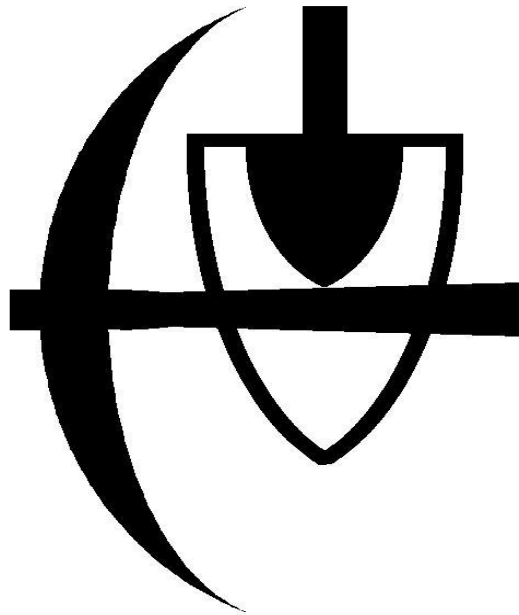


**FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y  
BIENESTAR DE LOS OBREROS PARA EL  
NORTE DE CALIFORNIA**

**PLAN DE JUBILADOS**



**Reglas y Reglamentos**

1 de marzo de 2016

# **FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS PARA EL NORTE DE CALIFORNIA**

220 Campus Lane | Fairfield, California 94534-1498

**TELÉFONO:** 707-864-2800 • **NÚMERO GRATUITO:** 800-244-4530

**SITIO DE WEB:** [www.norcalaborers.org](http://www.norcalaborers.org)

**CORREO ELECTRONICO:** [customerservice@norcalaborers.org](mailto:customerservice@norcalaborers.org)

## **CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS**

### **FIDEICOMISARIOS DE EMPLEADOS**

Sr. Oscar De La Torre, Presidente

Sr. Doyle Radford

Sr. David Gorgas

Sr. Fernando Estrada

Sr. Ramon Hernandez

### **FIDEICOMISARIOS DE EMPLEADORES**

Sr. Byron C. Loney, Co-Presidente

Sr. Robert Chrisp

Sr. Bill Koponen

Sr. Manuel De Santiago

Sr. Jerry Overaa

## **CONSEJEROS LEGALES**

Bullivant Houser Bailey, PC

Weinberg, Roger & Rosenfeld

## **CONSULTOR**

The Segal Company

## **OFICINA ADMINISTRATIVA**

Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

Sr. Edward J. Smith, Secretario

## Tabla de Contenido

1 - 10	Artículo I	Definiciones
11 - 21	Artículo II	Elegibilidad a los Beneficios
22 - 24	Artículo III	Beneficios Suplementarios del Medicare Federal y Beneficio de Asistencia con Gastos de Atención a la Salud
25 - 34	Artículo IV	Beneficios Amplios Médico-Hospitalarios
35 - 38	Artículo V	Beneficios de Medicamentos de Receta
39 - 43	Artículo VI	Exclusiones, Limitaciones y Reducciones
44 - 47	Artículo VII	Disposiciones Generales
48 - 68	Artículo VIII	Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones
69 - 75	Artículo IX	Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés)
76	Artículo X	Enmienda y Terminación
77	Artículo XI	Descargo de Responsabilidad

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

## Reglas y Reglamentos del Plan para Empleados Jubilados Enmendadas y Reformuladas al 1 de marzo de 2016

### Artículo I. Definiciones

Las definiciones siguientes gobernarán al Plan:

**Sección 1.00** El término “**Cargo Autorizado**”, “**Cantidad Autorizada**” o “**Cargo Autorizable**” significa la cantidad que el Fondo autoriza, sujeta a todas las disposiciones del Plan, para servicios o suministros Medicamento Necesarios. La cantidad del Cargo Autorizado está determinada por el Administrador del Plan o la persona designada por él para que sea la menor de:

- a. Para un **Proveedor Participante**, la tarifa de contrato negociada que aparece en el acuerdo entre el Proveedor Participantes y Anthem Blue Cross.
- b. Para un **Proveedor No-Participante**, la tabla de tarifas que lista las cantidades en dólares que el Fondo ha determinado que autorizará para los servicios o suministros Medicamento Necesarios. La lista de la cantidad del Cargo Autorizado por el Fondo no está basada en, o pretende reflejar las tarifas que están o pueden estar descritas como usuales y acostumbradas (U&C, por sus siglas en inglés), razonables y acostumbradas (R&C, por sus siglas en inglés), cargos usuales, acostumbrados y razonables (UCR, por sus siglas en inglés), que prevalecen o cualquier término similar. El Fondo se reserva el derecho de que la cantidad facturada sea revisada por una organización de revisión médica independiente para ayudar a determinar la cantidad que el Fondo autorizará para la reclamación presentada; o
- c. El cargo real del proveedor.

El Plan no siempre va a pagar beneficios equivalentes a, o basados en el cargo real del proveedor por los servicios o suministros de atención a la salud, incluso si el Individuo Elegible ha pagado el Deducible del Año del Plan aplicable, el Copago y/o el coseguro. Esto se debe a que el Plan cubre solamente el “**Cargo Autorizado**” por servicios o suministros de atención a la salud.

El Individuo Elegible es responsable de las cantidades que excedan del “Cargo Autorizado” determinado por el Plan.

**Sección 2.00** El término “**Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés)**” significa una institución quirúrgica independiente que está acreditada conforme a cualquier estatuto estatal aplicable o, a falta de cualquier estatuto estatal de acreditación, se ajusta a cualquier otro requisito impuesto a instituciones quirúrgicas independientes dentro de esa jurisdicción.

**Sección 3.00** El término “**Blue Card PPO**” significa un programa nacional que permite a los miembros del plan **Blue Cross** y **Blue Shield** (BCBS) obtener servicios de atención a la salud mientras viajan o viven en otra área de servicio de los planes BCBS. El programa enlaza a los proveedores participantes de atención a la salud con los planes BCBS independientes a través del país mediante una sola red electrónica para el proceso de las reclamaciones.

**Sección 4.00** El término “**Centro Blue Distinction®**” es una designación otorgada por las compañías Blue Cross y Blue Shield a las instalaciones médicas que han demostrado destreza para prestar atención de salud de calidad para servicios específicos.

**Sección 5.00** El término “**Junta de Fideicomisarios**” o “**Junta**” significa la Junta de Fideicomisarios establecida por el Acuerdo de Fideicomiso.

**Sección 6.00** El término “**Acuerdo de Negociación Colectiva**” significa:

- a. el Acuerdo Maestro de los Obreros entre los Empleadores y el Sindicato para los 46 Condados del Norte de California fechado 4 de junio de 1952, incluyendo cualquier enmienda, extensión o renovación de ese Acuerdo y el Acuerdo Maestro del Túnel entre los Empleadores y el Sindicato fechado 18 de junio de 1952, incluyendo cualquier enmienda, extensión o renovación de dicho Acuerdo.
- b. cualquier otro acuerdo de negociación colectiva entre el Sindicato o cualquiera de sus sindicatos locales afiliados y cualquier organización de empleadores o Empleador Individual que disponga que se hagan las Contribuciones al Fondo de Salud y Bienestar.

**Sección 7.00** El término “**Revisión Concurrente de Utilización**” significa el proceso mediante el cual la Organización Profesional de Revisión (PRO, por sus siglas en inglés) determina el número de días autorizados considerados Médicamente Necesarios. Estos días autorizados son elegibles para beneficios de Hospital de acuerdo a las disposiciones del Plan una vez que el Individuo Elegible ha sido ingresado a un Hospital según la recomendación de la Organización Profesional de Revisión (PRO).

- Sección 8.00** El término **“Cargos Cubiertos”** según se relaciona con el Artículo IV., Subsecciones 4.b. y 4.d., gasto dentro del Hospital en un Hospital No-Participante o en un Centro de Enfermería Especializada (**SNF, por sus siglas en inglés**) significa: Habitación, comidas y cargos rutinarios de enfermería hasta una cantidad equivalente a la tarifa más baja cargada por el Hospital por alojamiento en una habitación semi-privada o de cuidado intensivo, o el 80% de la tarifa más baja cargada por alojamientos en habitación privada.
- Sección 9.00** EL término **“Cargo Cubierto”** se refiere a las partidas de gasto de hospital y médicos, descritas en el Artículo IV., Sección 1, que puedan ser pagaderas conforme a los Beneficios Amplios Médico-Hospitalarios del Plan sujetos a todas las demás disposiciones del Plan.
- Sección 10.00** El término **“Cuidado de Custodia”** significa asistencia general para desempeñar las actividades de la vida cotidiana, las cuales incluyen, pero no están limitadas a, bañarse, vestirse, ayuda para ir al baño, preparación de comidas, comer, cuidado de la casa, comida, alojamiento y otros servicios proporcionados a largo plazo. Esto no incluye atención o tratamiento médico.
- Sección 11.00** El término **“Dentista”** significa:
- a. Un **“Dentista”** legalmente calificado, o
  - b. Un Médico autorizado por su licencia para realizar el procedimiento dental particular realizado por él.
- Sección 12.00** El término **“Dependiente”** significa en cuanto al Empleado Jubilado:
- a. Su cónyuge legal.
  - b. Los hijos incluyendo a los siguientes (para beneficios médicos, de medicamentos de receta, dentales y de la vista):
    - (1) Hijos naturales o adoptados o hijos adquiridos mediante tutela legal, (los hijos adoptados o los hijos adquiridos a través de una tutela legal están cubiertos en la fecha en la que el Empleado Jubilado se obliga legalmente a proporcionar sustento total o parcial), hijastros o hijos de acogida menores de 26 años de edad. Este Plan proporcionará cobertura por todo el mes durante el cual el hijo Dependiente llegue a la edad de 26 años: o
    - (2) Mayores de 26 años de edad y que estén impedidos de ganarse la vida debido a una incapacidad mental o física (siempre y cuando el hijo incapacitado estuviese incapacitado y fuera elegible como Dependiente antes de llegar a la edad de 26) y sea dependiente primariamente del

Empleado Jubilado para su sustento. Para que se proporcione la cobertura exenta de impuestos, el Dependiente tiene que ser reclamado en la declaración de impuestos del Empleado Jubilado para el Año del Plan por el que se proporciona la cobertura.

De acuerdo con el Artículo 609(a)(2)(A) de ERISA, este Plan proporcionará cobertura para un hijo Dependiente de un Empleado Jubilado si es requerida por una Orden Calificada del Sostén Médico de un Niño (QMCSO, por sus siglas en inglés) o una Notificación Nacional de Sostén Médico.

- Sección 13.00** El término **“Medicamentos”** significa cualquier artículo que sea suministrado legalmente según la Ley Federal de Alimentos, Medicinas y Cosméticos, incluyendo cualquier enmienda y esto sólo con una receta escrita de un Médico o Dentista con licencia legal para recetarlo.
- Sección 14.00** El término **“Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés)”** significa equipo médico que puede sostener el uso repetido, que no es desechable, y que está únicamente relacionado con la atención de una condición médica. Los ejemplos de DME incluyen, pero no están limitados, a los monitores de apnea, sillas de ruedas, camas de hospital y oxígeno.
- Sección 15.00** El término **“Elegible a Medicare”** significa un Individuo Elegible que es elegible a la Parte A de Medicare sin pagar las primas mensuales a la Administración del Seguro Social y que es elegible a la Parte B de Medicare independientemente de si el Individuo Elegible ha calificado para los beneficios de la Parte B de Medicare mediante la inscripción u otros procedimientos disponibles al Individuo Elegible.
- Sección 16.00** El término **“Individuo Elegible”** significa un Empleado Jubilado o un Dependiente elegible.
- Sección 17.00** El término **“Servicios de Emergencia”** significa el tratamiento Médicamente Necesario requerido como resultado de una condición en la que peligra la vida la cual, sin intervención inmediata, traería como resultado que la salud del Individuo Elegible se viera en un serio peligro, o incapacidad seria de las funciones corporales, o una seria disfunción de cualquier parte del cuerpo. Algunos ejemplos de condiciones que ponen en peligro la vida que requieren Servicios de Emergencia incluyen, sin estar limitadas a ataques cardíacos, embolias, envenenamientos y apendicitis.
- Sección 18.00** El término **“Procedimientos Experimentales o Investigativos”** significa un medicamento, instrumento o procedimiento médico si:
- a. El medicamento o instrumento pueden ser comercializados legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés); y

- (1) No se ha dado la aprobación para la comercialización al momento en que el medicamento o instrumento es recetado o proporcionado; **o**
  - (2) La aprobación de la FDA no ha sido dada para el diagnóstico, enfermedad o condición específica para los que el medicamento o instrumento es recetado o proporcionado; **o**
- b. El medicamento, instrumento, tratamiento médico o procedimiento, o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado con el medicamento, instrumento o procedimiento fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la instalación que presta el tratamiento u otro organismo que sirva una función similar, o si la ley federal requiere una revisión o aprobación **o**
  - c. La **“Evidencia Fiable”** muestra que el medicamento, instrumento o tratamiento o procedimiento médico es objeto de pruebas clínicas continuas de fase I o fase II, es el brazo de investigación, experimental, de estudio o investigativo de pruebas clínicas continuas de fase III, o está, por otro lado, bajo estudio para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia cuando se compara con medios estándares de tratamiento o diagnóstico; **o**
  - d. La **“Evidencia Fiable”** muestra que la opinión prevaleciente entre los expertos respecto al medicamento, instrumento, tratamiento o procedimiento médico es que son necesarios los estudios o pruebas clínicas adicionales para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia cuando se compara con medios estándares de tratamiento o diagnóstico.

Para los fines de esta Sección, **“Evidencia Fiable”** significa sólo los informes y artículos publicados en literatura médica y científica de autoridad revisada por colegas; el protocolo o protocolos escritos usados por el centro de tratamiento o el(los) protocolo(s) de otro centro que esté estudiando sustancialmente el mismo medicamento, instrumento, tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado por escrito usado por el centro de tratamiento o por otro centro que esté estudiando sustancialmente el mismo medicamento, instrumento, tratamiento o procedimiento médico.

**Sección 19.00** El término **“Medicare Federal”** o **“Medicare”** significa los beneficios proporcionados conforme al Título XVIII de las Enmiendas al Seguro Social de 1965.

**Sección 20.00** El término **“Fondo”** significa el Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California.



- Sección 21.00** El término **“Plan de Grupo”** significa cualquier plan que proporcione beneficios del tipo proporcionado por este Plan mantenido total o parcialmente por los pagos de los empleadores.
- Sección 22.00** El término **“Atención de Salud en el Hogar”** significa servicios de enfermería especializada proporcionados por una Agencia de Atención a la Salud en el Hogar, la cual es una organización que proporciona un programa para Atención a la Salud en el Hogar, aprobada por Medicare, o que está licenciada como Agencia de Atención a la Salud en el Hogar por la autoridad regulatoria que tiene la responsabilidad de emitir licencias conforme a las leyes de la jurisdicción en la que está ubicada.
- Sección 23.00** El término **“Hospicio”** significa una organización que administra un programa de servicios paliativos y de apoyo para los individuos con enfermedades terminales que han sido evaluados con una expectativa de vida de 6 meses o menos y que está aprobada por Medicare o que está licenciada como Hospicio por una autoridad regulatoria que tiene la responsabilidad de emitir licencias de acuerdo a la jurisdicción en la que está ubicada.
- Sección 24.00** El término **“Hospital”** significa cualquier hospital general de cuidados críticos licenciado conforme a cualquier estatuto estatal aplicable y que tiene que proporcionar: (a) cuidado hospitalario las 24 horas, y (b) los siguientes servicios básicos en las instalaciones: servicios médicos, quirúrgicos, de anestesia, laboratorio, radiología, farmacia y dietéticos. El término **“Hospital”** también incluye instalaciones licenciadas independientes de tratamiento psiquiátrico e instalaciones licenciadas independientes para abuso de sustancias.
- Sección 25.00** El término **“Farmacéutico con Licencia”** significa una persona que está licenciada para ejercer la farmacología por la autoridad gubernamental que tiene jurisdicción sobre las licencias y el ejercicio de la farmacología.
- Sección 26.00** El término **“Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés)”** significa la cantidad máxima que el Fondo autorizará por cargos de hospital en relación con los reemplazos totales de cadera o rodilla, cirugías artroscópicas, cirugías de cataratas y colonoscopias en el estado de California. El Individuo Elegible es responsable de las cantidades que excedan del MPA. La MPA no se aplica a las cirugías ambulatorias cubiertas realizadas en un centro quirúrgico ambulatorio.

**Excepciones:**

Los servicios hospitalarios y ambulatorios proporcionados por un proveedor, un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio que no han acordado aceptar la MPA pueden ser considerados como un proveedor MPA, hospital o centro de cirugía ambulatoria si:

- (1) El acceso a un proveedor, hospital o centro de cirugía ambulatoria MPA no está disponible o no se puede obtener el servicio dentro de un tiempo de espera o distancia de viaje razonables; y
- (2) La calidad de los servicios para un Individuo Elegible cubierto pudiera verse comprometida con el proveedor, hospital o centro de cirugía ambulatoria MPA (por ej., si las comorbilidades presentan complicaciones o problemas de seguridad para el paciente).

**Sección 27.00** El término **“Medicamento Necesario”** se aplica a los servicios y suministros recibidos para el tratamiento de una enfermedad o lesión y para el fin de determinar la elegibilidad a los beneficios del Plan, y significa esos servicios y suministros que cumplen con los siguientes criterios:

- a. Apropriados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión;
- b. Proporcionados para el diagnóstico o atención directa y tratamiento de la enfermedad o lesión;
- c. Dentro de los estándares de la buena práctica médica dentro de la comunidad médica organizada;
- d. No principalmente para la comodidad o conveniencia personales del paciente, la familia del paciente, cualquier persona que atienda al paciente, cualquier Médico u otro profesional de atención a la salud, o cualquier Hospital o centro de atención especializada de la salud. El hecho de que un Médico pueda proporcionar, ordenar, recomendar o aprobar un servicio o suministro no significa que el servicio o suministro van a ser considerados Medicamentos Necesarios para la cobertura conforme al Plan.
- e. El suministro, nivel o servicio más apropiados que pueden ser proporcionados con seguridad. Para Hospitalizaciones, esto significa que la atención intensiva para un paciente ingresado es necesaria debido al tipo de servicios que el paciente está recibiendo o la seriedad de la condición del paciente, y que no puede recibirse atención segura y adecuada como paciente ambulatorio o en un entorno médico menos intensivo; y
- f. Los servicios o suministros proporcionados no tienen que ser más costosos que un curso de tratamiento, servicio o secuencia de servicios efectivos.

**Sección 28.00** El término **“Hospital No-Participante”** significa un Hospital que no forma parte del Plan de Proveedor Preferido (Plan PPO) o del programa nacional PPO BlueCard.

- Sección 29.00** El término **“Proveedor No-Participante”** significa un centro de laboratorio o radiología, Médico, Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés) o un proveedor licenciado de atención a la salud que no es parte del Plan de Proveedor Preferido del Fondo (Plan PPO) o del programa nacional PPO BlueCard.
- Sección 30.00** El término **“Edad Normal de Jubilación”** significa la edad de 65.
- Sección 31.00** El término **“Hospital Participante”** significa un Hospital que es parte del Plan de Proveedor Preferido (Plan PPO) del Fondo, o del programa nacional PPO BlueCard.
- Sección 32.00** El término **“Proveedor Participante”** significa una instalación de laboratorio o radiología, Médico, Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC), o proveedor de atención a la salud con licencia que es parte del Plan de Proveedor Preferido Fondo (Plan PPO) o del programa nacional PPO BlueCard.
- Sección 33.00** El término **“Médico”** significa (a) un médico o cirujano (MD/DO, por sus siglas en inglés) con licencia para ejercer la medicina en el estado en el que ejerce; o (b) cualquier otro profesional de las artes curativas que proporciona atención o tratamiento dentro de los límites establecidos en la licencia que le fue emitida por parte de la agencia pertinente del estado en el que proporciona la atención o tratamiento.
- Sección 34.00** El término **“Año del Plan”** significa del 1 de marzo de cualquier año hasta el 28 de febrero del año siguiente.
- Sección 35.00** El término **“Revisión de Utilización Previa a la Admisión”** significa el proceso mediante el cual la Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés) determina la necesidad médica de la hospitalización electiva de un Individuo Elegible, como paciente hospitalizado, en un Hospital **previo** a que ocurra la hospitalización electiva y, si es Medicamente Necesario, el número de días previamente autorizados elegibles para beneficios no reducidos de acuerdo a las disposiciones del Plan.
- Sección 36.00** El término **“Organización de Proveedor Preferido (PPO, por sus siglas en inglés),** significa una organización que ha contratado con proveedores médicos, incluyendo Hospitales, instalaciones de laboratorios y radiología, Médicos, Centros Quirúrgicos Ambulatorios (ASC) y otros profesionales médicos con licencia, que proporcionan servicios médicos a los Individuos Elegibles en base a tarifas negociadas del contrato.
- Sección 37.00** El término **“Plan de Proveedor Preferido (Plan PPO)”** significa un programa o plan de beneficios que utiliza los servicios de un PPO para las provisiones de servicios médicos a los Individuos Elegibles a una tarifa negociada del contrato.

