunque el proveedor fuera No-PPO.

## Proceso de Reclamación

Si cree que se le ha facturado erróneamente, o si tiene alguna otra queja en virtud de la Ley Sin Sorpresas o de la Norma de Transparencia de los Planes de Salud, puede ponerse en contacto con la Oficina del Fondo o con el número gratuito de la Administración de Seguridad de las Prestaciones de los Empleados (EBSA): 1-866-444-3272.

## Derogación de las Normas de Pago de los Servicios de Emergencias

La disposición del Plan relativa al pago de los servicios de la Sala de Emergencias, tal y como exige la Ley de Atención Asequible, queda derogada para los servicios prestados a partir del 1 de enero de 2022 y se sustituye por los requisitos de la Ley Sin Sorpresas.

### DEFINICIONES NUEVAS Y REVISADAS DEL PLAN A PARTIR DEL 1 DE JUNIO DE 2022

**Ambulancia Aérea** significa el transporte médico por una ambulancia aérea de ala rotatoria, tal como se define en 42 CFR 414.605, o una ambulancia aérea de ala fija, tal como se define en 42 CFR 414.605, para los pacientes.

**Servicios Auxiliares** son, con respecto a un centro sanitario de la PPO:

- Artículos y servicios relacionados con la medicina de urgencias, la anestesiología, la patología, la radiología y la neonatología, tanto si los presta un médico como si no lo es,
- Artículos y servicios prestados por cirujanos asistentes, personal médico e personal de cuidado intensivo;
- Servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de radiología y de laboratorio y sujeto a excepciones especificadas por el Secretario; y
- Artículos y servicios prestados por un proveedor no perteneciente a la PPO si no hay ningún proveedor de la PPO que pueda suministrar dicho artículo o servicio en dicho centro.

**Costo Compartido** es la cantidad que un participante o beneficiario debe pagar por un artículo o servicio cubierto según los términos del plan. El costo compartido incluye generalmente los copagos, el coseguro y los importes pagados para los deducibles, pero no incluye los importes pagados para las primas, la facturación de saldos por parte de los proveedores que no pertenecen a la PPO, ni el costo de los artículos o servicios que no están cubiertos por el plan.

**Cantidad de Costos Compartidos** para los servicios de emergencia y no emergencia en centros PPO realizados por proveedores no PPO y los servicios de ambulancia aérea de proveedores no PPO se basará en el importe reconocido.

**Paciente de atención continuada** significa una persona que, con respecto a un proveedor o centro

1. está recibiendo un tratamiento por una enfermedad grave y compleja por parte del proveedor o centro;
2. se somete a un curso de atención institucional o de hospitalización por parte del proveedor o centro;
3. está programado para someterse a una intervención quirúrgica no electiva por parte del proveedor, incluida la recepción de cuidados postoperatorios por parte de dicho proveedor o centro con respecto a dicha intervención quirúrgica;
4. está embarazada y se somete a un tratamiento para el embarazo por parte del proveedor o centro; o

5. tiene o se ha determinado que tiene una enfermedad terminal (según el artículo 1861(dd)(3)(A) de la Ley de Seguridad Social) y está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad por parte de dicho proveedor o centro.

**Condición Médica de Emergencia** significa una condición médica, incluida una condición de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias, manifestada por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor severo), de tal manera que una persona prudente que posea un conocimiento medio de la salud y la medicina podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resultara en un deterioro grave de las funciones corporales, una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o que pusiera en grave peligro la salud de una mujer o de su hijo no nacido.

Se entiende por **Servicios de Emergencia** lo siguiente:

1. Un examen médico apropiado que esté dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital o de un departamento de emergencias independiente, según sea el caso, incluyendo los servicios auxiliares de los que dispone habitualmente el departamento de emergencias para evaluar dicha condición médica de emergencia; y
2. Dentro de las posibilidades del personal y de las instalaciones disponibles en el hospital o en el servicio de urgencias independiente, según corresponda, el examen médico y el tratamiento adicionales necesarios para estabilizar al paciente (independientemente del servicio del hospital en el que se preste dicho examen o tratamiento adicional).

