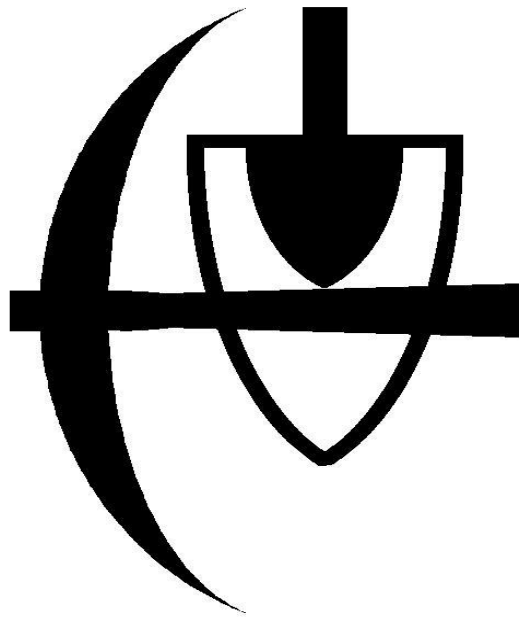


FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS OBREROS PARA EL NORTE DE CALIFORNIA

PLAN ACTIVO



Descripción Resumida del Plan

1 de junio de 2016

**Para las Reglas y Reglamentos completos del Plan de Salud y Bienestar
de los Obreros, visite nuestro sitio web en www.norcalaborers.org**

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 WEB: www.norcalaborers.org

CORREO ELECTRÓNICO: customerservice@norcalaborers.org

JUNTA DE FIDEICOMISARIOS

FIDEICOMISARIOS EMPLEADOS

Sr. Óscar De La Torre, Presidente

Sr. Doyle Radford

Sr. David Gorgas

Sr. Fernando Estrada

Sr. Ramón Hernández

FIDEICOMISARIOS EMPLEADORES

Sr. Bill Koponen, Presidente Asociado

Sr. Robert Chrisp

Sr. Manuel De Santiago

Sr. Jerry Overaa

ASESORES LEGALES

Bullivant Houser Bailey PC

Weinberg, Roger & Rosenfeld

CONSULTOR Y ACTUARIO

The Segal Company

OFICINA ADMINISTRATIVA

Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

Byron C. Loney, Secretario

AVISO DE ESTADO DEL PLAN DE DERECHOS ADQUIRIDOS

El Patrocinador del Plan del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California cree que todas las opciones del plan ofrecidas se consideran como **“planes de salud de derechos adquiridos”** conforme a la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado Asequible (la Ley de Cuidado Asequible). Según está permitido por la Ley de Cuidado Asequible, un plan de salud de derechos adquiridos puede conservar cierta cobertura básica de salud que ya estaba en vigor cuando se promulgó esa ley. Ser un plan de salud con derechos adquiridos significa que las opciones del plan mencionadas anteriormente pueden no incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado Asequible que se aplican a otros planes, por ejemplo, el requisito de una disposición de servicios preventivos de salud sin ningún costo compartido. Sin embargo, los planes de salud de derechos adquiridos tienen que cumplir con otras ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado Asequible, por ejemplo, la eliminación de los límites vitalicios a los beneficios.

Las preguntas respecto a cuáles protecciones aplican y cuáles no aplican a un plan de salud de derechos adquiridos y que pueden ocasionar que un plan cambie del estado de plan de salud con derechos adquiridos pueden dirigirse por  correo al:

Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California
220 Campus Lane
Fairfield, CA 94534

También puede comunicarse con la
Administración de Garantía de Beneficios de Empleados, Departamento del Trabajo de
EE.UU.

al  1-866-444-3272 o  www.dol.gov/ebsa/healthreform/.

Este sitio web tiene una tabla que resume cuáles protecciones aplican y cuáles no a los planes de salud de derechos adquiridos.

Tabla de Contenido

Introducción	i
Información Importante	iii
Glosario de Términos del Plan	1
Planes de Salud Disponibles y Opciones	7
Planes de Atención a la Salud Hospitalarios y Médicos	7
Área de Servicio del Plan de Pago Directo	8
Área de Servicio del Plan de Kaiser Permanente	8
Planes de Atención Dental	8
Delta Dental de California	9
DeltaCare USA	9
UnitedHealthcare Dental	10
Bright Now! Dental	10
Inscripción Abierta	11
Formulario de Inscripción Dental	11
Cuadro de Comparación de Planes Dentales	12
Plan de Cuidado de la Vista	13
Participantes del Plan de Pago Directo	13
Participantes del Plan Kaiser Permanente	13
Inscripción Abierta	13
Formulario de Inscripción para la Vista	14
Cuadro de Beneficios de la Vista de Anthem Blue Cross Blue View	14
Cuadro de Beneficios de Vision Essentials de Kaiser	15
Avisos Importantes de Cambios de Beneficios del Plan	15
Qué son Planes “Auto-financiados”	15
Qué Son Planes “Totalmente Asegurados”	16
Procedimientos de Querellas para Planes Dentales y de la Vista	16
Visión General de las Opciones del Plan	16
Inscripción en el Plan	17
Formulario de Inscripción	17
Mantenga a la Oficina del Fondo Fideicomiso Informado de los Cambios	17
Paquete de Elegible Nuevo	17
Mantenga a la Oficina del Fondo Fideicomiso Informada de su Dirección de Contacto	18
Documentos Requeridos para Inscribir a los Dependientes	18
Para el Cónyuge	18
Para un Compañero Doméstico	19
Para los Hijos	19
Disposición de Inscripción Especial	20
Elegibilidad para Beneficios	21
Términos	21
Elegibilidad del Empleado	21
Elegibilidad Inicial	21

Elegibilidad Continuada – Cómo Mantener la Elegibilidad	23
Crédito por Hora de Incapacidad	24
Ley de Ausencia Familiar y Médica	25
Crédito de Reciprocidad.....	26
Terminación de la Elegibilidad del Empleado.....	26
EXCEPCIONES – Extensión de Elegibilidad.....	26
Terminación Anticipada de la Elegibilidad.....	27
Servicio Militar	28
Cobertura de Continuación USERRA	28
Costo por la Cobertura de Continuación USERRA	28
TRICARE	28
Después del Alta del Servicio Militar	29
Tabla 6 (Servicio Militar)	29
Cancelación del Banco de Horas.....	30
Tabla 7 (Se Cancela el Banco de Horas)	30
Elegibilidad de Dependientes.....	30
Elegibilidad	30
Terminación	31
Cobertura de Continuación COBRA	32
Otras Alternativas de Cobertura de Salud Aparte de COBRA.....	32
Beneficiario Calificado.....	32
Eventos Calificantes.....	32
Duración de la Cobertura de Continuación COBRA	33
Extensión en Casos de Incapacidad.....	33
Extensión en Casos de un Segundo Evento Calificante.....	33
Efecto del Derecho a Medicare	34
Antes de la Terminación del Empleo o Reducción en Horas.....	34
Después de una Terminación de Empleo o Reducción en Horas.....	34
Beneficios Disponibles Bajo la Cobertura de Continuación COBRA.....	34
Descripción de las Opciones de Cobertura de Continuación COBRA	35
Deber de Notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso.....	35
Notificación Oportuna a la Oficina del Fondo Fideicomiso.....	36
Cómo Notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso	36
Dónde Enviar Su Notificación de un Evento Calificante.....	37
Para Elegir la Cobertura de Continuación COBRA.....	37
Costo de la Cobertura de Continuación COBRA (Prima Mensual)	38
Para Pagar por la Cobertura de Continuación COBRA.....	38
Para Añadir Dependientes Nuevos	39
Inscripción Especial por el Balance de Su Periodo de Continuación COBRA.....	39
Cambiar de Planes.....	39
Planes Médico-Hospitalarios.....	39
Planes Dentales y de la Vista	40
Terminación de la Cobertura de Continuación COBRA	40
Tabla de Referencia Rápida	41

Otra Cobertura de Seguro – Coordinación de Beneficios.....	42
Coordinación con un Plan de Grupo.....	42
Orden de Determinación de Beneficios.....	42
Pagador Primario	43
Pagador Secundario	43
Coordinación con el Medicare Suplementario Federal.....	44
Coordinación con Medicaid o Medi-CAL.....	44
Ley de Cuidado Asequible	45
Introducción.....	45
Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés)	45
El Mercado de Seguros de Salud.....	46
No Discriminación en la Atención a la Salud.....	46
Programa de la Red de Proveedores Preferidos.....	47
La Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés).....	47
El Plan de Proveedores Preferidos (Plan PPO, por sus siglas en inglés).....	47
La BlueCard PPO.....	47
Cómo Localizar a un Hospital Participante o a un Proveedor Participante	48
Programa del Sitio en Base al Valor.....	48
Excepciones al Sitio en Base al Valor.....	48
Para Procedimientos de Artroscopia, Cataratas o Colonoscopia	49
Para la Cirugía de Reemplazo Total de Cadera o Rodilla	49
Sala de Emergencias de un Hospital a Diferencia de un Centro de Atención de Urgencias.....	49
Programa de Administración de Casos	50
Beneficios Menores por Hospitales y Proveedores No-Participantes.....	50
Beneficios Amplios Médico-Hospitalarios	52
Copago.....	52
Deducible.....	52
Remanente	52
Cantidad del Deducible.....	53
Ejemplos – Cómo se Aplica el Deducible.....	53
Excepciones	53
Coseguro.....	53
Para los Cargos de un Hospital o Proveedor Participantes	54
Para los Cargos de Hospital o Proveedor No-Participantes	54
Servicios Intrahospitalarios.....	54
Gastos Cubiertos.....	55
Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés)	58
Cirugía de Reemplazo Total de Cadera o Rodilla de Rutina	58
Procedimiento Ambulatorio de Artroscopia, Cataratas o Colonoscopia	59
Otros Gastos Cubiertos con la Asignación Máxima del Plan [MPA].....	60
Visión General de los Gastos Cubiertos con MPA	60
Requisito de Revisión de Utilización (UR)	61
Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés)	61
Tabla Resumen de Requisitos de Revisión de Utilización	62

Máximo de Bolsillo del Año del Plan	62
Máximo de Bolsillo Individual y Familiar	62
Qué Cuenta Para el Máximo de Bolsillo del Año del Plan.....	62
Lo Que No Cuenta	63
Visión General de Cómo Se Acumula Su Máximo de Bolsillo Anual	64
El Programa de Futuras Mamás.....	64
Recordatorio: Acciones a Realizar para Rebajar Sus Costos de Bolsillo.....	65
Pago de Beneficios.....	65
Beneficios Requeridos por Ley	66
Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres.....	66
Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés)	66
Visión General de Gastos Cubiertos y Aplicación de Beneficios.....	67
Beneficio de Medicamentos de Receta.....	68
Glosario de Términos.....	68
El Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés)	68
Medicamentos de Mantenimiento	68
Farmacia de Servicio por Correo.....	69
Genérico En Lugar de Medicamentos de Marca.....	69
Medicamentos de Marca del Formulario A Diferencia de Medicamentos de Marca Fuera del Formulario.....	69
Cargos Cubiertos.....	69
Medicamentos Excluidos	70
Reembolso de una Farmacia No-Contratante	70
Copagos	71
Farmacia Minorista Contratante	71
Farmacia de Servicio por Correo.....	71
Visión General de los Copagos.....	72
Responsabilidad de Terceros	73
Exclusiones, Limitaciones y Reducciones.....	74
Beneficios por Muerte	76
Beneficios por Muerte para los Participantes.....	76
Muerte Regular	76
Muerte Accidental.....	76
Desmembramiento	76
Beneficios por Muerte Extendidos para Ex Participantes	77
Beneficio por Muerte para Dependientes	77
Nombramiento de Su Beneficiario.....	78
Visión General de los Beneficios por Muerte	78
Programa de Asistencia al Empleado	79
Introducción.....	79
Servicios Cubiertos.....	79

Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones	81
Reclamaciones.....	81
Qué es una Reclamación.....	81
Qué no es una Reclamación	81
Qué es una Determinación Adversa de Beneficio	81
Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés)	82
Qué es una Rescisión de Cobertura	82
Procedimientos de Reclamaciones.....	82
Qué tiene que incluirse en una Reclamación.....	82
Tipos de Reclamaciones	83
Reclamaciones Pre-Servicio	83
Reclamaciones de Atención de Urgencia	84
Reclamaciones Concurrentes.....	85
Reclamaciones Post-Servicio.....	85
Aviso de Determinación de Beneficio Inicial	86
Cómo Apelar una Determinación Adversa de Beneficio mediante los Procedimientos de Apelaciones Internas.....	87
Representante Autorizado	87
Los Procedimientos de Apelaciones Internas.....	87
Cuándo Puede Esperar un Decisión Mediante el Proceso de Apelaciones Internas	88
Contenido del Aviso de Apelación de la Decisión	88
Proceso de Revisión Externa.....	89
Revisión Externa de Reclamaciones Estándar (No-Urgentes)	90
Revisión Externa de Reclamaciones Expeditas de Atención de Urgencia	92
Límite en Cuándo Puede Iniciar una Demanda (Acción Civil)	93
Diagrama de Flujo de Proceso de Reclamaciones	93
Diagrama de Visión General para el Proceso de Revisión Externa.....	94
 Información Requerida Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA).....	 95
Privacidad de su Información de Salud conforme a HIPAA	95
Aviso de Privacidad.....	95
Cambios al Aviso de Privacidad	96
Otros Avisos de Privacidad	96
Quién Ve Su Información de Salud	96
La Promesa del Plan de Salud a Usted.....	96
Cómo el Plan de Salud Usa y Divulga Su Información de Salud.....	96
Situaciones Especiales.....	98
Sus Derechos Respecto a la Información de Salud que el Plan Mantiene Sobre Usted	99
Otros Usos de la Información Médica	100
Dónde Obtener los Formularios HIPAA PHI	101
Dónde Presentar las Quejas o Enviar los Formularios HIPAA PHI Completos	101
Organizaciones mediante las que se Administran o Proporcionan los Beneficios	101
Departamento del Trabajo	101
Información de Contacto.....	102

Información Requerida por la Ley de Garantía e Ingresos por Jubilación del Empleado ERISA de 1974..... 103

Declaración de Derechos según la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado ERISA de 1974 105

 Recibir Información sobre Su Plan y Beneficios..... 105

 Continúe la Cobertura de Grupo del Plan de Salud 105

 Acciones Prudentes por los Fiduciarios del Plan..... 105

 Haga Valer Sus Derechos 106

 Asistencia con Sus Preguntas 106

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

Plan Activo de los Obreros

Introducción

MIEMBROS DE KAISER

Remítase a su Prueba de Cobertura (EOC/ Divulgaciones) que describe los beneficios, limitaciones y exclusiones en su plan.

Nos complace proporcionarle esta edición de su Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés). Esta SPD describe los beneficios que tiene a su disposición a través del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California efectivo al 1 de junio de 2016 y reemplaza todos los demás documentos del plan que se le proporcionaron previamente.

Esperamos que lea la SPD completamente para familiarizarse con los términos y disposiciones de su plan de salud y bienestar. Al familiarizarse con los términos de su Plan, creemos que ahorrará dinero y usará sus beneficios inteligentemente.

Aunque la mayor parte de la información en la SPD tiene que ver con el **Plan de Pago Directo**, la otra información descrita en la SPD aplica independientemente de que esté inscrito en el Pago Directo o en el Plan de Kaiser Permanente opcional y será identificada a través de la SPD.

Esta SPD describe sus beneficios tan precisamente como es posible y en un lenguaje cotidiano. La misma incluye y explica las secciones siguientes:

- ❖ **Elegibilidad:** Resume cómo y cuándo son elegibles sus Dependientes a los beneficios.
- ❖ **Tipo de cobertura:** Resume la amplia gama de beneficios de atención a la salud que tiene a su disposición tales como médicos, hospitalarios, de medicamentos de receta, dentales y de atención a la vista.
- ❖ **Cómo y dónde se presentan las reclamaciones** y, si es denegada su reclamación, cómo presentar una apelación de beneficios.
- ❖ **Disposiciones generales:** Resume el tipo de servicios o gastos que están excluidos o limitados a una asignación máxima de beneficios.
- ❖ **Disposiciones de privacidad de información de salud:** Explica cuál información confidencial de salud suya puede ser usada y divulgada por la Oficina del Fondo Fideicomiso.
- ❖ **Información general** sobre sus derechos conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (ERISA, por sus siglas en inglés) incluyendo la Información de Contacto en la página 103 para las diversas organizaciones o proveedores de atención a la salud que administran sus beneficios y que pueden ayudarle si tiene alguna pregunta.

Para estar cubierto para cualquiera de los beneficios esbozados en esta SPD, tiene que ser elegible al momento en que se proporcionan los servicios cubiertos de atención a la salud. Si tiene preguntas sobre sus beneficios o cómo puede afectarle una regla a usted o a sus Dependientes elegibles, llame o escriba a la Oficina del Fondo Fideicomiso.

La SPD está basada en las Reglas y Reglamentos oficiales del Plan Activo de los Obreros. Usted y sus Dependientes elegibles tienen derecho a tener una copia de estas Reglas y Reglamentos. Cuando se realiza un cambio a la elegibilidad, los beneficios o a cualquier sección en las Reglas y Reglamentos del Plan, usted será informado de los cambios en forma de un Aviso de Cambio Importante de Beneficio del Plan (un Resumen de Modificaciones Materiales o SMM, por sus siglas en inglés). Deberá conservar todos los avisos junto con esta SPD. Los avisos también pueden leerse, descargarse o imprimirse en el sitio web de los Fondos Fideicomisos.

REGLAS Y REGLAMENTOS

Para obtener una copia de las Reglas y Reglamentos del Plan, puede descargarla del  sitio web www.norcalaborers.org o llamar a la Oficina del Fondo Fideicomiso.

Nosotros, la Junta de Fideicomisarios (“Junta”) del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros, tenemos la autoridad exclusiva para resolver cualquier asunto respecto a la interpretación de las disposiciones del Plan descrito en esta SPD. Ningún empleador o sindicato, ni ninguno de sus representantes está autorizado para interpretar el Plan a nombre nuestro ni ninguna de estas entidades puede actuar como agente nuestro.

Deberá guardar esta SPD en un lugar accesible y referirse al mismo cuando tenga preguntas sobre el Plan. Asegúrese de compartir esta SPD con sus Dependientes que también estén cubiertos por el Plan.

Atentamente,

Junta de Fideicomisarios

1 de junio de 2016

Información Importante

- ❖ **Reglas y Reglamentos del Plan – Autoridad Prevaliente.** En caso de cualquier conflicto entre la SPD y las Reglas y Reglamentos del Plan Activo de los Obreros, siempre prevalecerán las Reglas y Reglamentos oficiales.
- ❖ **Autoridad de la Junta de Fideicomisarios.** La Junta tiene el derecho de cambiar o discontinuar las reglas de elegibilidad y los tipos y cantidades de beneficios proporcionados conforme a este Plan.
- ❖ **El Papel de la Oficina del Fondo Fideicomiso.** La Junta ha autorizado a la Oficina del Fondo Fideicomiso a responder a sus preguntas respecto a la elegibilidad o beneficios a su nombre. Usted deberá enviar sus preguntas por escrito a la Oficina del Fondo Fideicomiso para obtener una respuesta escrita formal. La Oficina del Fondo Fideicomiso también puede responder informalmente a las preguntas orales, no obstante, debe tener en cuenta que las respuestas e información dadas verbalmente no pueden ser base en cualquier disputa respecto a sus beneficios y puede que no sean vinculantes para la Junta.
- ❖ **Género.** Siempre que cualquier palabra sea usada en esta SPD en el género masculino, las mismas deberán ser consideradas como si se hubieran usado en el género femenino y viceversa.
- ❖ **Acuerdo del Fideicomiso de Salud y Bienestar.** El Acuerdo del Fideicomiso dispone que a los Empleadores Individuales y a los Empleadores Especiales sólo se les requiere hacer pagos o contribuciones al costo de la operación del Fondo o del Plan, que estén contenidas en un acuerdo de negociación colectiva, convenio de suscriptor, acuerdo de participación o el Acuerdo de Fideicomiso.

Recursos En Línea



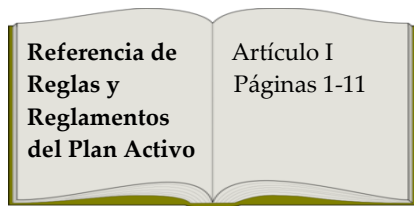
Visite el sitio web del Fondo para obtener la más reciente información sobre su Plan de Salud y Bienestar. También puede descargar o imprimir formularios, la comparación de los beneficios del plan y los folletos en el sitio web.

Portal de Miembros 24/7 – Regístrese para acceder a su historia de elegibilidad y a la información de beneficios. El sitio web del Fondo Fideicomiso tiene un enlace directo al Portal de Miembros en donde usted puede establecer una cuenta segura en línea para obtener el acceso, 24 horas al día, 7 días a la semana, para su historial de elegibilidad y su información de beneficios.



Envíe un correo electrónico si tiene alguna pregunta a:
customerservice@norcalaborers.org

Glosario de Términos del Plan



Los términos siguientes son usados frecuentemente para explicar su Plan de Salud y Bienestar.

Participante Activo o Participante	Significa un Empleado de un Empleador Individual que ha establecido la elegibilidad conforme al Plan.
Ley de Cuidado Asequible (ACA)	Significa la ley federal de atención a la salud que fue promulgada el 23 de marzo de 2010. Consulte la página 45 para más información.
Cargo Autorizado; Cantidad Autorizada; Cargo Autorizable	Significa la cantidad máxima de dólares que el Plan autorizará para los Gastos Cubiertos. Para un Proveedor Preferido significa la cantidad de contrato negociada. Para un Proveedor No-Preferido, significa la cantidad establecida por una organización de revisión independiente contratada por el Fondo. Ninguna de las cantidades excederá de los cargos facturados por el proveedor.
Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC)	Significa una instalación independiente con licencia no dentro de un hospital en donde se realizan cirugías en base ambulatoria en el mismo día.
BlueCard PPO	Significa la red del Plan de Proveedores Preferidos del Fondo a través de Anthem Blue Cross fuera de California pero aún dentro de los Estados Unidos.
Centros Blue Distinction®	Significa una red de Hospitales reconocida por Anthem Blue Cross por su experiencia en suministrar atención especializada.
Junta de Fideicomisarios o Junta	Significa una Junta conjunta de Fideicomisarios que consiste de un número igual de representantes de los obreros y de la administración. La Junta es responsable de la operación y de la administración en general del Plan.
Coseguro	Significa el Fondo y su parte del costo por un Gasto Cubierto que se muestra como un porcentaje.
Revisión Concurrente	Significa una Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés) que ocurre después de una admisión al Hospital como paciente hospitalizado y mientras esté todavía confinado como paciente de cama.

Copago	Significa una cantidad que usted paga por adelantado por una Visita a la Consulta, Evaluación Médica Electrónica o En Línea de un Médico u otro proveedor cubierto, Visita a una Sala de Emergencias de un Hospital o Medicamentos de Receta.
Cargos Cubiertos	Significa los cargos de Hospitales No-Participantes por hospitalización que estén cubiertos conforme al Plan.
Gastos Cubiertos	Significa el tipo de servicios y suministros médicos que están cubiertos conforme al Plan.
Deducible	Significa la cantidad que usted paga cada Año del Plan antes de que el Plan comience a pagar ciertos beneficios por Gastos Cubiertos.
Periodo del Deducible Remanente	Significa los últimos tres meses del Año del Plan, diciembre, enero y febrero. Cualquier Deducible anual que usted pagó durante el periodo del remanente será aplicado a su Deducible por el próximo Año del Plan.
Dependiente	Significa su cónyuge legal o Compañero Doméstico, Su hijo natural, adoptado o hijastro o de su Compañero Doméstico o un hijo adquirido mediante una tutela legal o agencia de acogida menor de 26 años (los hijos Dependientes están cubiertos hasta el final del mes en el que cumplen 26 años de edad). Hijo incapacitado mayor de 26 años de edad, si el hijo era elegible como Dependiente conforme al Plan previo a la edad de 26, y que se encuentra impedido de ganarse la vida debido a una incapacidad mental o física siempre y cuando el hijo sea principalmente dependiente del Participante para su sustento.
Individuo Elegible	Significa un Participante o un Dependiente elegible del Participante.
Condición Médica de Emergencia	Significa una condición médica que sin tratamiento médico inmediato pondría seriamente en peligro su salud.
Servicios de Emergencia	Significa servicios ambulatorios en una sala de emergencias de un Hospital por una Condición Médica de Emergencia.
Empleado	Significa una persona que está trabajando para un Empleador Individual y por el que se hacen contribuciones al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros.
Año del Plan ERISA	Significa del 1 de junio hasta el 31 de mayo cada año. Este es el periodo de contabilidad fiscal del Plan y es diferente del Año del Plan de beneficios que es desde el 1 de marzo hasta el 28 de febrero de cada año.

**Procedimientos
Experimentales o
Investigativos**

Significa un medicamento, dispositivo o tratamiento o procedimiento médico si:

- a. El medicamento o dispositivo no puede ser mercadeado legalmente sin la Aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés); y
 - (1) La aprobación para el mercadeo no ha sido concedida al momento en que el medicamento o dispositivo es recetado o proporcionado; o
 - (2) No ha sido concedida la aprobación por la FDA para el diagnóstico, enfermedad o condición específica para la que se recetó o proporcionó el medicamento o el dispositivo; o
- b. El medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento, o el documento del consentimiento informado del paciente utilizado con el medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento, fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la instalación que proporciona el tratamiento u otro cuerpo que sirva una función similar, o si la ley federal requiere una revisión o aprobación; o
- c. La **“Prueba Fiable”** muestra que el medicamento, el dispositivo, el tratamiento o procedimiento médico es objeto de pruebas clínicas en curso de fase I o fase II, es el brazo de investigación, experimental, de estudio o investigativo de pruebas clínicas en curso de fase III, o está por otro lado siendo estudiada para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia si se compara con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico; o
- d. La **“Prueba Fiable”** muestra que la opinión prevaleciente entre los expertos respecto al medicamento, el dispositivo, el tratamiento o procedimiento médico es que son necesarios estudios o pruebas clínicas adicionales para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia cuando se compara con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico.

Para el fin de esta Sección, **“Prueba Fiable”** significa solamente los informes y artículos publicados en literatura de autoridad médica y científica revisada por otros colegas; el protocolo o los protocolos escritos usados por el centro de tratamiento o el(los) protocolo(s) de otro centro que esté estudiando sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, 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, dispositivo, tratamiento o procedimiento médico.

Fondo	Significa el Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California.
Plan de Grupo	Significa cualquier plan que proporcione beneficios del tipo proporcionado por este Plan que está financiado total o parcialmente por los pagos de un empleador.
Hospital	Significa Hospitales con licencia de atención general grave que proporcionan atención 24/7. Hospital también significa instalaciones independientes de tratamiento psiquiátrico y de tratamiento para abuso de sustancias.
Banco de Horas	Significa una cuenta establecida para cada Empleado en la que se depositan las horas de trabajo.
Empleador Individual	Significa un empleador al que mediante un convenio de negociación colectiva o un convenio de subscritor se le requiere que contribuya al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California.
Sindicato Local o Sindicato	Significa cualquier sindicato local afiliado con el Sindicato cuyos miembros realizan trabajo cubierto por el Convenio Maestro de los 46 Condados del Norte de California de los Obreros.
Asignación Máxima del Plan (MPA)	Significa el máximo de dólares autorizado por el Plan para Gastos Cubiertos específicos. Consulte Cargo Autorizado en la página 1 para más información.
Medicamento Necesario	Significa servicios que han sido determinados por la Junta de Fideicomisarios como apropiados y necesarios para los síntomas, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, proporcionados para el diagnóstico o atención directa y tratamiento de una enfermedad o lesión; dentro de los estándares de una buena práctica médica; no primariamente para la comodidad personal o conveniencia del paciente, la familia del paciente, o de cualquier cuidador, proveedor o instalación; el suministro o nivel más apropiado de servicio que puede proveerse con seguridad; y que no son más costosos que cualquier otro curso de tratamiento, servicio o secuencia de servicios igualmente efectivos. Consulte el Artículo I, Sección 31.00 de las Reglas y Reglamentos del Plan para más detalles sobre el término “Medicamento Necesario”.

Hospital No-Participante	Significa un Hospital que no es parte del Plan de Proveedores Preferidos del Fondo (también conocido como No-PPO).
Proveedor No-Participante	Significa un Médico, laboratorio, instalación de radiología, Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés) u otro proveedor con licencia de atención a la salud que no sea parte del Plan de Proveedores Preferidos del Fondo (también conocidos como No-PPO).
Máximo de Bolsillo	Significa el límite de dólares del Año del Plan que usted paga incluyendo las cantidades de los Copagos, Deducible y coseguro para los Gastos Cubiertos incurridos en los Hospitales o Proveedores Participantes.
Hospital Participante	Significa un Hospital que es parte de la red del Plan de Proveedores Preferidos del Fondo (también conocido como PPO).
Proveedor Participante	Significa un Médico, laboratorio, instalación de radiología, Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés) u otro proveedor con licencia de atención a la salud que es parte del Plan de Proveedores Preferidos del Fondo (también conocidos como No-PPO).
Año del Plan	Significa el Año de Beneficios del Plan, del 1 de marzo hasta el 28 de febrero.
Revisión Previa a la Admisión	Significa una Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés) para una admisión electiva antes de que el Individuo Elegible sea admitido a un Hospital para determinar el número de días de Hospital que son Médicamente Necesarios.
Organización de Proveedores Preferidos (PPO)	Significa una organización de atención médica administrada de proveedores de atención a la salud que tienen un convenio para aceptar tarifas más bajas por sus servicios. Los convenios son entre los proveedores de atención a la salud y Anthem Blue Cross (no el Fondo).
Plan de Proveedores Preferidos	Significa un programa o un plan de beneficios que usa los servicios de una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) para la prestación de servicios médicos a tarifas negociadas de contrato.
Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferidos	Significa todos los códigos postales para los Condados de California en donde viven los Individuos Elegibles y están sujetos a las disposiciones de reembolso del Plan de Proveedores Preferidos. El

Área de Servicio del Plan de Proveedores Preferidos también incluye la red nacional PPO BlueCard.

Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés)

Significa la compañía bajo contrato con el Fondo para prestar servicios al Plan para la Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés).

Revisión Retrospectiva

Significa una Revisión de Utilización (UR) que ocurre después del alta del Hospital cuando no ha habido Revisión Previa a la Admisión y/o Concurrente.

Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés)

Significa una revisión que determina el número de días de Hospital que son Medicamento Necesarios para una hospitalización. Hay tres tipos diferentes de Revisión de Utilización:

1. Revisión Previa a la Admisión – requerida para todas las admisiones electivas al Hospital (excepto para ciertas hospitalizaciones de maternidad).
2. Revisión Concurrente – cualquier admisión a un Hospital.
3. Revisión Retrospectiva – tiene lugar después de que el paciente ha sido dado de alta cuando no se ha obtenido la Revisión requerida Previa a la Admisión o Concurrente.

Sitio en Base al Valor

Significa, para cirugía de rutina de reemplazo total de una cadera o de reemplazo de una rodilla, un Hospital designado que es parte de la red del Plan de Proveedores Preferidos del Fondo. Para procedimientos ambulatorios de artroscopia, cataratas o colonoscopia, significa un Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés) que es parte de la red del Plan de Proveedores Preferidos del Plan.

Planes de Salud Disponibles y Opciones

Planes de Atención a la Salud Hospitalarios y Médicos

Ambos Planes, el de Pago Directo y el de Kaiser Permanente ofrecidos a través del Fondo proporcionan beneficios completos médico-hospitalarios y de Medicamentos de receta a usted y a sus Dependientes elegibles.

Cuando usted es elegible por vez primera, está automáticamente inscrito en el Plan de Pago Directo para beneficios médico-hospitalarios y de Medicamentos de receta. Si vive o trabaja dentro un área de servicio de Kaiser en el Norte de California, puede cambiarse a Kaiser antes o después de que sea elegible al presentar un formulario de Solicitud de Planes Activos. **Para cualquier opción de plan que elija, sus Dependientes tienen que estar inscritos en el mismo plan.**

INSCRIPCIÓN ABIERTA

No hay un periodo anual de inscripción abierta para los planes médicos. A usted se le permite cambiarse entre los dos planes médicos en cualquier momento en un año calendario hasta un máximo de dos veces por cada año calendario.

Si está considerando a Kaiser como su plan médico-hospitalario preferido, hay un folleto por separado de Prueba de Cobertura EOC/Divulgaciones que explica los beneficios, limitaciones y exclusiones del Plan de Kaiser Permanente. Si desea más información sobre el Plan de Kaiser Permanente **antes** de considerar un cambio de plan, llame a la Oficina del Fondo Fideicomiso para solicitar un folleto del Plan de Kaiser Permanente. De lo contrario se le enviará automáticamente un folleto después de que se haya recibido su solicitud para un cambio de plan y haya sido procesada por la Oficina del Fondo Fideicomiso. Si tiene preguntas sobre el Plan de Kaiser Permanente, también puede llamar directamente a Kaiser.

Deberá revisar atentamente la Comparación de los Planes de Beneficios, esta SPD, y si fuera necesario, las Reglas y Reglamentos oficiales del Plan y la EOC del Plan de Kaiser Permanente, para ver el plan que satisface sus necesidades de atención a la salud y las de sus Dependientes.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Kaiser Permanente

 1-800-464-4000

 www.kaiserpermanente.org

Antes de cambiar de planes, es posible que desee considerar hacer el cambio efectivo al comienzo del Año del Plan. Esto significa que su Formulario de Solicitud tiene que estar en la Oficina del Fondo Fideicomiso para el 15 de enero a más tardar para una fecha efectiva del 1 de marzo.