- Sección 38.00** El término “**Área de Servicio del Plan de Proveedor Preferido**” significa la lista agregada de códigos postales para todos los Condados de California en donde residen los Individuos Elegibles y están sujetos a las disposiciones de reembolso del Plan de Proveedor Preferido. El Área de Servicio del Plan de Proveedor Preferido también incluye al programa nacional PPO BlueCard.
- Sección 39.00** El término “**Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés)**”, significa una organización bajo contrato con el Fondo que es responsable de determinar si la hospitalización de un Individuo Elegible en un Hospital es Médicamente Necesaria. Si es Médicamente Necesaria, la PRO también determina el número de días Médicamente Necesarios para la hospitalización. Para servicios ambulatorios que no son de emergencia, la PRO determina si los servicios propuestos de un Individuo Elegible son Médicamente Necesarios.
- Sección 40.00** El término “**Terapia de Rehabilitación**” significa terapia física, ocupacional o del habla que es recetada por un Médico para mejorar o restablecer la función corporal que ha estado restringida o disminuida como resultado de una enfermedad, lesión o cirugía y que es realizada por un terapeuta con licencia que actúa dentro del ámbito de su licencia.
- Sección 41.00** El término “**Empleado Jubilado**” o “**Participante Jubilado**” significa un jubilado que ha satisfecho los requisitos de elegibilidad del Artículo II., Sección 2.
- Sección 42.00** El término “**Revisión de Utilización Retrospectiva**” significa el proceso mediante el cual la Organización de Revisión Profesional (PRO) determina el número de días autorizados considerados Médicamente Necesarios y elegibles para beneficios de hospitalización. Esta revisión ocurre después de que el Individuo Elegible ha sido dado de alta del Hospital.
- Sección 43.00** El término “**Centro de Enfermería Especializada (SNE, por sus siglas en inglés)**” significa una institución que está primordialmente dedicada a proporcionar atención de enfermería especializada y servicios relativos a pacientes hospitalizados que requieren servicios de rehabilitación para recuperarse de una enfermedad, lesión o discapacidad y que cumple con los siguientes requisitos:
- Está dedicada regularmente a proporcionar atención de enfermería especializada para personas enfermas y lesionadas bajo la supervisión 24 horas al día de un Médico o de un Enfermero Titulado (RN, por sus siglas en inglés);
  - Tiene disponible en todo momento los servicios de un Médico que es miembro de un Hospital general;
  - Tiene de turno 24 horas al día, a un Enfermero Titulado graduado (RN), un Enfermero Vocacional Titulado (LVN), o un enfermero práctico

especializado y tiene a un Enfermero Titulado (RN) de turno 8 horas al día por lo menos;

- Mantiene el historial clínico para cada paciente;
- No es, excepto incidentalmente, un lugar de reposo, un lugar de atención de custodia, un lugar para envejecientes, un lugar para drogadictos, un lugar para alcohólicos, un hotel o una institución similar; y
- Cumple con todos los requisitos de licencias y otros requisitos legales y es reconocido como un “Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)” por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) conforme al Título XVIII de las Enmiendas al Seguro Social de 1965.

**Sección 44.00** El término “**Convenio de Fideicomiso**” significa el Convenio de Fideicomiso que establece el Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para El Norte de California, incluyendo cualquier enmienda, extensión o renovación.

**Sección 45.00** El término “**Programa de Revisión de Utilización (UR)**”, significa un programa que requiere que cuando un Individuo Elegible sea admitido o esté programado a ser admitido a un Hospital, su Médico obtenga la opinión de la Organización de Revisión Profesional (PRO) en cuanto a la necesidad médica de la hospitalización para recibir los máximos beneficios para un ingreso a un Hospital.

**Sección 46.00** El término “**Sitio en Base al Valor**” significa un Hospital Participante designado o Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC) que sea Proveedor Participante en el estado de California cuyos costos acordados por los servicios no excederán de la Asignación Máxima del Plan (MPA) descrita en el Artículo IV., Subsecciones 4.c.(1) y 4.f.(6)(e).

## Artículo II. Elegibilidad a Beneficios

**Sección 1. Definiciones.** Las definiciones siguientes se aplicarán a las disposiciones en este Artículo:

- a. El término **“Empleador Individual”** significa cualquier empleador al que se le requiere mediante un convenio colectivo de negociación con el Sindicato que haga contribuciones al Fondo.
- b. El término **“Sindicato”** significa el Consejo de Distrito de los Obreros del Sindicato Internacional de Obreros de Norte América (LIUNA), AFL-CIO y sus sindicatos locales afiliados.

**Sección 2. Reglas de Elegibilidad**

a. **Establecimiento y Mantenimiento de la Elegibilidad**

- (1) Una persona que hace los pagos requeridos al Fondo, por la cantidad determinada por la Junta de Fideicomisarios, y que está recibiendo una Pensión Regular, de Jubilación Anticipada, de Incapacidad, de Servicio o Recíproca (siendo la porción mayor de Servicio Acreditado Combinado el Servicio Acreditado del Norte de California) o que estaría recibiendo una Pensión si no estuviera recibiendo una Pensión Conjunta y de Sobreviviente será elegible como Empleado Jubilado y comenzará la participación en este Plan en la fecha posterior entre la siguientes:
  - (a) el primer día del mes en el que le es pagadera una Pensión del Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California, o
  - (b) en la fecha en la que se termina su elegibilidad en el Plan Activo de los Obreros.
- (2) Una persona que hace los pagos requeridos al Fondo, por la cantidad determinada por la Junta de Fideicomisarios y que está recibiendo una Pensión Adquirida Diferida del Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California comenzará la participación en este Plan de acuerdo con la Subsección 2.a.(1) si trabaja 2,000 horas para Empleadores Individuales en el periodo de 48 meses que precede a la Fecha de Inicio de su Anualidad.
- (3) Una persona que hace los pagos requeridos al Fondo por una cantidad determinada por la Junta de Fideicomisarios, y que está recibiendo un Beneficio de Jubilación del Plan de Jubilación para Ciertos Empleados de Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc., comenzará la participación en este Plan en la fecha posterior entre las siguientes:

- (a) el primer día del mes en el que le es pagadero el Beneficio de Jubilación del Plan de Jubilación para Ciertos Empleados de Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc., o
  - (b) en la fecha en la que se termina su elegibilidad en el Plan Activo de los Obreros.
- (4) Una persona que hace los pagos requeridos al Fondo por una cantidad determinada por la Junta de Fideicomisarios, y que era elegible al Plan Especial de los Obreros por 60 meses por lo menos, incluyendo los 12 meses dentro de los 48 meses inmediatamente anteriores a la jubilación, comenzará la participación en este Plan en la fecha efectiva de su jubilación, o en la fecha en la que se termina su cobertura en el Plan Especial de los Obreros.
- (5) Una persona que hace los pagos requeridos al Fondo por una cantidad determinada por la Junta de Fideicomisarios, y que está recibiendo una Pensión Recíproca del Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California pero que no es elegible conforme a la Subsección 2.a.(1) aunque tenga por lo menos 10 años de Servicio Acreditado con el Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California, comenzará la participación en este Plan en la fecha más posterior entre las fechas especificadas en la Subsección 2.a.(1). Para ser considerado elegible como Empleado Jubilado, tiene que haber solicitado los beneficios de jubilado y que se los hayan denegados en un plan de salud y bienestar que proporcione beneficios a los participantes en un Plan Relativo.
- (6) Una persona que hace los pagos requeridos al Fondo, por la cantidad determinada por la Junta de Fideicomisarios, y que era elegible conforme al Plan Activo de los Obreros por 60 meses por lo menos con el mismo empleador, incluyendo 12 meses dentro de los 48 meses inmediatamente anteriores a la jubilación, comenzará la participación en este Plan en la fecha efectiva de su jubilación o en la fecha en que se termine su cobertura en el Plan Activo de los Obreros. Para ser considerado elegible como Empleado Jubilado, no debe ser elegible para ninguna otra cobertura de salud y bienestar mantenida por un empleador.
- (7) El Dependiente de un Empleado Jubilado es elegible en la fecha en la que es efectiva la elegibilidad del Empleado Jubilado o en la fecha en la que adquiere al Dependiente y hace el pago requerido al Fondo, lo que ocurra más tarde, sujeto al recibo pro parte del Fondo de un formulario de inscripción y de los documentos requeridos para validar la relación con el Empleado Jubilado.

b. **Subsidio al Empleado Jubilado**

La Junta de Fideicomisarios proporciona un “**Subsidio**” para compensar el costo de la cobertura de salud y bienestar para el Empleado Jubilado y sus Dependientes.

El porcentaje del Subsidio, tal y como se muestra en la página siguiente, está basado en la edad del Empleado Jubilado y/o sus Años de Servicio Acreditado en el Fondo Fideicomiso de la Pensión para los Obreros del Norte de California a la Fecha de Inicio de su Anualidad. Después de la Fecha de Inicio de su Anualidad, se llevará a cabo un ajuste al subsidio el primer día del mes después de que el Empleado Jubilado:

- (1) Llegue a la edad de 55,
- (2) Llegue a la edad de 70, o
- (3) Reciba una determinación de la Administración del Seguro Social de que tiene derecho a un Beneficio del Seguro Social.

El Subsidio, según se describe en esta Subsección, se aplicará también a los Empleados Jubilados que establezcan la elegibilidad conforme a la Subsección 2.a.(3), 2.a.(4), 2.a.(5), o 2.a.(6).



**Tabla de Subsidio del Empleado Jubilado**

<i>Edad Requisito del Empleado Jubilado</i>	<i>Requisito de Número de Años de Servicio Acreditado</i>	<i>SUBSIDIO Porcentaje que paga el Plan</i>	<i>El Empleado Jubilado paga</i>
Menor de 55	Independientemente de los Años de Servicio Acreditado	0%	100%
55 o mayor	Por lo menos 10 pero menos de 25 Años de Servicio Acreditado en el Norte de California	25%	75%
55 o mayor	25 o más Años de Servicio Acreditado en el Norte de California	50%	50%
55 o mayor	Al menos 15 pero menos de 20 Años de Servicio Acreditado del Norte de California más el Servicio Acreditado de una Pensión Recíproca para un Servicio Acreditado Combinado de 25 años	25%	75%
55 o mayor	Al menos 20 pero menos de 25 Años de Servicio Acreditado del Norte de California más el Servicio Acreditado de una Pensión Recíproca para un Servicio Acreditado Combinado de 25 años	50%	50%
55 o mayor	Recibe una Pensión Recíproca con 10 Años por lo menos de Servicio Acreditado del Norte de California. Ha solicitado y le han denegado la cobertura de jubilado de salud y bienestar en un Plan Relativo	0%	100%
70 o mayor	Independientemente de los Años de Servicio Acreditado	50%	50%
Independientemente de la edad	Recibe el Beneficio de Incapacidad de la Administración del Seguro Social	50%	50%

### c. **Terminación de la Elegibilidad**

- (1) La elegibilidad de un Empleado Jubilado se terminará el último día del mes:
  - (a) anterior al mes en el que no le sea pagadera una Pensión del Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros; o
  - (b) por el cual no satisface los requisitos de la Subsección 2.a.; o
  - (c) en el que el Empleado Jubilado, previa a la Edad Normal de Jubilación (edad de 65 años), participa en:
    - (i) cualquier empleo cubierto por un Acuerdo de Negociación Colectiva; o
    - (ii) cualquier empleo para el Sindicato o un Sindicato Local Afiliado; o
    - (iii) cualquier empleo o empleo por cuenta propia a cambio de sueldo o lucro en la Industria de Edificios y Construcción o en la Industria de la Piedra, Arena y Grava en la jurisdicción geográfica del Plan de Pensión del Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California o un Plan Relativo con el cual el Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros tenga un Acuerdo Recíproco; o
  - (d) en el que el Empleado Jubilado, después de la Edad Normal de Jubilación (edad de 65), esté empleado o empleado por cuenta propia a cambio de sueldo o lucro, por 40 horas o más durante un mes calendario:
    - (i) en una industria en la que, al momento que comenzó el pago de los beneficios de pensión al Empleado Jubilado o hubieran comenzado si no hubiera permanecido o regresado al empleo, los empleados estaban empleados y acumularon beneficios conforme al Plan de Pensión del Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California como resultado de dicho empleo; y
    - ii) en un oficio o gremio en el que el Empleado Jubilado estuvo empleado en cualquier momento conforme al Plan de Pensión; y
    - (iii) en el Estado de California; o
  - (e) con anterioridad al mes en el que no hace cualquier pago requerido después de la presentación de su aviso con 60 días de anticipación para terminar su elegibilidad en el Plan. Una vez que se termine la elegibilidad de acuerdo con esta Subsección c.(1)(e), la misma no puede restablecerse en una fecha futura.

Los Empleados Jubilados que elijan cobertura dental y de la vista tienen que mantener dicha cobertura por un mínimo de 6 meses.

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

- (a) la fecha en que se termina la elegibilidad del Empleado Jubilado, salvo lo dispuesto en la Subsección c.(3) que aparece más adelante.
- (b) la fecha en la que ya no califique como Dependiente según se define en el Artículo I, Sección 12.

(3) En la eventualidad de la muerte del Empleado Jubilado, el cónyuge sobreviviente puede continuar la cobertura para ella y cualquier hijo Dependiente elegible hasta el primer día del mes siguiente a la primera de las siguientes fechas:

- (a) la fecha en que el cónyuge se vuelva a casar;
- (b) la fecha en la que se obtenga otra cobertura grupal de salud;
- (c) la fecha en la que no se haga el pago requerido;
- (d) la muerte del cónyuge.

#### **d. Disposición Especial de Inscripción**

No obstante las disposiciones de las Subsecciones 2.a. y 2.c., un Empleado Jubilado puede diferir la inscripción o restablecer la elegibilidad en el Plan para él mismo y para cualquier Dependiente elegible bajo cualquiera de las siguientes circunstancias:

- (1) Un Empleado Jubilado que adquiere un nuevo cónyuge o hijo dependiente puede inscribirse y a sus Dependientes recién adquiridos en el Plan, pero no pasados 60 días de la fecha en la que adquiere a sus nuevos Dependientes.
- (2) Un Empleado Jubilado que difiere o termina su elegibilidad porque él o su cónyuge Dependiente tienen otra cobertura de salud bajo cualquier otro seguro o póliza de salud (incluyendo la Cobertura de Continuación COBRA) puede inscribirse él y a cualquier Dependiente elegible en el Plan dentro de los 60 días posteriores si ya no está cubierto por cualquier otro seguro de salud debido a:
  - (a) la pérdida de elegibilidad en otra cobertura de salud como resultado de la terminación del empleo o de una reducción en el número de horas de empleo, o muerte, divorcio o separación legal, o
  - (b) la terminación de las contribuciones del empleador para otra cobertura de salud, o

- (c) el uso total de la Cobertura de Continuación COBRA. (Se considera que COBRA está “totalmente usada” si la misma cesa por cualquier otra razón que no sea la falta de pago de la prima requerida de forma oportuna.
- (d) Mudarse de un área de servicio de una HMO in la cobertura de la HMO se terminó por otra razón y, para cobertura grupal, no hay otra opción disponible conforme al otro plan; o
- (e) El otro plan deja de ofrecer cobertura a un grupo similarmente situado de individuos; o
- (f) La pérdida del estatus de Dependiente conforme a los términos de otro plan; o
- (g) La terminación de la opción de paquete de beneficios conforme a otro plan, a menos que se ofrezca cobertura sustituta; o
- (h) La pérdida de la elegibilidad debido a alcanzar el máximo beneficio vitalicio para todos los beneficios conforme al otro plan (si ese plan puede mantener un límite vitalicio y no está sujeto a ACA); o
- (i) La pérdida de cobertura a través de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), la fecha en la que el Empleado Jubilado y/o los Dependientes pierden la elegibilidad para esa cobertura; o
- (j) La fecha en la que el Empleado Jubilado y/o los Dependientes son elegibles para un programa de asistencia con la prima a través de Medicaid o CHIP.

Para que un Dependiente se inscriba en el Plan, el Empleado Jubilado tiene que inscribirse también excepto en el caso de un cónyuge sobreviviente.

### **Sección 3. Cobertura de Continuación conforme a COBRA**

Las disposiciones de cobertura de continuación de atención a la salud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés) §601 y siguientes, según fue enmendada, requiere que cuando se termina la cobertura bajo ciertas circunstancias, los beneficios del plan de salud tienen que estar disponibles a los Dependientes de los Participantes Jubilados mediante el auto-pago. En la medida que COBRA aplica a cualquier Dependiente de Participantes Jubilados bajo este Plan, estos beneficios serán ofrecidos de acuerdo con esta Sección.

No hay derechos de cobertura de continuación COBRA para un Participante Jubilado bajo el Plan de Jubilación de los Obreros. En lugar de eso, al Empleado Jubilado se le ofrece una opción entre (1) la cobertura de continuación COBRA conforme al Plan Activo de los Obreros o el Plan Especial de los Obreros, si era elegible bajo ese Plan el día antes de que ocurriera el Evento Calificador, y (2) el Plan de Jubilación de los Obreros, si satisface el requisito de elegibilidad descrito en la Subsección 2.a., cuando se jubile del empleo activo.

- a. **General.** Los Dependientes de los Participantes Jubilados que subsiguientemente pierdan la elegibilidad conforme al Plan pueden continuar la cobertura del Plan sujeto a los términos de esta Sección 3. Esta Sección pretende cumplir con las disposiciones de continuación de salud de COBRA, incluyendo cualquier regulación que esté incorporada por referencia y que controlarán en caso de un conflicto entre esas disposiciones y los términos de esta Sección.

**Otras Alternativas de Cobertura de Salud en vez de COBRA.** Los Participantes jubilados y los dependientes elegibles pueden tener otras alternativas de cobertura de salud en vez de COBRA que pueden adquirirse a través del Mercado de Seguros de Salud a menos que el Participante Jubilado o el Dependiente elegible sea elegible a Medicare. El propósito del Mercado es ayudar a las personas sin cobertura de salud a que encuentren y se inscriban en un plan de salud. (Para los residentes de California, vea [www.coveredca.com](http://www.coveredca.com). Para los no residentes de California, vea su Mercado de Seguro estatal o [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)). También es posible que califique para una oportunidad de inscripción especial para otro plan grupal de salud para el que sea elegible (tal como el plan del cónyuge).

- b. **Cobertura de Continuación.** Los Dependientes de Participantes Jubilados cuya elegibilidad se termina pueden continuar la cobertura de acuerdo a COBRA al ocurrir un “**Evento Calificadorio**”.

Un “Evento Calificadorio” se define como cualquiera de los siguientes:

- (1) La muerte del Participante Jubilado;
- (2) El divorcio o la separación legal del Participante Jubilado de su cónyuge Dependiente;  
o
- (3) El cese del estatus de Dependiente del hijo.

- c. **Beneficiario Calificado.** Un Beneficiario Calificado se define según COBRA como un individuo que el día antes de un Evento Calificadorio estaba cubierto bajo este Plan como Dependiente de un Participante Jubilado.

- d. **Requisitos de Notificaciones para Beneficiarios Calificados.**

- 1) El Beneficiario Calificado es responsable de proporcionar notificación a la Oficina del Fondo Fideicomiso dentro de los 60 días desde cualquiera de los siguientes Eventos Calificadorios:
  - (a) El divorcio o la separación legal de un Participante de su cónyuge Dependiente.
  - (b) La muerte del Participante Jubilado.
  - (c) Un hijo que pierde su estatus de Dependiente de acuerdo al Plan.