Los servicios de emergencia prestados por un proveedor o un centro de emergencias que no pertenezca a la OPC (independientemente del departamento del hospital en el que se presten dichos artículos o servicios) también incluyen los servicios posteriores a la estabilización (servicios prestados después de que el paciente se haya estabilizado) y como parte de la observación ambulatoria o de una estancia de hospitalización o ambulatoria relacionada con la condición médica de emergencia, hasta que:

- El proveedor o centro determine que el participante o beneficiario puede viajar utilizando un transporte no médico o un transporte médico no urgente; o
- El participante o beneficiario reciba una notificación por escrito, tal como lo exige la ley federal, de que el proveedor es un proveedor que no pertenece a la PPO con respecto al Plan, de los cargos estimados para su tratamiento y de cualquier limitación por adelantado que el Plan pueda poner en su tratamiento, de los nombres de cualquier proveedor de la PPO en el centro que pueda tratarlo y de que usted puede elegir ser derivado a uno de los proveedores de la PPO que se mencionan; y
- El participante o beneficiario da su consentimiento informado para que el proveedor no perteneciente a la PPO continúe el tratamiento, reconociendo que el participante o beneficiario entiende que la continuación del tratamiento por parte del proveedor no perteneciente a la PPO puede suponer un mayor costo para el participante o beneficiario.

**Centro de Salud** (para servicios que no son emergencias) es cada uno de los siguientes:

1. Un hospital (como se define en la sección 1861(e) de la Ley de la Seguridad Social);
2. Un departamento de ambulatorio del hospital;
3. Un hospital de acceso crítico (como se define en la sección 1861(mm)(1) de la Ley de Seguridad Social); y
4. Un centro quirúrgico ambulatorio descrito en la sección 1833(i)(1)(A) de la Ley de Seguridad Social

**Departamento de Servicios de Emergencias Independiente** es un centro de salud (no limitado a los descritos en la definición de centro de salud) que está geográficamente separado y es distinto de un hospital según la legislación estatal aplicable y que proporciona servicios de urgencias.

**Ley Sin Sorpresas** significa la Ley Federal Sin Sorpresas (Ley Pública 116-260, División BB).

**Facilidades de Emergencias No-PPO** es una facilidad o centro de emergencias de un hospital o un departamento de emergencias independiente (o un hospital, con respecto a los servicios de emergencias, tal y como se definen), que no tiene una relación contractual directa o indirecta con un plan de salud de grupo o una cobertura de seguro de salud de grupo ofrecida por un emisor de seguros de salud, con respecto al suministro de un artículo o servicio bajo el plan o la cobertura respectivamente.

**Proveedor No-PPO:** proveedor médico que no tiene una relación contractual directa o indirecta con el Plan con respecto al suministro de un artículo o servicio en el marco del Plan.

**La Tarifa Fuera de la Red** con respecto a los artículos y servicios realizados por un proveedor No-PPO, un centro o facilidad de emergencias Fuera de la Red o un proveedor de servicios de ambulancia No-PPO, significa uno de los siguientes:

- La cantidad que las partes negocien;
- La cantidad aprobada bajo el proceso de resolución independiente de conflictos (IDR); o
- si el estado cuenta con un acuerdo modelo para todos los contribuyentes, el importe que el estado apruebe en virtud de ese Sistema

**Por Importe de Pago Admisible (QPA)** se entiende el importe calculado según la metodología descrita en el 29 CFR 716-6(c).

**Cantidad Reconocida** significa (por orden de prioridad) una de las siguientes:

1. Una cantidad determinada por un Acuerdo Modelo para Todos los Contribuyentes aplicable en virtud de la sección 1115A de la Ley de Seguridad Social;
2. Una cantidad determinada por una ley estatal específica; o
3. El menor de los importes facturados por el proveedor o el centro o el importe de pago admisible (QPA)

En el caso de los servicios de ambulancia aérea prestados por proveedores no-PPO, la Cantidad Reconocida es la menor de las cantidades facturadas por el proveedor o centro o la Cantidad de Pago Calificada (QPA).

**Afección Grave y Compleja** significa, con respecto a un participante, beneficiario o inscrito en el Plan, una de las siguientes:

1. en el caso de una enfermedad aguda, una afección lo suficientemente grave como para requerir un tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o lesión permanente;
2. en el caso de una enfermedad o afección crónica, una afección que sea
  - ✓ que pone en peligro la vida, es degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita, y
  - ✓ requiera una atención médica especializada durante un periodo prolongado.

**La Terminación** incluye, con respecto a la prestación de Continuación de la Atención, la expiración o no renovación del contrato, pero no incluye la terminación del contrato por incumplimiento de las normas de calidad aplicables o por fraude.

Si tiene preguntas sobre este Anuncio Importante, póngase en contacto con la Oficina del Fondo Fiduciario, de lunes a viernes, de 8:00 AM a 5:00 PM.

Sinceramente,

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

**La recepción de esta notificación no constituye una determinación de su elegibilidad. Si desea verificar su elegibilidad, o si tiene alguna pregunta sobre los cambios del Plan, póngase en contacto con la Oficina del Fondo Fiduciario.**

*De acuerdo con los requisitos de información de ERISA, este documento sirve como su Resumen de Modificaciones Importantes del Plan.*

*Conserve este Anuncio Importante junto con sus folletos del Plan de Salud y Bienestar*