Cuando usted cambia de planes, se le notificará **por escrito** confirmando la fecha efectiva del cambio. **No asuma que su plan ha cambiado hasta que reciba una carta de la Oficina del Fondo Fideicomiso confirmando la fecha efectiva de su nuevo plan.**

Si usted es un Beneficiario Calificado de COBRA, se le permite cambiar de planes de la misma manera y el mismo número de veces en un año calendario justo igual que a los Empleados. Consulte la página 32 para más información respecto a COBRA.

DE BOLSILLO

Si cambia de Planes, cualquier deducible o costos de bolsillo que hayan sido aplicados conforme a su plan viejo no contarán contra su deducible o porción de bolsillo requerida conforme a su nuevo plan.

Área de Servicio del Plan de Pago Directo

Sólo se proporciona cobertura en todos los Estados Unidos, sus Territorios y Posesiones. Los Gastos Cubiertos ocurridos fuera de los Estados Unidos, sus Territorios y Posesiones estarán limitados a Servicios de Emergencia según sean determinados por el Plan.

Área de Servicio del Plan de Kaiser Permanente

Sólo se proporciona cobertura en todas las instalaciones de Kaiser Permanente en todo el **Norte de California**. La cobertura fuera del **Norte de California** está limitada a los servicios de atención de emergencia solamente. Consulte la Prueba de Cobertura/Divulgaciones de Kaiser Permanente.

Planes de Atención Dental

Cuando usted es elegible para beneficios médico-hospitalarios, independientemente de cuál plan elija, también es elegible para participar en uno de cuatro planes dentales ofrecidos por el Fondo. Cualquiera que sea la opción de plan dental que elija, sus Dependientes tienen que estar inscritos en el mismo plan.

Folletos de Planes Dentales

Para la información detallada sobre beneficios dentales, comuníquese con la Oficina del Fondo Fideicomiso. Estos planes están descritos en folletos por separado.

Cuando usted es elegible por vez primera, está automáticamente inscrito en el Plan Delta Dental para los beneficios de atención dental. Usted puede elegir cambiar a uno de los planes dentales opcionales que aparecen más adelante presentando un Formulario de Inscripción Dental de los Planes Activos antes de que sea elegible o **dentro de los 60 días** de ser elegible por vez primera, de otra forma usted puede cambiar de plan dental sólo durante la Inscripción Abierta anual (OE, por sus siglas en inglés). Después de su elección inicial, a usted se le permite cambiar de planes cada marzo, comenzando con el Año del Plan presentando un nuevo Formulario de Inscripción Dental.

Las opciones de plan dental están esbozadas en la Comparación de Planes Dentales. Los planes están explicados en mayor detalle en cada resumen oficial de beneficios, exclusiones y limitaciones del plan.

Si, después de revisar la Comparación de Planes Dentales, usted desea ver más información sobre una opción específica de plan dental antes de hacer un cambio, llame a la Oficina del Fondo Fideicomiso para solicitar una copia del resumen oficial de beneficios, exclusiones y limitaciones.

Si usted es un Beneficiario Calificado de COBRA, la Oficina del Fondo Fideicomiso le ofrecerá los mismos beneficios médico-hospitalarios, de Medicamento con receta, dentales y de la vista que tenga el día antes del Evento Calificador. Usted tiene la opción de rechazar los beneficios de atención dental y de la vista – los “Beneficios No-Básicos” – cuando usted se inscribe por vez primera para la Cobertura de Continuación COBRA. No obstante, no puede elegir beneficios dentales y de la vista solamente sin un plan médico-hospitalario.

Delta Dental de California

Delta Dental es el plan dental auto-financiado del Fondo administrado por Delta Dental de California.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Delta Dental

 1-800-765-6003

 www.deltadentalins.com

Lea cuidadosamente el folleto del plan Delta Dental que contiene la “Tabla de Asignaciones” (la lista de los servicios dentales cubiertos y cuánto pagará el Plan por cada servicio dental cubierto-después de su Deducible anual, en lo que sea aplicable) y explica los beneficios, exclusiones y limitaciones del plan dental auto-financiado. **Importante:** Solamente los servicios dentales listados en la “Tabla de Asignaciones” están cubiertos por el Plan. La responsabilidad de pagar los cargos que excedan de las cantidades listadas en la Tabla de Asignaciones es suya además de cualquier Deducible del Año del Plan aplicable al igual que todos los cargos que excedan del Máximo anual del Año del Plan.

Si usted elije quedarse con Delta Dental, está en libertad de seleccionar a su propio dentista. No obstante, puede que desee considerar usar dentistas que contraten con Delta Dental bajo las redes ya sea la de Delta Premier o la de Delta PPO. Los dentistas que participen bajo cualquiera de estas redes ya han tenido sus tarifas previamente aprobadas por Delta Dental y no se les permite facturarle a usted por cualquier cantidad que esté por encima de las tarifas previamente aprobadas.

La diferencia entre la red “Premier” y la red “PPO” es que los dentistas en la red “PPO” de Delta han acordado aceptar tarifas más bajas por sus servicios. Esto le ahorrará dinero en base al costo de los servicios dentales cubiertos listados en la “Tabla de Asignaciones”.

DeltaCare USA

DeltaCare USA es una Organización de Mantenimiento de Salud Dental (DHMO, por sus siglas en inglés) pre pagada completamente asegurada. Conforme a este tipo de plan, usted tiene que pre-seleccionar su consulta dental o dentista de una lista de proveedores dentales participantes.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

DeltaCare USA

 1-800-422-4234

 www.deltadentalins.com

Antes de que se decida por este tipo de plan, deberá leer muy atentamente el folleto del plan de DeltaCare USA que contiene la lista de servicios dentales cubiertos y explica los beneficios, exclusiones y limitaciones del plan. Los servicios dentales no listados en la tabla de servicios dentales cubiertos no están cubiertos por el plan. Pregunte antes de hacer el cambio porque no puede cambiarse a otro plan hasta la próxima Inscripción Abierta (OE, por sus siglas en inglés).

Bajo el plan DeltaCare USA, no hay Deducible anual ni hay un máximo para el Año del Plan. La mayoría de los servicios dentales cubiertos tienen Copagos fijos y algunos servicios dentales cubiertos no tienen Copago.

UnitedHealthcare Dental

(Anteriormente Pacific Union Dental)

INFORMACIÓN DE CONTACTO

UnitedHealthcare Dental

 1-800-999-3367

 www.myuhcdental.com

UnitedHealthcare Dental es una Organización de Mantenimiento de Salud Dental (DHMO, por sus siglas en inglés) completamente asegurada pre pagada. Bajo este tipo de plan, usted sólo puede usar dentistas **“en la red”**. Para localizar a un dentista **“en la red”**, visite el sitio web de UnitedHealthcare

Dental y pulse en “Encontrar un Dentista”. Un dentista **“en la red”** es uno que participa en el plan **“CA Select Managed Care Direct Compensation”** [Compensación Directa de Atención Administrada Directa de CA] de UnitedHealthcare Dental. No necesita “pre-seleccionar” un dentista pero siempre tiene que usar un dentista “en la red”. Los dentistas están disponibles sólo en California.

Antes de que decida inscribirse en el plan UnitedHealthcare Dental, deberá leer cuidadosamente los materiales oficiales del plan que contiene la lista de servicios dentales cubiertos y explica los beneficios, exclusiones y limitaciones del plan. Los servicios dentales no enumerados en la lista de servicios cubiertos no están cubiertos por el plan. Pregunte antes de hacer el cambio porque no puede cambiarse a otro plan hasta la próxima Inscripción Abierta (OE, por sus siglas en inglés).

Bajo este plan, no hay Deducible del Año del Plan o un máximo para el Año del Plan. La mayoría de los servicios dentales cubiertos tienen Copagos fijos y algunos servicios dentales cubiertos no tienen Copago.

Bright Now! Dental

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Bright Now! Dental

 1-888-274-4486

 www.brightnow.com

Bright Now! Dental es una Organización de Mantenimiento de Salud Dental (DHMO, por sus siglas en inglés) completamente asegurada pre pagada. Conforme a este tipo de plan, usted tiene que pre-seleccionar su consulta dental o dentista de una lista de proveedores dentales participantes.

Antes de que decida sobre este tipo de plan, deberá leer muy cuidadosamente el folleto del plan Bright Now! Dental que contiene la lista de servicios dentales cubiertos y explica los beneficios, exclusiones y limitaciones del plan. Los servicios dentales no enumerados en la lista de servicios dentales cubiertos no están cubiertos por el plan. Pregunte antes de hacer el cambio porque no puede cambiarse a otro plan hasta la próxima Inscripción Abierta (OE, por sus siglas en inglés).

Bajo el plan Bright Now! Dental, no hay Deducible anual ni hay un máximo para el Año del Plan. La mayoría de los servicios dentales cubiertos tienen Copagos fijos y algunos servicios dentales cubiertos no tienen Copago.

Inscripción Abierta

La Inscripción Abierta (OE, por sus siglas en inglés) para los planes dentales comienza el 1 de diciembre y termina el 15 de febrero para una fecha efectiva del 1 de marzo. El propósito de la OE es permitirle cambiar su opción de plan dental.

Si usted es un Beneficiario Calificado de COBRA que rechazó la inscripción en un plan dental cuando fue elegible por vez primera para COBRA o eligió un plan dental pero luego canceló la cobertura, no podrá inscribirse de nuevo en un plan dental durante la Inscripción Abierta.

Formulario de Inscripción Dental

Si decide cambiar de planes dentales, ya sea durante la Inscripción Abierta o dentro de los 60 días de ser elegible por vez primera, tiene que completar un Formulario de Inscripción Dental de los Planes Activos. Asegúrese de completar el formulario respondiendo a todas las preguntas, firmando, fechando y luego enviando por correo el formulario completado a la Oficina del Fondo Fideicomiso para que el mismo sea recibido no pasados los 60 días después de su fecha inicial de elegibilidad. Si está presentándolo durante la Inscripción Abierta, el mismo tiene que ser recibido por la Oficina del Fondo Fideicomiso antes del 15 de febrero.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DENTAL

Para obtener un formulario en blanco, comuníquese con la Oficina del Fondo Fideicomiso o descargue el formulario del sitio web  en www.norcalaborers.org.

Cuando usted cambia de planes, se le notificará **por escrito** confirmando la fecha efectiva del cambio. **No asuma que su plan ha cambiado hasta que reciba una carta de la Oficina del Fondo Fideicomiso confirmando la fecha efectiva de su nuevo plan.**

Cuadro de Comparación de Planes Dentales

Características del Plan	Delta Dental of California	Bright Now!	United HealthCare	DeltaCare USA
<i>Tipo de Plan</i>	Plan tradicional de TARIFA-POR-SERVICIO. Usted puede seleccionar a cualquier dentista, sin embargo, su costo de bolsillo es mayor si usa un dentista que no es de Delta Dental Premier.	Plan pre pagado del tipo HMO. Usted selecciona un dentista BrightNow! Newport que proporciona todos los servicios incluyendo los referidos a los Especialistas.	Plan pre pagado del tipo HMO. Usted selecciona un dentista United HealthCare que proporciona todos los servicios incluyendo los referidos a los Especialistas.	Plan pre pagado del tipo HMO. Usted selecciona a un dentista DeltaCare USA que proporciona todos los servicios incluyendo los referidos a los Especialistas.
<i>Área Cubierta</i>	Más de 9,000 dentistas Delta Dental Premier del Norte de California.	Roseville, Modesto, Fresno, Visalia, Oakland, Daly City, Fremont, Martínez, Salinas, San José, Pinole, Belmont, Rohnert Park, Clovis, Sacramento.	Oficinas Dentales por todo el Norte de California.	Dentistas DeltaCare USA por todo el Norte de California.
<i>Selección de Dentistas</i>	Cualquier dentista, no obstante, usted paga menos costos de bolsillo cuando usa un dentista Delta Dental Premier porque las tarifas están negociadas por anticipado y el dentista no puede cargar más de la cantidad previamente negociada.	Dentista Bright Now! solamente. Todos los servicios y referidos tienen que ser proporcionados por un dentista Bright Now! No se pagarán beneficios si los servicios dentales los realiza alguien que no sea un dentista Bright Now!	Solamente un dentista de United HealthCare. Todos los servicios y referidos tienen que ser proporcionados por un dentista de UnitedHealthCare. No se pagarán beneficios si los servicios dentales los realiza alguien que no sea un dentista de United HealthCare.	Solamente un dentista de United HealthCare. Todos los servicios y referidos tienen que ser proporcionados por un dentista de DeltaCare USA. No se pagarán beneficios si los servicios dentales los realiza alguien que no sea un dentista de DeltaCare USA.
<i>Deducible Anual</i>	\$100 por persona, \$300 familia. Servicios diagnósticos y preventivos no sujetos al Deducible del Año del Plan.	Ninguno	Ninguno	Ninguno
<i>Máximo Anual</i>	\$2,500 por persona	No máximo	No máximo	No máximo
<i>Costos de Bolsillo</i>	100% pagaderos por servicios de diagnóstico y preventivo. Pagaderos 70% del cargo autorizado por servicios de importancia.	Copagos mínimos	Copagos mínimos	Copagos mínimos
<i>Beneficios de Ortodoncia</i>	\$1,500 máximo vitalicio por persona. Cobertura para el miembro, el cónyuge y los hijos.	Tarifa inicial de \$350. Copago del miembro hasta \$2,045. Cobertura para el miembro, el cónyuge y los hijos.	Tarifa inicial de \$350. Copago del miembro de hasta \$2,250. Cobertura para el miembro, el cónyuge y los hijos comenzando a la edad de 10 años.	Tarifa inicial de \$350. La cobertura para adultos es de hasta \$1,800 y para los hijos es de hasta \$1,600.

Plan de Cuidado de la Vista

Cuando usted es elegible para beneficios médico-hospitalarios, independientemente del plan médico-hospitalario que elija, también es elegible para los beneficios de cuidado de la vista.

Folletos del Plan de la Vista

Para la información detallada sobre sus beneficios de la vista, comuníquese con la Oficina del Fondo Fideicomiso. Los beneficios se describen en un folleto por separado.

Si usted es un Beneficiario Calificado de COBRA, la Oficina del Fondo Fideicomiso le ofrecerá los mismos beneficios médico-hospitalarios, de Medicamentos de receta, dentales y de la vista que tenga el día antes del Evento Calificador. Usted tiene la opción de rechazar los beneficios dentales y de cuidado de la vista – los “Beneficios No-Básicos” – cuando se inscribe por vez primera para la Cobertura de Continuación de COBRA. Sin embargo, no puede elegir beneficios dentales y de la vista solamente sin un plan médico-hospitalario.

Participantes del Plan de Pago Directo

Cuando sea elegible por vez primera, usted está automáticamente inscrito en el Plan de Pago Directo para el plan médico-hospitalario y en el Plan de la Vista Anthem Blue Cross Blue View para el cuidado de la vista. El Fondo **no** ofrece otros planes para la vista a los Participantes que están inscritos en el Plan de Pago Directo. Si desea hacer un cambio a su plan de la vista, tiene que cambiar primero de plan médico-hospitalario a Kaiser Permanente e inscribirse en su Plan Vision Essentials.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Blue View Vision

 1-866-723-0515

 www.anthem.com/ca

Participantes del Plan Kaiser Permanente

Si está inscrito en el Plan Kaiser Permanente cuando sea elegible por vez primera, usted está inscrito automáticamente en el Plan Vision Essentials de Kaiser Permanente. Puede elegir cambiarse al Plan de la Vista Anthem Blue Cross Blue View presentando un Formulario de Inscripción en los Planes Activos de la Vista antes de que sea elegible o **dentro de los 60 días** de ser elegible por vez primera, de otro modo usted puede cambiar su plan de la vista solamente durante la Inscripción Abierta (OE) – ver Inscripción Abierta más adelante.

Inscripción Abierta

(Participantes del Plan Kaiser Permanente solamente)

Después de su elección inicial, a usted se le permite cambiar de planes de la vista cada marzo, el comienzo del Año del Plan, presentando un Formulario de Inscripción de la Visa nuevo. La Inscripción Abierta (OE) comienza el 1 de diciembre y termina el 15 de febrero para una fecha efectiva del 1 de marzo. El propósito de la Inscripción Abierta es permitirle cambiar su opción de plan de la vista.

Si usted es un Beneficiario Calificado de COBRA que rechazó la inscripción en un plan de la vista cuando fue elegible por vez primera para COBRA o que eligió un plan de la vista pero posteriormente canceló la cobertura, no podrá inscribirse nuevamente para un plan de la vista durante la Inscripción Abierta (OE).

Formulario de Inscripción para la Vista

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA VISTA

Para obtener un formulario en blanco, comuníquese con la Oficina del Fondo Fideicomiso o descargue el formulario del sitio web  del Fondo Fideicomiso en www.norcalaborers.org.

Si decide cambiar de planes de la vista, ya sea durante la Inscripción Abierta o dentro de los 60 días de ser elegible por vez primera, tiene que completar un Formulario de Inscripción de la Vista. Asegúrese de completar el formulario respondiendo a todas las preguntas, firmando, fechando y luego enviando por correo el formulario completado a la Oficina del Fondo Fideicomiso no más tarde de 60 días después de su fecha inicial de elegibilidad.

Cuando usted cambia de planes, se le notificará **por escrito** confirmando la fecha efectiva del cambio. **No asuma que su plan ha cambiado hasta que reciba una carta de la Oficina del Fondo Fideicomiso confirmando la fecha efectiva de su nuevo plan.**

Cuadro de Beneficios de la Vista de Anthem Blue Cross Blue View

Cuando usted use un proveedor de la Vista, tendrá derecho a descuentos en los cargos por algunos artículos no-cubiertos por el Plan.

Beneficio Cubierto y Limitación de Frecuencia	PROVEEDOR EN LA RED		PROVEEDOR FUERA DE LA RED
	Asignación del Plan	Su Copago	
Examen Rutinario de la Vista <i>Cada 12 meses</i>	Totalmente cubierto	\$10	Asignación de \$37 solamente
Montura de Lentes <i>Cada 24 meses</i>	\$145	Usted paga el balance después de la asignación de \$145 menos un 20% de descuento	Asignación de \$40 solamente
Lentes estándares para anteojos <i>Cada 12 meses</i> Sólo 1 par de lentes Mono focales, Bifocales, Trifocales o lenticulares	Totalmente cubierto	\$20 (límite de 1 par)	Asignación de \$34 a \$68 sólo dependiendo del tipo de lentes
Lentes de Contacto (Convencionales) <i>Cada 12 meses</i>	\$120	Usted paga el balance después de la asignación de \$120 menos un 15% de descuento	Asignación de \$100 solamente

Cuadro de Beneficios de Vision Essentials de Kaiser

Beneficio Cubierto y Limitación de Frecuencia	EN LOS CENTROS ÓPTICOS DE KAISER PERMANENTE		
	Asignación del Plan	Su Copago	Notas
Examen Rutinario de la Vista <i>No hay límite</i>	Totalmente cubierto	\$15	No copago por las evaluaciones preventivas
Montura de Lentes <i>Cada 24 meses</i>	\$145	Usted paga el balance después de la asignación de \$145	Monturas de moda con precios entre \$40 a \$99
Lentes estándares para anteojos <i>Cada 12 meses</i>	Totalmente cubierto		Sólo 1 par de lentes plásticos transparentes, mono focales, multifocales con tope plano o lenticulares
Lentes de Contacto (Convencionales) <i>Cada 12 meses</i>	\$120	Usted paga el balance después de la asignación de \$120	Ordene los reabastecimientos en línea en kp2020.org/noca

Avisos Importantes de Cambios de Beneficios del Plan

Cuando hay un cambio al Plan de Pago Directo o de Kaiser Permanente, uno de los planes dentales o uno de los planes de la vista que se considera como una “modificación material al Plan”, usted será notificado previo a la fecha efectiva del cambio. Sin embargo, no todos los cambios son considerados como modificaciones materiales. Una modificación material es generalmente un cambio importante o significativo en los beneficios o en las reglas del Plan y resultará en enmiendas a los Planes, la Prueba de Cobertura u otros resúmenes de beneficios.

Qué son Planes “Auto-financiados”

Los planes auto-financiados son en los que el Fondo asume el riesgo financiero proporcionando los beneficios del Plan a los Individuos Elegibles. Los planes auto-financiados del Fondo son el:

- Plan de Pago Directo (incluyendo los medicamentos de receta)
- Delta Dental of California
- De la vista Anthem Blue Cross’ Blue View

Para poder desempeñar algunas de las obligaciones administrativas auto-financiadas, el Fondo tiene contratos con otras varias compañías tales como Anthem Blue Cross (ABC), Delta Dental of California y OptumRx. El Fondo paga una cuota mensual a cada una de estas compañías para que realicen ciertas obligaciones administrativas a nombre del Fondo.

Qué Son Planes “Totalmente Asegurados”

Un plan totalmente asegurado es uno por el cual el Plan paga una prima mensual al plan y el plan asume el riesgo financiero de proporcionar beneficios a los Individuos Elegibles, tales como el Plan Kaiser Permanente, DeltaCare USA, Bright Now! Dental y UnitedHealthcare Dental. Además, los planes totalmente asegurados tienen que incluir los beneficios ordenados por el estado.

Todos los beneficios, ya sean auto-financiados o totalmente asegurados, son pagados primariamente de las contribuciones hechas al Fondo por los Empleadores Individuales que son signatarios de un convenio de negociación colectiva o de un convenio de suscriptor entre el Sindicato y los grupos de empleadores.

Procedimientos de Querellas para Planes Dentales y de la Vista

Delta Dental of California, DeltaCare USA, UnitedHealthcare Dental, Bright Now! Dental y Anthem Blue Cross Blue View Vision tienen procedimientos de quejas para atender las quejas. Si tiene alguna queja con una de estas compañías, deberá primero procurar la resolución usando el procedimiento de quejas antes de apelar a la Junta de Fideicomisarios del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California. No obstante, si la queja tiene que ver con su elegibilidad conforme al Plan, comuníquese con la Oficina del Fondo Fideicomiso.

Visión General de las Opciones del Plan

Médico-Hospitalario y Medicamentos de Receta	Atención Dental	Atención de la Vista
Plan de Pago Directo (El plan médico predeterminado al principio de la elegibilidad a menos que se cambie a Kaiser Permanente de antemano)	Delta Dental de California (El plan dental predeterminado al principio de la elegibilidad a menos que se haya cambiado a otro plan dental de los que aparece más adelante de antemano)	Anthem Blue Cross Blue View Vision (BVV) (El único plan predeterminado de la vista para los Participantes inscritos en el Plan de Pago Directo al principio de la elegibilidad)
Kaiser Permanente Sólo está disponible si vive dentro de un área de servicio en el Norte de California	DeltaCare USA Bright Now! Dental UnitedHealthcare Dental	Kaiser Vision Essentials (El plan predeterminado de la vista para los Participantes inscritos en Kaiser Permanente al principio de la elegibilidad)
Usted puede cambiarse de planes hasta dos veces por cada año calendario	Usted puede cambiarse de planes al comienzo del Año del Plan solamente (1 de marzo)	Solamente los Participantes de Kaiser Permanente Usted puede cambiarse entre Blue View Vision y Kaiser Vision Essentials al comienzo del Año del Plan solamente (1 de marzo)
Todos los miembros de una familia tienen que inscribirse en el mismo plan	Todos los miembros de una familia tienen que inscribirse en el mismo plan	Todos los miembros de una familia tienen que inscribirse en el mismo plan

Formulario de Inscripción

A todos los Participantes que trabajan para un Empleador Contribuyente se les requiere completar y enviar un Formulario de Inscripción a la Oficina del Fondo Fideicomiso. La información en su Formulario de Inscripción es muy importante y es el recurso usado por la Oficina del Fondo Fideicomiso para identificarle y a dónde enviarle materiales de información. Deberá presentar un Formulario de Inscripción inmediatamente después de que comience a desempeñar trabajo para un Empleador Contribuyente – usted no tiene que esperar a ser elegible a beneficios. Los Formularios de Inscripción en Blanco están disponibles en su Sindicato Local, la Oficina del Fondo Fideicomiso o puede descargar un formulario en el sitio web de los Fondos Fideicomisos en  www.norcalaborers.org. El no presentar un Formulario de Inscripción también puede ocasionar una demora en la tramitación de sus reclamaciones.

El Formulario de Inscripción también es el medio por el cual usted lista a sus Dependientes cubiertos y designa a su beneficiario para los Beneficios de Muerte. Para que sus Dependientes sean elegibles a beneficios, tiene que listarlos en el Formulario de Inscripción y proporcionar a la Oficina del Fondo Fideicomiso los documentos requeridos para verificar su parentesco con sus Dependientes.

INFORMACIÓN REQUERIDA

La ley federal requiere que los planes de grupo de salud obtengan los números de seguro social de cualquier persona inscrita en su plan. La elegibilidad de sus Dependientes puede suspenderse o terminarse si no proporciona la información requerida.

Si ya ha presentado el Formulario de Inscripción a la Oficina del Fondo Fideicomiso y suministró los documentos requeridos para inscribir a sus Dependientes, puede que desee comunicarse con la Oficina del Fondo Fideicomiso para confirmar que sus Dependientes están inscritos apropiadamente.

Mantenga a la Oficina del Fondo Fideicomiso Informado de los Cambios

Cuando ocurra cualquier cambio en la información que proporcionó en el Formulario de Inscripción, deberá notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso inmediatamente presentando un Formulario nuevo de Inscripción. Ejemplos de cambios:

- Matrimonio (añadir a un cónyuge nuevo, y, si los hay, hijastros nuevos)
- Divorcio o separación (eliminar a un ex cónyuge y, si los hay, a los hijastros)
- Nacimiento o adopción de un hijo (añadir al hijo nuevo)
- Muerte de un Dependiente
- Añadir o cambiar en su designación de beneficiario
- Cualquier otro cambio en el estatus del Dependiente (tal como la separación de su Compañero Doméstico)

Paquete de Elegible Nuevo

Como Participante nuevo, la Oficina del Fondo Fideicomiso le enviará un “Paquete de Elegible Nuevo”. El paquete contiene un Formulario de Inscripción, información importante sobre los planes médico-hospitalarios, dentales y de la vista del Fondo, las opciones que están a su disposición y los formularios

necesarios si desea cambiar de planes médicos, dentales o de la vista según se describe en la sección de Planes de Salud Disponibles y Opciones.

El paquete incluye la “Comparación” de beneficios más reciente para los planes médico-hospitalarios, los planes dentales y los planes de la vista. Las Comparaciones son documentos acompañantes en esta SPD y proporcionan una visión general de las opciones del Plan. No obstante, las Comparaciones no reemplazan a esta SPD ni a las Reglas y Reglamentos oficiales del Plan para el Plan de Pago Directo, la Evidencia de Cobertura/Divulgaciones para el Plan de Kaiser Permanente o el resumen de beneficios, exclusiones y limitaciones para los planes dentales y de la vista.

Mantenga a la Oficina del Fondo Fideicomiso Informada de su Dirección de Contacto

MENSAJE IMPORTANTE

La Oficina del Fondo Fideicomiso no puede aceptar un cambio de dirección por teléfono.

 en www.norcalaborers.org. Si tiene Dependientes que viven en una dirección aparte de la suya, use una hoja de papel por separado y anote su nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social y dirección postal y adjúntela al formulario de Notificación de Cambio de Dirección.

Si necesita hacer cambios a su información de contacto en su Formulario de Inscripción, deberá hacerlo presentando un formulario de Notificación de Cambio de Dirección. Los formularios en blanco están disponibles en su Sindicato Local, en la Oficina del Fondo Fideicomiso o puede descargar una copia en el sitio web de los Fondos Fideicomisos

Documentos Requeridos para Inscribir a los Dependientes

Para el Cónyuge

Para completar el proceso de inscripción de un cónyuge, tiene que listar a su cónyuge en el Formulario de Inscripción con su fecha de nacimiento y su número de seguro social y proporcionar una copia certificada del certificado de matrimonio.

ATENCIÓN

Si NO elimina a su ex-cónyuge, incluyendo a cualquiera de sus ex-hijos, de su Formulario de Inscripción y el Plan paga las reclamaciones de servicios en o después de la fecha en que son inelegibles conforme al Plan, USTED será responsable de reembolsar al Plan la cantidad de los beneficios pagados a nombre de sus ex-dependientes.

Si se Divorcia – En la fecha en la que su divorcio sea final, su ex cónyuge junto con cualquier hijastro ya no son Dependientes elegibles conforme al Plan. Tan pronto como se entere de esta fecha, tiene que actuar inmediatamente notificando a la Oficina del Fondo Fideicomiso por escrito y completando un nuevo Formulario de Inscripción eliminando a los individuos inelegibles.  Envíe por correo el nuevo Formulario de Inscripción con una copia de su Sentencia de Disolución final que termina su matrimonio. Deberá dar seguimiento en la Oficina del Fondo Fideicomiso dentro de los 15 días hábiles a partir de la fecha en que usted envía por correo estos documentos a la Oficina del Fondo Fideicomiso para asegurarse de que llegaron y que los individuos que usted pidió que se eliminaran han sido eliminados efectivamente de la cobertura.

Para un Compañero Doméstico

El Plan proporciona cobertura para un compañero doméstico y los hijos del compañero doméstico, si los hay, pero solamente si usted trabaja para un Empleador Individual que tiene un contrato de trabajo con una ciudad, condado o el Estado de California que conforme a la ley o reglamento requiere que su empleador proporcione cobertura a un compañero doméstico.

Para completar la inscripción de un compañero doméstico, usted tiene que listar a su Compañero Doméstico en el Formulario de Inscripción con su fecha de nacimiento y su número de seguro social y proporcionar una copia de su certificado de pareja emitido por una agencia del gobierno. Su empleador también tiene que certificar por escrito que está haciendo negocios con una ciudad, condado o el Estado de California.

Para los Hijos

Para completar la inscripción de sus hijos Dependientes, tiene que listar a cada hijo en el Formulario de Inscripción con su fecha de nacimiento y número de seguro social. También tiene que proporcionar una copia del acta de nacimiento certificada de cada hijo.

Un hijo Dependiente que llega a la edad de 26 años, ya no es elegible conforme al Plan en el último día del mes en el que el Dependiente cumple los 26, no obstante, el hijo puede optar por la cobertura bajo la Cobertura de Continuación de COBRA del Plan – consulte la página 32 para la información sobre COBRA.

OTROS DOCUMENTOS

Si no tiene una copia del acta de nacimiento de su hijo,
 comuníquese con la Oficina del Fondo Fideicomiso para una lista de otros documentos aceptables para inscribir a su hijo.

Para completar la inscripción de un hijo Dependiente que es adoptado, adquirido mediante una tutela legal o asignado a su hogar a través de una agencia de acogida, también tiene que proporcionar copias de los documentos del tribunal como prueba de la adopción o nombramiento suyo como tutor legal. Si el hijo que está inscribiendo es un hijo de acogida, tiene que proporcionar copias de los documentos de asignación de la agencia de cuidado de acogida.

Cualquier hijo Dependiente que llegue a la edad de 26 años todavía puede ser elegible conforme al Plan si el hijo está impedido de ganarse la vida debido a una incapacidad mental o física. Para garantizar la cobertura continua más allá de la edad de 26 años para un hijo Dependiente incapacitado o impedido, deberá solicitar el formulario necesario a la Oficina del Fondo Fideicomiso previo a la fecha del 26º cumpleaños del hijo para que no se interrumpa la cobertura.

Órdenes de Pensión Alimenticia

Según lo requiere ERISA §609(a) (2) (A), el Plan proporcionará cobertura para un hijo Dependiente al recibo de una Orden Calificada de Sostén Médico de un Hijo (QMCSO, por sus siglas en inglés) o una Notificación Nacional de Sostén Médico. Una QMCSO es una orden o decreto judicial que ordena al Fondo proporcionar al hijo Dependiente de un Participante cobertura conforme al Plan al inscribir al hijo o adquirir Cobertura de Continuación de COBRA. Sin embargo, una QMCSO no calificará al hijo para los beneficios conforme al Plan si el hijo no satisface el requisito de elegibilidad del Plan para el término “Dependiente” ni se proporcionará la elegibilidad al hijo si el Participante no es elegible para beneficios. El Plan no aceptará una QMCSO (Orden Calificada de Sostén Médico de un Hijo) que ordene

que el Participante proporcione una forma de beneficio o cualquier otra opción no dispuesta de otra forma a todos los Participantes del Plan o Dependientes.

Disposición de Inscripción Especial

Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Reautorización del Programa de Seguros Médicos para Niños (CHIPRA, por sus siglas en inglés), si usted previamente rechazó la cobertura de salud para cualquiera de sus Dependientes, usted tiene derechos de “Inscripción Especial” para inscribirles en el Plan dentro de un periodo especificado. Estas leyes requieren que los planes médicos cumplan con sus derechos de Inscripción Especial y de informarle que si usted está rechazando la inscripción para cualquiera de sus Dependientes porque ya tiene otro seguro de salud o cobertura de un plan de salud de grupo, usted puede inscribir a sus Dependientes en el Plan en una fecha posterior pero sólo bajo ciertas circunstancias.

INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Consulte el Artículo II, subsección 2.d de las Reglas y Reglamentos del Plan para más detalles sobre sus derechos y su responsabilidad de inscribir a sus Dependientes.