El Participante Jubilado también es responsable de proporcionar notificación de los Eventos Calificatorios (a) y (c) anteriores.

- (2) La notificación escrita tiene que contener la información siguiente: nombre del Beneficiario Calificado, el nombre del Participante Jubilado y el número de la Identificación del Plan de Salud o del seguro social, el Evento Calificador por el que se está dando la notificación, la fecha del Evento Calificador, la copia de la disolución matrimonial final si el evento es un divorcio o si el evento es una separación legal, una copia de la orden judicial de la separación legal.
- (3) La notificación puede ser proporcionada por el Participante Jubilado o el Beneficiario Calificado con respecto al Evento Calificador o cualquier representante que actúe a nombre del Participante Jubilado o del Beneficiario Calificado. La notificación de un individuo cumplirá con el requisito de notificación para todos los Beneficiarios Calificados afectados por el mismo Evento Calificador.
- (4) No proporcionar a la Oficina del Fondo Fideicomiso la notificación escrita de los eventos descritos en la Subsección 3.d.(1) y dentro de los plazos de tiempo requeridos impedirá que el individuo obtenga o extienda la Cobertura de Continuación COBRA.

e. **Requisitos de Notificación para el Plan**

A más tardar en 14 días después de la fecha en la que la Oficina del Fondo Fideicomiso reciba notificación escrita del Beneficiario Calificado, la Oficina del Fondo Fideicomiso enviará una notificación por escrito al Beneficiario Calificado afectado por el Evento Calificador sobre sus derechos a cobertura de continuación.

A pesar del párrafo inmediatamente anterior, la notificación escrita de la Oficina del Fondo Fideicomiso al Beneficiario Calificado que es cónyuge Dependiente será considerada como una notificación a todos los otros Beneficiarios Calificados que residan con esa persona al momento en que se hace la notificación.

- f. **Tipos de Beneficios Proporcionados.** A un Beneficiario Calificado se le proporcionará cobertura de salud conforme al Plan idéntica a la cobertura de salud que tenía conforme al Plan en el día antes del Evento Calificador y que sea idéntica a la que está siendo ofrecida a otros Individuos Elegibles que no han experimentado un Evento Calificador. Un Beneficiario Calificado tendrá la opción de obtener **“Cobertura Core”** o **“Cobertura Core Plus”**.

**“Cobertura Core”** se refiere a los beneficios de salud que el Beneficiario Calificado estaba recibiendo inmediatamente antes del Evento Calificador y **no** incluye dental y vista.

**“Cobertura Core Plus”** se refiere a los beneficios de salud que el Beneficiario Calificado estaba recibiendo inmediatamente antes del Evento Calificador y **sí** incluye dental y vista.

g. **Procedimiento de Elección.**

- (1) Un Beneficiario Calificado tiene que elegir la cobertura de continuación dentro de los 60 días después de la fecha más tardía entre:
  - (a) La fecha en la que el Beneficiario Calificado pierde la cobertura conforme al Plan como resultado de un Evento Calificadorio; o
  - (b) La fecha en la que el Beneficiario Calificado recibe notificación de la Cobertura de Continuación de la Oficina del Fondo Fideicomiso.
- (2) Cualquier elección hecha por un Beneficiario Calificado que es un cónyuge Dependiente a nombre de cualquier otro Beneficiario Calificado se aplicará a todos los Beneficiarios Calificados. No obstante, cada individuo que es Beneficiario Calificado con respecto al Evento Calificadorio tiene un derecho independiente de elegir cobertura COBRA. El hecho de que el cónyuge Dependiente no elija COBRA no impide que a cualquier otro Beneficiario Calificado se le otorgue el mismo periodo de 60 días para elegir o rechazar la cobertura.

h. **Adición de Nuevos Dependientes.**

Si, mientras está inscrito en la Cobertura de Continuación COBRA, un Beneficiario Calificado adquiere a un nuevo cónyuge o hijo Dependiente, puede inscribir a ese nuevo Dependiente por el balance del periodo de Cobertura de Continuación COBRA si la inscripción ocurre dentro de los 30 días después de adquirir a ese nuevo Dependiente. Añadir a un nuevo Dependiente puede ocasionar un incremento en la cantidad que tiene que pagarse por la Cobertura de Continuación COBRA.

- i. **Primas.** Se cargará una prima para la Cobertura de Continuación COBRA a los Beneficiarios Calificados en las cantidades establecidas por la Junta. La prima será pagadera en plazos mensuales. El primer pago de la prima se vence dentro de los 45 días desde la fecha en la que el Beneficiario Calificado elige la cobertura de continuación y tiene que incluir el pago por todos los meses de cobertura COBRA hasta la fecha. De ahí en adelante, los pagos mensuales de la prima se vencen el primer día del mes para el cual se elige la cobertura de continuación. Habrá un periodo de gracia de 30 días para pagar la prima mensual. Si el pago de la cantidad a pagar no se hace para fines del periodo de gracia aplicable, se terminará la Cobertura de Continuación COBRA. La Junta puede, si existe causa justificada, extender la fecha de vencimiento del pago de la prima.

j. **Duración de la Cobertura.**

Un Beneficiario Calificado cuya cobertura se terminó debido a un Evento Calificadorio según se describe en la Subsección 3.b.(1) puede elegir cobertura de continuación de hasta 36 meses desde la fecha del Evento Calificadorio.

- k. **Terminación de la Cobertura de Continuación.** No obstante la duración máxima de la cobertura descrita en los párrafos anteriores, la cobertura de continuación de un Beneficiario Calificado terminará en la **primera** de las fechas en las que:
- (1) El Plan del Beneficiario Calificado cese de proporcionar cobertura grupal de salud a cualquier Participante Jubilado;
  - (2) La prima descrita en la Subsección 3.i. no se pague a tiempo;
  - (3) El Beneficiario Calificado esté cubierto bajo otro Plan Grupal después de elegir la Cobertura de Continuación COBRA (como empleado o de otra forma);
  - (4) El Beneficiario Calificado (después del Evento Calificador), se inscribe ya sea en la Parte A o la Parte B de Medicare.



# Artículo III. Beneficios Suplementarios Federales de Medicare Y Beneficio de Asistencia con el Gasto de Atención a la Salud (HCEA) Para Empleados Jubilados y Dependientes Elegibles a Medicare

## Sección 1. Beneficios Suplementarios Federales de Medicare

### a. Medicare Parte A (Beneficios de Hospital)

Si un Individuo Elegible a Medicare es ingresado a un Hospital o a un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés), el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, durante el Periodo de Beneficio de Medicare, pagará la cantidad del Deducible de la Parte A de Medicare más cualquier copago o coseguro por los gastos de Hospital o del SNF.

### b. Periodo de Beneficio de Medicare

El Periodo de Beneficios de Medicare comienza el primer día en que el Individuo Elegible a Medicare es ingresado a un Hospital o a un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un nuevo periodo de Beneficios de Medicare comenzará sólo después de que el Individuo Elegible a Medicare sea dado de alta del Hospital o del SNF por 60 días consecutivos por lo menos.

### c. Medicare Parte B (Beneficios Médicos)

Si un Individuo Elegible a Medicare recibe tratamiento médico, servicios o suministros médicos o servicios de salud en el hogar del tipo generalmente cubierto por Medicare Parte B, el Fondo, sujeto a toda las otras disposiciones del Plan, pagará la cantidad del Deducible del Medicare Parte B más cualquier copago o coseguro pero que no exceda del Cargo Autorizado por el Plan para Gastos Cubiertos descritos en el Artículo IV., Sección 1.

### d. El Derecho a Medicare

El primer día del mes en que un Individuo Elegible a Medicare tiene derecho a las Partes A y B de Medicare, la cantidad de beneficios pagaderos por Medicare será deducida del pago del Fondo **sin importar** si el Individuo Elegible a Medicare se ha inscrito efectivamente para Medicare. En otras palabras, Medicare se convierte en el pagador primario y el Fondo se convierte en el pagador secundario.

Si un Individuo Elegible a Medicare no se inscribe en Medicare cuando es elegible por primera vez, podrían incurrir en mayores gastos de bolsillo por atención médica.

**Excepción:** Si usted o su cónyuge Dependiente se hacen Elegibles a Medicare mientras están cubiertos por un Plan Grupal como empleado activo, el Fondo le permitirá a usted o a su

Dependiente diferir la inscripción en Medicare hasta que ya no esté cubierto como empleado activo bajo el Plan Grupal.

## **Sección 2. Beneficio de Asistencia con el Gasto de Atención a la Salud**

a. **Definiciones.** Las siguientes definiciones se aplicarán a las disposiciones de esta Sección 2:

(1) El término **“Adulto Mayor”** significa un pensionado o cónyuge sobreviviente beneficiario que tiene 65 años o más y está recibiendo una pensión del Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California.

(2) El término **“Incapacitado”** significa un pensionado o cónyuge sobreviviente beneficiario que es menor de 65, está recibiendo una pensión del Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California y que es elegible a Medicare.

b. **Elegibilidad**

Un pensionado o cónyuge sobreviviente beneficiario que cumple con los requisitos de elegibilidad para el Beneficio de Asistencia con el Gasto de Atención a la Salud conforme a esta Sección 2 no es elegible para los beneficios descritos en la Sección 1 anterior y para todos los beneficios descritos en los Artículos IV., V. y VI., a menos que el pensionado o el cónyuge sobreviviente beneficiario cumpla con las regla de elegibilidad y haga lo pagos requeridos al Fondo según se describe en el Artículo II.

El Plan proporcionará el Beneficio de Asistencia con el Gasto de Atención a la Salud a un pensionado Adulto Mayor o Incapacitado o cónyuge sobreviviente beneficiario que cumpla con los criterios siguientes:

(1) El Pensionado está recibiendo una Pensión Regular, de Jubilación Anticipada, de Servicio o de Incapacidad o una Pensión Diferida de Derechos Adquiridos y había trabajado 2,000 horas o más para un empleador contribuyente en el periodo de 48 meses inmediatamente anterior a la Fecha de Inicio de su Anualidad; o

(2) El Pensionado está recibiendo una Pensión Recíproca en la que mayor porción del Servicio Acreditado Combinado es Servicio Acreditado del Norte de California; y

(3) El pensionado está en regla con el Sindicato.

(3) El cónyuge sobreviviente beneficiario está recibiendo una Pensión Conjunta y de Sobreviviente.

c. **Cantidad del Beneficio.** La cantidad del Beneficio de Asistencia con el Gasto de Atención a la Salud es la siguiente:

(1) \$75.00 al mes por un pensionado elegible; o

- (2) \$37.50 al mes por un cónyuge sobreviviente beneficiario elegible.

## **Artículo IV. Beneficios Amplios Médico-Hospitalarios Para Empleados Jubilados y Dependientes No Elegibles a Medicare**

(Si un Individuo Elegible bajo este Plan de Jubilado de los Obreros era previamente elegible bajo el Plan Activo de los Obreros o el Plan Especial de los Obreros, al Individuo Elegible se le requerirá satisfacer nuevamente la cantidad del Deducible descrita en este Artículo VI. Es más, el Individuo Elegible tendrá derecho a los nuevos beneficios descritos en este Plan independientemente de si el Individuo Elegible ha usado o agotado los mismos beneficios mientras que era elegible en el Plan Activo de los Obreros o el Plan Especial de los Obreros).

### **Sección 1. Gasto Cubierto**

El término “**Gasto Cubierto**” se refiere a los gastos de hospital y médicos descritos en esta Sección que pueden ser pagaderos bajo el Beneficio Amplio Médico-Hospitalario del Plan sujeto a todas las otras disposiciones del Plan.

- a. Gastos Cubiertos incluyen los siguientes:
- (1) Cargos por servicios médicos o quirúrgicos de un Médico.
  - (2) Cargos hecho por un Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés).
  - (3) Cargos hechos por un Hospital o Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) por servicios cubiertos de hospitalización.
  - (4) Cargos hechos por un Hospital por servicios ambulatorios cubiertos.
  - (5) Cargos hechos por la sala de emergencias de un Hospital.
  - (6) Cargos por los siguientes servicios y suministros médicos:
    - (a) Anestesia y su administración;
    - (b) Sangre y productos sanguíneos;
    - (c) Vendas quirúrgicas, férulas, yesos y otros dispositivos para el tratamiento de quemaduras y reducción de fracturas y dislocaciones;
    - (d) Pruebas diagnósticas, radiografías y exámenes de laboratorio recetados por un Médico para fines diagnósticos o en relación con el tratamiento terapéutico de un Individuo Elegible;
    - (e) Terapia de radiación y quimioterapia;

- (f) Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) recetado por un médico. Los cargos por renta están cubiertos si no exceden del precio razonable de compra del equipo;
  - (g) Servicios profesionales de ambulancia cuando son usados para transportar al Individuo Elegible que necesita asistencia paramédica de transportación:
    - (i) Directamente desde el lugar en donde se lesionó accidentalmente o se vio afectado por una enfermedad hasta el consultorio del Médico;
    - (ii) Al Hospital o desde el mismo; o
    - (iii) Por ambulancia aérea con licencia si los cargos no exceden del Cargo Autorizado y si el Fondo determina que la localidad y la naturaleza de la enfermedad o la lesión hacen que la transportación aérea sea eficiente en cuanto a costo o Medicamento Necesaria para evitar la posibilidad de complicaciones serias o pérdida de vida.
  - (h) Inmunizaciones e Inoculaciones;
  - (i) Terapia intravenosa ambulatoria cuando está autorizada bajo la supervisión de un Médico para el tratamiento de una enfermedad que de otra forma requeriría hospitalización. La terapia incluye cualquier Medicamento que requiera ser administrado bajo la supervisión de un Médico; y
  - (j) Visitas para recién nacidos y del bebé saludable, incluyendo inmunizaciones de rutina desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad, de acuerdo con el calendario recomendado por la Asociación Estadounidense de Pediatría.
- (7) Cargos por servicios de enfermería proporcionados por un enfermero especializado, un enfermero acreditado o un enfermero vocacional con licencia conforme a las leyes del estado o de la jurisdicción en la que se prestan los servicios, que actúa dentro del ámbito de su licencia y está desempeñando los servicios bajo la supervisión de un Médico si se requiere supervisión.
- (8) Cargos hechos por terapia de rehabilitación realizada por un terapeuta acreditado que no esté emparentado con el Individuo Elegible por sangre o matrimonio que esté actuando dentro del ámbito de su licencia. Los servicios cubiertos incluyen terapia activa a corto plazo, ocupacional progresiva o física. La terapia del habla está cubierta si la misma es para restaurar el habla normal o corregir defectos de disfagia al tragar debidos a una enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico.

Los servicios habilitantes/de habilitación proporcionados a Individuos Elegibles con retrasos en el desarrollo que no han adquirido nunca las habilidades normales de funcionamiento no están cubiertos bajo el Artículo VI., Subsección 1.v.

- (9) Cargos hechos por un Hospicio, si son referidos por el programa de administración de casos del Plan.
- (10) Cargos hechos por Atención de Salud en el Hogar, si son referidos por el programa de administración de casos del Plan.
- (11) Cargos hechos por un Médico por servicios y suministros relativos a la administración de implantes, inyecciones, dispositivos o procedimientos quirúrgicos contraceptivos que resultan en infertilidad voluntaria.
- (12) Cargos en conexión con una mastectomía, incluyendo reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía, cirugía del otro seno para producir una apariencia simétrica y prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo a los linfedemas.
- (13) Cargos en conexión con un tratamiento quirúrgico Medicamente Necesario de la obesidad mórbida cuando el Índice de Masa Corporal (BMI, por sus siglas en inglés) del Individuo Elegible es mayor de 35 y se haya complicado por una de las siguientes:
- (a) Condiciones cardiopulmonares que ponen en peligro la vida;
  - (b) Dificultad para controlar la diabetes mellitus o la hipertensión;
  - (c) Enfermedad renal terminal con dificultad para la diálisis;
  - (d) Apnea grave del sueño documentada por un estudio del sueño realizado por una clínica del sueño certificada;
  - (e) Edema grave de las extremidades inferiores con ulceraciones;
  - (f) Enfermedad degenerativa sintomática de las coyunturas que resulta en dificultades ambulatorias (bastón, andador, silla de ruedas); o
  - (g) Incontinencia por estrés y anormalidades ginecológicas;

**Solamente se cubrirá uno de los siguientes procedimientos quirúrgicos bariátricos una vez en la vida:**

- Derivación gástrica con Roux en Y
- Grapas gástricas, o
- Derivación biliopancreática

**Se requiere aprobación previa de Anthem Blue Cross y el Individuo Elegible tiene que usar un Centro Blue Distinction® solamente para la cirugía.**

**Una cirugía realizada en cualquier otra instalación que no sea un Centro Blue Distinction® no estará cubierta independientemente de la necesidad médica.**

- (14) Los cargos en conexión con el tratamiento de abuso de sustancias, salud mental o trastornos psiquiátricos.
- (15) Los gastos incurridos por un dispositivo auditivo recetado por un Médico. Las reparaciones o el reemplazo de un dispositivo auditivo que se pierde, se rompe o es robado no están cubiertas. Las pruebas de audición están cubiertas como las Visitas al Consultorio Médico, sujetas a todas las otras disposiciones del Plan.
- (16) Los cargos en conexión con el tratamiento Medicamente Necesario de un trastorno de identidad de género o de disforia de género incluyendo, sin limitaciones, la cirugía de reasignación de género. Un Individuo Elegible tiene que someterse a evaluaciones médicas y psicológicas, terapias médicas y pruebas de comportamiento para confirmar que la cirugía es la opción de tratamiento más apropiada para el Individuo Elegible. La Organización de Revisión Profesional del Fondo (PRO, por sus siglas en inglés) tiene que aprobar la cirugía de reasignación de género como Medicamente Necesaria para que el Fondo autorice los beneficios.
- (17) Exámenes Físicos de Rutina.
- (18) Cargos de un Dentista por lo siguiente:
  - (a) Tratamiento necesario para aliviar el daño a dientes rotos o lesionados como resultado de una lesión corporal accidental. No se realizan pagos conforme a esta Subsección por el reemplazo de dientes en su totalidad o parciales; y
  - (b) Cirugía Medicamente Necesaria no cubierta bajo los Beneficios Dentales del Fondo.

## **Sección 2. Copagos**

El término “**Copago**” significa la cantidad que se le requiere pagar al Individuo Elegible antes de que sean pagaderos los Beneficios Completos Hospitalarios-Médicos. El copago se aplicará de la forma siguiente:

- a. **Visita al Consultorio Médico.** Se requiere un copago de \$20 por cada visita al consultorio de un Médico con excepción de lo siguiente:
  - (1) Visitas a un quiropráctico;
  - (2) Visitas para consultas a un Médico; y
  - (3) Visitas para Exámenes Físicos Rutinarios.

- b. **Visitas-E (Evaluación Médica Electrónica o En Línea).** Se requiere un Copago de \$10 por cada Visita-E con un Médico a través de los Servicios En Línea LiveHealth.
- c. **Sala de Emergencias de un Hospital.** Si un Individuo Elegible incurre en gastos en la sala de emergencias de un Hospital:
  - (1) \$25 de Copago por cada visita a un Hospital Participante; o
  - (2) \$50 de Copago por cada visita a un Hospital No-Participante.

**Se exonerará del Copago en las circunstancias siguientes:**

- (1) La visita a la sala de emergencias resulta en la hospitalización durante una noche del Individuo Elegible.
- (2) El Individuo Elegible es transportado a la sala de emergencias en ambulancia.
- (3) El Individuo Elegible llega muerto a la sala de emergencia o muere mientras está recibiendo los servicios en la sala de emergencias.

**El Copago descrito en las Subsecciones 2.a. y 2.c., son en adición al Deducible anual.**

### **Sección 3. Deducible**

#### **a. Cantidad**

Cada Individuo Elegible es responsable de los primeros \$150 del Gasto Cubierto. Este Deducible es un costo de bolsillo para los Gastos Cubiertos incurridos durante cualquier Año del Plan antes de que los Beneficios Totales Hospitalarios-Médicos sean pagaderos. Cuando se haya satisfecho un total de \$450 en Gastos Cubiertos Deducibles por los miembros cubiertos de la familia durante cualquier Año del Plan, el Plan exonerará de cualquier cantidad de Deducible para esa familia para el resto del Año del Plan.

El Deducible no se aplicará a los cargos siguientes:

- (1) Ingreso en un Hospital o Instalación de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) tal como se describe en las Subsecciones 4.a. a la 4.d.,
- (2) Exámenes Físicos de Rutina tal y como se describen en la Subsección 4.f.(4)(d), y
- (3) Visita-E a través de los Servicios En Línea LiveHealth tal y como se describen en la Subsección 4.f.(3).



b. **Remanente**

Si se incurre en un Gasto Cubierto durante los últimos 3 meses del Año del Plan (diciembre, enero o febrero) y se aplica contra el Deducible para ese Año del Plan, el gasto será acreditado a la cantidad del Deducible para el próximo Año del Plan.

**Sección 4. Beneficios y Pago**

Si un Individuo Elegible recibe tratamiento terapéutico por una enfermedad o lesión o recibe tratamiento en conexión con un embarazo, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará por los Gastos Cubiertos según se indica más adelante pero sin exceder de \$750,000 por cada Año del Plan. Si se han pagado Beneficios Completos Médico-Hospitalarios por un Individuo Elegible, se repondrá automáticamente una cantidad equivalente a los beneficios pagados hasta un máximo de \$2,000 el 1 de marzo de cada Año del Plan, pero la cantidad total repuesta en cualquier Año del Plan no puede incrementar los Beneficios Completos Médico-Hospitalarios pagaderos durante cualquier Año del Plan a más de \$750,000.

a. **Ingreso a un Hospital Participante**

Si un Individuo Elegible es ingresado en un Hospital Participante con la aprobación de la Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés), el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará al Hospital Participante el 85% de los primeros \$10,000 de la tarifa negociada y el 100% de dicha tarifa negociada de ahí en adelante por todos los servicios Médicamente Necesarios, incluyendo, pero sin limitaciones, la habitación, comidas y atención rutinaria de enfermería.

b. **Ingreso a un Hospital No-Participante**

Si un Individuo Elegible es ingresado en base **electiva o no-urgente** a un Hospital No-Participante con la aprobación de la PRO, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará al Participante Jubilado el 65% de los primeros \$10,000 de **Cargos Cubiertos**, según se define en el Artículo I, Sección 8.00, y el 100% de ahí en adelante por todos los servicios Médicamente Necesarios, incluyendo, pero sin limitaciones, la habitación, comidas y atención rutinaria de enfermería.

**Excepciones:**

- (1) Si un Individuo Elegible **no reside** dentro del Área de Servicio de Proveedor Preferido del Plan del Fondo y está ingresado en un Hospital No-Participante con la aprobación de la PRO, el Fondo pagará al Participante Jubilado el 85% de los primeros \$10,000 de **Cargos Cubiertos** y el 100% de ahí en adelante por todos los servicios Médicamente Necesarios.
- (2) Si un Individuo Elegible **reside dentro** del Área de Servicio de Proveedor Preferido del Fondo y está ingresado en un Hospital No-Participante debido a **una emergencia seria o que pone en peligro la vida**, el Fondo pagará al Participante Jubilado el 85%

de los primeros \$10,000 de **Cargos Cubiertos** y el 100% de ahí en adelante por todos los servicios Medicamente Necesarios. El Fondo puede requerir la transferencia del Individuo Elegible a un Hospital Participante según el consejo de un Médico de que es médicamente seguro hacer la transferencia.

c. **Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés) para una Cirugía de Rutina de Reemplazo Total de Cadera o Rodilla**

- (1) Si un Individuo Elegible está ingresado en un Hospital para una cirugía de rutina de reemplazo total de cadera o rodilla con la aprobación de la PRO, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará los beneficios descritos en la Subsección 4.a. o 4.b. pero sin exceder la Asignación Máxima del Plan (MPA) de \$30,000. Cualquier cantidad por encima de la MPA será responsabilidad del Individuo Elegible.
- (2) Si un Individuo Elegible usa un Hospital de un Sitio en Base al Valor descrito en el Artículo I, Sección 46.00, para una cirugía de rutina de reemplazo total de cadera o rodilla y ese centro está a más de 50 millas del hogar del Individuo Elegible, él puede solicitar un reembolso de hasta \$750 por gastos de viaje, incluyendo millas de viaje, gastos de hotel y comidas. Este reembolso por el Fondo puede ser considerado como ingreso tributable por el IRS.

d. **Ingreso en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)**

Si un Individuo Elegible está ingresado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) con la aprobación de la PRO, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará los beneficios descritos en la Subsección 4.a. o 4.b..

e. **Revisión de Utilización**

- (1) **Admisión Electiva.** Si un individuo Elegible va a ser admitido a un Hospital en base electiva no-urgente, el Médico que admite tiene que obtener, a través de la Organización Profesional de Revisión (PRO), lo siguiente:
  - (a) **Revisión Pre-Admisión.** El propósito es que la PRO, **previo a la admisión**, determine la necesidad médica del ingreso al Hospital y el número de días de hospital que son Medicamente Necesarios para el ingreso, y
  - (b) **Revisión Concurrente.** Además de la Revisión Pre-Admisión, tiene que obtenerse una Revisión Concurrente para que la PRO pueda determinar, una vez que el Individuo Elegible ha sido admitido al Hospital, el número de días autorizados que son Medicamente Necesarios, o cualquier cambio en el número de días autorizados como Medicamente Necesarios si la Revisión Previa a la Admisión ha tenido lugar con anterioridad, o

- (c) **Revisión Retrospectiva.** A falta de una Revisión de Pre-Admisión y/o una Revisión Concurrente, el Hospital o el Fondo pueden requerir que la PRO lleve a cabo una Revisión Retrospectiva después de que el Individuo Elegible ha sido dado de alta del Hospital para determinar el número de días autorizados como Medicamento Necesarios.
- (1) Si un Individuo Elegible es admitido a un Hospital No-Participante y no se obtiene una Revisión Pre-Admisión, el Empleado Jubilado, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, será responsable de un coseguro adicional del 20% de los primeros \$10,000 de Cargos Cubiertos independientemente de si la PRO ha llevado a cabo una Revisión Retrospectiva y determinado que el ingreso era Medicamento Necesario. Este coseguro adicional va más allá del coseguro descrito en las Subsecciones de la 4.b. a la 4.d..
- (2) **Admisión de Emergencia.** Si un Individuo Elegible es admitido a un Hospital en base a una emergencia, el Médico que admite tiene que comunicarse con la PRO para obtener lo siguiente:
- (a) **Revisión Concurrente.** Para determinar una vez que el Individuo Elegible ha sido admitido al Hospital, el número de días autorizados como Medicamento Necesarios;
- o
- (b) **Revisión Retrospectiva.** A falta de una Revisión Concurrente, el Hospital o el Fondo pueden solicitar que la PRO lleve a cabo una Revisión Retrospectiva después de que el Individuo Elegible haya sido dado de alta del Hospital para determinar el número de días autorizados como Medicamento Necesarios.
- (3) **Excepción:** De acuerdo con la Ley de Protección a la Salud de las Madres y Recién Nacidos (NMHPA, por sus siglas en inglés), si no se obtiene una Revisión de Pre-Admisión, el coseguro adicional del 20% no será impuesto para una admisión al Hospital que no exceda de 48 horas para un parto vaginal y 96 horas para una cesárea. No obstante, para estadías en el Hospital que excedan de los días autorizados por la NMHPA, se deberá obtener una Revisión Concurrente o Retrospectiva de acuerdo con la Sección 4.e.(2)(a) o (b),
- (4) **Limitación.** Si un Individuo Elegible es admitido a un Hospital, el Fondo solamente estará obligado a cubrir el costo de los servicios que la PRO ha determinado que son Medicamento Necesarios. Cualquier día de ingreso que exceda del número autorizado por la PRO no será responsabilidad del Fondo.

f. **Otros Gastos Cubiertos**

- (1) Para los Gastos Cubiertos incurridos en la sala de emergencia o el departamento ambulatorio de un **Hospital, Atención de Salud en el Hogar, Hospicio o Centro Quirúrgico Ambulatorio Participantes**, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará el 90% de la tarifa negociada.

- (2) Para los Gastos Cubiertos incurridos en la sala de emergencia o en el departamento ambulatorio de un **Hospital No-Participante**, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará el 90% del Cargo Autorizado.
- (3) Para los Gastos Cubiertos incurridos en un **Proveedor Participante**, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará el 75% de la tarifa negociada.
- (4) Para los Gastos Cubiertos incurridos en un **Proveedor No-Participante**, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará el 75% del Cargo Autorizado.
- (5) Para las Visitas-E descritas en la Subsección 2.b., el Fondo pagará el 100% del Cargo Autorizado después del pago del Copago de \$10 de la Visita E.
- (6) El Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará los siguientes Gastos Cubiertos, pero no se excederá de la Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés):
  - (a) \$500 al día por los cargos hechos por un Centro Ambulatorio de Cirugía independiente con licencia **No-Participante**.
  - (b) \$1,200 por dispositivos de audición por cada oído cada 36 meses.
  - (c) Por los cargos hechos por un quiropráctico:
    - (1) \$40 por visita hasta 20 visitas por cada Año del Plan, y
    - (2) \$100 por radiografías por cada Año del Plan.
  - (d) Por Exámenes Físicos de Rutina, si un Individuo Elegible se somete a un Examen Médico de Rutina por un Médico, el Fondo pagará la cantidad realmente cargada por el examen y cualquier radiografía y servicios de laboratorios realizados en conjunto con el examen físico pero sin exceder de la cantidad que se muestra más adelante por cada Año del Plan:
    - (1) \$300 por el Empleado Jubilado.
    - (2) \$300 por un cónyuge Dependiente.
    - (3) \$200 por un hijo Dependiente mayor de 24 meses de edad.
  - (e) Por cargos incurridos en el departamento quirúrgico ambulatorio de un Hospital, el Fondo pagará los beneficios descritos en la Subsección 4.f.(1) o (2) sin exceder de:
    - (1) \$6,000 por cirugía artroscópica.

(2) \$2,000 por cirugía de cataratas.

(3) \$1,500 por un procedimiento de colonoscopia.

Cualquier cantidad por encima de la Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés) listada anteriormente será responsabilidad del Individuo Elegible.

## Artículo V. Beneficios de Medicamentos de Receta

### Sección 1. Definiciones. Las definiciones siguientes se aplicarán a las disposiciones en este Artículo:

- a. El término “**Farmacia Contratante**” significa una farmacia que tiene un contrato para proporcionar servicios de Medicamentos de receta a los Individuos Elegibles.
- b. El término “**Formulario**” significa una lista preferida de medicamentos de calidad eficaces en función al costo establecida por el Administrador de Beneficios de Farmacia. Cuando un Individuo Elegible usa un Medicamento del Formulario, esto resulta en un copago más bajo.
- c. El término “**Farmacia No-Contratante**” significa una farmacia que no tiene un contrato para proporcionar servicios de Medicamentos de receta a los Individuos Elegibles.
- d. El término “**Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés)**” significa una organización bajo contrato con el Fondo para administrar los beneficios de Medicamentos para los Individuos Elegibles.
- e. El término “**Farmacia de Especialidades**” significa una farmacia que suministra medicamentos que pueden ser auto-administrados o medicamentos administrados en la consulta del Médico para tratar enfermedades crónicas o agudas. Una Farmacia de Especialidades ofrece servicios para administrar medicamentos especializados, incluyendo el entrenamiento por los farmacéuticos y enfermeros sobre el uso apropiado de los medicamentos. Los medicamentos especializados frecuentemente requieren almacenaje y manejo especial que puede no estar disponible en una farmacia minorista.

### Sección 2. Cargos Cubiertos

Incluidos en los Cargos Cubiertos se encuentran los cargos hechos por un Farmacéutico, una farmacia, Médico u Hospital con licencia por:

- a. Medicamentos recetados por un Médico con licencia de ley para administrar o recetar Medicamentos.
- b. Medicamentos o insulina o estuches de inyecciones de insulina:
  - (1) Los cuales son suministrados al paciente en la consulta del Médico, y
  - (2) Por los que se hace un cargo por separado del cargo por cualquier otro artículo o gasto,  
o
  - (3) Los cuales son para el uso fuera del Hospital en conexión con el tratamiento recibido en el Hospital, siempre y cuando los medicamentos sean recetados por un Médico con licencia de ley para administrar o recetar Medicamentos.

- c. Preparaciones dermatológicas compuestas recetadas por un Médico.
- d. Anticonceptivos que han sido recetados por un Médico.
- e. Vitaminas terapéuticas, preparados para la tos, antiácidos, medicamentos para la vista y el oído recetados por un Médico para el tratamiento de una enfermedad o dolencia específicos.
- f. Medicamentos auto-administrados o inyectables para tratar una condición crónica o aguda y que pueden ser administrados con seguridad en el hogar del paciente. Si el medicamento está incluido en la lista de medicamentos especializados del Plan que requieren supervisión clínica continua, los medicamentos tienen que ser obtenidos y distribuidos a través de un programa administrado por la Farmacia de Especialidades del Plan. Los inyectables auto-administrados, tales como insulina e Imitrex® no son medicamentos especializados, que requieren distribución de la Farmacia de Especialidades del Fondo; éstos pueden ser obtenidos en una Farmacia Contratante minorista.
- g. Medicamentos inyectables como: Ana-Kits, Epi-Pens, Glucagon e Imitrex®.

### Sección 3. Beneficios y Copago

Si un Individuo Elegible obtiene alguno de los artículos listados bajo Cargos Cubiertos en la Sección 2 anterior, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará la cantidad descrita más adelante hasta un máximo de \$20,000 por cada año calendario menos la parte del costo pagadera a la Farmacia por el Individuo Elegible.

- a. **Farmacia Contratante.** Si el Medicamento de Receta se obtiene de acuerdo con los procedimientos establecidos en una Farmacia Contratante minorista, el Fondo pagará a la Farmacia Contratante de la forma siguiente por un suministro de hasta 30 días por cada Medicamento de receta:
  - (1) Para los Medicamentos genéricos, el costo de la receta menos un copago de \$10 **por el abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos.**
  - (2) Para los Medicamentos de marca del Formulario, **si está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos (a) un copago de \$20 **más** (b) la diferencia en precio entre el Medicamento genérico y el de Marca del Formulario **por el abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos.**
  - (3) Para los Medicamentos de marca del Formulario, **si no está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos un copago de \$20 **por el abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos.**
  - (4) Para los Medicamentos de marca no del Formulario, **si está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos (a) un copago de \$30 **más** (b) la

diferencia en precio entre el Medicamento genérico y el de marca no de Formulario **por el abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos.**

- (5) Para los Medicamentos de marca no del Formulario, **si un Medicamento genérico no está disponible**, el costo de la receta menos un copago de \$30 **por el abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos.**
  - (6) Si el Individuo Elegible continúa abasteciendo el Medicamento de receta en una Farmacia contratante minorista después **del abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos**, las cantidades del copago descritas en las Subsecciones 3.a.(1) a la (5) se duplicarán.
- b. **Farmacia No-Contratante.** Si el Medicamento de receta se obtiene en una Farmacia No-Contratante minorista, el Individuo Elegible será responsable de pagar el costo total del Medicamento de receta a la Farmacia No-Contratante. El Individuo Elegible será reembolsado de acuerdo con las cantidades pagaderas descritas en las Subsecciones 3.a.(1) a la (6).
- c. **Farmacia de Servicio por Correo.** Si se obtiene el Medicamento de receta de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Fondo a través del servicio por correo de una Farmacia Contratante, el Fondo pagará a la Farmacia Contratante de la forma siguiente por un abastecimiento de hasta 90 días por cada Medicamento de receta:
- (1) Para Medicamentos genéricos, el costo de la receta menos un copago de \$20.
  - (2) Para Medicamentos de marca del Formulario, **si está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos (a) un copago de \$40 **más** (b) la diferencia en precio entre el genérico y el de marca del Formulario.
  - (3) Para Medicamentos de marca del Formulario, **si no está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos un copago de \$40.
  - (4) Para Medicamentos de marca no del Formulario, **si está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos (a) un copago de \$60 **más** (b) la diferencia en precio entre el Medicamento genérico y el de marca no del Formulario.
  - (5) Para Medicamentos de marca no del Formulario, **si no está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos un copago de \$60.

**Sección 4. Exclusiones.** Los beneficios no son pagaderos por:

- a. Los Medicamentos tomados o administrados mientras un paciente está en el Hospital.
- b. Medicamentos de patente o propietarios que no requieren receta, excepto la insulina.



- c. Aparatos, dispositivos, vendas, lámparas térmicas, abrazaderas o férulas.
- d. Vitaminas múltiples y no-terapéuticas, cosméticos, suplementos dietéticos, ayudas de salud y belleza.
- e. Medicamentos inyectables (excepto insulina y estuches de inyecciones, o según se dispone en conexión con la terapia intravenosa ambulatoria según se describe en el Artículo IV, Subsección 1.a.(6)(i) o como se dispone en este Artículo V., Subsecciones 2.f. y 2.g.) y sangre y productos sanguíneos.
- f. Medicamentos por los que el reembolso está proporcionado por cualquier agencia o programa federal, estatal o gubernamental local.
- g. Cargos por Medicamentos de receta en exceso de un abastecimiento de 30 días si se obtienen a través de una Farmacia Contratante o No-Contratante minorista o un abastecimiento de 90 días si se obtiene en una Farmacia Contratante de servicio por correo.

## Artículo VI. Exclusiones, Limitaciones y Reducciones

### Sección 1. Exclusiones

El Fondo no proporcionará beneficios por servicios, gastos, cargos, tratamiento y/o suministros relativos a, o en conexión con:

- a. Cualquier lesión corporal accidental que surja del, o en el curso del empleo del Individuo Elegible o en conexión con una enfermedad por la que el Individuo Elegible tiene derecho a indemnización conforme a las disposiciones de cualquier Compensación Laboral o ley similar.
- b. Cualquier ingreso o tratamiento en un Hospital de la Administración de Veteranos o por la atención o tratamiento obtenido de cualquier agencia o programa federal, estatal o gubernamental local en donde el tratamiento está disponible sin costo para el Individuo Elegible, excepto en la medida que la ley requiere que se paguen beneficios por parte del Fondo.
- c. Ingreso o atención obtenida en un Hospital propiedad de, u operado por cualquier agencia o programa federal, estatal o gubernamental local, a menos que haya un requisito incondicional de que el Individuo Elegible pague por el ingreso o la atención, sin importar cualquier derecho en contra de otros, contractuales o de otro modo.
- d. Condiciones ocasionadas por, o que surjan de un acto de guerra, invasión armada o agresión.
- e. Condiciones por las cuales el Individuo Elegible no está bajo la atención de un Médico, o por un periodo de ingreso más allá de lo autorizado por la Organización de Revisión Profesional (PRO).
- f. Refracciones oculares o anteojos.
- g. Eliminación de callos o callosidades; recorte de uñas de los pies; tratamiento de condiciones crónicas del pie tales como arcos débiles o caídos, pie plano o metatarsalgia del pie pronado, o pie tenso.
- h. Servicios o suministros médicos recibidos fuera de los Estados Unidos, sus Territorios y Posesiones, excepto para el tratamiento de una emergencia en la que esté en peligro la vida la cual, sin una intervención inmediata, resultaría en que se pusiera la salud del Individuo Elegible en serio peligro o en un deterioro serio de las funciones corporales o una disfunción seria de cualquier parte del cuerpo. Algunos ejemplos de condiciones que ponen en peligro la vida que requieren atención de emergencia incluyen, pero no se limitan a, infartos, derrames, envenenamiento y apendicitis.