Sin embargo, usted tiene que solicitar la inscripción en el Plan a más tardar 60 días después de que la otra cobertura de sus Dependientes se termine. Además, si usted tiene un Dependiente nuevo como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción o tutela legal, usted puede inscribir a sus Dependientes siempre y cuando solicite la inscripción dentro de los 60 días después de la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o asignación para adopción o tutela legal.

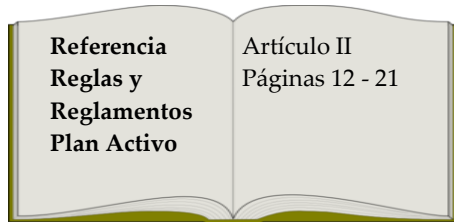
Como Participante, también tiene el derecho **conforme al Plan** de:

1. Rechazar la cobertura para sus Dependientes actuales y nuevos por cualquier razón que no sean las razones especificadas bajo HIPAA o CHIPRA.
2. Eliminar a cualquier Dependiente del Plan en cualquier momento.
3. Añadir a un Dependiente recién adquirido en el Plan en cualquier momento o pasado el requisito de 60 días bajo HIPAA o CHIPRA.
4. Reinscribir a un Dependiente que usted eliminó previamente del Plan en cualquier momento o pasado el requisito de 60 días bajo HIPAA o CHIPRA.

ATENCIÓN

Antes de que rechace la cobertura para cualquiera de sus Dependientes o elimine a un Dependiente ya inscrito en el Plan, deberá comunicarse con la Oficina del Fondo Fideicomiso primero para obtener más información sobre sus derechos de Inscripción Especial y el procedimiento de inscripción de su Plan en general.

Elegibilidad para Beneficios



Términos para recordar que son usados en esta sección:

“Empleador Individual” significa un empleador al que se le requiere mediante un convenio de negociación colectiva hacer contribuciones al Fondo.

“Banco de Horas” significa una cuenta establecida para un Empleado en la que se registran y se da seguimiento a las horas de trabajo, cualquier hora por incapacidad y la deducción de horas para la cobertura con el fin de establecer la elegibilidad para los beneficios.

En las diversas páginas siguientes, usted verá las tablas o los ejemplos que ilustran cómo se registran los distintos tipos de horas en su Banco de Horas y cómo las diferentes horas de trabajo afectan su elegibilidad. A continuación hay una explicación de los términos adicionales que aparecen en las tablas:

Mes de Trabajo	El mes calendario en el que se realizan las horas de trabajo efectivamente.
Balance Inicial	Las horas en su Banco de Horas antes de las horas de trabajo, si las hay, para un Mes de Trabajo dado se añaden a su Banco de Horas. El Balance Inicial es el mismo que el Balance Final para el Mes calendario de Trabajo anterior. El Balance Inicial no puede exceder del máximo de 990 horas.
Horas Trabajadas	El número total de horas de trabajo para un Mes de Trabajo reportadas por los Empleadores Individuales a nombre suyo.
Horas por Incapacidad	Si las hay, el número de horas por incapacidad acreditadas a su Banco de Horas debido a incapacidad. Las Horas por Incapacidad no excederán de 110 horas.
Horas Totales	El total de Horas Trabajadas y de las Horas por Incapacidad , si alguna.
Mes de Elegibilidad	El mes calendario en el que usted es elegible para beneficios. Usted es elegible para beneficios si el número de horas que aparecen en las Horas Totales es 440 por lo menos.
Deducción	Si el número de horas que aparecen en el Total de Horas es 440 o más, se deducen 110 horas del siguiente Mes de Trabajo calendario. No se hace la deducción si el Total de Horas es menos de 440.
Balance Final	El balance entre el Total de Horas y las horas de Deducción . El Balance Final se traslada al próximo Balance Inicial del Mes de Trabajo . El Balance Final no puede exceder del máximo de 990 horas.

Elegibilidad del Empleado

Elegibilidad Inicial

Por cada mes en el que desempeñe trabajo para un Empleador Individual al que se le requiera hacer contribuciones al Fondo a nombre suyo, sus horas de trabajo reportadas se registran en su Banco de Horas. Cuando el total de horas de trabajo en su Banco de Horas llegue a **440** por lo menos, su elegibilidad para los

ACCEDA AL REGISTRO DE ELEGIBILIDAD EN LÍNEA

Vaya al sitio web de los Fondos Fideicomisos  en

www.norcalaborers.org y cree una cuenta en el Portal de Miembros para acceder a su registro de elegibilidad en cualquier momento.

beneficios comienza el primer día del **segundo mes calendario** después del mes en que usted acumuló un mínimo de **440** horas.

CONTRIBUCIONES

Las horas de trabajo sólo serán acreditadas a su Banco de Horas si su empleador pagó las contribuciones requeridas al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar.

No hay elegibilidad entre el mes en el que usted acumuló **440** horas y el mes en que usted fue elegible. A esto se le llama el “mes de lapso”. El propósito del mes de lapso es dar a los Empleadores Individuales tiempo suficiente para reportar las horas trabajadas a la Oficina del Fondo Fideicomiso después del último periodo de nómina del mes en el que se trabajaron las horas.

La Tabla 1 que aparece debajo muestra cómo funciona el Banco de Horas si usted es un Empleado nuevo que trabajó entre el 1 de noviembre y el 31 de enero.

Tabla 1 (Cuándo Comienza su Elegibilidad)

Mes de Trabajo	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Balance Inicial	0	160	300	340	340	340	340	340
Horas Trabajadas	160	140	150	0	0	0	0	0
Horas de Incapacidad	0	0	0	0	0	0	0	0
Horas Totales	160	300	450	340	340	340	340	340
Mes de Elegibilidad	Enero No	Febrero No	Marzo Sí	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Deducción	0	0	-110	0	0	0	0	0
Balance Final	160	300	340	340	0	0	0	0

Mes de Trabajo de Noviembre:

En su primer Mes de Trabajo, usted trabajó 160 horas. Como las Horas Totales al 30 de noviembre son menos de 440 horas, usted no es elegible por el mes de enero. El Balance Final de 160 horas se traslada al próximo Mes de Trabajo, enero.

Mes de Trabajo de Diciembre:

En su segundo Mes de Trabajo, usted trabajó 140 horas. Como las Horas Totales al 31 de diciembre son menos de 440 horas, usted no es elegible por el mes de febrero. El Balance Final de 300 horas se traslada al próximo Mes de Trabajo, enero.

Mes de Trabajo de Enero:

En su tercer Mes de Trabajo, usted trabajó 150 horas. Como las Horas Totales al 31 de enero son 450 horas y exceden del mínimo requerido de 440 horas, usted es elegible a beneficios por todo el mes de marzo. Como las Horas Totales son más del mínimo requerido de 440 horas, se deducirán 110 horas de

las 450 horas que están actualmente en su Banco de Horas. El Balance Final de 340 horas será trasladado al próximo Mes de Trabajo, que en la Tabla 1 es febrero.

Elegibilidad Continuada – Cómo Mantener la Elegibilidad

Una vez que ha acumulado 440 horas por lo menos en su Banco de Horas y ha satisfecho el requisito de elegibilidad inicial que aparece en la Tabla 1, usted tiene que continuar trabajando y tener por lo menos 440 Horas Totales en su Banco de Horas para ser elegible durante los meses siguientes. Después de acumular las 440 horas iniciales, usted sólo necesita trabajar 110 horas cada mes para mantener su elegibilidad en los meses siguientes. No obstante, por cualquier mes que usted trabaje más de 110 horas, esas horas en exceso serán añadidas a su Banco de Horas hasta un máximo de 990 horas. Esas horas extras son valiosas e importantes si usted no puede trabajar en un futuro. Acumular 990 horas en su Banco de Horas le proporcionará 8 meses de elegibilidad futura desde el último mes que trabajó.

La Tabla 2 que aparece debajo muestra cómo funciona el Banco de Horas si usted trabaja menos de 40 horas por semana después de que usted ha satisfecho el requisito de elegibilidad inicial que aparece en la Tabla 1.

Tabla 2 (Mantener la Elegibilidad con Horas de Trabajo Mínimas)

Mes de Trabajo	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Balance Inicial	0	160	300	340	345	335	345	345
Horas Trabajadas	160	140	150	115	100	120	0	0
Horas de Incapacidad	0	0	0	0	0	0	0	0
Horas Totales	160	300	450	455	445	455	345	345
Mes de Elegibilidad	Enero No	Febrero No	Marzo Sí	Abril Sí	Mayo Sí	Junio Sí	Julio No	Agosto No
Deducción	0	0	110	-110	-110	-110	0	0
Balance Final	160	300	340	345	335	345	0	0

Meses de Trabajo de Febrero a Abril:

Por cada Mes de Trabajo, usted continuará siendo elegible por los Meses de Elegibilidad de abril, mayo y junio porque sus Horas Totales para cada mes son más de 440 horas.

Como las Horas Totales al 30 de abril son más del mínimo requerido de 440 horas, se deducirán 110 horas de las 455 horas lo que le da un Balance Inicial de 345 horas para el Mes de Trabajo de mayo. Si no puede trabajar comenzando en el mes de mayo, su elegibilidad no se extenderá más allá del 30 de junio porque no tenía suficientes horas extras para proporcionarle elegibilidad en los meses siguientes.

La Tabla 3 que aparece debajo muestra cómo funciona el Banco de Horas si trabaja más de 40 horas por semana o más de 110 horas por mes después de que ha satisfecho el requisito inicial de elegibilidad que aparece en la Tabla 1. La Tabla 3 muestra cómo las horas extras de trabajo en los Meses de Trabajo febrero, marzo y abril extienden su elegibilidad al 31 de agosto si paró de trabajar el 30 de abril.

Tabla 3 (Mantener la Elegibilidad con Horas Extras)

Mes de Trabajo	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Balance Inicial	0	160	300	340	430	530	610	500
Horas Trabajadas	160	140	150	200	210	190	0	0
Horas de Incapacidad	0	0	0	0	0	0	0	0
Horas Totales	160	300	450	540	640	720	610	500
Mes de Elegibilidad	Enero No	Febrero No	Marzo Sí	Abril Sí	Mayo Sí	Junio Sí	Julio Sí	Agosto Sí
Deducción	0	0	-110	-110	-110	-110	-110	-110
Balance Final	160	300	340	430	530	610	500	390

Crédito por Hora de Incapacidad

El Crédito por Hora de Incapacidad contribuirá a extender su elegibilidad durante los periodos en los que no pueda trabajar debido a una incapacidad.

Si se incapacita mientras esté trabajando como obrero para un Empleador Individual y las Horas Totales en su Banco de Horas tiene al menos 440 horas en el mes en el que se incapacita, puede que tenga derecho a horas de incapacidad hasta la cantidad máxima de:

- 8 horas al día (no se da crédito por sábados y domingos)
- 40 horas a la semana
- 110 horas al mes
- 660 horas durante cualquier periodo de 12 meses consecutivos

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Comuníquese con la Oficina del Fondo Fideicomiso o descargue el formulario del sitio web  de los Fondos Fideicomisos en www.norcalaborers.org.

Para recibir el Crédito por Hora de Incapacidad, solicite un formulario de Certificado de Incapacidad a la Oficina del Fondo Fideicomiso, la oficina de su sindicato local o puede imprimir el formulario en el sitio web  de los Fondos Fideicomisos en norcalaborers.org. Su médico tiene que completar la Parte I; usted tiene que completar las Partes III y IV. La Parte II es para el Crédito por Hora de Incapacidad para el Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California.

Las horas de incapacidad solamente extenderán su elegibilidad a los beneficios hasta un máximo de 6 meses durante cualquier periodo de 12 meses consecutivos. No añadirá a su Banco de Horas ya que el máximo permitido es 110 horas y se compensa por la deducción de 110 horas por cada mes para mantener su elegibilidad.

PLAZO DE PRESENTACIÓN
Tiene que presentar el Certificado de Incapacidad en un plazo de un año desde la fecha en que comenzó su incapacidad.

La Tabla 4 que aparece abajo muestra el efecto en su Banco de Horas y elegibilidad si le conceden horas de incapacidad para los Meses de Trabajo de febrero a mayo, asumiendo que su incapacidad comenzó a mediados de febrero y que usted regresó al trabajo en junio. Si todavía está incapacitado después de mayo, tendrá derecho a un máximo de 250 horas de incapacidad hasta el 31 de enero del año siguiente. Estos meses adicionales de elegibilidad son porque a usted ya se le habían concedido 410 horas de incapacidad durante el periodo de 12 meses que comienza en febrero.

Tabla 4 (Horas de Incapacidad)

Mes de Trabajo	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Balance Inicial	550	540	460	470	520	520	520	520
Horas Trabajadas	100	30	120	80	0	0	0	160
Horas de Incapacidad				80	110	110	110	0
Horas Totales	650	570	580	630	630	630	630	680
Mes de Elegibilidad	Enero Sí	Febrero Sí	Marzo Sí	Abril Sí	Mayo Sí	Junio Sí	Julio Sí	Agosto Sí
Deducción	-110	-110	-110	-110	-110	-110	-110	-110
Balance Final	540	460	470	520	520	520	520	570

Ley de Ausencia Familiar y Médica

Si usted está en una ausencia médica que está cubierta por la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés), a su Empleador Individual se le requiere hacer contribuciones al Fondo por el periodo en el que usted está ausente pero, no más tiempo del permitido por la FMLA que en este momento es de 12 semanas (o en algunos casos, hasta 26 semanas). Mientras estén en el permiso de la FMLA, no tiene derecho al Crédito por Hora de Incapacidad. Si todavía se está incapacitado una vez que su empleador ha hecho las contribuciones máximas requeridas por la FMLA, puede solicitar el Crédito por Hora de Incapacidad.

ELEGIBILIDAD FMLA
No es responsabilidad de la Oficina del Fondo Fideicomiso determinar su elegibilidad a la FMLA. Deberá comunicarse con su empleador si tiene alguna pregunta sobre la FMLA.

Crédito de Reciprocidad

Puede haber ocasiones en las que usted trabaje como obrero fuera de la jurisdicción del Norte de California. También puede haber ocasiones en las que su empleador solicite que usted realice trabajo cubierto fuera de la jurisdicción del Norte de California. Independientemente de la razón para trabajar fuera del Norte de California, deberá comunicarse con la oficina de su sindicato local o con la Oficina del Fondo Fideicomiso porque bajo ciertas circunstancias, puede que tenga derecho a que las contribuciones por sus horas de trabajo para el Plan de Salud y Bienestar del Fondo Fideicomiso “le sigan” de regreso al área de su hogar – esto se llama “reciprocidad”.

Si no se comunica con la Oficina del Fondo Fideicomiso o su sindicato local, puede perder valiosas horas de trabajo que le permitirían ser elegible para los beneficios. Si no califica para el tipo de “reciprocidad”, en donde las contribuciones “le siguen” de regreso al área de su hogar y usted tiene una Reclamación por cualquier mes en el que usted no es elegible para los beneficios conforme al Fondo o en la jurisdicción en la que está trabajando, puede que haya otra forma de Reciprocidad disponible **en base a Reclamación individual**. Deberá comunicarse con la Oficina del Fondo Fideicomiso si tiene preguntas o para ver si califica para cualquier forma de reciprocidad.

Terminación de la Elegibilidad del Empleado

Su elegibilidad termina el último día del mes siguiente al mes en el que el balance de su Banco de Horas cae por debajo de 440 horas. Las Tablas 1, 2 y 3 en la sección de Elegibilidad Inicial también muestran cómo funciona el Banco de Horas para un Empleado nuevo que obtuvo la elegibilidad y luego dejó de trabajar el 30 de abril.

EXCEPCIONES – Extensión de Elegibilidad

En casos de muerte o jubilación, su elegibilidad se extenderá por 3 meses adicionales después de que su Banco de Horas caiga por debajo de 440 horas. Esta misma disposición aplica a sus Dependientes elegibles también.

La Tabla 5 que aparece abajo muestra cómo funciona el Banco de Horas para las dos excepciones descritas más adelante asumiendo que usted tenga por lo menos 440 horas en su Banco de Horas en la fecha efectiva de su pensión o su fecha de muerte. Por ejemplo: el 15 de enero la tabla muestra que esa elegibilidad se proporciona para los Meses de Elegibilidad de abril, mayo y junio aunque las Horas Totales en su Banco de Horas para esos meses era menos de 440. Una vez que caduca la extensión de 3 meses, el balance restante de 350 horas en su Banco de Horas es cancelado.

Tabla 5 (3 Meses de Extensión de Elegibilidad)

Mes de Trabajo	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Balance Inicial	550	540	460	350	350	350	0	0
Horas Trabajadas	100	30	0	0	0	0	0	0
Horas de Incapacidad	0	0	0	0	0	0	0	0
Horas Totales	650	570	460	350	350	350	0	0
Mes de Elegibilidad	Enero Sí	Febrero Sí	Marzo Sí	Abril Sí	Mayo Sí	Junio Sí	Julio No	Agosto No
Deducción	-110	-110	-110	0	0	-350	0	0
Balance Final	540	460	350	350	350	0	0	0

Jubilación

Si usted es un Participante que está recibiendo una pensión del Fondo Fideicomiso de la Pensión de los Obreros para el Norte de California o del Plan de Jubilación para Ciertos Empleados de Laborers Funds Administrative Office of Northern California Inc., y usted tiene por lo menos 440 horas en su Banco de Horas en la fecha efectiva de su pensión, usted puede usar las horas restantes en su Banco de Horas por 3 meses adicionales de elegibilidad. Después que usted haya agotado su banco de horas, se le dará la opción de inscribirse en el Plan de Jubilados de los Obreros o continuar en la cobertura de continuación de COBRA del Plan Activo.

Muerte

Si usted es un Participante que muere con 440 horas por lo menos en su Banco de Horas y tiene Dependientes inscritos, sus Dependientes podrán usar las horas restantes en su Banco de Horas por 3 meses adicionales de elegibilidad.

Terminación Anticipada de la Elegibilidad

En casos de empleo para un Empleador que no es signatario de un convenio de negociación colectiva con los Obreros o si usted muere sin un Dependiente, su elegibilidad se terminará antes de lo habitual aunque usted pueda tener 440 horas o más en su Banco de Horas.

Servicio Militar

SERVICIO MILITAR

Consulte el Artículo II, Subsección 2.a.(6) de las Reglas y Reglamentos del Plan para más información sobre el Servicio Militar.

Su elegibilidad para beneficios termina cuando ingresa al servicio militar, que no sea un servicio temporero de 30 días o menos. Las reglas especiales de reposición aplican a su regreso al trabajo del servicio militar activo para periodos más largos de tiempo. Por ejemplo, usted tiene que notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso dentro de los 90 días desde la fecha en que fue dado del balance de su Banco de Horas al nivel que estaba previo a su ingreso al servicio militar.

Servicio Militar

Esta sección explicará cómo funciona el Plan con sus derechos conforme a la Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (USERRA, por sus siglas en inglés), una ley federal.

Cobertura de Continuación USERRA

En la fecha en que ingrese al servicio militar activo por más de 30 días, su elegibilidad y la de sus Dependientes se terminarán conforme al Plan. No obstante, el Fondo tiene que proporcionarle opciones de continuación del Plan y derechos de reposición de acuerdo a USERRA.

Para que el Fondo le proporcione información sobre la Cobertura de Continuación USERRA, primero tiene que notificar a la Junta tan pronto como sea posible pero no más tarde de 60 días, de que usted ha ingresado al servicio militar activo. Cuando la Oficina del Fondo Fideicomiso, a nombre de la Junta, reciba su notificación, a usted se le proporcionará la información sobre sus derechos para continuar la cobertura del plan de salud mediante auto-pagos conforme a la Cobertura de Continuación USERRA por un máximo de 24 meses o la Cobertura de Continuación COBRA por un máximo de hasta 18 meses.

Costo por la Cobertura de Continuación USERRA

El costo por la Cobertura de Continuación USERRA se determina de la misma forma que la Cobertura de Continuación COBRA. Consulte la sección de Costo de la Cobertura de Continuación COBRA en la página 38.

TRICARE

Cuando usted se encuentra en servicio activo o si es un militar jubilado, también puede tener acceso a cobertura mediante TRICARE, el programa de atención a la salud del Departamento de Defensa para los miembros de los servicios uniformados y sus familias. Si esta opción está disponible para usted, deberá comunicarse con TRICARE para la información sobre la inscripción y cómo funciona TRICARE con cualquier otro Plan de Grupo o Medicare.

Después del Alta del Servicio Militar

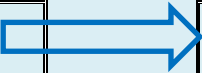
Cuando le den de alta del servicio militar activo (no menos de honorablemente) y usted esté disponible para Empleo Cubierto dentro de la jurisdicción del Fondo, su Banco de Horas y elegibilidad serán repuestas al mismo nivel de la fecha en la que ingresó al servicio militar. Para que repongan su Banco de Horas, **tiene que presentar notificación en un formulario que haya sido aprobado por la Junta y dentro de los plazos siguientes:**

- **Para servicio militar de menos de 31 días:** Tiene que presentar aviso a la Junta al comienzo de su próximo periodo de trabajo programado regularmente el día siguiente al alta (más tiempo de viaje y 8 horas adicionales).
- **Para servicio militar de 31 días pero de menos de 181 días:** Tiene que presentar aviso a la Junta dentro de los 14 días después del alta; o
- **Para servicio militar de 181 días o más:** Tiene que presentar aviso a la Junta dentro de los 90 días desde la fecha del alta;

Si está hospitalizado o convaleciente de una lesión causada por el servicio activo, estos plazos de tiempo serán extendidos por dos años.

La Tabla 6 que aparece debajo muestra el efecto del servicio militar en su Banco de Horas. Su Balance Final al momento en que usted se fue para el servicio activo será repuesto una vez que regrese a trabajar como obrero dentro de los plazos de tiempo requeridos.

Tabla 6 (Servicio Militar)

Mes de Trabajo	Noviembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016		Enero 2017	Febrero 2017
Balance Inicial	550	640	710	 Si usted estuvo en el Servicio Militar desde enero de 2016 y regresó a trabajar un año después	710	720
Horas Trabajadas	200	180	SERVICIO MILITAR		120	150
Horas de Incapacidad	0	0	0		0	0
Horas Totales	750	820	710		830	870
Mes de Elegibilidad	Enero Sí	Febrero Sí	Marzo No		Marzo Sí	Abril Sí
Deducción	-110	-110	-710		-110	-110
Balance Final	640	710	0		720	760

Cancelación del Banco de Horas

Después de la terminación de la elegibilidad, las horas en su Banco de Horas se quedarán hasta que usted haya trabajado suficientes horas para recuperar la elegibilidad. Tiene que trabajar para devolver las Horas Totales en su Banco de Horas al mínimo requerido de 440 horas dentro de los 13 meses desde el último mes en que fue elegible. Si no recupera la elegibilidad dentro de los 13 meses desde el último mes de elegibilidad, cualquier hora remanente en su Banco de Horas será cancelada.

Si usted no puede trabajar debido a incapacidad y pierde las horas remanentes en su Banco de Horas después de 13 meses, puede solicitar a la Junta de Fideicomisarios, por escrito, que le reponga las horas que perdió. Su incapacidad tiene que deberse a una enfermedad o lesión que ocurrió mientras usted era un obrero elegible conforme a los términos del Plan y tiene que presentar prueba satisfactoria de su incapacidad.

La Tabla 7 de abajo muestra el efecto en su Banco de Horas si no recupera la elegibilidad dentro del periodo permitido de 13 meses. Su Balance Final permanecerá en 350 horas por los próximos 12 meses y en el 13º mes esas horas serán canceladas.

Tabla 7 (Se Cancela el Banco de Horas)

Mes de Trabajo	Noviembre 2015	Diciembre 2015	Enero 2016	Adelantar al Mes de Trabajo de febrero de 2017 (13 meses desde enero de 2016)	Enero 2017	Febrero 2017
Balance Inicial	550	540	460		350	0
Horas Trabajadas	100	30	0		0	0
Horas de Incapacidad	0	0	0		0	0
Horas Totales	650	570	460		350	0
Mes de Elegibilidad	Enero Sí	Febrero Sí	Marzo Sí		Marzo No	Abril No
Deducción	-110	-110	-110		0	0
Balance Final	540	460	350		350	0



Elegibilidad de Dependientes

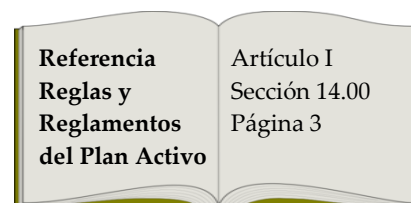
Elegibilidad

Sus Dependientes serán elegibles para beneficios en la más tarde de las siguientes:

- La fecha en la que usted es elegible, o

- La fecha en que su Dependiente ha satisfecho los requisitos del Plan para la elegibilidad del Dependiente. Consulte la página 18 para los tipos de documentos que tiene que proporcionar para perfeccionar los requisitos de elegibilidad del Dependiente del Plan.

Usted puede inscribir a los siguientes Dependientes en el Plan:



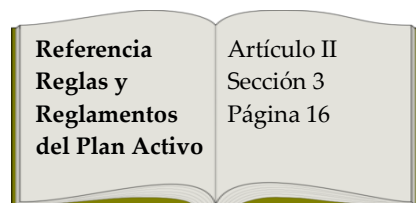
- Su cónyuge legal, o
- Su Compañero Doméstico, y
- Sus hijos o los de su Compañero Doméstico menores de 26 años. Los hijos Dependientes están cubiertos hasta el fin del mes en el que cumplen 26 años de edad e incluye a:
 - Hijos naturales,
 - Hijastros,
 - Hijos adoptados o hijos de acogida colocados en su hogar o hijos adquiridos mediante una tutela legal. Estos hijos están cubiertos en la fecha en la que usted se obligó legalmente a proporcionar manutención total o parcial para el niño.
- Los hijos minusválidos o incapacitados, al llegar a la edad de 26, que están impedidos de ganarse la vida también pueden estar cubiertos conforme al Plan siempre y cuando el hijo sea elegible conforme al Plan inmediatamente antes de cumplir 26. Para que la cobertura esté exenta de impuestos, el hijo Dependiente tiene que ser reclamado en su declaración de impuestos sobre la renta por cada Año del Plan por la que se proporciona la cobertura.
- Un hijo o hijos Dependientes si a usted se le requiere mediante una Orden Calificada de Sostén Médico de un Hijo (QMCSO, por sus siglas en inglés) o una Notificación Nacional de Sostén Médico según se describe en la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en la Jubilación (ERISA, por sus siglas en inglés) de 1974 artículo 609(a)(2)(A) para proporcionar cobertura de atención a la salud.

Terminación

La elegibilidad de sus Dependientes para los beneficios se terminará en la que ocurra primero de las siguientes:

- La fecha en que termina su elegibilidad, o
- La fecha en que su Dependiente ya no califica como Dependiente conforme al Plan.

Cobertura de Continuación COBRA



La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés), una ley federal promulgada en 1986, requiere que cuando se termina la elegibilidad conforme al Plan, ciertos Eventos Calificantes permiten a un Beneficiario Calificado continuar con la cobertura del plan de salud por un periodo de tiempo y dependiendo del motivo por el cual se perdió la elegibilidad. El tipo de Evento calificador determina la duración de la Cobertura de Continuación COBRA disponible.

Otras Alternativas de Cobertura de Salud Aparte de COBRA

Tenga en cuenta que usted puede tener a su disposición otras alternativas de cobertura de salud aparte de COBRA que puede adquirir a través del Mercado de Seguros de Salud. El Mercado ayuda a las personas sin cobertura de salud a encontrar un plan de salud e inscribirse en el mismo. Para los residentes de California ver: www.coveredca.com. Para los que no residen en California vea el Mercado de Seguros de Salud de su estado o www.healthcare.gov. También, si adquiere seguro de salud en el Mercado, puede que sea elegible a un crédito de impuestos que reduzca sus primas mensuales para la cobertura de seguro. Ser **elegible** para COBRA no limita sus posibilidades de adquirir cobertura o de un crédito de impuestos. También puede que califique para una oportunidad especial de inscripción para otro plan de grupo de seguro de salud para el cual sea elegible (tal como el plan de su cónyuge), si solicita inscripción en ese otro plan dentro de los 30 días de haber perdido la cobertura conforme a este Plan, incluso si ese otro plan por lo general no acepta inscripciones tardías.

Beneficiario Calificado

Un Beneficiario Calificado es cualquier individuo que era elegible para beneficios médicos-hospitalarios, dentales y de la vista el día antes de que ocurrió el Evento calificador.

COMPAÑERO DOMÉSTICO

El Plan no proporciona u ofrece cobertura de continuación de COBRA al Compañero Doméstico dependiente o a sus hijos ya que a los Planes de Grupo no se les requiere proporcionar dicha cobertura mediante ninguna ley federal.

Eventos Calificantes

Si ocurre alguno de los Eventos Calificantes listados más adelante, un Beneficiario Calificado tiene el derecho de continuar los beneficios del plan de salud que estaban en vigor el día antes de que ocurrió el Evento Calificante. Para continuar la cobertura, el Beneficiario Calificado tiene que solicitar la Cobertura de Continuación de COBRA y hacer los pagos mensuales requeridos al Fondo dentro de los plazos de tiempo especificados. Esos Eventos Calificantes son:

1. La terminación de su empleo o la jubilación.
2. Las horas de trabajo reportadas por su Empleador Individual a nombre suyo son menos del mínimo mensual requerido para la elegibilidad continua y usted no tiene suficientes horas acumuladas en su Banco de Horas para cubrir el mínimo mensual para la elegibilidad continua.
3. Su muerte.

4. Su divorcio o separación legal de su cónyuge Dependiente.
5. Su hijo pierda el estatus como Dependiente conforme al Plan.

Duración de la Cobertura de Continuación COBRA

Si usted o sus Dependientes califican para la Cobertura de Continuación COBRA, usted o sus Dependientes pueden elegir cobertura por hasta 18, 29 o 36 meses, dependiendo del Evento calificador:

- **18 Meses:** Un Beneficiario Calificado puede continuar la cobertura por hasta 18 meses desde la fecha del Evento Calificador si el Evento Calificador se debió a que el Empleador Individual dejó de hacer contribuciones al Fondo a nombre suyo ocasionando una pérdida de elegibilidad conforme al Plan.
- **29 Meses:** Cualquier Beneficiario Calificado puede extender el periodo de 18 meses por 11 meses, para un total de 29 meses, si el Beneficiario Calificado se incapacita, según lo determina la Administración del Seguro Social, antes o durante los primeros 60 días de Cobertura de Continuación COBRA.
- **36 Meses:** Los Eventos Calificantes 2, 3 y 4 le dan derecho a sus Dependientes hasta 36 meses de Cobertura de Continuación COBRA desde la fecha del Evento Calificador. (En el caso de que un hijo pierda su estatus de Dependiente, solamente el hijo afectado es elegible para 36 meses de cobertura).

Extensión en Casos de Incapacidad

Si un Beneficiario Calificado se incapacita totalmente antes o durante los primeros 60 días de Cobertura de Continuación COBRA, COBRA puede ser extendida por 11 meses adicionales, por un total de 29 meses. Para calificar para la extensión, el Beneficiario Calificado tiene que ser considerado totalmente incapacitado por la Administración del Seguro Social. Todos los miembros de la familia de un individuo incapacitado tienen derecho a la extensión de 11 meses adicionales de COBRA.

NOTA: El costo por los 11 meses adicionales de la Cobertura de Continuación COBRA será aproximadamente 50% más alto que el costo cargado durante los primeros 18 meses de Cobertura de Continuación COBRA.

Extensión en Casos de un Segundo Evento Calificador

Si, durante el periodo de 18 meses de Cobertura de Continuación COBRA, usted muere, se divorcia o un hijo Dependiente pierde su estatus de Dependiente conforme al Plan, el periodo máximo de Cobertura de Continuación COBRA para su cónyuge e hijos Dependientes puede ser extendido a 36 meses **desde la fecha del primer Evento calificador**.

Efecto del Derecho a Medicare

Antes de la Terminación del Empleo o Reducción en Horas

Si usted es un Participante y el reporte de horas insuficientes de trabajo ocurre en menos de 18 meses después de la fecha en que tuvo derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas), el Periodo Máximo de Cobertura de Continuación COBRA será de 36 meses desde la fecha de su derecho a Medicare.

Por ejemplo:

- Su Evento Calificante (QE, por sus siglas en inglés) es el 1 de enero de 2016 (en base a una reducción en las horas).
- Usted tenía derecho a Medicare el 1 de junio de 2015 (6 meses antes del Evento Calificante).
- Usted tiene derecho a la Cobertura de Continuación COBRA por 18 meses desde el 1 de enero de 2016.
- Sus Dependientes tienen derecho a 36 meses de Cobertura de Continuación COBRA desde el 1 de junio de 2015 (su fecha de derecho a Medicare) o 30 meses desde el Evento Calificante (36 menos 6 meses).

Después de una Terminación de Empleo o Reducción en Horas

El derecho a Medicare no es un Evento Calificante bajo este Plan. El derecho a Medicare después de una terminación de empleo o del reporte de horas insuficientes no extenderá la cobertura COBRA de un Beneficiario Calificado más allá de 18 meses.

Por ejemplo:

- Su Evento Calificante es el 1 de enero de 2016 (en base a una reducción en horas).
- Usted tiene derecho a Medicare el 1 de junio de 2016 (6 meses después de su Evento Calificante).
- Su Cobertura de Continuación COBRA se termina el 1 de junio de 2016 (la fecha de su derecho a Medicare).
- Sus Dependientes pueden continuar COBRA por 18 meses completos desde el 1 de enero de 2016.