- i. Servicios o suministros de hospital o médicos en conexión con el tratamiento de la obesidad o de control del peso, excepto lo dispuesto en el Artículo IV., Subsección 1.a.(13).
- j. Procedimientos Experimentales o Investigativos con excepción de lo dispuesto en el Artículo I., Sección 18.00.
- k. Lesión auto-infligida intencionalmente, o lesión o enfermedad que resultan de participar, o como consecuencia de haber participado en la comisión o intento de comisión de una agresión o delito grave, a menos que la lesión o enfermedad sea el resultado de violencia doméstica o sea el resultado directo de un factor subyacente de salud.
- l. Cirugía cosmética, incluyendo los procedimientos para reducir el tamaño de los senos con excepción de la cirugía cosmética que no es primariamente para embellecimiento, pero que se realiza para corregir o mejorar una función corporal o según se dispone en el Artículo IV., Subsección 1.a.(12).
- m. Embarazo de una hija Dependiente.
- n. Embarazo de un Individuo Elegible que está funcionando como sustituta, o cualquier persona que funciona como sustituta de un Individuo Elegible. Esto incluye, pero no se limita a, atención pre-natal, parto/alumbramiento y servicios posnatales de la sustituta.
- o. Infertilidad según está definida por la Asociación Estadounidense de Obstetricia y Ginecología incluyendo, pero sin limitarse a, fertilización in vitro, inseminación artificial, cirugía, incluyendo el tratamiento para aliviar las adhesiones pélvicas (a menos que se determine que es Medicamente Necesario) y otros servicios relativos a la infertilidad, **incluyendo los cargos para revertir la infertilidad inducida voluntaria o quirúrgicamente.**
- p. Aparatos dentales, puentes, coronas, tapaduras u otras prótesis dentales, servicios dentales, extracción de dientes o tratamiento a los dientes o encías excepto lo dispuesto en el Artículo IV., Subsección 1.a.(18).
- q. Gastos de viajes o transportación excepto lo dispuesto en el Artículo IV., Subsecciones 1.a.(6)(g) y 4.c.(2).
- r. Una institución que es primariamente un hogar de reposo, una residencia de ancianos, un asilo de ancianos, un hogar de convalecencia o cualquier institución de carácter similar que proporcione Cuidado de Custodia.
- s. Transportación por ambulancia que sea principalmente para la conveniencia del Individuo Elegible o transportación de ambulancia por ferrocarril.
- t. Por lo que a un Individuo Elegible no se le requiere pagar o el cual se obtiene sin costo o por el cual no habría cargo si el Individuo Elegible que recibe tratamiento no estuviera cubierto por el Plan.

- u. Servicios Habilitantes/de Habilitación proporcionados a los Individuos Elegibles con retrasos en el desarrollo que nunca han adquirido habilidades de funcionamiento normales.

## **Sección 2. Limitaciones**

El Fondo no proporciona beneficios por servicios o suministros médicos que no sean Médicamente Necesarios según determinado por el Plan. Es más, el Fondo no proporcionará beneficios por servicios o suministros médicos que excedan del Cargo Autorizado o de la Asignación Máxima del Plan (MPA) según está determinado por el Plan.

## **Sección 3. Coordinación de Beneficios con otro Plan de Grupo**

Si un Individuo Elegible tiene derecho a beneficios de otro Plan de Grupo, para gastos de hospital, médicos, dentales o de atención a la salud por los que también hay beneficios que vienen de este Plan, entonces los beneficios proporcionados por este Plan se pagarán de acuerdo a las disposiciones siguientes, sin exceder del 100% del Cargo Autorizado realmente incurrido por el Individuo Elegible.

- a. Si el Individuo Elegible es el Empleado Jubilado, los beneficios del Plan serán proporcionados sin reducción.
- b. Los beneficios de un Plan de Grupo que cubre al Individuo Elegible que no sea Dependiente estarán determinados antes que los beneficios de un Plan de Grupo que cubra a esa persona como Dependiente.
- c. Si el Individuo Elegible por el que se hace una reclamación es un hijo Dependiente cuyos padres no están separados o divorciados, los beneficios del Plan de Grupo que cubre al Individuo Elegible como Dependiente del progenitor cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento, ocurra primero en un año calendario, estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que cubre a ese Individuo Elegible como Dependiente del progenitor cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento, ocurra más tarde en un año calendario. Si alguno de los Planes de Grupo no tiene las disposiciones de esta Subsección c. con respecto a Dependientes, lo que resulta ya sea que uno de 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 de esta Subsección no se aplicarán, y la regla establecida en el Plan de Grupo que no contiene las disposiciones de esta Subsección determinará el orden de los beneficios.
- d. En el caso de un Individuo Elegible por el cual se hace una reclamación como hijo Dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el progenitor con la custodia del niño no se ha vuelto a casar, los beneficios del Plan de Grupo que cubren al hijo como Dependiente del progenitor con la custodia del hijo estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que cubre al hijo como Dependiente del progenitor sin la custodia.

- e. En el caso de un Individuo Elegible por el que se hace una reclamación como hijo Dependiente cuyos padres están divorciados y el progenitor con la custodia del hijo se ha vuelto a casar, los beneficios del Plan de Grupo que cubre al hijo como Dependiente del progenitor con la custodia estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que cubre al hijo como Dependiente del padrastro o madrastra, y los beneficios del Plan de Grupo que cubre a ese hijo como Dependiente del padrastro o la madrastra estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que cubre a ese hijo como Dependiente del progenitor sin la custodia.
- f. En el caso de un Individuo Elegible por el que se hace una reclamación como hijo Dependiente cuyos padres están separados o divorciados, cuando existe un decreto judicial que por otro lado establecería la responsabilidad financiera por los gastos médicos, dentales u otros de atención a la salud con respecto al hijo, entonces, a pesar de las Subsecciones d. y e. anteriores, los beneficios del Plan de Grupo que cubre al hijo como Dependiente del progenitor con la responsabilidad financiera estarán determinados antes que los beneficios de cualquier otro Plan de Grupo que cubra al hijo como hijo Dependiente.
- g. En el caso de un hijo Dependiente cubierto bajo más de un Plan de individuos que no son los progenitores del hijo, los beneficios del Plan de Grupo que ha cubierto a la persona por el periodo de tiempo más largo estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que ha cubierto al Individuo Elegible por el periodo más breve de tiempo. Si los dos planes tienen la misma duración de cobertura, entonces el Plan considera a aquel que su fecha de nacimiento ocurra primero en el año: el empleado-progenitor que cubre al Dependiente o el empleado-cónyuge que cubre al Dependiente.
- h. Cuando cualquiera de las Subsecciones 3.a. a la 3.f. no establezcan un orden de determinación de beneficios, los beneficios de un Plan de Grupo que ha cubierto a la persona por el periodo más largo de tiempo estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que ha cubierto al Individuo Elegible por el periodo más breve de tiempo, siempre y cuando:
  - (1) Los beneficios de un Plan de Grupo que cubre al Individuo Elegible como empleado despedido o jubilado o Dependiente de la persona, estarán determinados después de los beneficios de cualquier otro Plan de Grupo que cubra a la persona como empleado, que no sea el empleado despedido o jubilado, o Dependiente del Participante Jubilado; y
  - (2) Si alguno de los Planes de Grupo no tiene una disposición respecto a empleados despedidos o jubilados, lo que resulta en que cada Plan de Grupo determine sus beneficios después del otro, entonces las disposiciones de la Subsección 3.h.(1) no aplicarán.

Para fines de esta Sección 3 solamente, el término “despedido” o “empleado jubilado” también incluirá a los empleados cubiertos por COBRA.

#### **Sección 4. Coordinación de Beneficios con Medicare en un Plan de Grupo**

Si un Individuo Elegible que es Elegible a Medicare tiene derecho a beneficios de otro Plan de Grupo como empleado o como dependiente de un empleado, los beneficios del Plan de Grupo que cubre al Individuo Elegible como empleado o como dependiente del empleado estarán determinados antes que Medicare y este Fondo. En otras palabras, el Plan de Grupo del empleador se convierte en el pagador primario, Medicare en el pagador secundario y el Fondo en el último pagador.

## **Sección 5. Coordinación con Medicaid**

Los pagos por este Plan por beneficios con respecto a un Individuo Elegible serán hechos cumpliendo con cualquier asignación de derechos hecha por o a nombre del Individuo Elegible como requiere el plan de California para la asistencia médica aprobado bajo el Título XIX, §1912 (a)(1)(A) de la Ley del Seguro Social (Medicaid).

Cuando se haya realizado un pago por el Estado conforme a Medicaid por asistencia médica en cualquier caso en el que este Plan tenga la responsabilidad legal de hacer el pago por dicha asistencia, el pago por los beneficios será hecho de acuerdo con la ley estatal que dispone que el Estado ha adquirido los derechos con respecto a un Individuo Elegible a un pago por dicha asistencia, pero en ningún caso, excederá del plazo de tiempo permitido por regulación o ley. El reembolso al Estado, igual que cualquier otra entidad que haya hecho el pago por asistencia médica cuando este Plan tiene la responsabilidad legal de hacer el pago, será equivalente a los beneficios del Plan o a la cantidad realmente pagada, cualquiera que sea menor.

## **Artículo VII. Disposiciones Generales**

### **Sección 1. Pago de Beneficios**

Con excepción de lo descrito en el Artículo IV., Subsección 4.a., todos los beneficios serán pagados por el Fondo al Participante Jubilado según se acumulen al recibo de prueba escrita, satisfactoria a la Junta, que cubra el evento, el carácter y el alcance del evento por el que se pagó la reclamación.

### **Sección 2. Los Beneficios No Pueden Ser Enajenados**

Los beneficios pagaderos por el Fondo no pueden estar sujetos en forma alguna a anticipo, enajenamiento, venta, transferencia, asignación, compromiso, gravamen o cargo por ninguna persona. Sin embargo, un Participante Jubilado puede asignar sus derechos a aquellos beneficios y solicitar que ese pago sea hecho al Hospital en el que él o su Dependiente están hospitalizados, a cualquier proveedor de servicios o suministros médicos o dentales por dichos servicios o suministros o a cualquier otra persona o agencia que pueda haber proporcionado o pagado o acordado proporcionar o pagar cualquiera de los beneficios.

### **Sección 3. Se Requiere Aviso de la Reclamación**

Los beneficios serán pagados por el Fondo sólo si el aviso de la Reclamación se realiza tan pronto como sea posible pero a más tardar en un año de la fecha en la que se incurrió en los gastos. Los formularios de prueba de reclamación, así como otros formularios, y métodos de administración y procedimiento estarán determinados exclusivamente por la Junta.

### **Sección 4. Compensación y Recuperación**

En caso de que se determine que debido ya sea a un error o a un hecho o a una ley o a cualquier otra circunstancia, al Participante Jubilado o a su Dependiente o beneficiario se les ha pagado más de a lo que tienen derecho conforme a los términos del Plan o conforme a la ley, la Junta puede compensar, recuperar y recobrar la cantidad del sobrepago de los pagos vencidos o que estén por vencerse al Participante Jubilado o su beneficiario en plazos y en la medida que la Junta determine.

### **Sección 5. Pago en Caso de Incapacidad o Falta de Dirección**

En caso de que el Fondo determine que el Participante Jubilado es incompetente o incapaz de ejecutar un recibo válido y no se ha nombrado a ningún tutor, o en el caso de que el Participante Jubilado no le ha proporcionado al Fondo una dirección en la que pueda ser localizado para recibir el pago, el Fondo puede, durante la vida del Participante Jubilado, pagar cualquier cantidad que de otro modo sería pagadera al Participante Jubilado al esposo o a la esposa o pariente por consanguinidad del Participante Jubilado o a cualquier otra persona o institución que el Fondo determine que tiene derechos equitativos. En el caso de la muerte del Participante Jubilado y antes de que todas las cantidades pagaderas conforme a los Artículos III, IV y V, hayan sido pagadas, el Fondo puede pagar cualquier cantidad adeudada a cualquier persona o

institución que el Fondo determine que tiene derechos a ese pago equitativamente. El resto de la cantidad será pagado a uno o más de los siguientes familiares sobrevivientes del Participante Jubilado:

- (a) cónyuge legal,
- (b) hijo o hijos,
- (c) madre o padre,
- (d) hermanos o hermanas, o
- (e) al patrimonio del Participante Jubilado, según la Junta, a su exclusiva discreción, pueda designar.

Cualquier pago hecho conforme a esta disposición exonerará la obligación del Fondo en la medida de dicho pago.

#### **Sección 6. Examen Físico o Autopsia**

El Fondo, por cuenta propia, tiene el derecho de examinar a un Individuo Elegible cuando y tan frecuentemente como se requiera razonablemente mientras esté pendiente cualquier Reclamación. El Fondo también tiene el derecho de solicitar una autopsia cuando no esté prohibida por ley.

#### **Sección 7. Beneficios que No Sustituyen la Compensación Laboral**

Los beneficios dispuestos por este Fondo no sustituyen y no afectan ningún requisito de cobertura por parte de las leyes del Seguro de Compensación Laboral o de legislación similar.

#### **Sección 8. Derechos Contra Terceros**

- a. Si un Individuo Elegible tiene una enfermedad, lesión, dolencia u otra condición por la que un tercero pueda ser responsable o legalmente responsable por motivo de un acto u omisión, o cobertura de seguro de un tercero, el Fondo proporcionará cobertura para gastos de Hospital, médicos u otros relativos, siempre y cuando el Individuo Elegible satisfaga los siguientes requisitos del Plan:
  - (1) Un Individuo Elegible tiene que estar de acuerdo en reembolsar al Fondo por el pago de los gastos de Hospital, médicos u otros relativos hechos a nombre del Individuo Elegible firmando el "Acuerdo de Reembolso" del Plan previo al pago de cualquier reclamación por parte de Fondo, que estén relacionadas con la enfermedad, la lesión, la dolencia o cualquier otra condición.
  - (2) Un Individuo Elegible también tiene que estar de acuerdo en entablar diligentemente cualquier reclamación por daños en contra de terceros, su agente de seguros, aval o



cualquier otro que indemnice o por motivo de cobertura de motorista con seguro insuficiente o cualquier otra fuente de recuperación de terceros.

- b. El Fondo tendrá un gravamen automático y prioritario en contra de los productos que reciba el Individuo Elegible a título de un fallo, arbitraje, adjudicación, arreglo o de otro modo en conexión con o que surja de cualquier reclamación por daños o cualquier derecho a los mismos por el Individuo Elegible en contra de un tercero o de cualquier otra fuente de recuperación de un tercero por la cantidad total de los beneficios pagados por el Fondo. El Individuo Elegible y el representante legal acuerdan:
- (1) No tomar acción alguna que renuncie, afecte o interfiera con el derecho del Fondo al reembolso;
  - (2) Consentir a un gravamen equitativo/fideicomiso constructivo que exista a favor del Fondo;
  - (3) Guardar cualquier recuperación o arreglo en fideicomiso para el beneficio del Fondo; y
  - (4) Firmar cualquier documento que sea necesario para garantizar el reembolso al Fondo y proporcionar cualquier documento solicitado.
- c. El gravamen del Fondo está limitado a la recuperación del Individuo Elegible de cualquier tercero, independientemente de cómo se clasifique, asigne o mantenga dicha recuperación. El derecho a reembolso del Fondo no se verá afectado, reducido o eliminado por la doctrina de resarcimiento, falta comparativa, doctrina de fondo común ni que la recuperación no incluya específicamente los gastos médicos.
- d. Si el Individuo Elegible no reembolsa al Fondo según lo requerido por el Acuerdo de Reembolso o manifiesta la intención de no cumplir con el Acuerdo de Reembolso, la Junta, a su total discreción, puede emprender cualquier acción necesaria para recuperar las cantidades pagadas a nombre del Individuo Elegible, incluyendo, sin limitaciones, emprender acción legal, compensar los pagos actuales contra beneficios futuros, cesar los pagos de beneficios y cualquier otra acción razonablemente requerida para garantizar el reembolso.

### **Sección 9. Género**

Dondequiera que cualquiera de las palabras se use en este Plan en el género masculino, las mismas deberán ser interpretadas como si también se hubieran usado en el género femenino en todas las situaciones en las que fuera pertinente. Siempre que cualquiera de las palabras se use en este plan en el número singular, las mismas deberán ser interpretadas como si se hubieran usado en el número plural en todas las situaciones en las que fuera pertinente y viceversa.

### **Sección 10. Rige el Convenio de Fideicomiso**

Las disposiciones de estas Reglas y Reglamentos están sujetas y controladas por las disposiciones del Convenio de Fideicomiso. En caso de algún conflicto entre las disposiciones de estas Reglas y Reglamentos y las disposiciones del Convenio de Fideicomiso, las disposiciones del Convenio de Fideicomiso prevalecerán.

## Artículo VIII. Reclamaciones y Procedimientos de Apelaciones

**Sección 1. Definiciones. Las siguientes definiciones se aplicarán a las disposiciones de este Artículo:**

- a. Una **“Determinación Adversa de Beneficio”** es cualquier negativa, reducción o terminación de un beneficio o no proporcionar o hacer el pago por el beneficio, total o parcial, conforme a los términos del Plan. Cada uno de los siguientes es un ejemplo de una Determinación Adversa de Beneficio.
- (1) Un pago de menos del 100% de una Reclamación por beneficios (incluyendo las cantidades de coseguro o Copago de menos de un 100% y las cantidades aplicadas al Deducible);
  - (2) Una negativa, reducción, terminación de un beneficio o no proporcionar o hacer el pago por un beneficio, total o parcial, que resulta de cualquier Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés) o decisión de una Revisión de Autorización Previa, fuente de perjuicio, exclusión, exclusión de la red u otra limitación en un beneficio cubierto de otro modo;
  - (3) No cubrir un artículo o servicio porque el Fondo considera que es un Procedimiento Experimental o Investigativo, no Medicamento Necesario o no apropiado médicamente;
  - (4) Una decisión que niegue un beneficio en base a una determinación de que el reclamante no es elegible para participar en el Plan; o
  - (5) Una rescisión de cobertura, independientemente de si hay un efecto adverso en cualquier beneficio en particular en ese momento.

Una Determinación Adversa de Beneficio no incluye:

- (1) La negativa de una farmacia de abastecer una receta porque el artículo no está cubierto por el Plan, o
  - (2) Una negativa de un Médico u Hospital de proveer servicio debido a que el servicio no está cubierto por el Plan.
- b. Una **“Reclamación”** es una solicitud de beneficio hecha por un reclamante de acuerdo con los procedimientos razonables del Plan.

Las indagaciones casuales respecto a los beneficios o en qué circunstancias se puedan pagar los beneficios **no** se consideran Reclamaciones. Una solicitud de una determinación sobre si un individuo es elegible a beneficios conforme al Plan **no** se considera como Reclamación. No obstante, si un reclamante presenta una Reclamación de beneficios específicos y la

Reclamación es denegada debido a que el individuo no es elegible a beneficios conforme al Plan, la determinación de cobertura es considerada una Reclamación.

La presentación de una orden de receta a una farmacia no constituye una Reclamación si la farmacia sigue las reglas establecidas por el Plan y no tiene discreción para actuar a nombre del Fondo. De la misma manera, las interacciones entre un reclamante y los Proveedores Participantes (Médicos y Hospitales) no constituyen Reclamaciones en los casos en los que los proveedores no ejercen discreción a nombre del Fondo. Si un Médico, Hospital o farmacia rehúsan proporcionar los servicios o rehúsan abastecer una orden de receta a menos que el reclamante pague el costo completo, el reclamante puede presentar una Reclamación Posterior al Servicio por los servicios o la receta, según se describe en la Sección 2. Procedimientos de Reclamaciones.

Una solicitud de una certificación previa o autorización previa de un beneficio que **no** requiere la certificación previa o la autorización previa del Plan **no** se considera una Reclamación. Sin embargo, las solicitudes de una certificación previa o de una autorización previa de un beneficio cuando el Plan requiere la certificación previa o la autorización previa son consideradas Reclamaciones y deberán ser presentadas como Reclamaciones Previas al Servicio (o Reclamaciones de Atención de Urgencia, si es pertinente), según se describe en la Sección 2. Procedimientos de Reclamaciones.

- c. Una **“Reclamación Concurrente”** es una Reclamación que se reconsidera después de que la aprobación inicial ha sido hecha y que resulta en una reducción, terminación o extensión del beneficio.
- d. Una **“Organización Independiente de Revisión (IRO, por sus siglas en inglés)”**, significa una entidad que lleva a cabo revisiones externas independientes de las Determinaciones Adversas de Beneficios de acuerdo con las disposiciones de revisión externa del Plan y las regulaciones de revisión externa federales.
- e. Una **“Reclamación Posterior al Servicio”** es una Reclamación de beneficios que no es Previa al Servicio, de Atención Urgente o Reclamación Concurrente. Una Reclamación respecto a la rescisión de cobertura será considerada como una Reclamación Posterior al Servicio.
- f. Una **“Reclamación Previa al Servicio”** es una Reclamación de un beneficio que requiere certificación previa o autorización previa del Plan antes de que se obtenga la atención médica.
- g. **“Rescisión”** significa la cancelación o discontinuación de cobertura que tiene efecto retroactivo, excepto en la medida de que sea atribuible a no pagar oportunamente las primas o contribuciones requeridas. Al Fondo se le permite rescindir su cobertura si usted realiza un acto, práctica u omisión que constituye fraude o usted hace una tergiversación intencional de un hecho material que esté prohibido por los términos de este Plan.
- h. **“Documentos Pertinentes”** incluye los documentos relativos a una Reclamación si dichos documentos fueron la base para hacer una determinación de beneficio, fueron presentados,

considerados o generados en el transcurso de hacer una determinación de beneficio, demostrar el cumplimiento con los procesos administrativos y las protecciones requeridas por las regulaciones o constituyen la norma o directriz del Plan con respecto a la opción de tratamiento o beneficio denegados. Los documentos pertinentes también podrían incluir las reglas, protocolos, criterios, tablas de tarifa, listas de honorarios o listas de verificación del Plan y los procedimientos administrativos que demuestran que las reglas del Plan fueron aplicadas apropiadamente a una Reclamación.

- i. Una **“Reclamación de Atención de Urgencia”** es una Reclamación de atención o tratamiento médico que, si se aplicaran las normas de una Reclamación Previa al Servicio, pondría seriamente en peligro la vida o la salud del reclamante o la habilidad del reclamante de recuperar su función máxima, o en opinión de un Médico con conocimiento de la condición médica del reclamante, sometería al reclamante a un dolor intenso que no podría ser tratado adecuadamente sin la atención o tratamiento que es el tema de la Reclamación.

## **Sección 2. Procedimientos de Reclamaciones**

### **a. Reclamaciones Previas al Servicio**

Una Reclamación Previa al Servicio es una Reclamación de un beneficio que requiere certificación previa o autorización previa del Plan antes de que se obtenga la atención médica. Todos los ingresos electivos, no urgentes a un Hospital requieren certificación previa (Revisión Previa al Ingreso). Por lo tanto, la certificación previa de un ingreso electivo, no de emergencia a un Hospital se considera como una Reclamación Previa al Servicio. Las Reclamaciones Previas al Servicio para la certificación previa de los ingresos al Hospital tienen que ser concertadas llamando a la Organización de Revisión Profesional apropiada (PRO).

El Plan requiere autorización previa para varios servicios y medicamentos de receta, según se describe en este folleto. Las Reclamaciones Previas al Servicio por servicios que requieren autorización previa y medicamentos de receta tienen que ser presentadas llamando a la Organización de Revisión Profesional (PRO) apropiada.

Si una Reclamación Previa al Servicio se presenta apropiadamente, el reclamante será notificado sobre la decisión dentro de los 15 días desde el recibo de la Reclamación. Si se necesita tiempo adicional, el tiempo para la respuesta puede extenderse hasta 15 días debido a asuntos que estén fuera del control del Fondo. El reclamante será notificado sobre las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha para la que el Fondo espera tener disponible una decisión.

Si es necesaria una extensión de tiempo porque el Fondo requiere información adicional del reclamante, el reclamante será notificado, por escrito, antes del final del periodo inicial de 15 días, sobre la información requerida. El reclamante tendrá 45 días desde el recibo de la notificación para proporcionar la información adicional. Si no se proporciona la información dentro de los 45 días, la Reclamación será denegada. Durante el periodo en el que al reclamante se le permite proporcionar información adicional, el plazo normal para tomar la

decisión sobre la Reclamación será suspendido desde la fecha de la Notificación de la extensión hasta ya sean 45 días o la fecha en la que el reclamante responda a la solicitud (la que ocurra primero). El Fondo entonces tiene 15 días para tomar una decisión sobre la Reclamación y notificar al reclamante sobre la determinación.

Si el reclamante inapropiadamente presenta una Reclamación Previa al Servicio al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros, el Fondo o la Organización Profesional de Revisión apropiada (PRO) notificará al reclamante tan pronto como sea posible pero 5 días a más tardar después del recibo de la Reclamación sobre los procedimientos apropiados a seguirse al presentar una Reclamación. El reclamante sólo recibirá aviso de una reclamación Previa al Servicio que ha sido presentada equivocadamente si la reclamación incluye (1) el nombre del paciente, (2) la condición médica específica o síntoma del paciente, y (3) el tratamiento, servicio o producto específicos por los que se solicita la aprobación. A menos que la reclamación sea vuelta a presentar apropiadamente, la misma no constituirá una Reclamación.

**b. Reclamaciones de Atención de Urgencia**

Una Reclamación de Atención de Urgencia es una Reclamación de beneficio por la que el plan requiere certificación previa o autorización previa antes de que se obtenga la atención médica y, que si se aplicaran los estándares normales de Reclamación Previa al Servicio, la vida o la salud del Individuo Elegible estarían seriamente en peligro.

El Fondo determinará si una Reclamación es una Reclamación de Atención de Urgencia al aplicar el juicio de una persona lega prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina. Por otro lado, si un Médico con conocimiento de la condición médica del paciente determina que la Reclamación es una Reclamación de Atención de Urgencia y notifica al Fondo que la Reclamación será tratada como una Reclamación de Atención de Urgencia.

Las Reclamaciones de Atención de Urgencia, que pueden incluir certificaciones previas (Revisión Previa a la Admisión) de ingresos al Hospital y autorizaciones previas de varios servicios y medicamentos de receta, tienen que ser presentadas de la misma manera que las Reclamaciones Previas al Servicio llamando a la Organización Profesional de Revisión apropiada (PRO).

Para una Reclamación de Atención de Urgencia presentada apropiadamente, el Fondo responderá al reclamante con una determinación por teléfono tan pronto como sea posible, tomando en consideración las circunstancias y condición médica, pero no más tarde de 72 horas después del recibo de la Reclamación. La determinación también será confirmada por escrito.

Si una Reclamación de Atención de Urgencia es recibida sin la información suficiente para determinar si, o hasta qué punto, los beneficios están cubiertos o son pagaderos, el Fondo notificará al reclamante tan pronto como sea posible, pero no después de 24 horas después del recibo de la Reclamación, de la información específica necesaria para completar la

Reclamación. El reclamante tiene que proporcionar la información específica dentro de 48 horas. Si la información no se proporciona dentro de 48 horas, la Reclamación será denegada.

Durante el periodo en que al reclamante se le permite proporcionar información adicional, el plazo normal para tomar la decisión sobre la Reclamación será suspendido desde la fecha de la notificación de la extensión hasta ya sea 48 horas o la fecha en que el reclamante responde a la solicitud, lo que ocurra primero. El aviso de la decisión será proporcionado no más tarde de las 48 horas después del recibo de la información especificada o del final del periodo de 48 horas permitido para el reclamante de proporcionar información, lo que ocurra primero.

Si un reclamante presenta inapropiadamente una Reclamación de Atención de Urgencia al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros, el Fondo o la Organización Profesional de Revisión (PRO) apropiada notificará al reclamante tan pronto como sea posible pero no después de las 24 horas después del recibo de la Reclamación, sobre los procedimientos apropiados a seguir al presentar una Reclamación de Atención de Urgente. El reclamante sólo recibirá el aviso de una Reclamación de Atención de Urgencia presentada inapropiadamente si la Reclamación incluye (1) el nombre del paciente, (2) la condición médica específica o síntoma del paciente, y (3) el tratamiento, servicio o producto específicos por los que se solicita la aprobación. A menos que la reclamación sea vuelta a presentar apropiadamente, la misma no constituirá una Reclamación.

**c. Reclamaciones Concurrentes**

La reconsideración de un beneficio con respecto a una Reclamación Concurrente que tenga que ver con la terminación o reducción de un beneficio previamente aprobado (que no sea por enmienda o terminación del plan) será hecha por el Fondo tan pronto como sea posible. En cualquier caso, al reclamante se le dará tiempo suficiente para solicitar una apelación y que se decida la apelación antes de que el beneficio sea reducido o terminado.

Cualquier solicitud de un reclamante para extender una Reclamación de Atención de Urgencia será atendida por el Fondo dentro de las 24 horas desde el recibo de la Reclamación, siempre y cuando la Reclamación sea recibida por lo menos 24 horas antes de la caducidad de la Reclamación de Atención de Urgencia aprobada. Una solicitud para extender un tratamiento aprobado que no tenga que ver con una Reclamación de Atención de Urgencia será decidida de acuerdo a las guías para las Reclamaciones Previas al Servicio o la Reclamaciones Posteriores al Servicio, según sea pertinente.

**d. Reclamaciones Posteriores al Servicio**

Una Reclamación Posterior al Servicio tiene que ser presentada al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros por escrito, usando el formulario de reclamación apropiado, tan pronto como sea posible pero en ningún caso pasado el año después de que se incurrió en los gastos. Puede obtenerse un formulario de reclamación comunicándose con la Oficina del Fondo Fideicomiso.

El formulario de reclamación tiene que ser completado totalmente y adjuntar la(s) factura(s) detallada(s) al formulario de reclamación para que la solicitud de beneficios sea considerada como una Reclamación. El formulario de reclamación y/o la(s) factura(s) detallada(s) tienen que incluir la información siguiente para que la solicitud sea considerada como una Reclamación:

- El nombre del paciente y el número de Identificación del Plan de Salud y del seguro social;
- La fecha del servicio;
- El tipo de servicio o la clave CPT (la clave para los servicios del médico y otros servicios de atención a la salud que se encuentra en la Terminología Actual de Procedimientos, según la mantiene y la distribuye la Asociación Médica Americana);
- El diagnóstico o la clave ICD (la clave de diagnóstico que se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades según la mantiene y distribuye el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.);
- El(los) cargo(s) facturado(s);
- El número de unidades (para anestesia y ciertas otras reclamaciones);
- El número de identificación federal como causante de impuestos (TIN, por sus siglas en inglés); y
- El nombre y dirección de facturación del proveedor.

Una Reclamación Posterior al Servicio se considera presentada contra recibo de la Reclamación por el Fondo. Usualmente, los reclamantes son notificados de las decisiones en las Reclamaciones Posteriores al Servicio dentro de los 30 días del recibo de la Reclamación por el Fondo. El Fondo puede extender este periodo una vez por hasta 15 días si la extensión es necesaria debido a asuntos fuera del control del Fondo. Si es necesaria una extensión, el reclamante será notificado antes del final del periodo inicial de 30 días, sobre las circunstancias que requieren la extensión y la fecha para la cual el Fondo espera que la decisión esté disponible.

Si se requiere una extensión porque el Fondo necesita información adicional del reclamante, el Fondo emitirá una Solicitud de Información Adicional que especifique la información necesaria. El reclamante tendrá 45 días desde el recibo de la notificación para suministrar la información adicional. Si no se proporciona la información dentro de ese periodo, la Reclamación será denegada. Durante el periodo de 45 días en el que al reclamante se le permite proporcionar información adicional, el plazo normal para tomar una decisión sobre la reclamación será suspendido. El plazo se suspende desde la fecha de la Solicitud de Información Adicional hasta ya sea 45 días o hasta la fecha en la que el reclamante responde a la solicitud, lo que sea primero. Entonces, el Fondo tiene 15 días para tomar una decisión en cuanto a la Reclamación y notificar al reclamante sobre la determinación.

Si el Fondo determina que se requiere información adicional del reclamante, puede emitir una Solicitud de Información Adicional y Aviso de Determinación Adversa de Beneficio combinados. El Aviso de Determinación Adversa de Beneficio sólo sería aplicable si el reclamante no proporciona ninguna información dentro de 45 días. En este caso, el Fondo no emitiría un Aviso de Determinación Adversa de Beneficio por separado si el reclamante



no presentó información alguna en un plazo de 45 días. El aviso combinado expondrá claramente que la Reclamación será denegada si el reclamante no presenta información alguna en respuesta a la solicitud del Fondo, y va a satisfacer los requisitos de contenido tanto de la Solicitud de Información Adicional como de la Notificación de Determinación Adversa. Cuando se usa el aviso combinado, el plazo de tiempo para apelar la Determinación Adversa de Beneficio comienza a correr al final del periodo de 45 días prescrito en el aviso combinado para presentar la información solicitada.

e. **Representantes Autorizados**

Un reclamante puede designar a una persona como su representante autorizado, como un cónyuge o hijo adulto, para presentar una apelación a su nombre. El reclamante tiene que firmar y presentar un formulario de autorización por escrito y en el formulario prescrito por la Junta. El Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros puede solicitar información adicional para verificar que la persona designada está autorizada para actuar a nombre del reclamante.

Un profesional de atención a la salud (incluyendo a un Hospital u otro centro) con conocimiento de la condición médica del reclamante puede actuar como representante autorizado en conexión con una Reclamación sin que el reclamante tenga que designar al profesional de atención a la salud para que actúe.

f. **Aviso de Decisión Inicial de Beneficio**

(1) Al reclamante se le proporcionará aviso por escrito sobre la decisión inicial de beneficio en su Reclamación. Si la decisión es una Determinación Adversa de Beneficio, el aviso incluirá:

- La identidad de la Reclamación de la que se trata (fecha de servicio, proveedor de atención a la salud, cantidad de la Reclamación) si es pertinente;
- Una declaración de que previa solicitud y libre de cargo, se proporcionarán la clave del diagnóstico y/o la clave del tratamiento y sus significados correspondientes. No obstante, una solicitud de esta información no será tratada como una solicitud de una Apelación Interna o de una Revisión Externa;
- La(s) razón(es) específica(s) para la determinación incluyendo la clave de la negativa y su significado correspondiente así como cualquier estándar del Plan usado al denegar la Reclamación;
- Referencia a la(s) disposición(es) específica(s) del Plan en la(s) que se basa la decisión;
- Una descripción de cualquier material o información necesarios para completar la Reclamación y una explicación de por qué el material o la información son necesarios;

- Una descripción del Procedimiento de Apelaciones Internas y del Proceso de Revisión Externa del Fondo incluyendo los plazos de tiempo e información pertinente respecto a cómo iniciar una apelación o revisión;
  - Una declaración del derecho del reclamante de entablar una acción civil conforme a ERISA §502(a) con posterioridad a la apelación de una Determinación Adversa de Beneficio;
  - Si se basaron en una regla interna, directriz o protocolo al decidir la Reclamación, una declaración de que hay una copia disponible previa solicitud por escrito sin costo alguno;
  - Si la decisión inicial del beneficio estuvo basada en la ausencia de una necesidad médica o porque el tratamiento era experimental o investigativo, u otra exclusión similar, una declaración de que el criterio científico o clínico para la determinación está disponible previa solicitud sin cargo alguno;
  - Divulgación de la disponibilidad e información de contacto de cualquier defensor del pueblo establecido conforme a la Ley de Servicios de Salud Pública para asistir a los individuos con los Procedimientos de Reclamaciones Internas y el Proceso de Revisión Externa del Fondo; y
  - Para las Reclamaciones de Atención de Urgencia, una descripción del proceso de revisión agilizado aplicable a las Reclamaciones de Atención de Urgencia (para Reclamaciones de Atención de Urgencia, el aviso puede proporcionarse de forma oral y seguido de una notificación por escrito).
- (2) Si el reclamante no entiende inglés y tiene preguntas sobre un Aviso de Decisión Inicial de Beneficio, deberá comunicarse con el Fondo para averiguar si hay asistencia disponible en español. Para obtener asistencia en español, llame al Fondo.

### **Sección 3. El Procedimiento de Apelaciones Internas del Fondo**

#### **a. Para Apelar una Determinación Adversa de Beneficios**

Si una Reclamación es denegada total o parcialmente, o si el reclamante no está de acuerdo con la decisión tomada en la Reclamación, el reclamante puede apelar la decisión primero a través del Procedimiento de Apelaciones Internas a la Junta de Fideicomisarios por el Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros.

##### **(1) Reclamaciones Previas al Servicio**

Una apelación de una Determinación Adversa de Beneficio emitida por la Organización Profesional de Revisión (PRO) respecto a las Reclamaciones Previas al Servicio tiene que hacerse telefoneando a la PRO.

Una apelación de una Determinación Adversa de Beneficio emitida por el Fondo respecto a una Reclamación Previa al Servicio deberá ser presentada por escrito a la Junta dentro de los 180 días desde el recibo de la Notificación de la Determinación Adversa de Beneficio.

La solicitud a la Junta para una Apelación Interna tiene que incluir:

- El nombre, dirección, número de Identificación del Plan de Salud y del seguro social del paciente;
- El nombre completo y dirección del reclamante (si la dirección es diferente de la del Participante Jubilado);
- Una declaración de que la misma es una solicitud de apelación a una decisión de la Junta;
- La fecha de la Determinación Adversa de Beneficio; y
- Las bases para la apelación, específicamente, la(s) razón(es) por las que la Reclamación no debe ser denegada.

## **(2) Reclamaciones de Atención de Urgencia**

Una apelación de una Determinación Adversa de Beneficio emitida por la Organización Profesional de Revisión (PRO) respecto a una Reclamación de Atención de Urgencia tiene que hacerse telefoneando a la PRO dentro de los 180 días después del recibo del Aviso de la Determinación Adversa de Beneficio.

También puede presentar una apelación a la Junta de Fideicomisarios por escrito a la Junta dentro de los 180 días después del recibo del Aviso de la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo.

Si hace una apelación dentro de las 72 horas del recibo del Aviso de la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo, la apelación puede ser hecha oralmente telefoneando a la Oficina del Fondo Fideicomiso.

## **(3) Reclamaciones Concurrentes**

Una apelación de una Determinación Adversa de Beneficio respecto a una Reclamación Concurrente tiene que ser hecha telefoneando a la Organización Profesional de Revisión (PRO) si la Determinación Adversa de Beneficio fue hecha por la PRO.

Una apelación de una Determinación Adversa de Beneficio respecto a una Reclamación Concurrente tiene que ser hecha por escrito a la Junta si la Determinación Adversa de Beneficio fue emitida por el Fondo.

Para una Reclamación Concurrente que tenga que ver con la terminación o reducción de atención previamente aprobada, no hay un plazo de tiempo fijo para apelar; no

obstante, la apelación tiene que ser completada antes de que se termine o reduzca la atención.

Para una Reclamación Concurrente respecto a una extensión de la atención, el plazo de tiempo de la apelación será el plazo de tiempo para una Reclamación Urgente, de Servicio Previo o de Servicio Posterior, cualquier categoría que sea que se aplique a la apelación.

#### (4) **Reclamaciones Posteriores al Servicio**

Una apelación de una Reclamación Posterior al Servicio tiene que ser hecha por escrito a la Junta de Fideicomisarios dentro de los 180 días después del recibo de la notificación de Determinación Adversa de Beneficio.

La solicitud para una Apelación Interna tiene que incluir:

- El nombre, dirección y número de identificación del Plan de Salud y del seguro social del paciente;
- El nombre y dirección del reclamante (si la dirección es diferente de la del Participante Jubilado);
- Una declaración de que ésta es una apelación a la decisión hecha por la Junta;
- La fecha de la Determinación Adversa de Beneficio; y
- La base de la apelación, específicamente, la(s) razón(es) por las que la Reclamación no deber ser denegada.

**Todas las solicitudes para una Apelación Interna para Reclamaciones Previas al Servicio, de Atención de Urgencia, Concurrentes o Posteriores al Servicio deberán ser enviadas a:**

La Junta de Fideicomisarios  
Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California  
220 Campus Lane  
Fairfield, CA 94534-1498

#### b. **El Procedimiento de Apelación Interna**

- (1) En conexión con la solicitud del reclamante para una Apelación Interna a la Junta, el reclamante tiene la oportunidad de presentar comentarios escritos, documentos y otra información para su consideración durante la Apelación Interna, incluso si la información fue presentada o considerada como parte de la decisión inicial de beneficio. Al reclamante se le proporcionará, previa solicitud y libre de cargos, acceso razonable y copias de todos los Documentos Relevantes relativos a su Reclamación.

Una persona que no sea la persona que originalmente hizo la Determinación Adversa de Beneficio inicial en la Reclamación revisará la apelación. El revisor no considerará la Determinación Adversa de Beneficio inicial. La decisión será hecha en base al

expediente, incluyendo cualquier documento adicional y los comentarios presentados por el reclamante.