Beneficios Disponibles Bajo la Cobertura de Continuación COBRA

Un Beneficiario Calificado puede elegir el paquete completo de beneficios llamado “Beneficios Básicos” que incluye la misma cobertura médico-hospitalaria, de Medicamentos de receta, dental y de la vista proporcionada por el Plan al Beneficiario Calificado el día antes del Evento Calificante. No obstante, el Beneficiario Calificado tiene el derecho de rechazar los “Beneficios No-Básicos” que incluyen atención dental y de la vista. La atención dental y de la vista (Beneficios No-Básicos) no puede adquirirse por separado o sin beneficios médico-hospitalarios.

Descripción de las Opciones de Cobertura de Continuación COBRA

Beneficios No-Básicos	Beneficios Básicos (Paquete entero)
Los Beneficios incluyen Atención Dental y de la Vista solamente	Los Beneficios incluyen Médico-Hospitalarios, de Medicamentos de Receta, de Atención Dental y de la Vista
Los beneficios por Muerte y Muerte Accidental y Desmembramiento NO están disponibles bajo la Cobertura de Continuación COBRA	

Deber de Notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso

La Oficina del Fondo Fideicomiso sabrá cuando usted pierda la elegibilidad conforme al Plan como resultado de una reducción en las horas de trabajo. La Oficina del Fondo Fideicomiso también sabrá cuando un hijo Dependiente inscrito ha cumplido la edad de 26 y ya no es un Dependiente elegible bajo el Plan. Usted no necesita proporcionar aviso a la Oficina del Fondo Fideicomiso sobre estos Eventos Calificantes.

No obstante, es responsabilidad el Beneficiario Calificado proporcionar aviso escrito oportuno a la Oficina del Fondo Fideicomiso sobre cualquiera de los siguientes Eventos Calificantes:

1. Su divorcio o separación legal.
2. Su muerte.
3. Su hijo incapacitado mayor de 26 años pierde el estatus de Dependiente conforme al Plan.
4. El acontecimiento de un segundo Evento Calificante mientras sus Dependientes se encuentren en un periodo de 18 meses de Continuación COBRA.
5. Usted o su Dependiente tienen un Evento Calificante que le da derecho a la Cobertura de Continuación COBRA con una duración máxima de 18 meses y la Administración del Seguro Social determina que uno de ustedes está incapacitado; o
6. La Administración del Seguro Social determina que el individuo ya no está incapacitado.

Cada Beneficiario Calificado tiene el derecho independiente de elegir la Cobertura de Continuación COBRA cuando ocurre un Evento Calificante. Los empleados cubiertos pueden elegir COBRA a nombre de sus cónyuges y los padres o tutores cubiertos pueden elegir COBRA para un hijo menor.

La notificación de un Beneficiario Calificado cumplirá con el requisito de notificación para todos los Beneficiarios Calificados emparentados afectados por el mismo Evento Calificante. Por ejemplo, si su cónyuge notifica a la Oficina del Fondo Fideicomiso de que su hijo incapacitado ya no cumple con la definición de "Dependiente" bajo el Plan, la notificación única cumplirá con los requisitos de notificación.

Notificación Oportuna a la Oficina del Fondo Fideicomiso

SIEMPRE NOTIFIQUE

Si no se notifica oportunamente a la Oficina del Fondo Fideicomiso, todos los Beneficiarios Calificados perderán sus derechos de inscripción en COBRA. Para asegurar la tramitación rápida de sus derechos COBRA, deberá notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso sobre cualquier Evento Calificante COBRA.

Si la notificación que se proporciona es sobre un divorcio o separación legal, un hijo Dependiente incapacitado de más de 26 años de edad que pierda la elegibilidad, o un segundo Evento Calificante, usted o un Beneficiario Calificado tienen que proporcionar notificación por escrito a la Oficina del Fondo Fideicomiso no pasados los 60 días después de la fecha del Evento Calificante.

Si se está proporcionando notificación para calificar para 11 meses adicionales de COBRA debido a incapacidad, el Beneficiario Calificado tiene que reportar la determinación de incapacidad a la Oficina del Fondo Fideicomiso antes

del final del periodo original COBRA de 18 meses y proporcionar una copia de la determinación de incapacidad de la Administración del Seguro Social dentro de los 60 días desde la fecha de la carta de determinación.

Si se está proporcionando notificación sobre una determinación de la Administración del Seguro Social de que el Beneficiario Calificado ya no está incapacitado, tiene que proporcionarse notificación escrita a la Oficina del Fondo Fideicomiso no más tarde de los 30 días desde la fecha de la determinación de la Administración del Seguro Social de que la persona ya no está incapacitada.

Cómo Notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso

Cuando un Beneficiario Calificado proporciona notificación oportuna, **por escrito**, a la Oficina del Fondo Fideicomiso de cualquiera de los Eventos Calificantes, la notificación tiene que incluir:

- El nombre del Beneficiario Calificado;
- El nombre del Participante y el número de Identificación del Plan de Salud o el número de Seguro Social;
- El evento por el que se proporciona la notificación y la fecha del Evento Calificante (por ejemplo, la fecha en la que un hijo Dependiente incapacitado esté perdiendo el estatus de Dependiente como hijo incapacitado, la muerte del Participante, o la fecha del divorcio o la separación legal, etc.);
- Una copia de la sentencia final de disolución del matrimonio si el Evento Calificante es un divorcio o una copia de la orden judicial confirmando la separación legal de su cónyuge Dependiente.

Dónde Enviar Su Notificación de un Evento Calificante

La notificación de un Evento Calificante deberá ser enviada a la Oficina del Fondo Fideicomiso a la dirección siguiente:



**Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros
para el Norte de California
Atención: Departamento COBRA
220 Campus Lane
Fairfield, CA 94534-1498**

Para Elegir la Cobertura de Continuación COBRA

Después de recibir la notificación sobre un Evento Calificante, la Oficina del Fondo Fideicomiso enviará al Beneficiario Calificado una notificación sobre su derecho de elegir la Cobertura de Continuación COBRA, junto con un **Formulario de Elección**. Si usted o sus Dependientes no califican para la Cobertura de Continuación COBRA, se enviará una Notificación de “Indisponibilidad de Cobertura de Continuación COBRA”. Estas notificaciones serán enviadas dentro de los 14 días de la fecha en la que la Oficina del Fondo Fideicomiso recibe la notificación de un Evento Calificante. Es muy importante que usted mantenga al día su dirección y la de su(s) Dependiente(s), si viven en otra dirección que no sea la suya, para que la Oficina del Fondo Fideicomiso puede comunicarse con usted y sus Dependientes.

El Beneficiario Calificado tiene que firmar, fechar y devolver el Formulario de Elección a la Oficina del Fondo Fideicomiso en 60 días a más tardar después de la fecha en la que se perdió la elegibilidad o en la fecha en que el Beneficiario Calificado recibe la notificación de COBRA de la Oficina del Fondo Fideicomiso, lo que ocurra más tarde o el Beneficiario Calificado no será elegible para la Cobertura de Continuación COBRA. Si el Beneficiario Calificado no presenta el **Formulario de Elección** COBRA dentro del periodo de 60 días, el Beneficiario Calificado perderá los derechos a la Cobertura de Continuación COBRA.

NO LA PIERDA

Devuelva el Formulario de Elección aunque usted piense que recuperará la elegibilidad trabajando otra vez para que no pierda sus derechos COBRA.

Si no elige la Cobertura de Continuación COBRA para usted, su cobertura de seguro de salud se terminará. No obstante, su cónyuge y Dependientes elegibles pueden elegir la Cobertura de Continuación COBRA independientemente de su decisión.

Costo de la Cobertura de Continuación COBRA (Prima Mensual)

La Cobertura de Continuación COBRA sólo está disponible por cuenta propia.

TARIFAS DE LA PRIMA

Las tarifas mensuales de la prima para COBRA usualmente cambian cada marzo.

Las tarifas de la prima mensual para la Cobertura de Continuación COBRA estarán detalladas en la Notificación de Derecho a la Cobertura de Continuación COBRA. Si un Beneficiario Calificado elige la Cobertura de Continuación COBRA, se cargará el costo completo del plan de beneficios, más un 2% de tasa administrativa que se cargará (en el caso de una extensión de 11 meses debido a una incapacidad, el cargo es el costo completo del plan de beneficios más 50%). Las tarifas de las primas están sujetas a incrementos futuros durante el periodo de Cobertura de Continuación COBRA. Si cambian las tarifas de las primas, la Oficina del Fondo Fideicomiso revisará el cargo que se le requiere pagar al Beneficiario Calificado y enviará una notificación 30 días previos al cambio. Además, si los beneficios cambian conforme al Plan, los beneficios bajo la Cobertura de Continuación COBRA también cambiarán.

Para Pagar por la Cobertura de Continuación COBRA

A los Beneficiarios Calificados se les concede un periodo de gracia inicial de **45 días** desde la fecha en que se eligió la Cobertura de Continuación COBRA para pagar la primera prima COBRA.

Si el primer pago de la prima no se realiza cuando se vence, la Cobertura de Continuación COBRA no será efectiva. Después del primer pago, todos los pagos futuros se vencen en el primer día del mes para el que se proporcionó la cobertura. Hay un periodo de gracia de **30 días** para pagar la prima mensual. Si el Beneficiario Calificado no paga la prima para fines del periodo de gracia, se terminará la Cobertura de Continuación COBRA. **IMPORTANTE:** Hacer el pago durante el periodo de gracia puede afectar la elegibilidad durante el periodo de gracia. El pago tiene que hacerse antes de que la elegibilidad pueda ser confirmada si algún proveedor de atención a la salud preguntara a la Oficina del Fondo Fideicomiso sobre el estatus de elegibilidad de un Beneficiario Calificado.

El primer pago de COBRA tiene que cubrir el periodo desde la fecha en la que terminó la cobertura bajo el Plan hasta la cobertura del mes actual. Por ejemplo, si la cobertura terminó el 30 de septiembre de 2015 y el Beneficiario Calificado devuelve el **Formulario de Elección** para que sea recibido por la Oficina del Fondo Fideicomiso para el 29 de noviembre de 2015 a más tardar (dentro de los 60 días desde la pérdida de la elegibilidad), el primer pago se vence para el 13 de enero de 2016, a más tardar (dentro de los 45 días desde la elección del 29 de noviembre). Este pago tiene que incluir las primas para octubre, noviembre y diciembre de 2015.

NO OMITIR EL PAGO DE LA PRIMA

Los pagos para la cobertura de COBRA son aplicados mes a mes. El Plan no permite a los Beneficiarios Calificados pagar por la cobertura COBRA sólo cuando se usan los beneficios.

Además, el pago por la cobertura para enero de 2016 tiene que ser recibido para el 30 de enero de 2016, a más tardar, que es el final del periodo de gracia.

Para Añadir Dependientes Nuevos

Si, mientras está inscrito para la Cobertura de Continuación COBRA, un Beneficiario Calificado adquiere un nuevo Dependiente, el mismo puede inscribir al nuevo Dependiente para la cobertura por el balance del periodo de la Cobertura de Continuación COBRA. No obstante, la inscripción de un nuevo Dependiente tiene que ocurrir **dentro de los 60 días** desde la fecha en que el Beneficiario Calificado adquiere al nuevo Dependiente. Añadir a un nuevo Dependiente puede ocasionar un incremento en la cantidad que tiene que pagarse por la Cobertura de Continuación COBRA.

Inscripción Especial por el Balance de Su Periodo de Continuación COBRA

Si usted tiene un Dependiente elegible que no se inscribió para la Cobertura de Continuación COBRA cuando fue ofrecida por vez primera porque tenían cobertura de otro plan de salud y subsiguientemente se pierde dicha cobertura, usted puede inscribir a ese Dependiente por el resto del su periodo de Continuación COBRA. Para que esto ocurra:

- Su Dependiente tiene que haber sido elegible para la Cobertura de Continuación COBRA en la fecha del Evento Calificante pero la rechazó cuando se ofreció la inscripción porque tenía cobertura de otro plan de salud de grupo o tenía otra cobertura de seguro de salud;
- Su Dependiente tiene que agotar su otra cobertura, perder la elegibilidad para la misma o perder las contribuciones del empleador a la misma, y
- Usted tiene que inscribir a ese Dependiente enviando un Formulario de Inscripción a la Oficina del Fondo Fideicomiso **dentro de los 60 días** después de la terminación de otra cobertura o contribuciones.

Cambiar de Planes

Un Beneficiario Calificado no deberá asumir que su plan médico-hospitalario, dental o de la vista ha sido cambiado hasta que se haya recibido una confirmación escrita de la Oficina del Fondo Fideicomiso. Consulte los Planes de Salud y Opciones disponibles en la página 7 para más información sobre el cambio de planes.

Planes Médico-Hospitalarios

Los Beneficiarios Calificados tienen el derecho a cambiar los planes médico-hospitalarios hasta dos veces en un año calendario justo igual que los Participantes. Para cambiar de plan mientras está inscrito en COBRA, el Beneficiario Calificado deberá comunicarse con la Oficina del Fondo Fideicomiso para un Formulario de Solicitud de Planes Activos. La solicitud también está disponible en el sitio web de los Fondos Fideicomisos. Complete y presente la solicitud a la Oficina del Fondo Fideicomiso. Una vez que la solicitud ha sido procesada por la Oficina del Fondo Fideicomiso, el Beneficiario Calificado será notificado por escrito, confirmando el plan y la fecha efectiva del cambio.

Planes Dentales y de la Vista

Si un Beneficiario Calificado seleccionó los Beneficios Básicos (el paquete completo) cuando se inscribió por primera vez para COBRA, él puede cambiar su plan dental o su plan de la vista (para los Beneficiarios Calificados inscritos en el Plan de Kaiser Permanente) sólo durante el periodo anual de Inscripción Abierta (OE, por sus siglas en inglés) para los planes dentales y de la vista desde el 1 de diciembre hasta el 15 de febrero para una fecha efectiva del 1 de marzo justo igual que los Participantes.

Terminación de la Cobertura de Continuación COBRA

La Cobertura de Continuación COBRA se terminará al final del periodo máximo de continuación permitido (18, 29 o 36 meses). La Cobertura de Continuación COBRA se terminará antes del final del periodo de 18, 29 o 36 meses si ocurre uno de los eventos siguientes:

1. El Beneficiario Calificado no paga los pagos requeridos de la prima en su totalidad y a tiempo;
2. El Beneficiario Calificado está cubierto bajo otro plan de salud de grupo después de la fecha en que eligió la Cobertura de Continuación COBRA;
3. El Beneficiario Calificado adquiere los derechos a la Parte A o la Parte B de Medicare después de la fecha de su elección de COBRA;
4. Su empleador ya no proporciona cobertura de seguro de salud de grupo a ninguno de sus Empleados; o
5. El Beneficiario Calificado ha recibido una determinación final de la Administración del Seguro Social de que el Beneficiario Calificado ya no está incapacitado.

La Cobertura de Continuación COBRA se terminará el primer día del mes siguiente a cualquiera de los eventos listados anteriormente. La Oficina del Fondo Fideicomiso le enviará una notificación por escrito tan pronto como sea posible con posterioridad a la decisión de que la cobertura de continuación se ha terminado o se terminará.

IMPORTANTE: Mantenga al día su información de inscripción y su información de contacto que se encuentra en el archivo de la Oficina del Fondo Fideicomiso. Si ha cambiado de estado civil, o usted o su cónyuge han cambiado de domicilio, comuníquese inmediatamente con la Oficina del Fondo Fideicomiso. Notifique a la Oficina del Fondo Fideicomiso sobre cualquier Evento Calificante, aunque crea que no se le requiere dar aviso a la Oficina del Fondo Fideicomiso.

Si cambiaran las disposiciones de la ley federal o estatal de COBRA en existencia después de que se imprima esta SPD, se informará a los Participantes o Beneficiarios Calificados sobre estos cambios según requiere la ley.

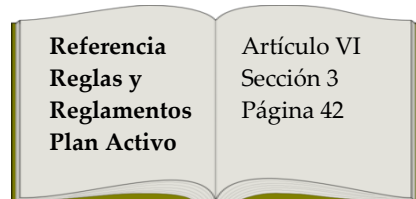
Tabla de Referencia Rápida

Evento Calificante	Beneficiario Calificado	Periodo Máximo
Reducción en el mínimo requerido de sus horas de trabajo	Usted, su cónyuge e hijos Dependientes	18 meses*
Terminación de su empleo	Usted, su cónyuge e hijos Dependientes	18 meses*
Su muerte	Su cónyuge e hijos Dependientes	36 meses
Su divorcio	Su cónyuge e hijos Dependientes	36 meses
La pérdida del estatus de Dependiente de su hijo	Su hijo	36 meses
* Extendido a 29 meses – si usted o uno de sus Dependientes se incapacita previo al final del periodo inicial de 18 meses. Una prima más alta es aplicable por los 11 meses adicionales; Extendido a 36 meses para sus Dependientes – si ocurre un Segundo Evento Calificante durante el primer periodo de 18 meses.		

MIEMBROS DE KAISER

Llame a Servicios para Miembros de Kaiser para la información sobre sus derechos a elegir cobertura extendida posterior a COBRA de la ley de California o para inscribirse en el plan de conversión de Kaiser.

Otra Cobertura de Seguro – Coordinación de Beneficios



Esta sección resume las disposiciones del Plan para ayudarle a entender cómo se aplica la coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés) a sus reclamaciones y a las de sus Dependientes. Esto no es una descripción completa de todas las reglas y procedimientos de la COB y no reemplaza el lenguaje contenido en las Reglas y Reglamentos del Plan. Si esta sinopsis o resumen no responde a sus preguntas, llame a la Oficina del Fondo Fideicomiso para recibir asistencia o consulte las Reglas y Reglamentos del Plan.

Es común para los miembros de la familia estar cubiertos por más de un Plan de Grupo. Esto sucede por ejemplo cuando tanto usted como su cónyuge están trabajando y ambos empleadores proporcionan cobertura de atención a la salud a sus empleados y miembros de su familia. Cuando ambos cónyuges tienen cobertura de un Plan de Grupo a través de su empleador, tienen “cobertura dual”. Si usted y cualquiera de sus Dependientes tienen cobertura dual, el Fondo tiene que seguir un procedimiento llamado “coordinación de beneficios” (COB, por sus siglas en inglés). Las reglas de la COB determinan cuál Plan de Grupo tiene que pagar primero y cuánto tiene que pagar cuando usted y sus Dependientes elegibles presentan una Reclamación. La aplicación apropiada de estas reglas garantizará que los pagos combinados de los dos Planes de Grupo no excedan del 100% de la cantidad de los beneficios que usted tiene el derecho a recibir.

Este Plan no coordina beneficios con un plan individual. Esto significa que cuando un Participante está cubierto por este Plan y también está cubierto por un plan o póliza individual (no de grupo), **incluyendo una póliza a través del Mercado de Seguros de Salud**, este Plan no pagará los beneficios de la cantidad no pagada relativa a las reclamaciones que resultan de un plan o póliza individual.

La Coordinación de Beneficios (COB) cubre una amplia variedad de circunstancias. A continuación aparece un esquema de algunas de las situaciones más comunes.

Coordinación con un Plan de Grupo

Orden de Determinación de Beneficios

OTRO FORMULARIO DE CONSULTA DE SEGURO

Si alguno de sus Dependientes tiene otra cobertura de un Plan de Grupo de atención a la salud u obtiene cobertura en el futuro, tiene que llamar a la Oficina del Fondo Fideicomiso para determinar cuál Plan es el pagador primario.

El “Orden de determinación de beneficios” decide cuál Plan de Grupo paga primero (el seguro primario), y cuál Plan de Grupo paga segundo (el seguro secundario) y si lo hay, cuál Plan de Grupo paga tercero y así de ahí en adelante.

Se le pedirá que facilite a la Oficina del Fondo Fideicomiso el nombre de cualquier otro Plan de Grupo que le cubra a usted y a sus Dependientes elegibles. La Oficina del Fondo Fideicomiso necesita esta información para determinar el orden en el que los Planes de Grupo pagan los beneficios. Si sus Dependientes tienen

otra cobertura de un Plan de Grupo y usted no informa a la Oficina del Fondo Fideicomiso, a usted se le requerirá reembolsar al Fondo por cualquier reclamación que pagó el Plan como pagador primario en vez de pagador secundario.

Pagador Primario

Si su cónyuge tiene otra cobertura de un Plan de Grupo, este Plan, en general, será el pagador primario cuando la Reclamación presentada sea por:

- Usted.
- Su cónyuge si ella es una **EMPLEADA JUBILADA** bajo el Plan de Grupo de su ex empleador y también **TIENE MEDICARE** como cobertura.
- Su hijo Dependiente si su mes y día de nacimiento son **ANTES** que los de su cónyuge.
- Su hijo Dependiente si usted está divorciado y **USTED** tiene la custodia de ese hijo,

Cuando el Plan es el pagador primario, los beneficios están limitados a los Cargos Autorizados del Plan o a la Asignación Máxima del Plan y sujeto a todos los términos y disposiciones independientemente del pago del pagador secundario.

Cualquier Plan de Grupo que no tenga una disposición de Coordinación de Beneficios (COB) siempre pagará primero como “primario” antes que cualquier otro Plan de Grupo.

Pagador Secundario

Este Plan será el pagador secundario cuando la Reclamación presentada sea por:

- Su cónyuge.
- Su hijo Dependiente si su mes y día de nacimiento son **DESPUÉS** de los de su cónyuge.
- Su hijo Dependiente si está divorciado y su **EX-CÓNYUGE** tiene la custodia de ese hijo,

Cuando el Plan es el pagador secundario, los beneficios todavía están limitados a los Cargos Autorizados del Plan o a la Asignación Máxima del Plan y sujetos a todos los términos y disposiciones del Plan. No obstante, el Plan deducirá el pago del pagador primario y pagará la cantidad menor de:

- Los beneficios normales del Plan.
- La porción de bolsillo del Individuo Elegible. Si el pagador primario es un plan pre-pagado o un HMO, este Plan sólo pagará el copago del Individuo Elegible o la porción del costo.
- El balance no pagado, pero no excederá de la cantidad máxima autorizada que el proveedor del servicio tiene derecho a recibir. Si el proveedor ha concertado un Convenio de Proveedor

Preferido (PPO, por sus siglas en inglés) con este Plan o el pagador primario, este Plan considerará que la menor cantidad es la cantidad máxima de la tarifa contractual autorizada por el Plan.

Coordinación con el Medicare Suplementario Federal

Usualmente Medicare es el pagador secundario a los empleados activos que tienen cobertura de Medicare y que también están cubiertos bajo el Plan de Grupo de su empleador. (Se aplican reglas diferentes de la Coordinación de Beneficios a los individuos que tienen Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés) o que recibieron un trasplante de riñón). Este Plan pagará antes que Medicare, mientras usted sea elegible como Empleado Activo, cuando la Reclamación presentada sea por:

- Usted.
- Su cónyuge si ella es Dependiente bajo su Plan y ella no tiene otra cobertura de un Plan de Grupo como empleada activa.
- Su hijo incapacitado con cobertura de Medicare y no tiene otra cobertura de un Plan de Grupo como dependiente de un empleado activo.

Coordinación con Medicaid o Medi-CAL

LEY ESTATAL

Al Plan se le requiere compartir cierta información con el Estado incluyendo los nombres y números de Seguro Social de todos los miembros y Dependientes que son elegibles bajo el Plan.

En cualquier caso cuando a este Plan se le requiere reembolsar al Estado por las reclamaciones incurridas por usted o cualquiera de sus Dependientes, el Plan pagará al Estado, sujeto a todas las disposiciones del Plan, la cantidad menor de los beneficios normales del Plan o la cantidad efectivamente pagada por el Estado.

Ley de Cuidado Asequible

Introducción

La ley federal de atención a la salud conocida como la “Ley de Cuidado Asequible” (ACA, por sus siglas en inglés) fue promulgada como ley el 23 de marzo de 2010. La ley requiere que todos los planes de salud proporcionen ciertas protecciones al consumidor tales como:

- La cobertura para los hijos hasta la edad de 26 independientemente del estado matrimonial o de dependencia; y
- Sin límites anuales o vitalicios de dólares en los Beneficios Esenciales de Salud (EHB, por sus siglas en inglés).

ACA también requiere que ciertos planes de salud proporcionen protecciones adicionales al consumidor si son planes “no de derechos adquiridos”. Sin embargo, el Plan de Pago Directo se considera como un plan de salud “de derechos adquiridos” y se le permite mantener ciertos beneficios básicos que estaban en vigor antes de que se aprobara la ley. Ser un plan de salud de derechos adquiridos significa que a los beneficios proporcionados bajo el Plan de Pago Directo no se les requiere incluir ciertas protecciones al consumidor de la ACA que aplican a otros planes. Por ejemplo, al Plan no se le requiere proporcionar ciertos servicios de salud preventivos sin costos compartidos.

MIEMBROS DE KAISER

Consulte el panfleto de la Prueba de Cobertura de su Plan (EOC) para la información detallada sobre el estado de derechos adquiridos de su Plan.

Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC, por sus siglas en inglés)

ACA también requiere que todos los planes de salud proporcionen un formulario completado de SBC a los individuos cubiertos bajo sus planes. La Oficina del Fondo Fideicomiso proporciona este formulario:

- Inmediatamente después de su elegibilidad inicial como parte del proceso de inscripción;
- 30 días antes del comienzo del Año del Plan ERISA que es el 1 de junio; y
- 60 días antes de la fecha efectiva de un cambio considerado como un cambio importante o significativo en los beneficios y que afecta la información en el SBC.

Siempre puede leer o imprimir una copia del SBC más reciente en el sitio web  de los Fondos Fideicomisos en www.norcalaborers.org.

El propósito del formulario del SBC es ayudar a comparar los planes de salud cuando se anda buscando cobertura de un plan de salud en el Mercado de Seguros de Salud que se abrió en el 2014. El Mercado de Seguros de Salud está establecido para proporcionar un lugar central para encontrar los planes de salud y para ayudar a los consumidores a que comparen las opciones disponibles de planes. La comparación incluye información sobre precios, beneficios, servicio y calidad de la atención. El SBC es

un formulario estandarizado y no puede ser alterado para adaptarse a los planes de salud del Fondo- esto es para facilitar la comparación de los muchos planes que se ofrecen en el Mercado de Seguros de Salud.

Cualquier cambio en los beneficios que afecte la información en el SBC generará un SBC nuevo con fecha efectiva del cambio del beneficio hasta el final del **Año del Plan ERISA, es decir el 1 de junio.**

Sugerencias Útiles: Cuando vea “**periodo de cobertura**” en el SBC (Resumen de Beneficios y Cobertura), se están refiriendo al Año del Plan ERISA que es el “año fiscal” o año contable del Fondo (1 de junio – 31 de mayo). El Año del Plan de “beneficio” del Fondo es 1 de marzo – 28 de febrero y es el periodo en el que usted y sus Dependientes acumulan su Deducible anual, su Máximo de Bolsillo anual (sus límites anuales de costo compartido) y el periodo en el que aplica cualquier limitación anual de beneficios.

El Mercado de Seguros de Salud

Mientras usted permanezca elegible bajo uno de los planes ofrecidos por el Fondo, no tendrá necesidad de buscar cobertura individual de un plan de salud en el Mercado de Seguros de Salud.

ESTÁNDAR MÍNIMO

El Plan de Pago
Directo cumple con el
Estándar de Cobertura
Esencial Mínima
(MEC) y de Valor
Mínimo (MV)
requerido según la ley
de Cuidado Asequible.

Generalmente, usted no puede inscribirse en un plan del Mercado de Seguros de Salud fuera de la Inscripción Abierta (OE, por sus siglas en inglés) anual. Sin embargo, hay un “Periodo Especial de Inscripción” en el que ciertos “**Eventos Calificantes**”, según están definidos por la ley de ACA, permiten que usted y sus Dependientes se inscriban en un plan del Mercado de Seguros de Salud fuera del periodo usual de Inscripción Abierta (OE). También pueden aplicar reglas especiales si se ha inscrito en la Cobertura de Continuación COBRA. Para más información comuníquese con www.coveredca.com si vive en California o con www.healthcare.gov si vive en otro lugar en los Estados Unidos.

No Discriminación en la Atención a la Salud

En la medida que un artículo o servicio sea un beneficio cubierto bajo este Plan, el Fondo no discriminará con respecto a su elección de un proveedor de atención a la salud siempre y cuando dicho proveedor de atención a la salud tenga licencia del estado en el que ejerce y esté funcionando dentro del ámbito de su licencia.

Programa de la Red de Proveedores Preferidos

Bajo el Plan de Pago Directo, usted y sus Dependientes elegibles están en libertad de seleccionar sus propios proveedores de atención a la salud, tales como Hospitales, Médicos, laboratorios, radiólogo y otros diversos tipos de proveedores que estén calificados por su licencia para proporcionar los servicios cubiertos por el Plan.

Cuando usted y sus Dependientes elijan usar Hospitales Proveedores Participantes o Proveedores de Sitios en Base al Valor que son parte de la red del Plan de Proveedores Preferidos, su parte del costo para la atención de salud cubierta es más baja.

BÚSQUEDA DE PROVEEDOR

Anthem Blue Cross
 www.anthem.com/ca

La Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés)

Una Organización de Proveedores Preferidos (PPO, por sus siglas en inglés) es una organización de atención administrada de Hospitales y otros proveedores de atención a la salud con licencia que tienen un acuerdo para aceptar tarifas más bajas por sus servicios. A las tarifas más bajas se les denomina “tarifas negociadas”. Los acuerdos son entre Anthem Blue Cross (ABC) y los Hospitales Participantes y Proveedores Participantes.

Entre los servicios para los que el Fondo contrata con ABC está el acceso a las redes del Plan de Proveedores Preferidos. Esto le permite a usted y a sus Dependientes recibir tarifas negociadas más bajas en Gastos Cubiertos así como una cantidad más baja de coseguro – ambas reducen su parte del costo por los Gastos Cubiertos.

El Plan de Proveedores Preferidos (Plan PPO, por sus siglas en inglés)

Anthem Blue Cross (ABC) tiene varias redes de Planes de Proveedores Preferidos. Los Planes de Proveedores Preferidos usados por el Fondo son 1) la red **PPO** si vive en California; y 2) la red nacional **Blue Card PPO** si vive o está viajando en Estados Unidos.

La BlueCard PPO

Ésta es la red PPO nacional a ser usada fuera de California pero aún dentro de los Estados Unidos. El usar los Hospitales Participantes y los Proveedores **BlueCard PPO** le garantiza que va a recibir tarifas negociadas más bajas para los Gastos Cubiertos así como reducir la cantidad de su coseguro-también reduce su parte del costo por los Gastos Cubiertos.

BÚSQUEDA DE PROVEEDOR

BlueCard
 www.bluecares.com

No se proporciona cobertura bajo el Plan de Pago Directo por servicios recibidos fuera de los Estados Unidos, sus Territorios o Posesiones con la excepción de Servicios de Emergencia según están definidos por el Plan.

Antes de que reciba servicios médicos, deberá confirmar si está o no usando un Hospital Participante y/o un Proveedor Participante de la red del Plan de Proveedores Preferidos del Fondo, la red **PPO** o la nacional **BlueCard PPO**.

Cómo Localizar a un Hospital Participante o a un Proveedor Participante

La forma más fácil de encontrar Hospitales o Proveedores Participantes es usar el sitio web de ABC (www.anthem.com/ca). Seleccione la sección “USEFUL TOOLS” [Herramientas Útiles] y luego “FIND A DOCTOR”.

ADVERTENCIA

Si usa el sitio web ABC [Anthem Blue Cross], deberá hacerlo solamente para servicios limitados porque no todas las funciones en el sitio web aplican en su caso. Por ejemplo, los beneficios de Medicamentos y Dentales no son a través de ABC así que usted no usará esas funciones en el sitio web de ABC. Cuando use el sitio web ABC, hágalo con precaución porque alguna de la información que pueda necesitar provendrá de compañías que no son de ABC.

Cuando usted o sus Dependientes se registren en el sitio web de ABC, va a necesitar un nombre de usuario y una contraseña. Esto le dará acceso a los nombres y ubicaciones de los Hospitales y Proveedores Participantes que son parte de la red del Plan de Proveedores Preferidos que aplican si usted vive en California. No obstante, si usted está viviendo o viajando fuera de California (pero en los Estados Unidos) necesitará ingresar el estado en el que está ubicado para encontrar los nombres y ubicaciones de los Hospitales Participantes y Proveedores Participantes **BlueCard PPO**.

También puede usar el sitio web como visitante pero tiene que ingresar la red correcta del Plan de Proveedores Preferidos para encontrar los Hospitales Participantes y Proveedores Participantes que son parte de la red del Plan de Proveedores Preferidos del Fondo.

Programa del Sitio en Base al Valor

El programa del Sitio en Base al Valor le proporciona alternativas de Hospital para obtener servicios cubiertos en conexión con cualquiera de los procedimientos quirúrgicos en los que los **Gastos Cubiertos** para los **cargos de Hospital** han sido limitados a la Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés) – consulte páginas 59-60.

Si usted vive en California, y si usted o sus Dependientes elegibles deciden no usar un Sitio en Base al Valor para cualquier procedimiento quirúrgico en el que los **cargos de Hospital** han sido limitados a la MPA [Asignación Máxima del Plan], todos los **cargos por Hospital** por encima del MPA serán responsabilidad suya además del Deducible y el coseguro usual del Plan y no contará para el Máximo de Bolsillo del Año del Plan.