Si la reclamación fue denegada en base a un criterio médico (tal y como una decisión de que el tratamiento no era Medicamente Necesario o que era un Procedimiento Experimental o Investigativo), será consultado un profesional de la atención médica que tenga la capacitación y la experiencia apropiadas en un campo relevante de la medicina. Previa solicitud, al reclamante se le proporcionará la identificación del consultor o asesor médico, si lo hay, que dio el asesoramiento sobre la Reclamación, sin importar si se basaron en el asesoramiento al decidir la Reclamación.

- (2) Si el reclamante no entiende inglés y tiene preguntas sobre un Aviso de Decisión Inicial de Beneficio, deberá comunicarse con el Fondo para averiguar si hay asistencia disponible en español. Para obtener asistencia en español, llame al Fondo.

c. **Los Plazos de Tiempo para Enviar un Aviso de la Decisión de una Apelación**

(1) **Reclamaciones Previas al Servicio**

El aviso escrito de la decisión de una apelación para una Reclamación Previa al Servicio será enviado por el Fondo a nombre de la Junta dentro de los 30 días del recibo de la apelación por el Fondo.

(2) **Reclamaciones de Atención de Urgencia**

El aviso escrito de la decisión de una apelación para las Reclamaciones de Atención de Urgencia será enviado por el Fondo a nombre de la Junta dentro de las 72 horas del recibo de la apelación por el Fondo.

(3) **Reclamaciones Concurrentes**

El aviso escrito de la decisión de una apelación para las Reclamaciones Concurrentes que tiene que ver con una terminación o reducción de atención previamente aprobada será enviado por el Fondo a nombre de la Junta antes de que se termine o se reduzca la atención.

El aviso escrito de la decisión de una apelación para una Reclamación Concurrente será enviado por el Fondo a nombre de la Junta en base a los plazos de tiempo para una Reclamación Urgente, Previa al Servicio o Posterior al Servicio, la Reclamación de cualquier tipo que aplique a la apelación.

(4) **Reclamaciones Posteriores al Servicio**

La decisión de una Apelación Interna que tenga que ver con las Reclamaciones Posteriores al Servicio será hecha por la Junta a más tardar para la fecha de la reunión trimestral de la Junta que sigue inmediatamente al recibo de la solicitud de

reconsideración, a menos que la solicitud se presente dentro de los 30 días previos a la fecha de la reunión. En ese caso, la decisión se hará a más tardar para la fecha de la segunda reunión siguiente al recibo de la solicitud de reconsideración. Si hay circunstancias especiales que requieren una extensión adicional de tiempo para procesarla, la decisión se hará a más tardar para la fecha de la tercera reunión siguiente al recibo de la solicitud de reconsideración. La Junta proporcionará al reclamante un aviso por escrito de la extensión, describiendo las circunstancias especiales y la fecha para la cual se hará la determinación del beneficio previo al comienzo de la extensión. El Fondo a nombre de la Junta notificará al reclamante sobre la decisión del beneficio lo antes posible, pero no más tarde de los 5 días después de que se ha tomado la decisión respecto a la solicitud del reclamante.

**d. Contenido de un Aviso de Decisión de Apelación**

La decisión en una Apelación Interna será proporcionada al reclamante por escrito.

(1) Si la decisión es una Determinación Adversa de Beneficio en la Apelación Interna, el aviso incluirá:

- Información que sea suficiente para identificar la Reclamación de la que se trata (la fecha de servicio, el nombre del proveedor de atención médica, la cantidad de la Reclamación, si procede);
- Una declaración de que previa solicitud y libre de cargos, se proporcionará la clave del diagnóstico y/o la clave del tratamiento, y sus significados correspondientes. No obstante, una solicitud de esta información no será tratada como una solicitud para una Revisión Externa;
- La(s) razón(es) específica(s) para la decisión incluyendo la clave de la negativa y su significado correspondiente y un comentario de la decisión, así como cualquier estándar del Plan usado para denegar la Reclamación;
- Referencia a la(s) disposición(es) específica(s) del Plan en la que está basada la decisión;
- Una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir las claves del diagnóstico y del tratamiento correspondiente pertinentes a la Reclamación previa solicitud por escrito y libre de cargos;
- Una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir acceso razonable a todos los documentos relativos a la Reclamación y copias de los mismos previa solicitud por escrito y libre de cargos;
- Una declaración del derecho del reclamante a entablar una acción civil conforme a ERISA §502(a) con posterioridad a una Determinación Adversa del Beneficio en una Apelación Interna;

- Una explicación del Proceso de Revisión Externa junto con cualquier plazo de tiempo e información respecto a cómo iniciar el próximo nivel de revisión;
- Si se basaron en una regla interna, directriz o protocolo, una declaración de que hay una copia disponible previa solicitud por escrito sin costo alguno;
- Si la decisión del beneficio estuvo basada en una necesidad médica o porque el tratamiento era un Procedimiento Experimental o Investigativo, u otra exclusión similar, una declaración de que la explicación del criterio específico o clínico para la decisión está disponible previa solicitud y libre de cargo;
- La declaración de que “Usted y su Plan pueden tener otras opciones de resolución voluntaria de disputas tales como la mediación. Una forma de averiguar lo que puede estar disponible es comunicarse con su Oficina local del Departamento del Trabajo de los EE.UU.”; y
- Divulgación de la disponibilidad e información de contacto de cualquier defensor del pueblo pertinente establecido conforme a la Ley de Servicios de Salud Pública para asistir a los individuos con las Reclamaciones Internas y Apelaciones y el Proceso de Revisión Externa.

(2) Si el reclamante no entiende inglés y tiene preguntas sobre un Aviso de Decisión Inicial de Beneficio, deberá comunicarse con el Fondo para averiguar si hay asistencia disponible en español. Para obtener asistencia en español, llame al Fondo.

#### **Sección 4. Revisión Externa de las Reclamaciones**

El Proceso de Revisión Externa tiene la intención de cumplir con la Ley de Cuidado Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Para los fines de esta sección, las referencias a “usted” o “su” le incluyen a usted, a su(s) Dependiente(s) cubierto(s) y a usted y a los Representantes Autorizados de su(s) Dependiente(s) cubierto(s); y las referencias al “Plan” incluyen al Plan y a su(s) persona(s) designada(s).

Usted puede solicitar una revisión adicional mediante el Proceso de Revisión Externa de una Organización Independiente de Revisión (IRO), si su Apelación Interna de una Reclamación de atención a la salud, ya sea Urgente, Concurrente, Previa al Servicio o Posterior al Servicio es denegada y se ajusta a las directrices siguientes:

- (1) La negativa tiene que ver con un criterio médico que incluye, sin limitaciones, a aquellos que se basan en el requisito del Plan de necesidad médica, adecuación, entorno de la atención a la salud, nivel de atención o efectividad de un beneficio cubierto o una determinación de que el tratamiento es un Procedimiento Experimental o Investigativo. La IRO [Organización Independiente de Revisión] determinará si la negativa implica un criterio médico; y/o

- (2) La negativa se debe a una Rescisión de la cobertura (eliminación retroactiva de cobertura) independientemente de si la Rescisión tiene algún efecto en cualquier beneficio particular en ese momento.

El Proceso de Revisión Externa no está disponible para ningún otro tipo de negativas incluyendo si su Reclamación fue denegada debido a que no cumplió con los requisitos para la elegibilidad conforme a los términos del Plan. En adición, el Proceso de Revisión Externa no se refiere a los beneficios dentales o de la vista.

Por lo general, usted sólo puede solicitar una Revisión Externa después de que haya agotado los Procedimientos de Apelación Interna descritos anteriormente. Esto significa que, en el curso normal, usted sólo puede solicitar una Revisión Externa después de que se haya hecho una decisión final sobre una Apelación Interna.

Hay dos tipos de Reclamaciones, descritas más adelante, que son elegibles para el Proceso de Revisión Externa: las Reclamaciones Estándares (no-Urgentes) y las Reclamaciones Expeditas de Urgencia.

- (1) Revisión Externa de Reclamaciones Estándares (no-urgentes). Su solicitud de una Revisión Externa de una Reclamación Estándar (no-urgente) tiene que hacerse por escrito dentro de los cuatro (4) meses de la fecha en la que recibe la notificación de una Determinación de una Reclamación o una Determinación Adversa de Beneficio en una Apelación Interna. Por conveniencia, estas decisiones se nombran más adelante como “Determinación Adversa de Beneficio”, a menos que sea necesario considerarlas por separado.

Por lo general, el Procedimiento de Apelación Interna del Fondo tiene que ser agotado antes de que esté disponible una Revisión Externa. Una Revisión Externa de una Reclamación Estándar (no-urgente) sólo estará disponible después de que se emita una Determinación Adversa de Beneficio en una Apelación Interna.

(A) Revisión Preliminar de Reclamaciones Estándares (no-urgentes).

- (1) En un plazo de cinco (5) días hábiles desde el recibo por parte del Fondo de su solicitud de una Revisión Externa de una Reclamación Estándar (no-urgente), el Fondo completará un revisión preliminar de la solicitud para determinar si:
  - (a) Usted está/estuvo cubierto conforme al Plan al momento en que se solicitó el artículo o servicio de atención a la salud o, en el caso de una Revisión Retrospectiva, estaba cubierto conforme al Plan al momento en que se suministró el artículo o servicio de atención a la salud;
  - (b) La Determinación Adversa de Beneficio en una Apelación Interna no se relaciona con que usted no cumpla con los requisitos para la elegibilidad conforme a los términos del Plan; o con una negativa que esté basada en una determinación contractual o legal; o con la falta de pago de las primas ocasionando una cancelación retroactiva;



- (c) Usted ha agotado los Procedimientos de Apelación Interna del Fondo (salvo en circunstancias limitadas, excepcionales cuando a un reclamante no se le requiere hacerlo conforme a los reglamentos); y
    - (d) Usted ha suministrado toda la información y los formularios requeridos para procesar una Revisión Externa.
  - (2) En un plazo de 1 día hábil de completar su revisión preliminar, el Fondo le notificará por escrito si su solicitud de una Revisión Externa cumple con los requisitos anteriores. El aviso le informará:
    - (a) Si su solicitud está completa y es elegible para una Revisión Externa; o
    - (b) Si su solicitud está completa pero no es elegible para una Revisión Externa, en cuyo caso el aviso incluirá las razones de su inelegibilidad, e información de contacto para la Administración de Garantía de Beneficios de Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) (número de teléfono gratuito 1 866 444 EBSA (3272)); o
    - (c) Si su solicitud está incompleta, el aviso describirá la información o materiales necesarios para completar la solicitud y permitirle que usted complete su solicitud de Revisión Externa dentro del periodo de presentación de 4 meses, o dentro del periodo de 48 horas posteriores al recibo del aviso, cualquiera que sea posterior.
- (B) Revisión Externa de Reclamaciones Estándares (no-urgentes) por una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés)
  - (1) Si la solicitud está completa y es elegible para una Revisión Externa, el Fondo asignará la solicitud a una IRO (Nota: La IRO no es elegible para ningún incentivo financiero o pago en base a la posibilidad de que la IRO apoye la negativa de beneficios. El Fondo puede rotar asignaciones entre las IRO's con las que tiene contrato). Una vez que la Reclamación está asignada a una IRO, se aplicará el procedimiento siguiente:
    - (a) La IRO asignada le notificará a usted oportunamente por escrito sobre la elegibilidad y aceptación para Revisión Externa de la solicitud, incluyendo direcciones sobre cómo puede presentar información adicional respecto a su Reclamación (por lo general, usted debe presentar esta información dentro de 10 días hábiles).
    - (b) En un plazo de 5 días hábiles después de que la Reclamación sea asignada a una IRO para una Revisión Externa, el Fondo proporcionará a la IRO los documentos y la información que el Fondo consideró al hacer su Determinación Adversa de Beneficio.

- (c) Si usted presenta información adicional relativa a su Reclamación a la IRO, la IRO asignada tiene que, en 1 día hábil, enviar esa información al Fondo. Al recibo de cualquier información adicional, el Fondo puede reconsiderar la Determinación Adversa de Beneficio que es el objeto de la Revisión Externa. La reconsideración por parte del Fondo no retrasará la Revisión Externa. No obstante, si después de la reconsideración, el Fondo revierte su Determinación Adversa de Beneficio, el Fondo le proporcionará a usted y a la IRO notificación por escrito de su decisión dentro de 1 día hábil después de hacer dicha decisión. Al recibo de la notificación, la IRO terminará su Revisión Externa.
- (d) La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Al llegar a una decisión, la IRO revisará la reclamación nueva (como si fuera nueva) y no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones a las que se llegaron durante los Procedimientos de Apelaciones Internas del Fondo. No obstante, a la IRO se le requerirá que se ajuste a los términos del Plan para garantizar que decisión de la IRO no sea contraria a los términos del Plan, a menos que los términos del Plan sean incompatibles con la ley aplicable. La IRO también tiene que observar los requisitos del Plan para beneficios, incluyendo los estándares del Plan para los criterios de revisión clínica, necesidad médica, adecuación, entorno de atención a la salud, nivel de atención o efectividad del beneficio cubierto.

Aparte de los documentos y de la información proporcionada, la IRO asignada, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y sean apropiados, puede considerar información adicional, incluyendo la información de sus expedientes médicos, recomendaciones u otra información de sus proveedores de atención a la salud que le tratan (o le están atendiendo), otra información suya o del Fondo, los informes de los profesionales apropiados de atención a la salud, las directrices apropiadas de práctica y los estándares aplicables en base a evidencia, los criterios de revisión clínica aplicables del Plan y/o la opinión de los revisores clínicos de la IRO.

- (e) La IRO asignada le proporcionará a usted y al Fondo notificación por escrito sobre su decisión final de Revisión Externa dentro de los 45 días después de que la IRO reciba la solicitud para la Revisión Externa.
- (f) La notificación de la decisión de la IRO asignada contendrá:
  - (1) Información suficiente para identificar la Reclamación incluyendo la fecha o las fechas de servicio, el proveedor de atención a la salud, la cantidad de la Reclamación (si es pertinente), la clave del diagnóstico

y su significado correspondiente, la clave del tratamiento y su significado correspondiente y la razón para la negativa previa;

- (2) La fecha en la que la IRO recibió la solicitud para llevar a cabo la Revisión Externa y la fecha de la decisión de la IRO;
- (3) Referencias a la evidencia o documentación considerada para llegar a su decisión, incluyendo las disposiciones específicas de cobertura y los estándares basados en la prueba;
- (4) Un comentario sobre la(s) razón(es) principal(es) para la decisión de la IRO, incluyendo la razón fundamental para su decisión y cualquier estándar basado en las pruebas en los que se basaron para tomar la decisión;
- (5) Una declaración de que la determinación de la IRO es vinculante para el Plan (a menos que pueda haber otros remedios disponibles para usted o el Plan conforme a la ley Estatal o Federal aplicable);
- (6) Una declaración de que una revisión judicial puede estar disponible para usted; e
- (7) Información actual de contacto, incluyendo número de teléfono, para cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor sobre seguros de salud o defensor del pueblo establecido conforme a la Ley de Cuidado Asequible (ACA) para asistir con los Procesos de Revisión Externa.
- (8) Si la Revisión Externa final de la IRO revierte la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo, al recibo por parte del Fondo de la notificación de dicha reversión, el Fondo inmediatamente proporcionará cobertura o pago para la Reclamación revisada. Sin embargo, incluso después de proporcionar cobertura o pago por la Reclamación, el Fondo puede, a su exclusiva discreción, solicitar un remedio judicial para revertir o modificar la decisión de la IRO.
- (9) Si la Revisión Externa final confirma la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo, el Fondo continuará negando la cobertura o el pago por la Reclamación revisada. Si usted está insatisfecho con la decisión de la Revisión Externa, puede solicitar una revisión judicial según se permite de acuerdo a ERISA §502(a).

## **(2) Revisión Externa de las Reclamaciones Expeditas de Atención Urgente**

(A) Usted puede solicitar una Revisión Externa expedita si:

- (1) Usted recibe una Determinación de Reclamación de Beneficio adversa inicial que tiene que ver con una condición médica por la que el plazo de tiempo para la finalización de una Apelación Interna expedita pondría seriamente en peligro su vida o su salud o que pondría en peligro su habilidad de recobrar la función máxima y usted ha presentado una solicitud para una Apelación Interna expedita;
    - o
  - (2) Usted recibe una Determinación Adversa de Beneficio sobre una Apelación Interna que tiene que ver con una condición médica por la que el plazo de tiempo para la finalización de una Reclamación Estándar (no-urgente) para una Revisión Externa pondría seriamente en peligro su vida o su salud o que pondría en peligro su habilidad de recobrar la máxima función o usted recibe una Determinación Adversa de Beneficio de una Apelación Interna que se refiere a una admisión, disponibilidad de la atención, estadía continuada o artículo o servicio de atención a la salud por la que usted recibió servicios de emergencia pero todavía no ha sido dado de alta de un centro.
- (B) Revisión Preliminar para una Revisión Externa de una Reclamación de Atención de Urgencia Expedita:

Inmediatamente al recibo de una solicitud de una Revisión Externa Expedita, el Fondo completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si los requisitos para una revisión preliminar se han satisfecho (según se describe conforme a las Reclamaciones Estándares (no-urgentes) anteriores). El Fondo inmediatamente le notificará (por teléfono o por fax) sobre si su solicitud de una Revisión Externa cumple con los requisitos de revisión preliminar, y si no, proporcionará o solicitará la información (también descrita conforme a la Reclamaciones Estándares (no-urgentes) anteriores).

- (C) Revisión Externa de una Reclamación de Atención Urgente Expedita por una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés):

Con posterioridad a la revisión preliminar de que una solicitud es elegible para una Revisión Externa expedita, el Fondo asignará una IRO (siguiendo el proceso descrito bajo Revisión Externa Estándar (no-urgente) anterior). El Fondo sin demora (es decir, por teléfono, fax, mensajería, entrega del día siguiente, etc.) proporcionará o transmitirá a la IRO asignada todos los documentos e información necesarios que consideró al hacer la Determinación Adversa de Beneficio.

La IRO asignada, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y que la IRO considere apropiados, tiene que considerar la información o documentos descritos en los procedimientos para una Revisión Externa estándar (descritos anteriormente bajo Reclamaciones Estándares). Al llegar a la decisión, la IRO asignada tiene que revisar la Reclamación nueva (como si fuera nueva) y no está obligada por ninguna decisión o conclusión a la que se llegó durante los Procedimientos de Apelaciones Internas del Fondo. Sin embargo, a la IRO se le requerirá que se ajuste a

los términos del Plan para garantizar que la decisión de la IRO no es contraria a los términos del Plan, a menos que los términos sean incompatibles con la ley aplicable.

La IRO también tiene que observar los requisitos del Plan para beneficios, incluyendo los estándares del Plan para los criterios de revisión clínica, necesidad médica, adecuación, entorno de atención a la salud, nivel de atención o efectividad de un beneficio cubierto.

La IRO proporcionará aviso de su decisión de Revisión Externa expedita final, de acuerdo con los requisitos, establecidos anteriormente conforme a las Reclamaciones Estándares (no-urgentes), tan de prisa como lo requiera su condición médica o las circunstancias, pero en ningún caso no más de 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de una Revisión Externa expedita. Si la notificación de la decisión de la IRO no está por escrito, dentro de las 48 horas después de la fecha de proporcionar dicha notificación, la IRO tiene que proporcionarle a usted y al Fondo confirmación por escrito de la decisión.

- (1) Si la Revisión Externa final de la IRO revierte la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo, al recibo por parte del Fondo de la notificación de dicha reversión, el Fondo inmediatamente proporcionará cobertura o pago por la Reclamación revisada. Sin embargo, incluso después de proporcionar cobertura o pago de la Reclamación, el Fondo puede, a su exclusiva discreción, solicitar remedio judicial para revertir o modificar la decisión de la IRO.
- (2) Si la Revisión Externa final sostiene la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo, el Fondo continuará negando la cobertura o el pago por la Reclamación revisada. Si usted está insatisfecho con la decisión de la Revisión Externa, puede solicitar una revisión judicial según se permite de acuerdo a ERISA §502(a).
- (3) Para un panorama general de los plazos de tiempo durante el Proceso de Revisión Externa federal, vea la tabla en la próxima página.