Excepciones al Sitio en Base al Valor

Si no tiene acceso a un Sitio en Base al Valor o si los servicios no pueden obtenerse en un Sitio en Base al Valor dentro de un tiempo o distancia de viaje razonables; o si la calidad de los servicios pudiera verse comprometida por usar un Sitio en Base al Valor, la MPA [Asignación Máxima del Plan] **puede que no aplique** por los **cargos de Hospital** en conexión con procedimientos de reemplazo total de cadera o rodilla, artroscopia, cataratas o colonoscopia.

Para Procedimientos de Artroscopia, Cataratas o Colonoscopia

Los Sitios en Base al Valor son los Centros Quirúrgicos Ambulatorios (ASC, por sus siglas en inglés) proveedores que son parte de la red del Plan de Proveedores Preferidos del Fondo.

Para la Cirugía de Reemplazo Total de Cadera o Rodilla

Los Sitios en Base al Valor son los Hospitales “Designados” por todo California que son parte de la red del Plan de Proveedores Preferidos del Fondo. Usted puede ver una lista de Sitios en Base al Valor en el sitio web de los Fondos Fideicomisos pero se le advierte que siempre verifique que la ubicación todavía sea un Sitio en Base al Valor antes de seleccionar ese Hospital. Su cirujano tiene que poder realizar cirugía en ese Hospital.

Gastos Relativos a Viajes si Usa un Hospital Designado

Si usted tiene que viajar 50 millas o más desde su hogar al Hospital Designado (un Sitio en Base al Valor) por una cirugía de rutina de reemplazo total de cadera o de rodilla, puede que tenga derecho a un reembolso de hasta \$750 por gastos relativos a viajes. Llame a la Oficina del Fondo Fideicomiso para más información.

NOTA

Este beneficio puede ser considerado como ingreso tributable por la IRS.

Sala de Emergencias de un Hospital a Diferencia de un Centro de Atención de Urgencias

Su médico primario es el mejor lugar para comenzar cuando esté enfermo. Su médico conoce su historial médico, incluyendo cualquier condición subyacente que pueda tener. Cuando visite a su médico por una enfermedad o lesión, ellos pueden hacer elecciones con fundamento sobre su tratamiento y las pruebas necesarias. Pero, ¿qué sucede cuando se enferma o se lesiona cuando la consulta de su médico está cerrada?

Las salas de emergencias de un Hospital (ER, por sus siglas en inglés) son el mejor lugar para tratar condiciones serias y que ponen en peligro la vida. Tienen la más amplia gama de servicios para la atención de emergencia fuera de horas, incluyendo pruebas diagnósticas y acceso a los especialistas. Sin embargo, esta atención especializada es también el tipo de atención más costoso y con frecuencia requiere una larga espera para recibir tratamiento. Los pacientes típicamente pasan 3.2 horas de promedio en la Sala de Emergencias (ER), incluyendo la consulta efectiva con el médico y cualquier tratamiento. Las visitas a la Sala de Emergencias (ER) son alrededor de **seis veces más costosas** que la atención comparable en la consulta de un médico. Si su condición **NO** pone en peligro la vida pero necesita atención inmediata, usar un Centro de Atención de Urgencias Anthem Blue Cross en lugar de la Sala de Emergencias (ER) puede que sea la mejor opción para usted.

El propósito de un Centro de Atención de Urgencias es rellenar las lagunas entre sus visitas a su médico de atención primaria y la Sala de Emergencias (ER). Los Centros de Atención de Urgencias ofrecen las ventajas siguientes:

- Ubicaciones convenientes
- Abiertos después de las horas hábiles normales, incluyendo noches y fines de semana
- No se requiere cita

- Tiempos de espera más cortos
- Cargos más bajos (significa un Coseguro más bajo para usted y no se aplicará el Copago de la Sala de Emergencias)

**BÚSQUEDA DE LOCALIDADES
DE CENTROS DE ATENCIÓN
DE URGENCIAS**

Anthem Blue Cross
 www.anthem.com/ca

Lo importante es usar su mejor juicio cuando elija dónde obtener la atención. Es buena idea saber dónde están los Hospitales Participantes y Centros de Atención de Urgencias más cercanos en su área. Así si necesita atención inmediata, siempre sabrá dónde ir.

Programa de Administración de Casos

La administración de casos es un programa diseñado para ayudarle a usted o a un Dependiente elegible a tomar decisiones importantes con respecto a su atención a la salud. Anthem Blue Cross, la organización que actualmente está realizando la Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés), también proporciona administración de casos para el Fondo lo que incluye Cuidado de Hospicio y Atención de Salud en el Hogar.

La administración de casos típicamente tiene que ver con usted, su familia, los proveedores de atención a la salud y el Fondo al evaluar y coordinar la mejor atención posible para cada situación. Este proceso puede ayudar a trasladarle a usted o a su Dependiente elegible de un entorno de un Hospital de atención crítica a un entorno alternativo, más cómodo y eficiente tan pronto como sea médicamente seguro hacerlo. Los profesionales de administración de casos pueden hacer los arreglos para su atención, necesidades de enfermería y equipo al momento del alta de un Hospital de atención crítica. Esto es posible porque Anthem Blue Cross tiene la habilidad de seleccionar los casos que pueden beneficiarse de una administración de casos ya que su personal revisa y supervisa los ingresos al Hospital a través del programa de UR [Revisión de Utilización].

El Cuidado de Hospicio está diseñado para proporcionar control del dolor y alivio de síntomas para pacientes enfermos terminales en una instalación de hospicio aprobada o con licencia o en el hogar del paciente. Los servicios cubiertos incluyen, pero sin limitaciones, visitas de enfermeros, servicios sociales, ayuda de salud en el hogar y suministros médicos. El Plan no proporciona beneficios por costos de alimentos, transportación (salvo ambulancias), asesoría financiera o legal o servicios proporcionados por miembros de la familia o amigos del paciente.

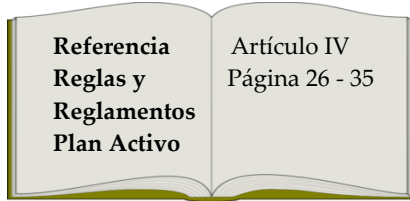
Beneficios Menores por Hospitales y Proveedores No-Participantes

Cuando usted usa un Hospital o Proveedor No-Participante, generalmente experimentará una porción de costos más alta para los Gastos Cubiertos:

1. Usted no recibirá tarifas negociadas más bajas por los Gastos Cubiertos.
2. Generalmente, usted pagará un coseguro más alto por los Gastos Cubiertos.
3. Será responsable de pagar todos los cargos que excedan del Cargo Autorizado del Plan o de la Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés).

4. Cualquier copago, Deducible y/o coseguro que usted pague por Gastos Cubiertos no contará para su Máximo de Bolsillo del Año del Plan.

Beneficios Amplios Médico-Hospitalarios



Copago

Un copago es la cantidad fija de dólares que usted paga por un Gasto Cubierto y se requiere antes de sean aplicados el Deducible del Año del Plan y el coseguro. La mayoría de los proveedores le pedirán que pague el Copago al momento del servicio.

Los siguientes Gastos Cubiertos tiene un Copago:

1. Visitas a la Consulta del Médico: \$15 de Copago por visita
El Copago por Visitas a la Consulta del Médico no se aplica a: visitas Quiroprácticas, Exámenes Físicos de Rutina, visitas del Bebé Saludable y consultas al Médico.
2. Visita Electrónica (Visita-E) o Evaluación Médica En Línea: \$10 de Copago por visita
3. Servicios Ambulatorios en la Sala de Emergencia del Hospital
\$25 de Copago por cada visita a un Hospital Participante
\$50 de Copago por cada visita a un Hospital No-Participante

El Copago no aplica si:

CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS

Use un Centro de Atención de Urgencias Participante en su lugar para evitar el Copago.

 www.anthem.com/ca

- Es ingresado al Hospital como paciente de cama en donde pasará la noche
- Es transportado a la sala de emergencias por intervención paramédica
- Llega muerto a la sala de emergencias
- Muere mientras está siendo tratado en la sala de emergencias

Deducible

El Deducible es la cantidad anual que usted paga por Gastos Cubiertos antes de que el Plan pague beneficios y se aplica después de cualquier Copago aplicable. El periodo de Deducible comienza el 1 de marzo y termina el 28 de febrero – el periodo completo del Año del Plan.

Remanente

Cualquier parte del Deducible que usted o sus Dependientes satisfagan durante los últimos tres meses (diciembre, enero y febrero) del Año del Plan actual contarán para el Deducible para el próximo periodo del Año del Plan.

Cantidad del Deducible

La cantidad del Deducible que usted pagará por el Año del Plan es la siguiente:

- \$150 por individuo
- \$450 máximo por familia

Los límites del Deducible de familia limita la cantidad de gasto de Deducible que usted y sus Dependientes tienen que pagar durante cualquier Año del Plan por Gastos Cubiertos. Si hay 4 o más personas en su familia, el Deducible familiar puede ser satisfecho en cualquier combinación hasta una cantidad combinada de \$450. **No obstante, ninguna persona puede satisfacer más de la cantidad individual.** Vea el ejemplo que aparece más adelante:

Ejemplos – Cómo se Aplica el Deducible

\$150 por individuo/\$450 por familia máximo por Año del Plan				
Tamaño de la Familia	Participante Solamente	Participante más Cónyuge	Participante, Cónyuge más 1 hijo	Participante, Cónyuge más 2 o más Hijos
Participante	\$150	\$150	\$150	Hasta \$150 por persona pero sin exceder de \$450 combinado
Cónyuge		\$150	\$150	
Hijo 1			\$150	
Hijo 2				
Hijo 3				
TOTAL	\$150	\$300	\$450	\$450

Excepciones

El Deducible no se aplica a los siguientes Gastos Cubiertos:

- Cargos por Hospital o Centro de Enfermería Especializada para servicios intrahospitalarios
- Exámenes Físicos de Rutina para el Participante, el Cónyuge o Compañero Doméstico Dependientes
- Visitas del Bebé Saludable para hijos Dependientes de 24 meses de edad o mayores
- Visita-E a través de los Servicios En Línea LiveHealth
- Medicamentos de Receta

Coseguro

El término “coseguro” significa una cantidad representada como un porcentaje que el Fondo paga y que usted paga en la mayoría de los Gastos Cubiertos. Si un Gasto Cubierto está sujeto a un Copago y/o una cantidad de Deducible, se aplica el coseguro por último al balance restante.

EXCEPCIONES

El Fondo pagará el 100% de la tarifa negociada en vez del 90% por:

1. Una visita al consultorio por un Médico Participante.
2. Una Visita-E o Evaluación Médica En Línea.

Para los Cargos de un Hospital o Proveedor Participantes

El nivel de coseguro es 90/10 cuando usted usa un Hospital Participante o un Proveedor Participante. Esto significa que el Fondo paga 90% de la tarifa negociada después de que se aplica cualquier Copago y/o Deducible. Usted paga el 10% de la tarifa negociada más cualquier Copago y/o Deducible aplicable.

Para los Cargos de Hospital o Proveedor No-Participantes

EXCEPCIONES

El Fondo pagará el 90% de los Cargos Autorizados en vez del 70% si:

1. Usted usó servicios profesionales de ambulancia para Servicios de Emergencia.
2. Usted recibió tratamiento en la sala de emergencias de un Médico en la sala de emergencias de un Hospital Participante.

El nivel de coseguro es 70/30 cuando usted usa un Hospital No-Participante o un Proveedor No-Participante. Esto significa que el Fondo paga el 70% de los Cargos Autorizados después de que se aplica cualquier Copago y/o Deducible. Usted paga el 30% de los Cargos Autorizados más cualquier Copago y/o Deducible aplicable.

Servicios Intrahospitalarios

El Plan pagará beneficios por servicios intrahospitalarios si usted está ingresado en un Hospital o en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de, o en conexión con una enfermedad, lesión, embarazo, trastorno de salud mental o psiquiátrico, dependencia a química o abuso de sustancias. Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a alojamiento y comida, pruebas de laboratorio y radiografías para diagnósticos, cargos accesorios, medicamentos transfusiones de sangre. Los cargos por partidas personales tales como comidas para acompañantes o el uso de una habitación privada no ordenados por un Médico no están cubiertos.

Por Cargos de un Hospital Participante

El nivel de coseguro es 90/10 de los primeros \$10,000 de la tarifa negociada cuando usted es ingresado a un Hospital Participante o SNF [Centro de Enfermería Especializada]. Esto significa que el Fondo paga el 90% de los primeros \$10,000 de la tarifa negociada y el 100% de la cantidad restante. Usted paga el 10% de la tarifa negociada pero sin exceder de \$1,000.

Por Gastos de un Hospital No-Participante

EXCEPCIONES

El Fondo pagará el 90% de los Cargos Autorizados en vez del 70% si:

1. Usted fue ingresado debido a una emergencia o condición que pone en peligro su vida.
2. Usted vive fuera del Área de Servicio de Proveedores Preferidos del Plan.

El nivel de coseguro es 70/30 de los primeros \$10,000 de "Cargos Cubiertos" cuando usted es ingresado a un Hospital No-Participante. Esto significa que el Fondo paga el 70% de los primeros \$10,000 de los Cargos Cubiertos y el 100% de la cantidad restante. Usted paga el 30% de los Cargos Cubiertos pero sin exceder de \$3,000. Sin embargo, también se le requerirá pagar cualquier cantidad que exceda del

límite de los Gastos Cubiertos y cualquier cargo no-cubierto como partidas personales, por ejemplo: comidas de acompañantes o el uso de habitación privada por conveniencia personal.

El término “Cargos Cubiertos” significa (1) 100% de las tarifas más bajas del hospital por una habitación semiprivada o la unidad de cuidados intensivos (o unidad de cuidados críticos) o (2) el 80% de la tarifa más baja por habitación semiprivada.

Gastos Cubiertos

El término “Gastos Cubiertos” se refiere a los servicios hospitalarios y médicos que están cubiertos por el Plan, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan y tienen que ser determinados como Medicamento Necesarios.

EXCLUSIONES

Consulte la página 75 para una lista de gastos que no están cubiertos por el Plan.

A continuación aparece una lista de Gastos Cubiertos (en orden alfabético) bajo el Plan. Los Gastos Cubiertos adicionales están listados en la sección de la Asignación Máxima del Plan en la 58.

1. Servicios de acupuntura por un acupunturista con licencia necesarios para tratar una lesión o el dolor.
2. Servicios de ambulancia que requieren apoyo paramédico profesional del lugar en el que usted se lesionó o se vio afectado por una enfermedad o de un Hospital o consultorio de un Médico. La transportación por ambulancia aérea sólo está cubierta si es Medicamento necesario para evitar la posibilidad de complicaciones serias o pérdida de vida.
3. Servicios de un Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés). Para un procedimiento de artroscopia, cataratas y colonoscopia y cargos de un Centro Quirúrgico Ambulatorio No-Participante, consulte la sección de MPA (Asignación Máxima del Plan) en la página 59.
4. Anestesia y su administración.
5. Sangre y productos sanguíneos.
6. Quimioterapia recetada por un Médico.
7. Consultas con un Médico incluyendo segundas opiniones quirúrgicas.
8. Implantes, inyecciones, dispositivos anticonceptivos que son recetados por un Médico con procedimientos quirúrgicos que resultan en infertilidad voluntaria (incluyendo sin limitarse a la esterilización o la vasectomía).
9. Exploraciones TC o TEP (CT o PET, por sus siglas en inglés) e imagen de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) recetadas por un Médico para fines de tratamientos o diagnósticos.

10. Servicios dentales para lo siguiente:
 - Tratamiento para aliviar el daño a dientes rotos o lesionados que sea resultado de una lesión corporal accidental (no se hará pago alguno por el reemplazo de dientes, total o parcialmente).
 - Cirugía Médicamente Necesaria no cubierta bajo los beneficios de atención dental del Fondo.
11. Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) recetado por un Médico, incluyendo, pero sin estar limitado a camas de hospital, sillas de ruedas, oxígeno y dispositivos prostéticos. El Plan no pagará más del precio de compra por cargos de renta de un Equipo Médico Duradero.
12. Visita-E o evaluación médica en línea por un Médico a través de LiveHealth Online Services. LiveHealth Online es un servicio basado en la Internet que le permite interactuar personalmente con un médico para atender molestias médicas no urgentes.
13. Trastorno de identidad de género o tratamiento para la disforia de género y servicios que incluyen cirugía de reasignación de género si está aprobada por adelantado como Médicamente Necesario.
14. Servicios de Atención de Salud en el Hogar pero sólo mediante referido y aprobación de la Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés) del Plan.
15. Servicios de Cuidados de Hospicio pero sólo mediante referido y aprobación de la Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés) del Plan.
16. Servicios ambulatorios de sala de emergencias de hospital.
17. Servicios ambulatorios de hospital. Los servicios cubiertos incluyen pero no están limitados a sala de operaciones, sala de recuperación, pruebas de laboratorio y radiografías para diagnóstico, cargos complementarios y medicamentos. Para procedimientos de artroscopia, cataratas y colonoscopia, consulte la sección de MPA (Asignación Máxima del Plan) en la página 59.
18. Inmunizaciones, inyecciones e inoculaciones para adultos y niños.
19. Terapia intravenosa en base ambulatoria que esté autorizada y sea bajo la supervisión directa de un Médico para el tratamiento de una enfermedad que de otro modo requeriría hospitalización.
20. Pruebas de laboratorio recetadas por un Médico para fines de tratamiento o diagnóstico.
21. Servicios de mastectomía, incluyendo la 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 todos los estados de la mastectomía, incluyendo los linfedemas.

22. Trastornos de salud mental o psiquiátricos incluyendo servicios Médicamente Necesarios por un psiquiatra titulado, psicólogo, terapeuta o consejero matrimonial o de familia con licencia o trabajador social titulado.
23. Servicios de enfermería por un enfermero especializado titulado (NP, por sus siglas en inglés), un enfermero graduado registrado (RN, por sus siglas en inglés) o un enfermero vocacional titulado (LVN, por sus siglas en inglés). Los servicios de una enfermera comadrona certificada para atención obstétrica están cubiertos siempre y cuando la comadrona esté bajo la supervisión de un Médico.
24. Servicios de optometrista (médico de la vista) pero sólo cuando prestan tratamiento de la vista Médicamente Necesario que no esté cubierto bajo los beneficios de atención a la vista.
25. Servicios de terapia física u ocupacional proporcionados por un terapeuta físico registrado (RPT, por sus siglas en inglés) o un terapeuta ocupacional no emparentado con usted y recetada por un Médico.
26. Cargos de un Médico por visitas al consultorio, la sala de emergencias o de atención urgente; servicios médicos o quirúrgicos. Los servicios por un Auxiliar Médico titulado (PA, por sus siglas en inglés) están cubiertos siempre y cuando el Auxiliar Médico esté bajo la supervisión de un Médico y sean facturados bajo el número de identificación fiscal del Médico.
27. Terapia de radiación recetada por un Médico.
28. Terapia del habla recetada por un Médico para restaurar el habla normal debido a una embolia o para corregir defectos de disfagia al tragar debidos a una enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico.
29. Rehabilitación por abuso de sustancias o tratamiento para la dependencia química.
30. Vendas quirúrgicas, férulas, yesos y otros dispositivos para el tratamiento de quemaduras o la reducción de fracturas y dislocaciones.
31. Cirugía de Pérdida de Peso (Cirugía bariátrica o derivación gástrica). Usted **TIENE** que usar un Centro Blue Distinction® para la Cirugía Bariátrica que sea parte de la red del Plan de Proveedores Preferidos del Plan de otro modo los cargos de hospital **no estarán cubiertos**. Todos los procedimientos quirúrgicos de pérdida de peso también tienen que estar autorizados previamente por Anthem Blue Cross.

BÚSQUEDA DE PROVEEDOR

Anthem Blue Cross



1-800-274-7767

La cirugía de pérdida de peso, en conexión con el tratamiento de obesidad mórbida, está cubierta si su Índice de Masa Corporal (BMI, por sus siglas en inglés) es mayor de 35 y está complicado con cualquiera de lo siguiente:

- Condiciones cardio-pulmonares que ponen en peligro la vida;
- Dificultad para controlar la diabetes melitus o la hipertensión;
- Enfermedad renal terminal;

- Apnea grave del sueño (documentado por un estudio del sueño);
- Edema grave de las extremidades inferiores con ulceración;
- Enfermedad sintomática degenerativa de las articulaciones, que resultan en dificultades ambulatorias (bastón, andador, silla de ruedas); o
- Incontinencia por estrés con anormalidades ginecológicas.

Sólo uno de los siguientes procedimientos quirúrgicos de pérdida de peso estará cubierto una vez en la vida:

- Derivación gástrica Roux-en Y
- Grapas o bandas gástricas
- Derivación biliopancreática

32. Radiografías recetadas por un Médico para fines de tratamiento o diagnósticos.

Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés)

El Fondo limita la cantidad de dólares autorizada para ciertos Gastos Cubiertos. El término usado para un Gasto Cubierto que tiene una asignación máxima de cantidad de dólares es “Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés)”. El coseguro regular para algunos Gastos Cubiertos se aplicará primero como se describió en la sección de Coseguro en la página 53 pero si el Gasto Cubierto está sujeto a la Asignación Máxima del Plan [MPA], el Fondo no pagará más de la Asignación Máxima del Plan [MPA].

Usted será responsable de pagar cualquier cargo que exceda de la Asignación Máxima del Plan [MPA] además de cualquier Copago, Deducible y coseguro. Los cargos que excedan de la Asignación Máxima del Plan no cuentan para su Máximo de Bolsillo Anual del Plan – consulte la página 63 – incluso si usted usó un Hospital o Proveedor Participante.

Cirugía de Reemplazo Total de Cadera o Rodilla de Rutina

Los cargos Intrahospitalarios por una cirugía de reemplazo total de cadera o rodilla de rutina en un Hospital No-Participante están limitados a la Asignación Máxima del Plan [MPA] si vive en California. La Asignación Máxima del Plan sólo aplica a los cargos de Hospital y no se aplica a los honorarios profesionales cargados por el cirujano y cualquier otro gasto relativo no de Hospital en conexión con el procedimiento quirúrgico.

La ilustración de abajo indica la diferencia en costo entre un Sitio en Base al Valor “Hospital Designado” y un Hospital Participante que **NO** es un Hospital Designado. Debido a que los cargos reales facturados y las tarifas negociadas varían entre los diferentes Hospitales Participantes, la ilustración no se basa en el cargo real facturado o la tarifa negociada para cualquier proveedor individual.

Un Hospital Participante que es un Sitio en Base al Valor Hospital <i>Designado</i>		Un Hospital Participante que NO es un Sitio en Base al Valor Hospital <i>Designado</i>	
Cargo Facturado	\$52,000	Cargo Facturado	\$65,000
Tarifa Negociada	\$30,000	Tarifa Negociada	\$52,000
MPA [Asignación Máxima del Plan]	\$30,000	MPA [Asignación Máxima del Plan]	\$30,000
Cantidad en exceso de la MPA	\$0	Cantidad en exceso de la MPA	\$22,000
10% de \$10,000 (su coseguro)	\$1,000	10% de \$10,000 (su coseguro)	\$1,000
Usted debe aparte de la MPA	\$0	Usted debe aparte de la MPA	\$22,000
Total que debe	\$1,000	Total que debe (\$1,000 + \$22,000)	\$23,000

Procedimiento Ambulatorio de Artroscopia, Cataratas o Colonoscopia

Estos procedimientos están limitados a la Asignación Máxima del Plan [MPA] cuando se realizan en el departamento ambulatorio de un Hospital y **usted vive en California.**

Cuando los cargos de Hospital exceden de la Asignación Máxima del Plan, usted es responsable del pago de todos los cargos de Hospital que excedan de la Asignación Máxima del Plan además de cualquier Copago, Deducible y coseguro. Use un Sitio en Base al Valor si vive en California, por ejemplo, un Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés). La Asignación Máxima del Plan [MPA] sólo aplica a los cargos de Hospital y no aplica a los honorarios profesionales cargados por el cirujano o cualquier otro gasto relativo no de Hospital en conexión con el procedimiento quirúrgico.

Donde los Gastos Cubiertos por cargos de Hospital están limitados a la Asignación Máxima del Plan, y usted vive en California, a usted y a sus Dependientes elegibles se les proporcionan opciones de proveedores alternos a las que se llaman Sitios en Base al Valor. Al usar estos proveedores usted ahorrará dinero en su parte del costo.

La ilustración de abajo para un procedimiento de artroscopia demuestra la diferencia en costos entre lo que usted puede esperar, cuando usa un ASC [Centro Quirúrgico Ambulatorio] en lugar del departamento de cirugía ambulatoria de un Hospital – **porque los cargos realmente facturados y las tarifas negociadas varían entre proveedores por los mismos servicios.**

Sitio en Base al Valor Participante Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC)		Departamento Quirúrgico Ambulatorio de un Hospital Participante	
Cargo Facturado	\$8,500	Cargo Facturado	\$11,500
Tarifa negociada	\$6,000	Tarifa negociada	\$9,500
Asignación Máxima del Plan	\$6,000	Asignación Máxima del Plan	\$6,000
Cantidad en exceso de la MPA	\$0	Cantidad en exceso de la MPA	\$3,500
Usted debe el 10% de la MPA	\$600	Usted debe el 10% de la MPA	\$600
Cantidad que debe aparte de la MPA	\$0	Cantidad que debe aparte de la MPA	\$3,500
Total que debe	\$600	Total que debe	\$4,100

Otros Gastos Cubiertos con la Asignación Máxima del Plan [MPA]

Los siguientes Gastos Cubiertos también están sujetos a la MPA [Asignación Máxima del Plan]:

1. Centro Quirúrgico Ambulatorio No Participante (ASC, por sus siglas en inglés) para servicios ambulatorios.
2. Servicios quiroprácticos tales como manipulaciones, radiografías y pruebas de laboratorio por un quiropráctico titulado. Los cargos por los suministros tienen que ser Medicamento Necesarios y no para la comodidad personal del Individuo Elegible.
3. Aparatos auditivos recetados por un Médico. Las reparaciones o reemplazos de un aparato auditivo que se pierde, rompe o es robado no están cubiertas.
4. Visitas del Bebé Saludable para hijos Dependientes mayores de 24 meses de edad, de acuerdo al calendario de la Academia Estadounidense de Pediatría.
5. Exámenes Físicos de Rutina para los Participantes, cónyuge o Compañero Doméstico Dependientes.

Visión General de los Gastos Cubiertos con MPA

Tipo de Gasto Cubierto		MPA	Su Porción
Cargos de Hospital	Cirugía rutinaria de reemplazo total de cadera o rodilla hospitalizado	\$30,000	Usted paga todos los cargos de Hospital que excedan de \$30,000
Cargos de Hospital	Procedimiento ambulatorio de artroscopia	\$ 6,000	Usted paga todos los cargos de Hospital que excedan de \$6,000
	Procedimiento ambulatorio de cataratas	\$ 2,000	Usted paga todos los cargos de Hospital que excedan de \$2,000
	Procedimiento ambulatorio de colonoscopia	\$ 1,500	Usted paga todos los cargos de Hospital que excedan de \$1,500
Examen Físico de Rutina o del Bebé Saludable*	Participante, Cónyuge o Compañero Doméstico	\$300 por examen	Usted paga todos los cargos que excedan de \$300
	Hijos Dependientes	\$200 por examen	Usted paga todos los cargos que excedan de \$200
Cargos de Quiropráctico	Visitas	\$40 por día 40 visitas por Año del Plan	Usted paga todos los cargos que excedan de \$40 por visita y 40 visitas por Año del Plan
	Radiografías	\$100 por año del Plan	Usted paga todos los cargos que excedan de \$100
Aparatos Auditivos*	Dispositivo	\$1,200 por oído Cada 36 meses	Usted paga todos los cargos que excedan de \$1,200
Centros Quirúrgicos Ambulatorios	Centro Quirúrgico Ambulatorio No Participante	\$500 por día	Usted paga todos los cargos que excedan de \$500 por día

* El Fondo pagará el 100% del Cargo Autorizado o la cantidad de la Asignación Máxima del Plan [MPA], cualquiera que sea menor. Cualquier cantidad denegada por exceder la MPA no se acumula a su máximo de Bolsillo anual.

Requisito de Revisión de Utilización (UR)

La Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés) se requiere para todas las hospitalizaciones en las que se pasa la noche. Excepción: los ingresos por Maternidad en el que la duración de la estancia no excede de 48 horas para un parto de rutina o 96 horas para una cesárea no están sujetos a este requisito. Si la estancia por maternidad excede de estos plazos de tiempo, entonces se requiere una Revisión Concurrente o Retrospectiva.

Hay tres (3) tipos diferentes de Revisión de Utilización (UR):

1. Revisión Pre-Admisión: Para todas los ingresos al Hospital electivos.

Penalización – Si es ingresado a un Hospital No-Participante y no se obtiene una Revisión Pre-Admisión, usted será responsable de un coseguro adicional del 20% de los primeros \$10,000 de Cargos Cubiertos independientemente de si se obtiene o no una Revisión Retrospectiva después de que ha sido dado de alta y se ha determinado que su estancia era Médicamente Necesaria. El coseguro adicional no contará hacia el Máximo de Bolsillo del Año del Plan.

2. Revisión Concurrente: Para cualquier admisión de hospitalización continuada.
3. Revisión Retrospectiva: Después que usted ha sido dado de alta del Hospital cuando no ha habido una Revisión Pre-Admisión o Concurrente.

Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés)

Las **Organizaciones de Revisión Profesional** son compañías bajo contrato con el Fondo para determinar si un confinamiento en un Hospital como paciente ingresado es Médicamente Necesario, incluyendo el número de días autorizados y/o si un servicio ambulatorio propuesto que no es de emergencia es Médicamente Necesario.

INFO DE CONTACTO

Anthem Blue Cross



1-800-274-7767

Anthem Blue Cross es la Organización de Revisión Profesional [PRO] del Fondo para la Revisión de Utilización [UR] para ingresos al hospital y para la Revisión Pre-Autorización en conexión con los procedimientos de cirugía bariátrica.

Recuerde, algunos Gastos Cubiertos requieren que usted obtenga una Revisión de Utilización, una Revisión Pre-Autorización, use un Hospital Participante o un Proveedor Participante de la red del Plan de Proveedores Preferidos del Fondo o use un Sitio en Base al Valor si vive en California para recibir los beneficios completos del Plan y limitar su porción del costo de los Gastos Cubiertos.

Tabla Resumen de Requisitos de Revisión de Utilización

Tipo de Admisión	Requisito
Programada/Electiva No-Emergencia	Anthem Blue Cross TIENE que aprobar su estancia ANTES de que sea admitido.
Emergencia/Urgente	Anthem Blue Cross TIENE que ser notificado dentro de las 24 horas de su admisión.
Parto	No se requiere Revisión de Utilización si la estancia es menos de: 48 horas por un parto normal o 96 horas por un Parto por Cesárea
Cirugía Bariátrica Desviación Gástrica	TODOS los servicios planeados TIENEN que ser aprobados por Anthem Blue Cross ANTES de que sea admitido. Además, tiene que usarse un Centro de Excelencia aprobado.
Cualquier admisión	Cuando el Plan Activo de los Obreros es el pagador secundario de los beneficios por la estancia de su Dependiente elegible, no se requiere la Revisión de Utilización requerida por este Plan.

Máximo de Bolsillo del Año del Plan

Una característica importante de ahorro en costo del Plan es el **Máximo de Bolsillo** del Año del Plan. El Máximo de Bolsillo del Año del Plan limita *su porción del costo* en cada Año del Plan para los gastos de atención a la salud.

Máximo de Bolsillo Individual y Familiar

El gasto máximo de bolsillo que usted pagará por los Gastos Cubiertos por Año del Plan es de la forma siguiente:

- \$3,000 por individuo
- \$6,000 por familia

Una vez que se ha alcanzado el Máximo de Bolsillo del Año del Plan, ya sea individualmente o como familia, usted no tendrá más Copagos, Deducible o coseguro por el resto del Año del Plan cuando use Hospitales o Proveedores Participantes. El Fondo comenzará pagando el 100% del Cargo Autorizado por el resto de Año del Plan.

Qué Cuenta Para el Máximo de Bolsillo del Año del Plan

No todos los gastos de bolsillo que usted paga por Gastos Cubiertos contarán para su Máximo de Bolsillo del Año del Plan. Sólo los cargos por **Hospitales y Proveedores Participantes** en lo que usted incurrió los gastos de bolsillo contarán para el Máximo de Bolsillo del Año del Plan. Los gastos de bolsillo que contarán son los siguientes:

1. Copagos por Visita a la Consulta de un Médico y por Sala de Emergencias
2. Deducible

3. Coseguro (Excepción: Si usted es admitido a un Hospital No-Participante debido a emergencias serias o que ponen en peligro la vida, sus gastos de coseguro o de bolsillo contarán para su Máximo de Bolsillo del Año del Plan).

Lo Que No Cuenta

1. Copagos, Deducible y coseguro de Visitas a la Consulta de un Médico y Sala de Emergencias cuando usa un Hospital o Proveedor No-Participante.
2. Copagos por LiveHealth Online.
3. Todos los cargos que excedan de la Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés) por ciertos Gastos Cubiertos independientemente del tipo de proveedor que usó (Hospital o Proveedor Participante o No-Participante).
4. Todos los cargos que excedan del Cargo Autorizado del Plan cuando usa un Hospital o Proveedor No-Participante.
5. Todos los cargos que excedan de los Cargos Cubiertos del Plan por una admisión para hospitalización en un Hospital No-Participante.
6. Los servicios y suministros que no están cubiertos o autorizados por el Plan independientemente del tipo de proveedor que usó (Hospital o Proveedor Participante o No-Participante).
7. Sanciones por no cumplir con los requisitos de la Revisión de Utilización del Plan (UR, por sus siglas en inglés).
8. Todos los gastos de bolsillo por medicamentos o medicamentos de receta que se proporcionan bajo el programa por separado de Medicamentos de Receta a través de OptumRx.
9. Todos los gastos de bolsillo por atención dental y de la vista que son proporcionados bajo programas por separado de atención dental y de la vista.

Visión General de Cómo Se Acumula Su Máximo de Bolsillo Anual

La tabla de abajo ilustra cómo se acumula el Máximo de \$3,000 de Bolsillo del Año del Plan. Debido a que el “Balance Anual de Bolsillo” hasta la Reclamación #8 es cerca de \$3,000, la cantidad “Total que Usted Paga” por la Reclamación #9 se ajusta de \$800 a \$710 para que el “Balance Anual de Bolsillo” no exceda de \$3,000. Después de llegar al máximo de \$3,000, las Reclamaciones #10 y #11 se pagan al 100%.

Reclamación #	Cantidad Autorizada	Menos Cantidad del Copago*	Menos la Cantidad del Deducible*	Cantidad de Balance Autorizada	Menos Su Coseguro*	El Plan Paga	Total Que Usted Paga	Balance Anual De Bolsillo*
1 Sala de Emergencias	\$2,000	\$25	\$150	\$1,825	\$182.50	\$1,642.50	\$357.50	\$357.50
2 Visita a Consultorio Médico	\$200	\$15		\$185		\$185	\$15	\$372.50
3 Hospitalización	\$15,000			\$15,000	\$1,000	\$14,000	\$1,000	\$1,372.50
4 Cirujano	\$4,000			\$4,000	\$400	\$3,600	\$400	\$1,772.50
5 Anestesia	\$1,200			\$1,200	\$120	\$1,080	\$120	\$1,892.50
6 Sala de Emergencias	\$500	\$25		\$475	\$47.50	\$427.50	\$72.50	\$1,965
7 Radiografías	\$750			\$750	\$75	\$675	\$75	\$2,040
8 MRI [Resonancia Magnética]	\$2,500			\$2,500	\$250	\$2,250	\$250	\$2,290
9 Ambulatorio Hospital	\$8,000			\$8,000	\$800	\$7,200	\$800	\$3,090
En la Reclamación #9 el Coseguro se reduce ya que el Balance de Bolsillo ha excedido del máximo de \$3,000					\$710	\$7,290	\$710	 \$3,000
10 Pruebas de Laboratorio	\$500			\$500		\$500	\$0	\$3,000
11 Visita Consultorio Médico	\$150			\$150		\$150	\$0	\$3,000

* Su costo compartido que cuenta para el Máximo de Bolsillo del Año del Plan está sombreado en verde.

El Programa de Futuras Mamás

INFO DE CONTACTO

Anthem Blue Cross



1-866-664-5404

El programa de Futuras Mamás es para las Participantes femeninas o la cónyuge o Compañera Doméstica del Participante. Las hijas Dependientes no están cubiertas para gastos relativos al embarazo bajo el Plan de Pago Directo.

El programa está diseñado para identificar los riesgos al principio del embarazo para proporcionar la atención de calidad necesaria para tener un embarazo exitoso y dar a luz a un bebé saludable. El dar a luz un bebé saludable usualmente trae como resultado costos de bolsillo más bajos para usted y puede evitar los embarazos de alto riesgo que pueden resultar en partos prematuros que requieren servicios médicos más costosos y estancias más prolongadas en el hospital para el recién nacido.

Llame al programa de Futuras Mamás tan pronto como se entere de que está embarazada pero no pasado el primer trimestre (12 semanas) para registrarse en el programa. Un enfermero registrado le explicará los beneficios del programa para usted y le ayudará a iniciarlo. Algunas de las características del programa incluyen:

- Un número de teléfono gratuito al que puede hablar con un enfermero instructor en cualquier momento, día o noche, sobre su embarazo.
- Evaluaciones para ver si puede estar en riesgo de depresión o parto prematuro.
- Herramientas útiles para ayudarle a usted, a su médico y a su enfermero instructor de Futuras Mamás a administrar su embarazo.

Recordatorio: Acciones a Realizar para Rebajar Sus Costos de Bolsillo

- Siempre use Hospitales Participantes, Proveedores Participantes y Proveedores de Sitios en Base al Valor para los servicios de atención a la salud cubiertos.
- Siempre obtenga una Revisión de Utilización [UR] a través de la PRO [Organización de Revisión Profesional] para cualquier tipo de admisión para certificar toda su estancia como Medicamento Necesaria.
- Siempre obtenga una Revisión Pre-Autorización a través de una PRO [Organización de Revisión Profesional] cuando se requiera una para que no tenga que pagar coseguro adicional.
- Inscribise y participe durante todo su embarazo en el programa de Futuras Mamás para que tenga herramientas útiles para usarlas durante todo su embarazo y evitar costos más altos debidos a un embarazo de alto riesgo.

Pago de Beneficios

Las reclamaciones tienen que ser recibidas por Anthem Blue Cross (ABC), designada por el Fondo, o en caso de una red nacional BlueCard PPO, el plan central, tan pronto como sea posible pero en ningún caso no más tarde de un año desde la fecha de los servicios. Las reclamaciones no deberán ser enviadas a la Oficina del Fondo Fideicomiso. Si las envía a la Oficina del Fondo Fideicomiso, la tramitación de las Reclamaciones se retrasará.

Una vez que la Reclamación es pagada o denegada por el Fondo, el Fondo le enviará una notificación de Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés). La EOB le proporciona una visión general de cómo fue procesada la Reclamación – específicamente cómo fueron calculados los beneficios o si fue denegada, la razón de la negativa. La EOB mostrará el primer “nivel de la partida” de la Reclamación que incluye todos los servicios facturados por cada procedimiento. La sección inferior de la EOB mostrará el “nivel total” de la Reclamación que incluye la cantidad de la que usted es responsable y el pago total del Fondo. Abajo aparece una lista de la información que se muestra en una EOB.

1. La fecha de servicio, la clave o descripción del procedimiento y la cantidad facturada;

2. La Cantidad Autorizada por el Plan;
3. Su porción del costo, si fueron aplicados: Copago, Deducible, coseguro y/o el exceso de la Asignación Máxima del Plan [MPA, por sus siglas en inglés], y si alguna, las partidas excluidas y la razón para la exclusión;
4. La porción del costo del Plan (la diferencia entre el #2 y el #3 anteriores);
5. Cualquier ajuste como otro pago de seguro o pago previo;
6. La cantidad de la que usted es responsable y la cantidad del pago del Fondo al proveedor.

Beneficios Requeridos por Ley

Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres

Bajo la ley federal, los planes de salud de grupo y los aseguradores de salud no pueden restringir los beneficios por cualquier estancia en el Hospital para la madre o el hijo recién nacido a menos de 48 horas después de un parto normal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal no prohíbe que el proveedor tratante de la madre o el recién nacido, después de consultar a la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de una estancia de 48 horas o de 96 horas como sea aplicable.

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés)

De acuerdo a la ley federal, los planes de salud de grupo y los HMO que proporcionan beneficios médicos y quirúrgicos en conexión con una mastectomía también tienen que proporcionar beneficios para la cirugía reconstructiva, en la manera determinada en consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía,
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica, y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo los linfedemas.

Esta cobertura está sujeta a las disposiciones de Copago, Deducible y coseguro del Plan.

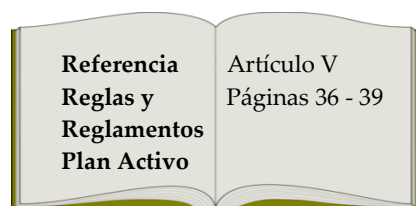
Aparte de la información relativa a la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) que aparecen en este folleto, al Plan se le requiere enviar por correo un aviso anual para recordarle a usted que las pacientes de cáncer del seno que elijan cirugía reconstructiva relacionada con una mastectomía tienen ciertas protecciones según la ley federal.

Visión General de Gastos Cubiertos y Aplicación de Beneficios

Tipo de Servicio	Cantidad de Copago	Deducible Sí o No	Cargo Autorizado por el Plan % Coseguro		Asignación Máxima del Plan (MPA) U Observaciones/Notas
			En la Red	Fuera de la Red	
Acupuntura	\$0	Y	90%	70%	Tiene que ser una condición dolorosa
Ambulancia	\$0	Y	90%	90%	N/A
Centro Quirúrgico Ambulatorio	\$0	Y	90%	70%	\$500 por Fuera de la Red
Anestesia	\$0	Y	90%	70%	N/A
Sangre/Plasma Sanguíneo	\$0	Y	90%	70%	N/A
Visita al Quiropráctico	\$0	Y	100%	100%	\$40 por Visita; 20 Visitas por Año del Plan
Radiografías del Quiropráctico	\$0	Y	100%	100%	\$100 por Año del Plan
Consulta (por un especialista)	\$0	Y	90%	70%	N/A
Equipo Médico Duradero	\$0	Y	90%	70%	Tiene que ser recetado por un Médico
Médico de Sala de Emergencias	\$0	Y	90%	70%*	* 90% Si se una un Hospital PPO
Aparatos Auditivos	\$0	Y	90%	70%	\$1,200 por oído/dispositivo por 36 meses Tiene que ser recetado por un Médico
Atención de Salud en el Hogar	\$0	N	90%	No Cubierta	Tiene que estar pre-aprobada por Anthem Blue Cross
Cuidado de Hospicio	\$0	N	90%	No Cubierto	Tiene que estar aprobado por Anthem Blue Cross
Sala de Emergencias de Hospital	\$25 PPO \$50 No-PPO	Y	90%	70%	Se exime del copago bajo ciertas circunstancias
Hospital/Centro de Enfermería Especializada Hospitalizado Primeros \$10,000 \$10,000 de ahí en adelante	\$0	N	90% 100%	70%* 100%	* 90% Si es una admisión de emergencia o vive fuera del área PPO 1) Sujeto a \$30,000 de Asignación Máxima del Plan por un reemplazo total rutinario de cadera o rodilla. 2) Derivación Gástrica sujeta a pre-aprobación de Anthem Blue Cross y tiene que usar un Centro Blue Distinction solamente.
Hospital Ambulatorio	\$0	Y	90%	70%	Sujeto a Asignación Máxima del Plan por procedimiento: Artroscopia - \$6,000; Cataratas - \$2,000; Colonoscopia - \$1,500
Inmunizaciones/Inyecciones	\$0	Y	90%	70%	N/A
Pruebas de Laboratorio	\$0	Y	90%	70%	N/A
Consulta En Línea LiveHealth	\$10	N	100%	N/A	N/A
Visita a Consultorio	\$15	Y	100%	70%	N/A
Examen Físico (Adultos)	\$0	N	100%	100%	\$300 por examen
Terapia Física/Ocupacional	\$0	Y	90%	70%	Tiene que ser recetada por un Médico
Terapia del Habla	\$0	Y	90%	70%	Defectos por embolia o al tragar solamente
Cirugía (cirujano o auxiliar)	\$0	Y	90%	70%	N/A
Radiografías / Escáner TC / MRI	\$0	Y	90%	70%	N/A
Bebé Saludable (Mayor de 2 años)	\$0	N	100%	100%	\$200 por examen

Para Proveedores Participantes solamente – el Plan comenzará pagando 100% en lugar del 90% una vez que haya satisfecho su Máximo de Bolsillo anual de \$3,000 o de \$6,000 por familia.

Beneficio de Medicamentos de Receta



Glosario de Términos

“Farmacia Contratante” significa una farmacia que tiene un contrato con el Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés) para proporcionar servicios de Medicamentos de receta a los Individuos Elegibles.

“Formulario” significa una lista preferida de medicamentos de marca de calidad y asequibles establecida por el Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM).

MIEMBROS DE KAISER

Toda esta sección sólo aplica a los Participantes del Plan de Pago

“Farmacia No-Contratante” significa una farmacia que no tiene contrato con el Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM) para proporcionar servicios de Medicamentos a los Individuos Elegibles.

“Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés)” significa la compañía bajo contrato con el Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California y que administra los beneficios de Medicamentos de receta del Plan de Pago Directo. El PBM del Plan es OptumRx.

“Farmacia de Especialidades” significa una farmacia que proporciona medicamentos que pueden ser auto-administrados o administrados en la consulta de un Médico para tratar enfermedades crónicas o graves que con frecuencia no están disponibles en la Farmacia Contratante minorista local porque pueden requerir manejo y almacenamiento especiales. La Farmacia de Especialidades es a través del PBM.

El Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés)

La mayoría de las grandes cadenas de farmacias se encuentran en la red de OptumRx pero también lo están muchas otras farmacias minoristas por todos los Estados Unidos. No obstante, **ANTES** de surtir su receta, siempre deberá preguntar a la Farmacia si es una Farmacia Contratante con OptumRx. También puede registrarse con un nombre de usuario y contraseña en el sitio web de OptumRx para verificar las farmacias contratantes.

Medicamentos de Mantenimiento

Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente.

Cuando compra medicamentos de mantenimiento en una Farmacia Contratante minorista, comenzando con el 4º surtido **de cualquier medicamento individual**, el copago usual **se duplicará por el mismo suministro de 30 días**. Es posible que desee considerar usar la Farmacia de Servicio por Correo a través de OptumRx para los repuestos adicionales.

Farmacia de Servicio por Correo

Si desea aprovecharse de la Farmacia de Servicio por Correo, después de su 3º surtido en una Farmacia Contratante minorista y por lo menos tres semanas antes del 4º surtido, deberá pedirle a su Médico que le recetó que llame o envíe por fax su orden de receta a OptumRx. Luego deberá darle seguimiento con una llamada telefónica a OptumRx para decirles cómo desea pagar por su porción del costo.

Genérico En Lugar de Medicamentos de Marca

Por ley, tanto los medicamentos genéricos como los de marca tienen que cumplir con las mismas normas de seguridad, pureza y efectividad. Sin embargo, los medicamentos genéricos, en promedio, son como la mitad del costo de los medicamentos de marca. Cuando usted elije el medicamento genérico más barato en lugar del medicamento de marca, aparte de pagar un copago menor, su elección también le ahorra dinero al Fondo Fideicomiso.

ESTÁ DISPONIBLE EL MEDICAMENTO GENÉRICO

Además de su copago para medicamentos de marca, usted también es responsable de la diferencia en precio entre el genérico y el de marca si usted elige el medicamento de marca en lugar de la versión genérica.

Pregunte siempre si hay un equivalente genérico para las recetas que necesita surtir. Puede preguntarle a su Médico antes de que le dé la receta o al farmacéutico en la tienda minorista en donde compra el medicamento. Si no hay disponible una versión genérica, sólo pagará el copago por el medicamento de marca.

Medicamentos de Marca del Formulario A Diferencia de Medicamentos de Marca Fuera del Formulario

Tanto los medicamentos de marca del Formulario y los de Fuera del Formulario están cubiertos por el Plan pero sus copagos son diferentes y son más altos que su copago por medicamentos genéricos.

Cargos Cubiertos

Los siguientes medicamentos o medicinas están cubiertos por el Plan:

- Medicamentos recetados por un Médico con licencia legal para administrar o recetar Medicamentos.
- Medicamentos, insulinas o estuches de inyección de insulina que son suministrados:
 - Al paciente en el consultorio del Médico y por los que se hace un cargo por separado del cargo por cualquier otro artículo o gasto, o
 - Por un Hospital para su uso fuera del Hospital siempre y cuando los Medicamentos estén recetados por un Médico con licencia legal para recetar o administrar Medicamentos.
- Preparaciones dermatológicas compuestas recetadas por un Médico.

- Vitaminas terapéuticas, jarabes para la tos, antiácidos, medicamentos para la vista y el oído recetados por un Médico para el tratamiento de una enfermedad o dolencia específica (tiene que tener una receta de su Médico).
- Medicamentos auto-administrados o inyectables para tratar una condición crónica o grave, que puede administrarse con seguridad en el hogar del paciente. Si el medicamento está incluido en la lista del Plan de medicamentos especializados y requiere supervisión clínica continua, los medicamentos tienen que obtenerse y ser distribuidos en un programa administrado por la Farmacia de Especialidades del Plan. Los inyectables auto-administrados, como la insulina y el Imitrex® no son medicamentos especializados que requieran distribución de la Farmacia de Especialidades del Fondo; éstos pueden conseguirse en una Farmacia Contratante o No-Contratante minorista.
- Los siguientes medicamentos inyectables: Ana-Kits, Epi-Pens, Glucagon e Imitrex®.

Medicamentos Excluidos

El Plan no pagará por:

- Medicamentos tomados o administrados mientras un paciente está en un Hospital (cubierto como parte de los cargos de ingreso en Hospital o ambulatorio).
- Medicamentos de patente o propietarios que no requieren receta, **excepto** insulina y aquellos Medicamentos sin receta recetados (requieren una receta) por un Médico.
- Dispositivos, aparatos, vendas, lámparas de calor, abrazaderas o férulas (pueden ser un Gasto Cubierto bajo los Beneficios Amplios Médico-Hospitalarios).
- Vitaminas múltiples no-terapéuticas, cosméticos, suplementos dietéticos, ayudas de salud y belleza.
- Cargos por recetas en exceso del suministro de 30 días en una farmacia minorista o un suministro de 90 días en una Farmacia de Servicio por Correo.

Reembolso de una Farmacia No-Contratante

Si usted usa una Farmacia No-Contratante cuando compra un Medicamento de Cargo Cubierto, tiene que pagar el costo completo de sus medicamentos al momento de la compra. Entonces necesitará presentar una Reclamación al OptumRx para el reembolso. El reembolso estará basado en la tarifa de contrato que se hubiera pagado a la Farmacia Contratante – ver los Copagos abajo. En la mayoría de los casos, usted pagará una porción más alta del costo por los Cargos Cubiertos cuando usa una Farmacia No-Contratante.

Copagos

Si usted compra alguno de los artículos listados bajo Cargos Cubiertos, el Fondo pagará la cantidad descrita más adelante menos su porción del costo. Su costo incluirá el copago y si es aplicable, la diferencia en precios entre el medicamento genérico y el medicamento de marca.

Farmacia Minorista Contratante

Si el Medicamento de receta se adquiere en una Farmacia Contratante minorista, el Fondo pagará a la Farmacia Contratante por un suministro de hasta 30 días por receta de la forma siguiente:

INFO DE CONTACTO
Lista de tiendas de farmacia
 1-800-797-9791
 www.optumrx.com

1. Para Medicamentos genéricos, el costo de la receta menos un copago de \$10 **por el surtido inicial más los 2 primeros repuestos.**
2. Para medicamentos de marca del Formulario, **si está disponible el Medicamento genérico**, el costo de la receta menos (a) un copago de \$20 **más** (b) la diferencia en precio entre el genérico y el Medicamento de marca de Formulario **por el surtido inicial más los 2 primeros repuestos.**
3. Para medicamentos de marca del Formulario, **si no está disponible el Medicamento genérico**, el costo de la receta menos un copago de \$20 **por el surtido inicial más los 2 primeros repuestos.**
4. Para 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 fuera del Formulario **por el surtido inicial más los 2 primeros repuestos.**
5. Para Medicamentos de marca fuera del Formulario, **si no está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos un copago de \$30 **por el surtido inicial más los 2 primeros repuestos.**

Si usted continúa surtiendo su Medicamento de receta en una Farmacia Contratante minorista después **del surtido inicial más los 2 primeros repuestos**, las cantidades de copago descritas en la 1 a la 5 anteriores se duplicarán.

Farmacia de Servicio por Correo

Si el Medicamento de receta se adquiere a través de la Farmacia Contratante de servicio por correo, el Fondo pagará a la Farmacia Contratante por un suministro de hasta 90 días por receta de la forma siguiente:

INFO DE CONTACTO
Servicio por Correo
 1-800-834-3773
 www.optumrx.com

1. Por Medicamentos genéricos, el costo de la receta menos un copago de \$20.
2. Por 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 entre el Medicamento genérico y el de marca de Formulario.

3. Por Medicamentos de marca del Formulario, **si no está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos un copago de \$40.
4. Por 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 de Formulario.
5. Por Medicamentos de marca no del Formulario, **si no está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos un copago de \$60.

Visión General de los Copagos

Tipo de Medicamentos	Farmacia Contratante		Servicio por Correo	Farmacia No-Contratante
	Copago por suministro de 30 días, 1º, 2º y 3º repuesto	Copago por suministro de 30 días, 4º repuesto o posterior*	Copago por suministro de 90 días	
Medicamentos Genéricos	\$10	\$20	\$20	**Usted paga el costo completo en la farmacia y presenta una Reclamación a OptumRx. Se le reembolsará en base a la tarifa de contrato para una Farmacia Contratante menos el copago aplicable y otros costos (ver * y **)
De Marca de Formulario	\$20	\$40	\$40	
	**Si está disponible un medicamento genérico equivalente: Usted paga el Copago anterior más la diferencia en precio entre la versión genérica y el de marca de Formulario.			
De Marca Fuera de Formulario	\$30	\$60	\$60	
	**Si está disponible un medicamento genérico equivalente: Usted paga el Copago anterior más la diferencia en precio entre la versión genérica y el de marca Fuera de Formulario.			

* Comenzando con el 4º repuesto de su medicamento genérico o de marca, su copago se duplicará por el mismo suministro de 30 días si continúa comprando el medicamento en una farmacia minorista. Asegúrese de que comienza a usar el Servicio por Correo especialmente para Cargos Cubiertos que usted tome continuamente (medicamentos de mantenimiento) después del 3º repuesto para evitar pagar el doble del copago. No obstante, usted tiene la libertad de usar el Servicio por Correo antes del 4º repuesto.

Para ahorrar dinero y evitar hacer múltiples viajes a su farmacia minorista, puede comenzar a usar el Servicio por Correo para su 1º, 2º o 3º repuesto. Puede recibir un suministro de hasta 90 días de su medicamento usando el Servicio por Correo (eso es 3 veces el límite del suministro de 30 días del Plan para compras en farmacias minoristas) y el copago sólo es el doble (no 3 veces).

Responsabilidad de Terceros

Referencia	Artículo VII
Reglas y	Sección 8
Reglamentos	Página 46
Plan Activo	

Si usted o un Dependiente elegible sufren una lesión o enfermedad que fue ocasionada por un tercero, tiene que aceptar entablar su reclamación en contra del tercero responsable.

Antes de que el Plan pague por cualquier Gasto Cubierto en conexión con dicha enfermedad o lesión, usted o su Dependiente elegible, tienen que acordar, **por escrito**, reembolsar al Fondo por los beneficios pagados en su nombre. El reembolso provendrá del dinero recibido como resultado de entablar una reclamación contra un tercero o cualquier compañía de seguros.

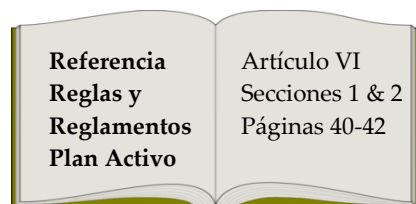
Si usted no completa los documentos requeridos o coopera con la Junta para ir en contra del tercero responsable, su Reclamación de beneficios puede ser denegada. Bajo el acuerdo de reembolso, el Fondo tiene un gravamen equitativo automático en contra de cualquier recuperación que usted reciba del tercero responsable. Si usted no respeta ese gravamen o

afecta el derecho del Fondo de recuperar del dinero que usted reciba, el Fondo tiene el derecho de entablar una demanda en el tribunal federal para recuperar la cantidad de beneficios pagados a su nombre. Su obligación de reembolsar al Fondo surgirá si usted recibe dinero mediante una sentencia, adjudicación arbitral, arreglo o de otra forma en conexión con, o surgida de, cualquier reclamación por daños o su derecho a ellos independientemente de cómo estén clasificados, por su lesión o enfermedad por la que es responsable un tercero. Esto incluye pagos de un tercero, del asegurador del tercero o de otro indemnizador o de su cobertura no asegurada o insuficientemente asegurada de motorista. Además, el reembolso al Fondo no estará sujeto a la doctrina del fondo común, la doctrina de resarcimiento y a cualquier reducción en base a falta comparativa ni la caracterización de sus daños afectará u obstaculizará el derecho del Fondo a reembolso.

MIEMBROS DE KAISER

Esta sección sólo aplica a los Participantes del Plan de Pago Directo.

Exclusiones, Limitaciones y Reducciones



El Fondo no proporcionará beneficios por **cargos, servicios, tratamiento o suministros** relativos o en conexión con las partidas listadas más adelante. El Fondo tampoco pagará por los cargos que no sean Medicamento Necesarios.

MIEMBROS DE KAISER

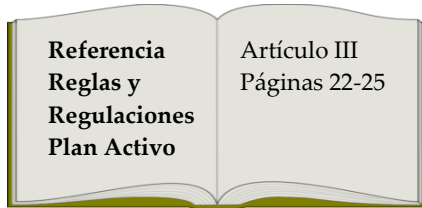
Esta sección en su totalidad sólo aplica a los Participantes del Plan de Pago Directo.

1. Hospital, médico o Medicamentos que no sean Medicamento Necesarios para la atención y el tratamiento de una lesión corporal, enfermedad o embarazo.
2. Gastos Cubiertos que sean en exceso de la Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés) o del Cargo Autorizado – consulte la página 58.
3. Cualquier lesión corporal accidental que surja de, o en el transcurso 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.
4. Ingresos o tratamientos en un Hospital de la Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), o por la atención o tratamiento obtenido de alguna agencia o programa gubernamental federal, estatal o local en el que la atención o el tratamiento están disponibles sin costo para el Individuo Elegible, excepto en la medida en que la ley requiera que los beneficios sean pagados al Fondo.
5. Ingreso o atención obtenidos en un Hospital propiedad u operado por cualquier agencia o programa gubernamental federal, estatal o local, a menos que haya un requisito incondicional de que el Individuo Elegible pague por el ingreso o la atención, independientemente de cualquier derecho en contra de otros, contractual o de otro tipo.
6. Condiciones ocasionadas por, o que surjan de, un acto de guerra, invasión armada o agresión.
7. Una condición por la que el Individuo Elegible no está bajo la atención de un Médico, o por un periodo de confinación más allá del autorizado por la Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés).
8. Las refracciones de la vista o los lentes (pueden estar cubiertos bajo un plan separado de la vista).
9. Corte de callos o callosidades; corte de uñas; tratamiento de condiciones crónicas del pie tales como arcos débiles o caídos, pie plano o metatarsalgia del pie pronado, o tensión del pie.
10. Los gastos por servicios prestados o proporcionados fuera de los Estados Unidos, sus Territorios y Posesiones, excepto para el tratamiento de una emergencia que ponga en peligro la vida la cual, sin intervención inmediata resultaría en poner la salud del Individuo Elegible en un serio peligro o una discapacidad 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 ataques cardíacos, embolias, envenenamientos y apendicitis.

11. Obesidad o control del peso, excepto como se describe en la página 58.
12. Servicios para la infertilidad como se definen por el Colegio Estadounidense de Obstetricia y Ginecología, incluyendo, pero sin limitarse a fertilización en vitro, inseminación artificial, cirugía, incluyendo el tratamiento para aliviar las adhesiones pélvicas (a menos que se determine que son Medicamento Necesarios) y otros servicios relativos a la infertilidad, incluyendo los cargos para revertir la infertilidad inducida voluntaria o quirúrgicamente.
13. Procedimientos Experimentales o Investigativos excepto lo indicado en el Artículo I., Sección 21.00 de las Reglas y Reglamentos del Plan.
14. Lesión auto-infligida intencionalmente, o lesión o enfermedad que resulta 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 familiar o sea el resultado directo de un factor subyacente de salud.
15. Cirugía cosmética, incluyendo los procedimientos con la intención de reducir el tamaño de los senos **excepto** la cirugía que no es primariamente para el embellecimiento pero que se realiza en conexión con la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer – consulte páginas 66-67.
16. El embarazo de un Individuo Elegible que funcione como madre sustituta, o cualquier persona que funcione como madre sustituta para un Individuo Elegible. Esto incluye, sin limitarse a ellos, atención pre-natal, parto/alumbramiento y servicios post-natales de la sustituta.
17. Embarazo de una hija Dependiente.
18. Gastos de viaje excepto en conexión con el uso de un Sitio en Base al Valor para la cirugía de rutina de reemplazo de cadera o rodilla que esté a 50 millas o más del hogar del Individuo Elegible – consulte la página 49.
19. Una institución que sea primariamente un hogar de reposo, hogar para envejecientes, asilo de ancianos, hogar de convalecencia o cualquier institución de carácter similar que proporcione cuidado de custodia.
20. Transportación en ambulancia que sea primariamente para la conveniencia del Individuo Elegible o transportación en ambulancia por ferrocarril.
21. Los servicios prestados o proporcionados por los que a un Individuo Elegible no se le requiere pagar o que se obtienen sin costo o por los que no habría cargo si el Individuo Elegible que está recibiendo el tratamiento no estuviera cubierto por el Fondo.
22. Aparatos dentales, puentes, coronas, tapas u otras prótesis dentales, servicios dentales, extracción de dientes o tratamiento a los dientes o encías, **excepto** como se indica en la página 51.

Beneficios por Muerte



Beneficios por Muerte para los Participantes

Ya sea que esté inscrito en el Plan de Pago Directo o en el de Kaiser Permanente, usted tiene derecho a los Beneficios por Muerte, Muerte Accidental y Desmembramiento.

Muerte Regular

Si usted muere mientras es elegible como Participante o dentro de los 31 días de la pérdida de su elegibilidad como Participante, su beneficiario designado recibirá un beneficio por la cantidad de **\$15,000**. Su beneficiario o representante autorizado tiene que notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso de su muerte y el beneficiario tiene que proporcionar una copia del certificado de defunción y completar un formulario de Prueba de Muerte del Empleado.

Muerte Accidental

Si mientras es elegible como Participante, usted sufre lesiones corporales únicamente por medios externos, violentos y accidentales y su muerte ocurre dentro de un año de la fecha del accidente **como resultado de esas lesiones**, su beneficiario designado recibirá un beneficio por la cantidad de **\$15,000** aparte del Beneficio Regular por Muerte para un beneficio total por la cantidad de \$30,000.

Desmembramiento

Le será pagadero un beneficio por la cantidad de \$7,500 si, mientras sea elegible como Participante, usted sufre lesiones a través medios externos, violentos y accidentales y **como resultado de esas lesiones** usted sufre la:

- (1) pérdida de una mano por corte en o por arriba de la muñeca, o
- (2) pérdida de un pie por corte en o por arriba del tobillo, o
- (3) pérdida irrecuperable de la vista de un ojo.

Le será pagadero un beneficio en la cantidad de \$15,000 si sufre una o más de las partidas listadas anteriormente.

Limitaciones en los Beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento

No serán pagaderos más de \$15,000 por cualquier accidente único de acuerdo a los Beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento.

Exclusiones de los Beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento

No será pagadero un Beneficio por Muerte Accidental o Desmembramiento si la pérdida es por:

- Enfermedad, trastorno corporal o mental, tratamiento médico o quirúrgico, intoxicación alimentaria o infección bacteria.
- Suicidio, intento de suicidio o cualquier lesión o condición auto-infligida.
- Guerra, actos de guerra o servicio de cualquier tipo en cualquier fuerza armada de cualquier país.
- Participación o intervención en cualquier acto criminal.
- Consumo de cualquier droga, medicamento o sedante.
- Consumo de alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o sedante.
- Uso de alcohol, medicamentos sin receta o sustancias controladas, tales como PCP, LSD o cualquier alucinógeno, cocaína, heroína o cualquier otro tipo de narcótico, anfetaminas u otro estimulante, barbitúricos u otros sedantes o tranquilizante o cualquier combinación de estas sustancias.

Beneficios por Muerte Extendidos para Ex Participantes

Si usted es un ex Participante que tenía **1)** menos de 60 de edad **y 2)** estaba totalmente incapacitado en la fecha en que su elegibilidad se terminó, puede que tenga derecho a extender el Beneficio por Muerte Regular hasta lo que ocurra antes, la edad de 65 o la fecha en la que ya no está incapacitado. Si cree que puede estar calificado para este beneficio, comuníquese con la Oficina del Fondo Fideicomiso para el formulario necesario. Tiene que presentar prueba de incapacidad total dentro de un año de la pérdida de su elegibilidad como Participante y luego anualmente hasta que cumpla 65, en cuyo momento se termina el Beneficio por Muerte.

INCAPACIDAD TOTAL COMENZANDO EL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2015

El beneficio ya no está disponible a los nuevos Participantes totalmente incapacitados con una fecha de inicio de la incapacidad del 1 de septiembre de 2015 o

Beneficio por Muerte para Dependientes

Usted tiene derecho a un Beneficio por Muerte de Dependiente en la cantidad que aparece más adelante a la muerte de su Dependiente:

Cónyuge	\$7,500
Su Hijo hasta la edad de 26	\$1,000

COMPAÑERO DOMÉSTICO

El Plan no proporciona ningún beneficio por la muerte de su Compañero Doméstico o sus hijos.