#### **Sección 5. Cuándo Puede Iniciarse una Demanda**

El reclamante no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta después de que el reclamante haya solicitado una apelación y se haya llegado a una decisión final. Un reclamante también puede presentar una demanda si los plazos descritos anteriormente han expirado a la fecha en la que el reclamante solicitó una revisión pero no recibió una decisión final de la entidad revisora. Si el reclamante no está satisfecho con la decisión final, tiene el derecho de entablar una acción civil para obtener beneficios conforme a ERISA §502(a).

## Tabla de Plazos de Tiempo de la Revisión Externa

<b>Pasos en el Proceso de Revisión Externa</b>	<b>Plazo de Tiempo para las Reclamaciones Estándares (No-Urgentes)</b>	<b>Plazo de Tiempo para las Reclamaciones de Atención de Urgencia Expeditas</b>
<b>El Reclamante solicita una Revisión Externa (por lo general, después de que los Procedimientos de Apelaciones de Reclamaciones Internas han sido agotados)</b>	Dentro de los 4 meses después del recibo de una Determinación Adversa de Beneficio (aviso de negativa de beneficios)	Después del recibo de una Determinación Adversa de Reclamación de Beneficios (aviso de negativa de beneficios)
<b>El Fondo lleva a cabo una revisión preliminar</b>	Dentro de los 5 días hábiles con posterioridad al recibo por parte del Fondo de una solicitud de revisión externa	Inmediatamente
<b>Notificación del Fondo al Reclamante respecto a los resultados de la revisión preliminar</b>	En 1 día hábil después de la finalización de la revisión preliminar por parte del Fondo	Inmediatamente
<b>Cuando sea apropiado, el plazo de tiempo del reclamante para perfeccionar una solicitud incompleta de Revisión Externa</b>	El resto del periodo de presentación de 4 meses o si es posterior, 48 horas después del recibo del aviso de que la revisión externa está incompleta	Sin demora
<b>El Fondo asigna el caso a la IRO</b>	Oportunamente	Sin demora
<b>Aviso de la IRO al reclamante de que el caso ha sido aceptado para revisión junto con el plazo de tiempo para la presentación de cualquier información adicional</b>	Oportunamente	Sin demora

**Tabla de Plazos de Tiempo de Revisión Externa (continúa)**

<b>Pasos en el Proceso de Revisión Externa</b>	<b>Plazos de Tiempo para Reclamaciones Estándares (No-Urgentes)</b>	<b>Plazo de Tiempo Para Reclamaciones Expeditas de Atención de Urgencia</b>
<b>Presentación del reclamante de la información adicional a la IRO</b>	Dentro de los 10 días hábiles siguientes al recibo por el reclamante del aviso de la IRO de que se necesita información adicional (la IRO puede aceptar la información después de 10 días hábiles)	Sin demora
<b>La IRO remite al Fondo cualquier información adicional presentada por el reclamante</b>	En 1 día hábil desde el recibo de la IRO de la decisión del Fondo	Sin demora
<b>Si (por motivo de la nueva información) el Fondo revierte su negativa y proporciona cobertura, se proporciona una Notificación al reclamante y a la IRO</b>	En 1 día hábil de sde la decisión del Fondo	Sin demora
<b>La decisión de la Revisión Externa por la IRO para el reclamante y el Fondo</b>	En 45 días calendario desde el recibo por la IRO de la solicitud de revisión externa	Lo más rápidamente según lo requiera la condición médica o las circunstancias del reclamante pero en ningún caso no más tarde de 72 horas después del recibo por la IRO de la solicitud para revisión externa expedita. (Si el aviso no va por escrito, dentro de las 48 horas de la fecha de proporcionar dicho aviso no escrito, la IRO tiene que proporcionar aviso por escrito al reclamante y al Fondo)
<b>Tras Notificación de la IRO de que ha revertido la Determinación Adversa del Fondo</b>	El Fondo tiene que proporcionar inmediatamente cobertura o pago por la Reclamación	El Fondo tiene que proporcionar inmediatamente cobertura o pago por la Reclamación

## Artículo IX. Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) Información de Salud Protegida

**Sección 1. Definiciones.** Las definiciones siguientes aplicarán a las disposiciones de este Artículo:

- a. El término “**Entidad Cubierta**” significa (1) un Plan de Salud; (2) un centro de intercambio de información de atención a la salud; o (3) un proveedor de atención a la salud que trasmite la Información de Salud de forma electrónica en relación con una Transacción.
- b. El término “**Información de Salud**” significa cualquier información, ya sea oral o registrada en cualquier forma o medio que: (1) está creada o es recibida por un proveedor de atención a la salud, Plan de Salud, autoridad de salud pública, empleador, asegurador de vida, escuela o universidad, o centro de intercambio de información de atención a la salud; y (2) se relaciona con una condición física, o de salud mental, o condición de un individuo pasada, presente o futura; la provisión de atención de salud a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la provisión de atención a la salud a un individuo.
- c. El término “**Plan de Salud**” significa cualquier plan individual o de grupo que proporciona o paga el costo de la atención médica (según está definido en §28/79 (1) (2) de la Ley de Servicio de Salud Pública [PHS, por sus siglas en inglés], 42 U.S.C. §300gg-91(a) (2)).
- d. El término “**Información de Salud Identificable Individualmente**” significa un subgrupo de Información de Salud, incluyendo la información demográfica recopilada de un individuo, y (1) que está creada o es recibida por un proveedor de atención a la salud, Plan de Salud, empleador o centro de intercambio de información de atención a la salud; y (2) se relaciona con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de un individuo; la provisión de atención a la salud a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la provisión de atención a la salud a un individuo; y (i) que identifica al individuo; o (ii) que existe una base razonable para creer que la información puede ser usada para identificar al individuo.
- e. El término “**Función de Administración del Plan**” significa las funciones de administración desempeñadas por el Patrocinador del Plan a nombre del Plan, excluyendo las funciones desempeñadas por el Patrocinador del Plan en relación a cualquier otro beneficio o pago de beneficio del Patrocinador del Plan.
- f. EL término “**Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés)**” significa Información de Salud Identificable Individualmente que es transmitida por medios electrónicos; mantenida en cualquier forma descrita en la definición de medios electrónicos en 42 CFR §16.103; o transmitida o mantenida en cualquier otra forma o medio. Información Protegida de Salud excluye a la Información de Salud Identificable Individualmente en (i) Expedientes educativos cubiertos por la Ley Familiar de Derechos Educativos y de Privacidad, según fue enmendada, 20 U.S.C. §1232g; (ii) los registros descritos en 20 U.S.C. §1232g(a)(4)(B)(iv); y (iii) registros de empleo en posesión de una Entidad Cubierta en su papel de empleador.



- g. El término **“Información Resumida de Salud”** significa la información que (1) resume el historial de reclamaciones, los gastos de las reclamaciones o los tipos de reclamaciones de individuo para los que el patrocinador del plan ha proporcionado beneficios conforme a un Plan de Salud; y (2) de los que la información en 42 CFR §164.514(b)(2)(i) ha sido eliminada.
- h. El término **“Transacción”** significa la transmisión de información entre dos partes para llevar a cabo actividades financieras o administrativa relativas a la atención de salud.

## **Sección 2. Uso y Divulgación de la Información Protegida de Salud: Operaciones de Pago y del Plan**

- a. El Plan usará la Información Protegida de Salud (PHI) en la medida y de acuerdo con los usos y divulgaciones permitidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) según fue enmendada por la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH, por sus siglas en inglés). Específicamente, el Plan usará y divulgará la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés) para los fines relativos al tratamiento de atención a la salud, el pago de la atención a la salud y las operaciones de atención a la salud. Salvo lo permitido por HIPAA, el Plan sólo usará o divulgará su Información Protegida de Salud para fines de comercialización o para vender (intercambiar) su Información Protegida de Salud por remuneración (pago) con su autorización por escrito.

**“Pago”** incluye las actividades emprendidas por el Plan para obtener primas, para determinar o cumplir con su responsabilidad de cobertura y provisión de los beneficios del Plan que tengan que ver con un individuo al que se le proporciona atención a la salud. Las actividades incluyen, pero no están limitadas a lo siguiente:

- (1) Determinar la elegibilidad, cobertura y cantidades de costo compartido (costo de un beneficio, máximos del Plan y los Copagos para la reclamación de un individuo),
- (2) Coordinar beneficios,
- (3) Adjudicar reclamaciones de beneficios de salud (incluyendo apelaciones y disputas sobre pagos),
- (4) Subrogar reclamaciones de beneficios de salud,
- (5) Establecer las contribuciones del empleado,
- (6) Calcular las cantidades del ajuste de riesgo en base al estatus de salud del afiliado y las características demográficas,
- (7) Facturación, cobro y procesamiento de datos relativos a la atención a la salud,
- (8) Gestionar la administración de las reclamaciones y procesamiento de datos relativos a la atención de la salud, incluye auditorías de pagos, investigación y resolución de

disputas sobre pagos y respuestas a las preguntas del Participante Jubilado respecto a los pagos,

- (9) Obtener el pago conforme al contrato de reaseguro (incluyendo el seguro de pérdida limitada y de exceso de pérdidas),
- (10) Revisar las reclamaciones en cuanto a la necesidad médica, la conveniencia de la atención o la justificación de los cargos,
- (11) Llevar a cabo una Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés), incluyendo la certificación previa, la Autorización Previa, las Revisiones Concurrentes y Retrospectivas,
- (12) Divulgar a las agencias de informes al consumidor la información relativa al cobro de primas o el reembolso (para fines de pago, la Información Protegida de Salud siguiente puede ser divulgada; nombre y dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social, historial de pago, número de cuenta y nombre y dirección del proveedor o del Plan de Salud), y
- (13) Reembolsar al Plan.

b. **“Operaciones de Atención a la Salud”** incluyen, pero no están limitadas a las actividades siguientes:

- (1) Efectuar una evaluación de la calidad;
- (2) Llevar a cabo actividades basadas en la población relativas a mejorar la salud o reducir los costos de atención a la salud, desarrollar el protocolo, gestión de casos y coordinación de la atención, control de enfermedades, comunicarse con los proveedores de atención a la salud y pacientes con información respecto a alternativas de tratamiento y funciones relativas,
- (3) Evaluar al proveedor y el desempeño del Plan, incluyendo la acreditación, certificación y las actividades de licencias o credenciales.
- (4) Suscripción (el Plan no usa o divulga Información Protegida de Salud [PHI, por sus siglas en inglés] que sea información genética según se define en el 45 CFR 164.502(a)(5)(1)), clasificación de primas y otras actividades relativas a la creación, renovación o reemplazo de un contrato para seguro de salud o beneficios de salud, y obtener o instalar un contrato para el reaseguro del riesgo relativo a las reclamaciones por atención de la salud (incluyendo el seguro de pérdida limitada y de exceso de pérdidas),
- (5) Llevar a cabo o hacer arreglos para una revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, incluyendo la detección de fraudes y abusos y los programas de cumplimiento,

- (6) Planificación y desarrollo comercial, tales como llevar a cabo análisis de administración de costos y de planificación relativos a administrar y operar la entidad, incluyendo el desarrollo y la administración del formulario, el desarrollo o mejora de los métodos de pago o normas de cobertura,
- (7) Gestionar y administrar las actividades de la entidad incluyendo pero sin estar limitadas a:
  - a. La implementación de, y el cumplimiento con los requisitos de la Simplificación Administrativa de HIPAA,
  - b. Servicio al cliente, incluyendo la provisión de análisis de datos para los asegurados, los patrocinadores del Plan y otros clientes,
  - c. Resolución de quejas internas, y
  - d. La diligencia debida en relación a la venta o transferencia de bienes a un posible sucesor en interés, si dicho sucesor es una Entidad Cubierta o, con posterioridad a la venta o transferencia, se convierte en una Entidad Cubierta.
- (8) Cumplimiento con, y la preparación de todos los documentos requeridos por la Ley de Seguridad de Ingresos en la Jubilación de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), incluyendo el Formulario 5500, Resumen del Informe Anual (SAR, por sus siglas en inglés) y otros documentos.

### **Sección 3. Uso y Divulgación de la Información Protegida de Salud: Requerida por ley o Permitida por Autorización**

El Plan sólo usará y divulgará la Información Protegida de Salud (PHI) para fines de Tratamiento, Pago y Operaciones (TPO); o según lo requiere la ley y está permitido por autorización del Empleado Jubilado o del beneficiario. El Plan divulgará la Información Protegida de Salud a los individuos u organizaciones identificados por la Lista de Miembros del Equipo de Administración del Plan, según se enmiende y actualice cada cierto tiempo, para fines relativos a la administración del Plan.

### **Sección 4. Uso y Divulgación de la Información Protegida de Salud: Al Patrocinador del Plan**

Para los fines de este Artículo, la Junta de Fideicomisarios del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California es el "Patrocinador del Plan". EL Plan divulgará la Información Protegida de Salud al Patrocinador del Plan, sólo previo recibo de una certificación del Patrocinador del Plan, de que las Reglas y Reglamentos del Plan han sido enmendadas para incorporar las disposiciones siguientes. Con respecto a la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés), el Patrocinador del Plan acuerda:

- (1) No usar o divulgar más otra información que no sea la permitida o requerida por las Reglas y Reglamentos del Plan o como se requiere por ley;
- (2) Garantizar que cualquier agente, incluyendo a sus subcontratistas a quienes el Patrocinador del Plan suministra la Información Protegida de Salud que recibe del Plan, acepta las mismas restricciones y condiciones que aplican al Patrocinador del Plan con respecto a la Información Protegida de Salud;
- (3) No usar o divulgar la información para acciones y decisión relativas al empleo, a menos que estén autorizados por el individuo;
- (4) No usar o divulgar la información en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios de empleados del Patrocinador del Plan, a menos que estén autorizados por el individuo;
- (5) Reportar al Plan, tan pronto se sepa, cualquier uso o divulgación de la Información Protegida de Salud que no sea consistente con los usos o divulgaciones dispuestos por HIPAA;
- (6) Poner la Información Protegida de Salud a disposición del individuo de acuerdo con los requisitos de acceso de la HIPAA;
- (7) Tener la Información Protegida de Salud disponible para enmienda e incorporar cualquier enmienda a la Información Protegida de Salud de acuerdo con la HIPAA;
- (8) Tener disponible la información requerida para proporcionar una relación de las divulgaciones;
- (9) Poner a disposición del Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) las prácticas internas, los libros y registros recibidos del Plan de Salud de grupo a fines de determinar el cumplimiento del Plan con la HIPAA;
- (10) Devolver o destruir (si es posible) toda la Información Protegida de Salud recibida del Plan que el Patrocinador del Plan guarda todavía en cualquier forma y no guardar ninguna copia cuando ya no se requieran para el fin por el que se hizo la divulgación. Si la devolución o destrucción no son posibles, limitar los usos y divulgaciones adicionales sólo para aquellos fines que hacen que la devolución y la destrucción no sean posibles; y
- (11) Notificar a los individuos afectados en el caso de una violación de la Información Protegida de Salud (PHI).

## **Sección 5. Acceso del Personal del Fondo a la Información Protegida de Salud**

- a. Tiene que mantenerse una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan. Por lo tanto, de acuerdo con la HIPAA, solamente a los siguientes empleados o clases de empleados se les puede dar acceso a la Información Protegida de Salud:
  - (1) El Administrador del Plan,
  - (2) El Personal designado por el Administrador del Plan, según se identifica en la Lista de Miembros del Equipo de Administración del Plan,
  - (3) La persona descrita en esta Sección solamente puede tener acceso para usar y divulgar la Información Protegida de Salud para las Funciones de Administración del Plan que el Patrocinador del Plan desempeña para el Plan.
- b. Si las personas descritas en esta Sección no cumplen con las disposiciones de este Artículo, el Patrocinador del Plan proporcionará un mecanismo para resolver los casos de falta de cumplimiento, incluyendo sanciones disciplinarias.
- c. Para los fines de cumplir con las reglas de privacidad de HIPAA, este Plan es una “Entidad Híbrida” porque tiene tanto las funciones de Plan de Salud, así como de Plan que no es de Salud. Las funciones de un Plan que no es de Salud incluyen la administración del Beneficio por Muerte y Desmembramiento para Empleados Jubilados y Dependientes elegibles. El Plan designa que sus componentes de atención a la salud que están cubiertos por las reglas de privacidad sólo incluyen los beneficios de salud y no otras funciones o beneficios del Plan.

## **Sección 6. Protección de la Información Protegida de Salud Electrónica por el Patrocinador del Plan**

La Junta de Fideicomisarios del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California, que es el Patrocinador del Plan:

- (1) Implementa protecciones administrativas, físicas y técnicas que protegen razonable y apropiadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información Protegida de Salud electrónica que crea, recibe, mantiene o transmite a nombre del Plan de Salud;
- (2) Garantiza que la separación adecuada mencionada en la Sección 5, específica en cuanto a la Información Protegida de Salud electrónica, esté respaldada por medidas de seguridad razonables y apropiadas;
- (3) Garantiza que cualquier agente, incluyendo a un subcontratista, al cual le proporciona la Información Protegida de Salud electrónica, acuerde implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la Información Protegida de Salud electrónica; y

- (4) Reporta al Plan cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento relativo a la Información Protegida de Salud electrónica.

#### **Sección 7. Cambios al Aviso de Privacidad**

El Fondo tiene el derecho de cambiar el Aviso de Privacidad. Cualquier cambio hecho al aviso será proporcionado a los Participantes del Plan y a los beneficiarios.

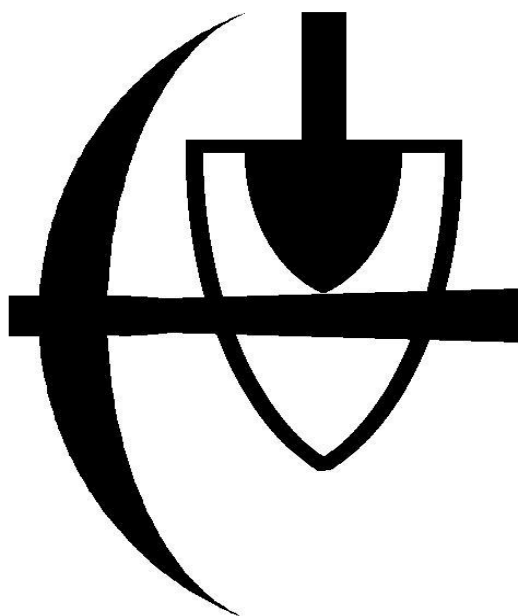
## Artículo X. Enmienda y Terminación

Para que el Fondo pueda llevar a cabo su obligación de mantener, dentro de los límites de sus recursos, un programa dedicado a proporcionar los máximos beneficios posibles para todos los Participantes del Plan, la Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho, a su exclusiva discreción en cualquier momento en base no discriminante:

- a. De terminar o enmendar ya sea la cantidad o condición con respecto a cualquier beneficio incluso cuando una terminación o enmienda afecte las reclamaciones que ya se hayan acumulado;
- b. De alterar o posponer el método de pago de cualquier beneficio; y
- c. De enmendar o rescindir cualquier disposición de estas Reglas y Reglamentos.

## Artículo XI. Descargo de Responsabilidad

Ninguno de los beneficios dispuestos en estas Reglas y Reglamentos está garantizado por ningún contrato de seguro. No hay responsabilidad por parte de la Junta de Fideicomisarios o de cualquier individuo o entidad de proporcionar un pago más allá de las cantidades cobradas y disponibles para este fin.





## Resolución de Adopción

\* \* \* \* \*

Los que suscriben Presidente y Copresidente de la Junta de Fideicomisarios del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California por la presente certifican que en una reunión de la Junta de Fideicomisarios celebrada el 8 de marzo de 2016, el Plan de Salud y Bienestar del Fondo de Salud y Bienestar de los Obreros Jubilados Reformulado Efectivo al 1 de marzo de 2016 fue adoptado conforme a la facultad otorgada a la Junta por el Convenio de Fideicomiso de Salud y Bienestar ejecutado el 7 de abril de 1953.

Ejecutado este 8 de marzo de 2016

Ejecutado este 8 de marzo de 2016

/s/ \_\_\_\_\_  
Óscar De La Torre, Presidente

/s/ \_\_\_\_\_  
Byron C. Loney, Copresidente