Nombramiento de Su Beneficiario

Usted es libre de nombrar a cualquier persona como su beneficiario en un formulario aprobado por la Junta. Por lo general, usted designará a su beneficiario en el Formulario de Inscripción. Si desea designar a más de un beneficiario, hay un encasillado en el Formulario de Inscripción para ese propósito. Simplemente marque el encasillado y se le enviará por correo el formulario aplicable de la Oficina del Fondo Fideicomiso.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Es importante que mantenga al día la designación de su beneficiario especialmente si ha nombrado a un cónyuge y después se divorcia.

Usted está en libertad de cambiar a su beneficiario en cualquier momento. Si no designa un beneficiario o si su beneficiario designado no está vivo al momento de su muerte, cualquier beneficio pagadero, incluyendo, cuando sea aplicable, el Beneficio por Muerte Accidental, será pagado a su cónyuge. Si no tiene cónyuge, los beneficios serán pagados a otros familiares sobrevivientes en el orden siguiente: su(s) hijo(s), si no los hay, su madre y su padre, si no los hay, sus hermanos y hermanas. Si ninguno de esos familiares le sobrevive, el beneficio será pagado a su patrimonio.

El Plan sólo pagará beneficios al beneficiario indicado en el formulario aprobado por la Junta en los archivos de la Oficina del Fondo Fideicomiso en la fecha de la muerte.

Visión General de los Beneficios por Muerte

Evento	Cantidad del Beneficio	Pagadero A
Su Muerte (no accidental)	\$15,000	Su beneficiario
Su Muerte (accidental)	\$30,000	Su beneficiario
Su Desmembramiento	\$7,500 - \$15,000 (dependiendo de las partes del cuerpo)	Usted
Su Muerte Como Totalmente Incapacitado (ex Participantes solamente)	Up to \$15,000 (dependiendo de la fecha de la incapacidad total)	Su beneficiario
La Muerte de Su Cónyuge	\$7,500	Usted
Su Hijo (menor de la edad de 26)	\$1,000	Usted

Programa de Asistencia al Empleado

Introducción

Las inquietudes personales pueden tener un impacto serio en su desempeño en el trabajo y funcionamiento en general. Claremont Behavioral Services, una firma de profesionales selectos, administra el Programa de Asistencia al Empleado (EAP, por sus siglas en inglés) del Fondo Fideicomiso. Este programa ayuda a los individuos a resolver sus problemas personales antes de que sean más serios y difíciles de manejar. Usted y sus Dependientes pueden recibir asesoramiento profesional y confidencial sin costo alguno de este Programa. El Programa también proporciona acceso a los recursos que pueden ayudarle a afrontar una diversidad de inquietudes o cuestiones personales.

INFO DE CONTACTO



1-800-834-3773



www.claremonteap.com

Trate su problema con un consejero experimentado que le ayudará a desarrollar un plan de acción y le referirá a los recursos que sean más apropiados para sus necesidades.

Cuando necesite servicios de asesoramiento, se le referirá a un consejero o a un recurso convenientemente localizado con conocimientos en su área de inquietud. Están disponibles las citas de día y de noche ya que Claremont reconoce su necesidad de una asistencia pronta y útil. El EAP es un servicio confidencial. Claremont entiende la importancia de mantener su privacidad y todo lo que usted les diga se mantendrá confidencial. A su participación en Claremont se le otorga la máxima confidencialidad permitida conforme a la ley.

Servicios Cubiertos

Los servicios siguientes están cubiertos bajo sus beneficios EAP (Programa de Asistencia del Empleado):

- Servicios de consultor de Trabajo/Vida para referidos e información sobre:
Cuidado de Hijos / Envejecientes / Mascotas, Asistencia para Adopción /Universidad /Escuela/ Salud y Bienestar
- 30 minutos de consulta gratuita, por incidente, con un abogado para asuntos legales tales como:
Custodia de Hijos, Divorcio, Violencia Familiar, Lesiones Personales, Bienes Raíces, Paquetes de Testamentos Sencillos
- Consultas telefónicas sobre asuntos financieros importantes como:
Presupuestos, Administración de Deudas, Planificación Financiera, Servicios de Fraude de Identidad, Asuntos Fiscales

El Programa también ofrece tres (3) visitas de asesoramiento gratuitas con un proveedor participante del EAP [Programa de Asistencia al Empleado]. Esto está disponible a todos los Participantes para cualquier problema personal, incluyendo: conflictos matrimoniales o familiares, inquietudes de padres de familia, abuso de sustancias, ansiedad, depresión y otros asuntos que afecten su calidad de vida. Está disponible una videoconferencia con base en la web como alternativa al asesoramiento en persona.

Todo lo que necesita es una computadora personal o tableta para concertar una cita. Llame a Claremont para más información respecto a la videoconferencia.

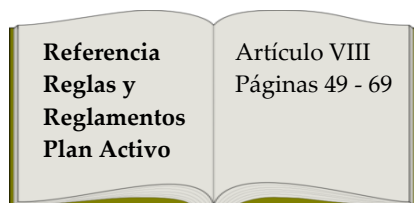
MIEMBROS DE KAISER

Después de que haya agotado las tres visitas gratuitas de asesoramiento a través de Claremont, deberá hacer arreglos a través de Kaiser para cualquier visita de seguimiento.

Si está inscrito en el Plan de Pago Directo y ha usado las tres visitas gratuitas, puede continuar viendo a su consejero EAP en base a auto-pago a una tarifa de descuento. También puede comenzar a usar sus beneficios ambulatorios de salud mental o de abuso de sustancias pero esto puede requerir que encuentre a otro consejero o proveedor en la red del Plan de Proveedores Preferidos. Si necesita servicios de hospitalización para tratamiento de salud mental o de abuso de sustancias, los beneficios le son pagaderos bajo los Beneficios Amplios

Médico-Hospitalarios – consulte la página 57.

Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones



Reclamaciones

Esta sección describe los procedimientos apropiados a seguir cuando se presenta una Reclamación de beneficios y qué hacer si su Reclamación es denegada.

Qué es una Reclamación

Una Reclamación es una solicitud de beneficios del Plan hecha de acuerdo a los procedimientos razonables de Reclamaciones descritos en esta sección. Una Reclamación puede ser **“Previa al Servicio”**, **“de Atención Urgente”**, **“Concurrente”** o **“Reclamación Post-Servicio”**.

MIEMBROS DE KAISER

Toda esta sección solo aplica a los Participantes del Plan de Pago Directo.

Qué no es una Reclamación

- Consultas sencillas o generales sobre las disposiciones del Plan que no están relacionadas con ninguna Reclamación específica de beneficios.
- Solicitud de una determinación respecto a la cobertura del Plan de un tratamiento o servicio médico que su Médico ha recomendado, pero ese tratamiento o servicio aún no ha sido proporcionado y el tratamiento o servicio es para atención que no es de urgencia que no requiere autorización previa del Plan. En este caso, usted puede solicitar una determinación de la Oficina del Fondo Fideicomiso respecto a la cobertura del Plan del tratamiento o el servicio. No obstante, cualquier determinación de la Oficina del Fondo Fideicomiso no es una garantía de pago porque la consulta no es una Reclamación y, por lo tanto, no está sujeta a los requisitos y plazos de tiempo de una “Reclamación”.
- Una solicitud de una receta a ser surtida conforme a los términos del Plan no es una Reclamación bajo estos procedimientos. Sin embargo, si su solicitud para que una receta sea surtida es denegada, usted tiene derecho a presentar una Reclamación y apelación de la denegación usando los procedimientos descritos en esta sección.

Qué es una Determinación Adversa de Beneficio

Esto es una negativa, reducción o terminación de una Reclamación o por no pagar por todo o parte de una Reclamación de beneficios. Algunos ejemplos de Determinación Adversa de Beneficio incluyen, pero no están limitados a los siguientes:

- Pago de menos del 100% del beneficio debido bajo los términos del Plan;
- Denegación o reducción en un beneficio como resultado de una Revisión de Utilización o una decisión de Revisión Previa a la Utilización, exclusión de la red u otra limitación del Plan.

- No proporcionar un beneficio porque el servicio o el artículo está considerado Experimental o Investigativo, no Médicamente necesario o no médicamente apropiado;
- Negativa debido a que el reclamante no es considerado elegible bajo el Plan; o
- La rescisión de la cobertura de beneficios.

Un Proveedor Participante (Médico, Hospital u otro proveedor de atención a la salud cubierto) o la farmacia que no proporciona un servicio o surte una receta a menos que el Individuo Elegible pague el costo completo **NO** es una **Determinación Adversa de Beneficio** si esa negativa está basada en las Reglas y Reglamentos del Plan.

Qué es una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés)

Esto es una entidad que llevará a cabo una Revisión Externa independiente de una Determinación Adversa de Beneficio. A la IRO se le requerirá seguir los procedimientos de Revisión Externa del Plan así como cualquier reglamento federal aplicable.

Qué es una Rescisión de Cobertura

Una rescisión significa la cancelación o terminación retroactiva de cobertura por razones que no sean fraude, tergiversación o impago de las primas.

Procedimientos de Reclamaciones

En la mayoría de los casos, su proveedor de atención a la salud presentará una Reclamación a su nombre. Si usted requiere un Formulario de Reclamación, puede obtener uno de la Oficina del Fondo Fideicomiso o su proveedor de atención a la salud puede usar un “formulario de reclamación universal”.

Qué tiene que incluirse en una Reclamación

Para ser considerada una “Reclamación”, su solicitud de beneficios tiene que incluir la siguiente información:

- Nombre completo del Participante;
- Nombre completo del paciente;
- Fecha de nacimiento del paciente;
- Número de Identificación del Plan de Salud o Número de Seguro Social del paciente;
- Fecha del Servicio;
- Código CPT (el código para los servicios del Médico y otros servicios de atención a la salud que se encuentran en la “Terminología de Procedimiento Actual, según la mantiene y es distribuida por la Asociación Médica Estadounidense);

- El código ICD (el código de diagnóstico que se encuentra en la Modificación Clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades según es mantenida y distribuida por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE.UU. (HHS, por sus siglas en inglés);
- Cargo facturado (las facturas tienen que estar detalladas, mostrando todas las fechas de servicios);
- Número de unidades (por ejemplo, anestesia y algunos otros servicios);
- Número de Identificación Federal como Causante de Impuestos (TIN, por sus siglas en inglés) del proveedor;
- Nombre de facturación del proveedor, dirección, número de teléfono y grado o licencia profesional;
- Detalles del accidente si el tratamiento se debe a una lesión; e
- Información de otra cobertura de seguro, si alguna.

Tipos de Reclamaciones

Reclamaciones Pre-Servicio

Una Reclamación Pre-Servicio es una Reclamación de beneficios que requiere la aprobación por parte del Plan **antes de** que se obtenga atención médica. La pre-aprobación le permitirá recibir los máximos beneficios disponibles bajo el Plan. Por ejemplo, si usted va estar ingresado en un Hospital para una cirugía electiva, usted o su Médico tienen que hacer los arreglos para una Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés); de otra forma; usted puede ser responsable de más gastos de bolsillo.

Cuándo Presentar una Reclamación Pre-Servicio

Las circunstancias bajo las que usted deberá presentar una Reclamación Pre-Servicio están listadas más adelante.

Reclamaciones Pre-Servicio para todas:

- Las admisiones al Hospital electivas, no de emergencia
- Tratamiento quirúrgico para la obesidad mórbida
- Cuidado de Hospicio
- Atención de Salud en el Hogar

INFO DE CONTACTO

Anthem Blue Cross

 1-800-274-7767

Para una Reclamación Pre-Servicio debidamente presentada, usted y su proveedor de atención a la salud serán notificados de la decisión dentro de los **15 días** del recibo de la Reclamación, a menos que se necesite tiempo adicional para tomar una decisión. Si fuera necesario, puede requerirse una extensión de hasta **15 días** debido a asuntos fuera del control del Plan. A usted se le notificará de las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha en que la decisión estará disponible para usted.

Si es necesaria una extensión porque se requiere información adicional, la solicitud especificará la información necesaria. En este caso, usted o su proveedor de atención a la salud tendrán **45 días** desde el recibo de la notificación para presentar la información adicional. Si no se proporciona la información dentro de los **45 días**, su Reclamación será denegada. Durante el periodo en el cual se le permite proporcionar información adicional, el periodo normal para tomar la decisión sobre la reclamación será

suspendido. Se suspende la fecha límite desde la fecha del aviso de la extensión hasta que hayan pasado **45 días** o de la fecha en que usted responde a la solicitud, lo que sea que ocurra antes. Una vez que se reciba su respuesta, el Plan tiene **15 días** para tomar la decisión sobre una Reclamación Pre-Servicio.

Si su proveedor de atención a la salud no presenta una Reclamación Pre-Servicio apropiadamente, a usted y a su proveedor de atención a la salud se les notificará lo antes posible, pero no después de los **5 días** del recibo de la Reclamación. Este aviso le informará sobre los procedimientos apropiados para presentar la Reclamación. Usted y su proveedor de atención a la salud sólo recibirán aviso sobre una Reclamación Pre-Servicio presentada inapropiadamente si la Reclamación incluye **1)** su nombre, **2)** su condición o síntoma médico específicos, y **3)** el tratamiento, servicio o producto específicos para los que se solicita la aprobación. A menos que la Reclamación vuelva a ser presentada apropiadamente, la misma no constituirá una “Reclamación” y no se tomará acción respecto a ella.

Reclamaciones de Atención de Urgencia

INFO DE CONTACTO

Anthem Blue Cross

 1-800-274-7767

**No presente por el
Servicio Postal de
EE.UU.**

Una Reclamación de Atención de Urgencia es cualquier reclamación de atención o tratamiento médico que, si se gestionara dentro de los plazos de tiempo de una Reclamación Pre-Servicio según se describió anteriormente, podría poner en serio peligro la vida o la salud del individuo o su habilidad de recuperar su función máxima o, en opinión del Médico con conocimiento de la condición médica del individuo, sometería al individuo a un dolor serio que no podría ser adecuadamente controlado sin la atención o el tratamiento de la Reclamación.

Su Reclamación de Atención de Urgencia es revisada por Anthem Blue Cross y se hará una determinación aplicando el juicio de una persona legítima prudente que posee conocimiento promedio de salud y de la tramitación de Reclamaciones médicas. Cualquier Reclamación hecha por un proveedor de atención a la salud, que tiene conocimiento de su condición médica y determina que ésta es una Reclamación de Atención de Urgencia será considerada como una Reclamación de Atención de Urgencia.

Si usted está solicitando la aprobación de una Reclamación de Atención de Urgencia, el tiempo de respuesta varía, dependiendo de si su solicitud contiene la información suficiente para hacer una determinación. Si la solicitud contiene la información suficiente, Anthem Blue Cross le responderá a usted y a su proveedor de atención a la salud con una determinación, por teléfono, tan pronto como sea posible, tomando en consideración la urgencia médica de la condición del paciente, pero no después de las **72 horas** después del recibo de la Reclamación por Anthem Blue Cross. La decisión será confirmada por escrito.

Si se recibe una Reclamación de Atención de Urgencia sin la información suficiente para determinar si los beneficios están o no cubiertos o son pagaderos o en qué medida los beneficios están cubiertos o son pagaderos, Anthem Blue Cross le notificará a usted y a su proveedor de atención a la salud tan pronto como sea posible, pero no pasadas las **24 horas** después del recibo de la Reclamación, de la información específica necesaria para completar la Reclamación. Usted y su proveedor de atención a la salud tienen que proporcionar la información especificada dentro de **48 horas**. El aviso de la decisión se proporcionará no después de las **48 horas** después de que el Plan reciba la información especificada,

pero sólo si la información es recibida dentro del plazo de tiempo requerido. Si no se proporciona la información dentro del plazo de tiempo, su Reclamación será denegada.

Reclamaciones Concurrentes

Una Reclamación Concurrente es una Reclamación que es reconsiderada después de que fue hecha la aprobación inicial y, que después de la reconsideración, resulta en la reducción, terminación o extensión de un beneficio. Un ejemplo de una Reclamación Concurrente es una estadía ingresado en un Hospital que fue autorizada originalmente para 5 días y que es revisada después de 3 días para determinar si los 5 días completos todavía son apropiados. En este ejemplo, la decisión de reducir, terminar o extender la estancia del paciente ingresado en el Hospital se realiza simultáneamente con la provisión del tratamiento médico. La reconsideración de un beneficio con respecto a una Reclamación Concurrente que tiene que ver con la terminación o reducción de un beneficio aprobado será hecha por la Oficina del Fondo Fideicomiso o Anthem Blue Cross tan pronto como sea posible pero, en cualquier caso, a tiempo para permitirle que apele la decisión antes de que el beneficio se reduzca o termine.

Cualquier solicitud de un reclamante para extender un tratamiento de atención será tramitada por Anthem Blue Cross dentro de las **24 horas** del recibo de la Reclamación, siempre que la Reclamación sea recibida por lo menos en **24 horas** previas a la extinción del tratamiento aprobado. Una solicitud para extender un tratamiento aprobado que no tenga que no implique atención de urgencia será decidida de acuerdo a los plazos de tiempo de Pre-Servicio o Post-Servicio, cualquiera que aplique.

Reclamaciones Post-Servicio

Las Reclamaciones que no son de Pre-Servicio, de Atención de Urgencia o Concurrentes son consideradas como Reclamaciones Post-Servicio. Un ejemplo de una Reclamación Post-Servicio es cualquier Reclamación presentada para pago después de que los servicios o el tratamiento médico han sido obtenidos.

Usualmente usted será notificado de la decisión sobre su Reclamación Post-Servicio dentro de los **30 días** desde la fecha en la que el Plan recibe su Reclamación. Este periodo puede ser extendido una vez por el Plan por hasta **15 días** si la extensión es necesaria debido a asuntos fuera del control del Plan. Si es necesaria una extensión, usted será notificado antes del final del periodo inicial de **30 días** sobre las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha para la que el Plan espera tomar su decisión.

Dónde Presentar un Reclamación Post-Servicio

Las Reclamaciones Post-Servicios se consideran “**presentadas**” tan pronto como son presentadas electrónicamente al designado del Fondo, Anthem Blue Cross, o al “plan central” bajo la red nacional **BlueCard PPO**.

 **Reclamaciones no presentadas electrónicamente, ENVÍELAS POR CORREO a:**
Anthem Blue Cross
PO Box 60007
Los Angeles, CA 90060

Cuándo Presentar una Reclamación Post-Servicio

Las Reclamaciones Post-Servicio deberán ser presentadas tan pronto como sea razonablemente posible pero en ningún caso más de un año de la fecha del servicio.

Aviso de Determinación de Beneficio Inicial

Cuando presente una Reclamación, se le proporcionará un Aviso **escrito** de la Determinación de Beneficio Inicial (decisión). Si la decisión es una “Determinación Adversa de Beneficio”, su aviso tiene que incluir:

- La identidad de la Reclamación de la que se trata, incluyendo la fecha de servicio, el proveedor y la cantidad de la Reclamación;
- Información respecto al código de diagnóstico, el código del tratamiento y lo que significan esos códigos que está disponible previa solicitud y sin costo;
- La razón específica para la Determinación Adversa de Beneficio incluyendo el código de la negativa y lo que significa el código y las pautas que usó el Plan para hacer la Determinación Adversa de Beneficio;
- La disposición específica del Plan en la que se basó la Determinación Adversa de Beneficio;
- Una descripción de cualquier material o información adicionales necesarios para completar su Reclamación de beneficios y por qué ese material o información son necesarios;
- Una descripción del procedimiento de Apelaciones Internas del Plan y del proceso de Revisión Externa, incluyendo los plazos de tiempo y cómo iniciar el proceso de apelación;
- Una declaración de su derecho de entablar una acción civil conforme a ERISA §502(a) después de recibir una Determinación Adversa de Beneficio;
- Información sobre cualquier regla interna, directriz o protocolo usado para hacer una Determinación Adversa de Beneficio en su Reclamación y que usted tiene el derecho a una copia del material sin cargo;
- Cualquier información, explicación o documentación usadas si la Determinación Adversa de Beneficios está basada en la ausencia de necesidad médica o el tratamiento fue considerado Experimental o Investigativo o no apropiado médicamente, y será proporcionada sin cargo alguno;
- La disponibilidad e información de contacto para la asistencia de un defensor del pueblo para asistir con los procesos de Apelación Interna y Revisión Externa; y
- Con respecto a las Reclamaciones de Atención de Urgencia, una descripción del proceso de revisión expedito disponible para estos tipos de Reclamaciones.

Cómo Apelar una Determinación Adversa de Beneficio mediante los Procedimientos de Apelaciones Internas

Si su Reclamación es denegada total o parcialmente, (una Determinación Adversa de Beneficio) o si usted no está de acuerdo con la decisión tomada en su Reclamación, usted **o su Representante Autorizado** pueden solicitar una revisión de la Junta mediante el proceso de Apelaciones Internas. Su solicitud tiene que:

- Ser hecha por escrito;
- Exponer la(s) razón(es) para disputar la negativa (la Determinación Adversa de Beneficio);
- Incluir cualquier material pertinente que no se haya proporcionado todavía al Plan; y
- Ser presentada dentro de los 180 días desde la fecha en que reciba su Determinación Adversa de Beneficio.

Representante Autorizado

Un reclamante puede designar a una persona para que actúe como su representante autorizado, como un cónyuge o un hijo adulto, para presentar una solicitud de revisión a nombre del reclamante. El reclamante tiene que firmar y presentar un formulario de autorización escrito que haya sido aprobado por la Junta. La Oficina del Fondo Fideicomiso puede solicitar información adicional para verificar que la persona designada está autorizada para actuar a nombre del reclamante.

Un proveedor de atención a la salud con conocimiento de la condición médica del reclamante puede actuar como Representante Autorizado en conexión con la solicitud de revisión de una Determinación Adversa de Beneficio sin que el reclamante tenga que designar al proveedor de atención a la salud para que actúe.

Los Procedimientos de Apelaciones Internas

Usted tiene el derecho de revisar documentos relativos a su Reclamación. Un documento, un registro u otra información es “relevante” si la misma fue en lo que se basó el Plan al tomar la decisión en su Reclamación; fue presentada, considerada o generada (independientemente de si se basaron en la misma); la misma demuestra cumplimiento con los procesos administrativos del Plan para proporcionar una toma de decisiones consistente; o la misma constituye una declaración de la norma del Plan respecto al tratamiento o servicio denegados.

Previo solicitud, a usted se le proporcionará la identificación de perito médico, consultor o consejero apropiado, si alguno, que le asesoró al Plan sobre su Reclamación, sin importar si el consejo de esos peritos fue en lo que se basaron para decidir sobre su Reclamación.

Su Reclamación será revisada por una persona distinta de la que tomó la decisión original. El revisor no tomará en consideración alguna la Determinación Adversa de Beneficio inicial. Se tomará la decisión

en base al expediente, incluyendo cualquier documento y comentarios adicionales que puedan ser presentados por usted.

Si su Reclamación fue denegada en base a un fallo médico (como una determinación de que el tratamiento o servicio no eran Medicamente Necesarios, o era investigativo o experimental), se consultará a un profesional con la capacitación y experiencia apropiadas en el campo relevante de la medicina.

Cuándo Puede Esperar un Decisión Mediante el Proceso de Apelaciones Internas

Reclamaciones Pre-Servicio: Usted puede esperar que va a recibir una decisión dentro de los **30 días** del recibo por parte de la Oficina del Fondo Fideicomiso de su solicitud de revisión de su Reclamación denegada.

Reclamaciones de Atención de Urgencia: Usted puede esperar recibir la decisión dentro de las **72 horas** del recibo por parte de la Oficina del Fondo Fideicomiso de su Reclamación denegada.

Reclamaciones Post-Servicio: Usualmente, las decisiones que tienen que ver con Reclamaciones Post-Servicio se tomarán en la próxima reunión programada de la Junta de Fideicomisarios con posterioridad al recibo por la Oficina del Fondo Fideicomiso de su solicitud de revisión. Sin embargo, si su solicitud de revisión es recibida por la Oficina del Fondo Fideicomiso dentro de los 30 días de la próxima reunión regularmente programada, su solicitud de revisión puede ser considerada en la segunda reunión regularmente programada con posterioridad al recibo de su solicitud de revisión. En circunstancias especiales, puede que sea necesario un retraso hasta la tercera reunión regularmente programada con posterioridad al recibo de su solicitud de revisión. A usted se le informará, por escrito, por adelantado si esta extensión será necesaria. Una vez que se ha llegado a la decisión sobre su Reclamación, a usted se le notificará tan pronto como sea posible, pero no pasados los **5 días** después de que la decisión ha sido tomada.

Contenido del Aviso de Apelación de la Decisión

La decisión sobre su apelación se le proporcionará por escrito.

Si la decisión es una Determinación Adversa de Beneficio, el aviso incluirá:

- La identidad de la Reclamación que fue denegada, incluyendo la fecha de servicio, el proveedor y la cantidad de la Reclamación;
- La información respecto al código del diagnóstico, el código del tratamiento y lo que significan esos códigos lo cual está disponible previa solicitud por escrito y sin cargo;
- La razón específica para la Determinación Adversa de Beneficio, incluyendo el código de la negativa y el significado de dicho código al igual que los estándares del Plan utilizados para tomar la determinación;
- La disposición específica del Plan en la que se basó la Determinación Adversa de Beneficio;

- Una declaración informando que usted tiene derecho a tener acceso razonable a todos los documentos y a copias de los mismos que apliquen a su Reclamación, previa solicitud por escrito y sin cargo;
- Una declaración de su derecho de entablar una acción civil conforme a ERISA §502(a) después de una apelación de una Determinación Adversa de Beneficio;
- Una explicación de cualquier proceso de Revisión Externa, incluyendo cualquier límite de tiempo y la información sobre cómo iniciar el próximo nivel de revisión;
- Una copia de cualquier regla interna, guía o protocolo usados en la determinación de su apelación, previa solicitud por escrito y sin cargo;
- Información, explicación o documentación si la determinación está basada en necesidad médica, el tratamiento era Experimental o Investigativo o no apropiado médicamente. Esta información estará disponible previa solicitud por escrito y sin cargo; y
- Una declaración de que usted y su Plan pueden tener otras opciones de resolución voluntaria de disputas como mediación así como divulgación de la disponibilidad e información de contacto de un defensor del pueblo para que le asista con los procesos de Revisión Interna y Externa. La información respecto a estas opciones está disponible en el Departamento del Trabajo de los EE.UU.

Proceso de Revisión Externa

Si todavía no está satisfecho con la decisión tomada después de participar en el proceso de Apelaciones Internas del Plan, usted tiene el derecho de solicitar una Revisión Externa. Una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) llevará a cabo esta revisión. La revisión está disponible para las Reclamaciones de atención a la salud independientemente de si son Reclamaciones Pre-Servicio, de Urgencia, Concurrentes o Post-Servicio y se ajusten a los parámetros siguientes:

1. La negativa tiene que ver con un dictamen médico, incluyendo, pero sin limitarse a, aquellos basados en las reglas del Plan respecto a necesidad médica, conveniencia médica, entorno de la atención a la salud, nivel de atención o una determinación de que el tratamiento es Experimental o Investigativo. La Organización de Revisión Independiente determinará si la negativa implica un dictamen médico; y/o
2. La negativa se debe a una Rescisión de Cobertura.

El Proceso de Revisión Externa no aplica a cualquier otro tipo de Determinación Adversa de Beneficio y sólo aplica a las Reclamaciones de atención a la salud. En la mayoría de los casos, usted sólo puede solicitar una Revisión Externa después de que haya agotado el proceso de Apelación Interna del Plan. Esto significa que usted tiene que haber recibido una determinación final de una revisión interna antes de que pueda solicitar una Revisión Externa.

Debido a que el proceso de Revisión Externa sólo está disponible para las reclamaciones que tienen que ver con criterios médicos, hay sólo otros dos tipos de Reclamaciones que serán consideradas. Las mismas son: 1) Reclamaciones Estándar (No Urgentes); y (2) Reclamaciones de Urgencia Expeditas.

Revisión Externa de Reclamaciones Estándar (No-Urgentes)

Usted tiene que solicitar una Revisión Externa por escrito y dentro de los 4 meses después de recibir una Determinación Adversa de Beneficio a través del proceso de Apelaciones Externas.

A. Revisión Preliminar de Reclamaciones Estándares.

1. El Plan tiene **5 días hábiles** para completar la revisión preliminar de su solicitud de una Revisión Externa. La revisión preliminar determinará si:
 - (a) Usted estaba cubierto bajo el Plan al momento en que se solicitó el servicio o el artículo de atención a la salud.
 - (b) La Determinación Adversa de Beneficio no tiene que ver con los requisitos de elegibilidad, incluyendo no pagar las primas requeridas;
 - (c) Usted ha agotado el proceso de Apelaciones Internas del Plan; y
 - (d) Usted ha proporcionado toda la información y formularios solicitados para completar la Revisión Externa.
2. Dentro de **1 día hábil** después de completar la revisión preliminar, el Plan le notificará si ha satisfecho todos los requisitos para una Revisión Externa. La notificación 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 y por qué no es elegible para una Revisión Externa. La notificación también le proporcionará la información de contacto de la Administración de Garantía de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés).
 - (c) Si su solicitud está incompleta, la notificación describirá la información o el material necesarios para completar su solicitud de una Revisión Externa. Tiene que perfeccionar su solicitud dentro del periodo de presentación de 4 meses o dentro de las 48 horas posteriores al recibo de la notificación, lo que sea posterior.

B. Revisión de las Reclamaciones Estándares por una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés).

1. Si su solicitud está completa y es elegible para una Revisión Externa, el Plan le asignará su solicitud a una Organización de Revisión Independiente [IRO]. Una vez que la Reclamación es asignada a una IRO, se aplicará el procedimiento siguiente:

- (a) La IRO le notificará por escrito que ha recibido su solicitud confirmando su elegibilidad para una Revisión Externa y la aceptación de la IRO de la solicitud. También se le darán direcciones sobre cómo presentar información adicional que deberá ser presentada dentro de **10 días hábiles**.
- (b) Dentro de los 5 días hábiles de asignar su solicitud para una Revisión Externa a la IRO, el Plan le proporcionará a la IRO los documentos y la información que usó el Plan para hacer la Determinación Adversa de Beneficio.
- (c) Si usted presenta información adicional a la IRO, la IRO tiene que enviar esa información al Plan dentro de **1 día hábil** para que el Plan pueda usar esa información para reconsiderar la Determinación Adversa de Beneficio inicial. En ningún caso esta reconsideración del Plan retrasará la Revisión Externa. Si el Plan revierte la Determinación Adversa de Beneficio, el Plan tiene que notificar a la IRO dentro de **1 día hábil** y se terminará el proceso de Revisión Externa.
- (d) La IRO revisará toda la información y los documentos que han sido recibidos de manera oportuna. La IRO no está obligada por ninguna decisión tomada por el Plan; no obstante, la IRO estará obligada por los términos de Plan y no puede desactivar las Reglas del Plan. Como parte de la Revisión Externa, la IRO puede considerar sus expedientes médicos, las recomendaciones de su proveedor de atención a la salud que le trata, las guías apropiadas de práctica y otra información médica relativa.
- (e) La IRO le proporcionará a usted y al Plan un aviso escrito de su decisión final de la Revisión Externa dentro de los **45 días** después de recibir la solicitud de Revisión Externa.
- (f) El aviso de la decisión de la IRO incluirá:
 - 1. La información suficiente para identificar la Reclamación, el código del diagnóstico, el código del tratamiento, el significado de estos códigos y la razón para la negativa previa;
 - 2. La fecha en la que la IRO recibió la solicitud de Revisión Externa y la fecha de su decisión;
 - 3. Las pruebas o la documentación consideradas para llegar a la decisión, incluyendo las disposiciones específicas del Plan y las normas basadas en pruebas;
 - 4. Un análisis de las razones para la decisión de la IRO
 - 5. Una declaración de que el Plan tiene que cumplir con la decisión de la IRO;
 - 6. Una declaración de que puede estar disponible una revisión de un tribunal, incluyendo la información de contacto para la Oficina de Asistencia al Consumidor de Atención a la Salud o del defensor del pueblo para que le asistan con su Revisión Externa;

7. Si la decisión de la IRO revierte la Determinación Adversa de Beneficio del Plan, al recibo de este aviso por parte del Plan, el Plan tiene que cumplir inmediatamente con la decisión de la IRO. No obstante, el Plan todavía tiene el derecho de solicitar la revisión de un tribunal para cambiar la decisión de la IRO; o
8. Si la IRO sostiene la Determinación Adversa de Beneficio del Plan, usted puede solicitar una revisión del resultado de la Revisión Externa conforme a ERISA §502(a).

Revisión Externa de Reclamaciones Expeditas de Atención de Urgencia

A. Usted puede solicitar una Revisión Externa si:

1. Usted recibe una Determinación de Beneficio de una Reclamación **inicial** que tenga que ver con una condición médica que requiera una respuesta más rápida de modo de no poner en peligro su vida o salud, y usted ha presentado una solicitud de revisión externa expedita; o
2. Usted recibe una Determinación Adversa de Beneficio de una Apelación Interna que tenga que ver con una condición médica que requiere una respuesta más rápida de modo de no poner en peligro su vida o salud; o usted recibe una Determinación Adversa de Beneficio que tiene que ver con una admisión o disponibilidad de atención por la que recibió servicios de emergencia pero no ha sido dado de alta de la instalación.

B. Revisión Preliminar para una Reclamación Expedita

El Plan llevará a cabo los siguientes pasos inmediatamente:

1. Al recibo de la solicitud para una Revisión Externa, el Plan completará una Revisión Preliminar;
2. Después de completar la Revisión Preliminar, el Plan le notificará por teléfono sobre si su solicitud cumplió o no con los criterios de la Revisión Preliminar; y
3. Si la solicitud no cumple con los criterios de la Revisión Preliminar, usted será informado qué información se necesita todavía.

C. Revisión de una Reclamación Expedita por una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés).

El procedimiento para una Revisión Externa de una Reclamación Expedita por una IRO es el mismo que la revisión de la IRO de la Reclamaciones Estándares (No-Urgentes) con una excepción. Una Revisión Externa para una Reclamación Expedita tiene que ser resuelta dentro de **72 horas o menos**.

Una vez que usted recibe la decisión de la IRO respecto a la Revisión Externa de su Reclamación Expedita (Urgente), usted tiene el derecho de solicitar la revisión de un tribunal conforme a ERISA §502(a).

Límite en Cuándo Puede Iniciar una Demanda (Acción Civil)

Usted no puede iniciar una demanda en contra del Fondo para obtener beneficios hasta después de que hayan ocurrido los eventos siguientes, independientemente del tipo de Reclamación presentada:

- Usted solicitó una revisión interna de la negativa de su Reclamación y la Junta ha llegado y ha emitido una decisión final en su revisión; **o**
- Usted solicitó una Revisión Externa, pero no ha recibido un aviso dentro de los plazos de tiempo especificados de que se ha llegado a una decisión **final** ni un aviso que será necesaria una extensión para llegar a una decisión **final**.

Diagrama de Flujo de Proceso de Reclamaciones

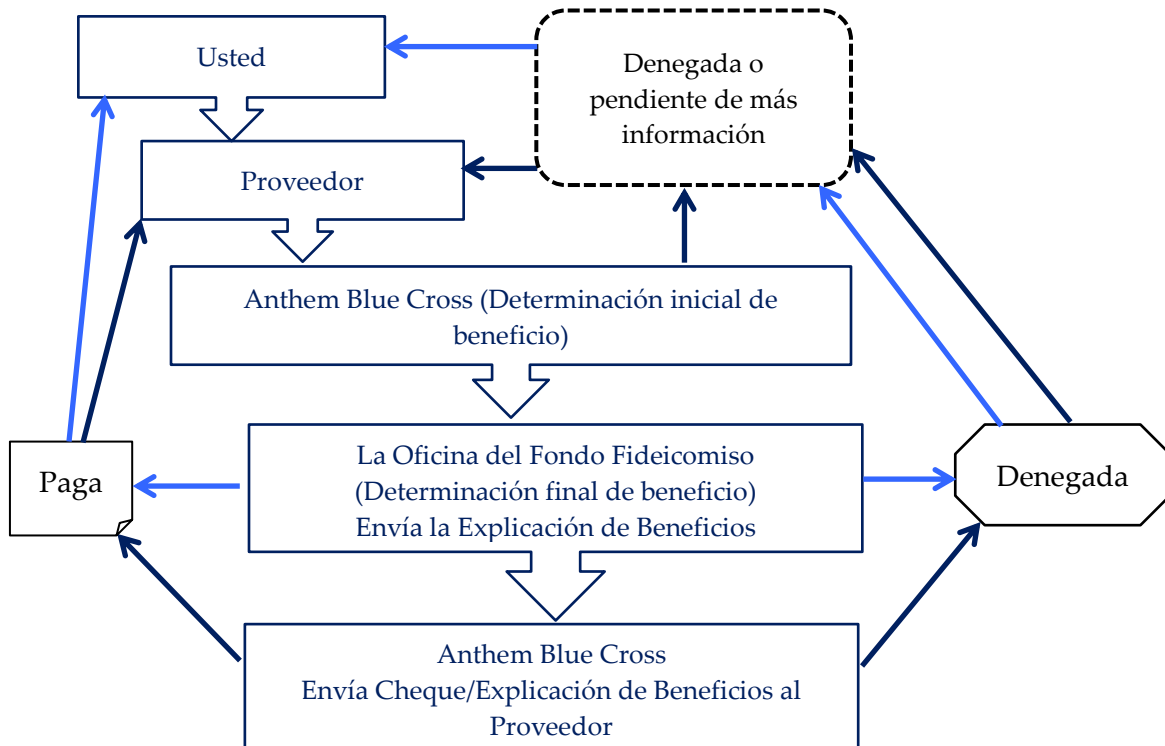
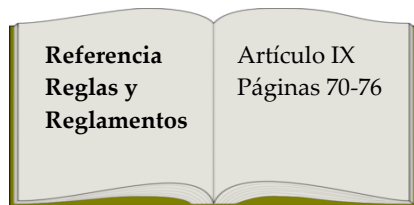


Diagrama de Visión General para el Proceso de Revisión Externa

Paso	Pasos en el Proceso de Revisión Externa	Plazo de Tiempo para Reclamaciones Estándares (no-urgentes)	Plazo de Tiempo para Reclamaciones Expeditas de Atención
1	El reclamante solicita una Revisión Externa (generalmente después de que se han agotado los procedimientos de Apelaciones de Reclamaciones Internas)	Dentro de los 4 meses después del recibo de una Determinación Adversa de Beneficio (aviso de negativa de beneficio)	Después del recibo de una Determinación Adversa de Beneficio (aviso de negativa de beneficio)
2	El Plan realiza una revisión preliminar	Dentro de 5 días hábiles después del recibo por parte del Plan de la solicitud de una Revisión Externa	Inmediatamente
	El Plan envía aviso al reclamante respecto a los resultados de una revisión preliminar	Dentro de 1 día hábil después de que el Plan complete la revisión preliminar	Inmediatamente
	Cuando sea apropiado, el plazo de tiempo del reclamante para perfeccionar una solicitud incompleta de Revisión Externa	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	Inmediatamente
3	El Plan asigna el caso a una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés)	De forma oportuna	Sin demora
4	Aviso de la IRO al reclamante informando que el caso ha sido aceptado por la IRO para Revisión Externa junto con los plazos de tiempo para la presentación de cualquier información adicional	De forma oportuna	Sin demora
5	Plazo de tiempo para que el Plan proporcione los documentos y la información de la IRO que el Plan consideró al hacer la determinación de beneficio	Dentro de los 5 días hábiles de asignar la IRO al caso	Sin demora
6	La presentación del reclamante de información adicional a la IRO	Dentro de los 10 días hábiles siguientes al recibo por el reclamante de un aviso de la IRO de la información adicional (la IRO puede aceptar información después de 10 días hábiles)	Sin demora
7	La IRO envía al Plan cualquier información presentada por el reclamante	Dentro de 1 día hábil del recibo por parte de la IRO de la información	Sin demora
8	Si, a cuenta de la nueva información presentada por el reclamante, el Plan revierte su negativa y proporciona cobertura, se proporciona un Aviso al reclamante y a la IRO	Dentro de 1 día hábil de la decisión del Plan	Sin demora
9	La decisión de la Revisión Externa por la IRO al reclamante	Dentro de 45 días calendario del recibo por parte de la IRO de la solicitud para una Revisión Externa	Tan sin demora como la condición médica o las circunstancias del reclamante requieran pero en ningún caso no más de 72 horas después del recibo por la IRO de la solicitud para una Revisión Externa expedida (si el aviso no es por escrito dentro de las 48 horas de la fecha de proporcionar dicho aviso no escrito, la IRO tiene que proporcionar aviso escrito al reclamante y al Plan)
10	Tras aviso de la IRO de que no ha revertido la Determinación Adversa de Beneficio del Plan	El Plan tiene que proporcionar inmediatamente cobertura o pago por la Reclamación	El Plan tiene que proporcionar inmediatamente cobertura o pagar la Reclamación

Información Requerida Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA)



Privacidad de su Información de Salud conforme a HIPAA

Esta sección describe cómo la Información de Salud suya o de sus Dependientes puede ser usada y divulgada y cómo usted o sus Dependientes pueden obtener acceso a la Información de Salud que mantiene el Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California para el Norte de California (“Plan de Salud”).

Usted tiene ciertos derechos conforme a la Regla de Privacidad de la HIPAA con respecto a su Información de Salud que mantiene el “Plan de Salud” de los Obreros.

La Regla de Privacidad de la HIPAA establece normas nacionales para proteger los expedientes médicos de los individuos y otra Información de Salud personal y aplica a los Planes de Salud, a los centros de intercambio de atención a la salud y a aquellos proveedores que llevan a cabo ciertas transacciones electrónicas de atención a la salud. La Regla de Privacidad requiere que pongan en vigor protecciones apropiadas para proteger la privacidad de la Información de Salud personal y establece límites y condiciones a los usos y divulgaciones de esa información sin la autorización del paciente. La Regla de Privacidad también da a los pacientes ciertos derechos respecto a su Información de Salud incluyendo el derecho a examinar y obtener una copia de sus expedientes médicos y solicitar correcciones.

Aviso de Privacidad

La Regla de Privacidad de la HIPAA requiere que los Planes de Salud, así como los proveedores de atención a la salud cubiertos, desarrollen y distribuyan un “aviso” que proporcione una explicación clara, accesible al usuario de los derechos del individuo con respecto a su Información de Salud personal y las prácticas de privacidad de los Planes de Salud y los proveedores de atención a la salud. En el caso de un Plan de Salud, a usted se le proporcionará un Aviso de Privacidad el cual estará incluido en el Paquete de Nuevo Elegible que reciba de la Oficina del Fondo Fideicomiso una vez que se haya establecido su elegibilidad conforme al Plan. Mientras permanezca elegible bajo el Plan, puede esperar recibir un Aviso de Privacidad cada tres años. También puede leer o descargar una copia del Aviso de Privacidad en el sitio web de los Fondos Fideicomisos.

El Aviso de Privacidad explica cómo el Plan de Salud de los Obreros, que es miembro de un “Arreglo Organizado de Atención a la Salud”, usa y divulga su Información de Salud, y qué derechos tiene con respecto a dicha información. Los términos “Plan”, “Equipo de Administración del Plan” y “Miembro del Equipo” se aplican al Plan de Salud en el que usted es un Participante.

Comuníquese con el Director de Cumplimiento de HIPAA del Fondo al ☎ 1-800-244-4530 o 1-707-864-2800 si tiene preguntas sobre el Aviso de Privacidad.

También puede obtener más información sobre HIPAA y sus Derechos de Privacidad visitando el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos/Privacidad de Información de la Salud:  www.hhs.gov/ocr/privacy

Cambios al Aviso de Privacidad

El Plan de Salud de los Obreros se reserva el derecho de cambiar el contenido del Aviso de Privacidad pero el Aviso de Privacidad siempre tiene que cumplir con los requisitos de HIPAA.

Otros Avisos de Privacidad

A sus proveedores de atención de la salud también se les requiere conforme a HIPAA que le proporcionen a usted un Aviso de Privacidad. Esos avisos de privacidad difieren del aviso del Plan de Salud de los Obreros porque los mismos hablan sobre cómo sus proveedores de atención a la salud usan su Información de Salud. El Aviso de Privacidad del Plan de Salud de los Obreros aplica solamente a la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés) obtenida y mantenida por el Plan de Salud y describe sus derechos con respecto a su Información de Salud mantenida **por el Plan de Salud** y cómo el Plan de Salud puede usar y divulgar esa Información de Salud.

Quién Ve Su Información de Salud

El Equipo de Administración del Plan incluye a todos los individuos que tienen que ver la Información de Salud que puede enlazarse a la Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de un individuo para operar el Plan de Salud. Los Miembros del Equipo son empleados de la Oficina Administrativa del Fondo que gestiona las operaciones del día a día del Plan de Salud.

Otros miembros del Equipo incluyen a los empleados de organizaciones externas que asisten en la operación del Plan de Salud. Para servir como Miembros del Equipo, un individuo tiene que completar una capacitación exhaustiva sobre los procedimientos de privacidad y seguridad. La ley prohíbe a los Miembros del Equipo usar la Información Protegida de Salud (PHI) con fines inapropiados. Cada Miembro del Equipo entiende que una violación de los procedimientos de privacidad y seguridad del Plan de Salud puede resultar en una acción disciplinaria. Por lo tanto, los Miembros del Equipo se toman muy en serio la privacidad de su Información de Salud.

La Promesa del Plan de Salud a Usted

Los Miembros del Equipo Administrativo del Plan entienden que su Información de Salud es privada. La Junta de Fideicomisarios para el Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California está comprometida a usar su Información de Salud sólo para fines de tratamiento, de pagar beneficios, de operar el Plan de Salud y, según está expresamente permitido o requerido por ley.

Cómo el Plan de Salud Usa y Divulga Su Información de Salud

Los Miembros del Equipo sólo pueden usar y divulgar su Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés) en las formas expresamente permitidas por HIPAA. Las secciones tituladas

“Tratamiento”, “Pago” y “Operaciones de Atención a la Salud” describen cómo el Plan de Salud usa y divulga la Información de Salud obtenida sobre usted (su “Información de Salud”). Algunos de estos usos y divulgaciones son de rutina y son necesarios para operar el Plan de Salud y para proporcionar asistencia a los proveedores de atención a la salud que le tratan. Otros no son de rutina, pero son requeridos por la ley o necesarios debido a circunstancias especiales. El Plan de Salud ha desarrollado procedimientos para todos estos usos y divulgaciones. Debido a que el Plan de Salud es un miembro de un “Arreglo Organizado de Atención a la Salud”, el Plan de Salud puede compartir su información con otros miembros del “Arreglo Organizado de Atención a la Salud” para fines de “Tratamiento”, “Pago” y “Operaciones de Atención a la Salud”.

Tratamiento. Los Miembros del Equipo pueden usar o divulgar su Información de Salud para facilitar el Tratamiento o los servicios médicos por sus proveedores de atención a la salud como médicos, enfermeros, técnicos, estudiantes de medicina, otro personal de farmacias.

Pago. Los Miembros del Equipo pueden usar y divulgar su Información de Salud para determinar su elegibilidad para los beneficios de Atención a la Salud, para procesar Reclamaciones para el Pago de su Tratamiento o para determinar si cualquier otro plan o parte podría ser responsable por el Pago de su Tratamiento. Por ejemplo, un Miembro del Equipo podría revisar una factura que contenga Información de Salud sobre usted para determinar si el Tratamiento es un Gasto Cubierto bajo el Plan de Salud de los Obreros. A veces, el Miembro del Equipo tiene que obtener información del proveedor de atención a la salud o de su expediente médico para determinar si el Tratamiento provisto es Medicamento Necesario, experimental o investigativo. Un Miembro del Equipo puede enviar información a otro Miembro del Equipo que sea un especialista médico con el fin de obtener una opinión médica respecto a la naturaleza de la Reclamación. Éstos son sólo unos pocos ejemplos de cómo los Miembros del Equipo pueden usar y divulgar su Información de Salud para asegurarse de que los beneficios son pagados apropiadamente.

Operaciones de Atención a la Salud. Los Miembros del Equipo pueden usar y divulgar su Información de Salud para llevar a cabo las operaciones del Plan. Por ejemplo, los Miembros del Equipo pueden revisar su Información de salud para:

1. Llevar a cabo una evaluación de calidad y actividades de mejora;
2. Realizar subscripciones, calificación de primas y otras actividades relativas a la cobertura del Plan de Salud;
3. Presentar Reclamaciones por cobertura de pérdida limitada (o pérdida excesiva);
4. Llevar a cabo o hacer los arreglos para una revisión médica, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraudes y abusos;
5. Enterarse de métodos para administrar los costos; y
6. Administrar las actividades comerciales del Plan de Salud para asegurarse de que es administrado apropiada y efectivamente.

Requerido por Ley. Los Miembros del Equipo divulgarán su Información de Salud cuando se les requiera por la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, un Miembro del Equipo divulgará la información sobre las facturas médicas presentadas por su proveedor de atención a la salud en respuesta a una orden judicial en un proceso de litigio que alegue que el proveedor está involucrado en prácticas de facturación fraudulentas.

Para Prevenir Serias Amenazas a la Salud o la Seguridad. Los Miembros del Equipo pueden usar y divulgar su Información de Salud para prevenir una seria amenaza a su salud y seguridad o la salud y seguridad del público o de otra persona. Cualquier divulgación de esta naturaleza sólo se realizaría a la persona que es capaz de prevenir la amenaza.

Situaciones Especiales

Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, los Miembros del Equipo pueden comunicar su Información de Salud a las organizaciones que gestionan la obtención de órganos, trasplantes de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donaciones de órganos, para facilitar la donación y trasplante de órganos o tejidos.

Militares y Veteranos. Si usted es miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o cualquier otro país, los Miembros del Equipo pueden comunicar su Información de Salud si al Plan de Salud se le requiere hacerlo por las autoridades de mando militares apropiadas.

Compensación Laboral. Los Miembros del Equipo pueden facilitar su Información de Salud si se les requiere hacerlo para cumplir con las leyes de Compensación Laboral.

Actividades de Supervisión de la Salud. Los Miembros del Equipo pueden divulgar su Información de Salud a la Agencia de Supervisión de la Salud para las actividades autorizadas por ley. Estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias. Las actividades son necesarias para el gobierno para supervisar el sistema de atención a la salud, los programas gubernamentales y el acatamiento de las leyes de los derechos civiles.

Demandas y Disputas. Si usted está involucrado en una demanda o disputa, los Miembros del Equipo pueden divulgar su Información de Salud en respuesta a una orden judicial o administrativa. Los Miembros del Equipo pueden también divulgar su Información de Salud en respuesta a un citatorio, solicitud de revelación de pruebas u otro proceso legal por alguien involucrado en la disputa, pero sólo si se han realizado esfuerzos para informarle a usted sobre la solicitud.

Fuerzas Policiales. Si se solicita hacerlo por parte de un Oficial de las Fuerzas Policiales, un Miembro del Equipo puede facilitar su Información de Salud en respuesta a una orden judicial, citatorio, orden judicial, requerimiento o un proceso similar.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias. Los Miembros del Equipo pueden facilitar su Información de Salud a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificarle si usted se muere o para determinar la causa de su muerte. Los Miembros del Equipo también pueden facilitar su Información de Salud a los directores de funerarias según sea necesario para que desempeñen sus obligaciones.

Sus Derechos Respecto a la Información de Salud que el Plan Mantiene Sobre Usted

Usted tiene los siguientes derechos respecto a la Información de Salud que el Plan de Salud mantiene sobre usted:

Derecho a Inspeccionar y Copiar. Usted tiene el derecho a inspeccionar y copiar su Información de Salud usada para tomar decisiones sobre sus beneficios del Plan de Salud. Para inspeccionar y copiar la información médica usada para tomar esas decisiones, tiene que completar un formulario titulado **“Solicitud de Acceso a la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés)”** y presentar este formulario al Director de Cumplimiento con HIPAA del Fondo. Si solicita una copia de la información, se le puede hacer un cargo por el costo de copiar, enviar por correo y por cualquier suministro asociado a su solicitud.

Derecho a Enmendar. Si usted cree que el Plan Médico tiene información médica sobre usted que está incorrecta o incompleta, puede pedir que su Información de Salud sea enmendada. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea mantenida por o para el Plan de Salud. Para solicitar una enmienda, usted tiene que completar un formulario titulado **“Solicitud de Enmienda de la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés)”** y presentar este formulario al Director de Cumplimiento con HIPAA del Fondo. Su solicitud de enmienda puede ser denegada si no completa este formulario. Además, **su solicitud puede ser denegada si usted solicita el Fondo que enmiende información que:**

1. No es parte de la información médica retenida por o para el Plan de Salud;
2. No fue creada por el Plan de Salud;
3. No es parte de la información a la que usted se le permitiría inspeccionar o copiar; o
4. Está correcta y completa.

Derecho a la Rendición de Cuenta de las Divulgaciones. Usted tiene el derecho de solicitar un “Rendición de Cuentas de las Divulgaciones” cuando las divulgaciones fueron hechas para cualquier propósito que no sea Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención a la Salud.

Para solicitar una lista o Rendición de Cuentas de las Divulgaciones, tiene que completar el formulario titulado **“Solicitud de Rendición de Cuentas de Divulgaciones de la Información Protegida de Salud (PHI)”** y presentar este formulario al Director de Cumplimiento con HIPAA del Fondo. Su solicitud tiene que indicar el periodo de tiempo por el cual está solicitando la Rendición de Cuentas de las Divulgaciones. Este periodo no puede ser de más de 6 años. Su solicitud deberá indicar en qué forma desea recibir esta información (por ejemplo: en papel o electrónicamente). La primera solicitud de información dentro de un periodo de 12 meses será libre de cargo. Si usted hace solicitudes de información adicionales, la Oficina del Fondo Fideicomiso puede hacerle un cargo por el costo de proporcionar la información. A usted se le notificará del costo por adelantado y usted puede elegir retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de que se incurra en cualquier costo.

Derecho a Solicitar Restricciones. Usted tiene el Derecho a Solicitar Restricciones o limitaciones en la Información de Salud que el Plan de Salud usa o divulga sobre usted para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención a la Salud. También tiene el derecho de solicitar un límite en la Información de Salud que **el Plan de Salud** divulga sobre usted a alguien que esté participando de su atención o el Pago por su atención, como un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitar que el Plan de Salud no use o divulgue la Información de Salud a su cónyuge en conexión con los procedimientos médicos.

Para solicitar que se pongan restricciones en las divulgaciones de su Información de Salud, usted tiene que completar el formulario titulado **“Solicitud de Restricción de la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés)”** y presentar este formulario al Director de Cumplimiento con HIPAA del Fondo. Deberá entender que el Director de Cumplimiento con HIPAA no está obligado a cumplir con su solicitud.

Derecho a Solicitar Comunicaciones Confidenciales. Si usted cree que la forma normal de comunicación de Información de la Salud es inaceptable, usted tiene el derecho de solicitar que el Plan de Salud se comunique con usted sobre asuntos médicos en una manera determinada o en una ubicación determinada. Por ejemplo, puede solicitar que el Plan de Salud sólo se comunique con usted al trabajo o por correo.

Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted tiene que completar el formulario titulado **“Solicitud de Comunicaciones Confidenciales de Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés)”** y presentar este formulario al Director de Cumplimiento con HIPAA del Fondo. No se le preguntará la razón de su solicitud y la Oficina Administrativa atenderá todas las solicitudes razonables. Su solicitud tiene que especificar cómo o dónde desea que se comuniquen con usted.

Quejas. Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California (Plan de Salud) o al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés). Para presentar una queja al Plan de Salud, escriba al Director de Cumplimiento con HIPAA del Fondo.

Otros Usos de la Información Médica

Otros usos y divulgaciones de información médica no cubiertos por este aviso o cualquier ley que aplique al Plan de Salud de los Obreros solamente se realizarán con su autorización escrita. Si proporciona al Plan de Salud una autorización para usar o divulgar la Información de Salud sobre usted, puede revocar dicha autorización, por escrito, en cualquier momento. Si revoca su autorización, el Plan de Salud ya no divulgará la información médica sobre usted por las razones cubiertas por su autorización escrita. Deberá entender que el Plan de Salud no podrá retirar ninguna divulgación ya hecha en base a su autorización. Para solicitar la autorización para el uso o divulgación de su Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés), tiene que completar el formulario titulado **“Autorización para el Uso de la Divulgación de Información Protegida de Salud”** y presentar este formulario al Director de Cumplimiento con HIPAA del Fondo.

Dónde Obtener los Formularios HIPAA PHI

Puede llamar a la Oficina del Fondo Fideicomiso y pedir que le envíen por correo el(los) formulario(s) o puede imprimir cualquiera de los formularios HIPAA PHI en el sitio web de los Fondos Fideicomisos:

- Solicitud para Acceso a la Información de Salud Protegida (PHI)
- Solicitud para Enmienda de la Información de Salud Protegida (PHI)
- Solicitud para la Rendición de Cuentas de la Información de Salud Protegida (PHI)
- Solicitud de Restricción de la Información de Salud Protegida (PHI)
- Solicitud de Comunicaciones Confidenciales de la Información de Salud Protegida (PHI)
- Autorización para el Uso o Divulgación de la Información de Salud Protegida (PHI)

Dónde Presentar las Quejas o Enviar los Formularios HIPAA PHI Completos

Todas las quejas y los Formularios HIPAA PHI completos deberán ser presentados a:



Northern California Laborers Funds Administration, Inc.
HIPAA Compliance Director
220 Campus Lane
Fairfield, CA 94534-1498

Organizaciones mediante las que se Administran o Proporcionan los Beneficios

De acuerdo con los requisitos de divulgación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, listados en la página siguiente aparecen los nombres y direcciones de todos los proveedores de atención a la salud. El Plan está patrocinado y administrado por la Junta de Fideicomisarios, no obstante, han delegado las responsabilidades administrativas a estas organizaciones y a la Oficina del Fondo Fideicomiso.

Departamento del Trabajo

HIPAA también requiere que la Oficina del Fondo Fideicomiso le informe a usted la dirección del Departamento del Trabajo en Washington, D.C. Si tiene preguntas sobre sus derechos conforme a ERISA, deberá comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Garantía de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés), Departamento del Trabajo de los EE.UU.



EBSA
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue N.W.
Washington, D.C. 20201

Información de Contacto

Nombre y Dirección de la Organización	Teléfono y Dirección del Sitio Web	Responsabilidades
Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California 220 Campus Lane Fairfield, CA 94534	1-707-864-2800 1-800-244-4530 en California www.norcalaborers.org Envíe el correo a: customerservice@norcalaborers.org	Mantiene los registros de elegibilidad; Da cuenta de las contribuciones de los empleadores y de auto-pago; Administra el Plan de Pago Directo; Tramita funciones administrativas de rutina.
Anthem Blue Cross of California 21555 Oxnard Street, M/S 10-H2 Woodland Hills, CA 91367	1-800-274-7767 Revisión de Utilización 1-800-810-2583 BlueCard www.anthem.com/ca www.bluecares.com BlueCard	Para Participantes del Plan de Pago Directo: Proporciona acceso a los servicios de la red de proveedores, revisión de utilización para hospitalizaciones y gestión de casos; Emite las tarjetas de identificación del plan de salud; Coordina con BlueCard PPO.
OptumRx 3515 Harbor Boulevard Costa Mesa, CA 92626	1-800-797-9791 Servicio al Cliente 1-800-834-3773 Pedido por Correo www.optumrx.com	Para Participantes del Plan de Pago Directo: Administra y proporciona acceso a las farmacias contratantes, el programa de servicio por correo y medicamentos especializados.
BriovaRx 8350 Briova Drive Las Vegas, NV 89113	1-855-427-4682 Servicio al Cliente www.briovarx.com	Para Participantes del Plan de Pago Directo: Administra y proporciona acceso a medicamentos especializados.
Claremont Behavioral Services 1050 Marina Village Parkway, #203 Alameda, CA 94501	1-800-834-3773 www.claremonteap.com	Para todos los Participantes: Administra y proporciona acceso al Programa de Asistencia al Empleado (EAP).
Kaiser Foundation Health Plan 1950 Franklin Street Oakland, CA 94612	1-800-464-4000 Servicio al Cliente www.kaiserpermanente.org	Para Participantes del Plan Kaiser Permanente: Administra y proporciona acceso a las instalaciones de Kaiser para médico-hospitalario, medicamentos de receta y atención de la vista.
Delta Dental of California 100 First Street San Francisco, CA 94105	1-800-765-6003 Servicio al Cliente www.deltadentalins.com	Administra y proporciona acceso a los proveedores dentales a todos los Participantes inscritos en el Plan Delta Dental.
Private Medical Care, Inc. (PMI) DeltaCare Group Dental Service 12898 Towne Center Drive Cerritos, CA 90703	1-800-422-4234 Servicio al Cliente www.deltadentalins.com	Administra y proporciona acceso a los proveedores dentales a todos los Participantes inscritos en DeltaCare USA.
Bright Now! Dental Plan 201 E. Sandpointe, Suite 200 Santa Ana, CA 92707	1-888-274-4486 Servicio al Cliente www.brightnow.com	Administra y proporciona acceso a los proveedores dentales a todos los Participantes inscritos en el Plan Dental BrightNow!
UnitedHealthcare Dental Plan 1390 Willow Pass Road Concord, CA 94520	1-800-999-3367 Servicio al Cliente www.myuhcdental.com	Administra y proporciona acceso a los proveedores dentales a todos los Participantes inscritos en el Plan Dental United. UnitedHealthcare.
Anthem Blue View Vision PO Box 8504 Mason, OH 45040	1-866-723-0515 Servicio al Cliente www.anthem.com/ca	Administra los beneficios de atención de la vista y proporciona acceso a proveedores a todos los Participantes.

Información Requerida por la Ley de Garantía e Ingresos por Jubilación del Empleado ERISA de 1974

1. El Plan está administrado por una Junta Conjunta de Fideicomisario en la siguiente dirección:

Junta de Fideicomisarios
Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California
220 Campus Lane
Fairfield, CA 94534-1498
1-800-244-4530 en California
1-707-864-2800 las demás ubicaciones

2. La Oficina del Fondo Fideicomiso proporcionará a cualquier Individuo Elegible, previa solicitud por escrito, información sobre si un empleador en particular está contribuyendo al Fondo con respecto al trabajo de los Participantes en el Fondo y si el empleador es un contribuidor y la dirección del empleador.
3. El Número de Identificación del Empleador (EIN, por sus siglas en inglés) emitido a la Junta de Fideicomisarios por el Servicio de Rentas Internas es 94-1235152.
4. El Número del Plan es 501.
5. Éste es un Plan de Bienestar que proporciona beneficios hospitalarios, médicos, de medicamentos, dentales, de atención a la vista y por muerte y muerte accidental y desmembramiento.
6. La persona designada para ser notificada de un proceso legal es el Administrador del Fondo. El proceso legal puede ser notificado al:

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

7. Este programa se mantiene conforme a varios convenios de negociación colectiva. Las copias de los convenios de negociación colectiva están disponibles para inspección en la Oficina del Fondo Fideicomiso durante las horas hábiles regulares y, previa solicitud por escrito, se proporcionarán por correo. La copia de cualquier convenio de negociación colectiva que disponga las contribuciones a este Fondo también estará disponible para inspección dentro de los 10 días calendario después de la solicitud escrita cualquier oficina de un Sindicato Local o en la oficina de cualquier Empleador Contribuyente a la que se reporten por lo menos 50 Participantes del Plan cada día.

8. Los requisitos para la elegibilidad para beneficios están indicadas en las páginas 21-31 de este SPD y en el Artículo II de las Reglas y Reglamentos del Plan, cuya copia está disponible en línea en www.norcalaborers.org.

Las circunstancias que pueden traer como resultado la descalificación, inelegibilidad o negativa, abandono o suspensión de los beneficios están indicadas en las páginas 26-31 de este SPD y en el Artículo II de las Reglas y Reglamentos del Plan.

9. Todas las contribuciones al Fondo son hechas por Empleadores Individuales de acuerdo con los convenios de negociación colectiva que están en vigor en el Consejo de Distrito de los Obreros del Norte de California, el Sindicato Local afiliado u otra entidad relacionada con el Fondo, con respecto algunos de sus empleados conforme a los reglamentos de la Junta.
10. Los beneficios se proporcionan de un fondo fideicomiso y de contratos de seguro a través del Plan de Salud de Kaiser Foundation en la Región del Norte de California; UnitedHealthcare Dental, DeltaCare USA y Bright Now! Dental.
11. El fin del año a fines de llevar los registros fiscales del Fondo es el 31 de mayo (el Año del Plan ERISA).
12. El procedimiento para presentar reclamaciones está indicado en las páginas 82-87.

Declaración de Derechos según la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado ERISA de 1974

Como Participante en el Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado (ERISA, por sus siglas en inglés) de 1974. ERISA dispone que todos los Participantes del Plan tienen derecho a los siguientes derechos:

Recibir Información sobre Su Plan y Beneficios

- Examinar, sin cargo, en la Oficina del Administrador del Plan y en otras ubicaciones especificadas, como sitios de trabajo y salas sindicales, todos los documentos del Plan que rigen al Plan. Estos documentos incluyen contratos de seguro y convenios de negociación colectiva y una copia del informe anual más reciente (Serie del Formulario 5500) presentado por el Plan al Departamento del Trabajo de EE.UU. (DOL, por sus siglas en inglés) y disponible en la Sala de Información Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) (anteriormente la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar). También puede localizar una copia de la Serie del Formulario 5500 en el sitio web  del DOL/EBSA: www.dol.gov/ebsa/.
- Obtener previa solicitud escrita al Administrador del Plan, copias de documentos que rigen la operación del Plan. Éstos incluyen contratos de seguro y convenios de negociación colectiva y copias del informe anual más reciente (Serie del Formulario 5500) y SPD actualizado. El administrador puede hacer un cargo razonable por las copias. También puede localizar una copia de la Serie del Formulario 5500 en el sitio web  del DOL/EBSA: www.dol.gov/ebsa/.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. Al Administrador del Plan se le requiere por ley proporcionar a cada Participante una copia de este resumen del informe anual.

Continúe la Cobertura de Grupo del Plan de Salud

Continúe la cobertura de salud para usted, cónyuge o hijos Dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el Plan como resultado de un Evento Calificante COBRA – consulte la página 32. Usted o sus Dependientes pueden tener que pagar por dicha cobertura. Revise este SPD y los documentos que rigen al Plan en las reglas de sus derechos de Continuación de Cobertura COBRA.

Acciones Prudentes por los Fiduciarios del Plan.

Además de crear derechos para los Participantes del Plan, ERISA impone deberes a las personas que son responsables de la operación del plan de beneficios de empleados. Las personas que operan su Plan, llamados “fiduciarios” del Plan, tienen la obligación de hacerlo prudentemente y para su beneficio y el de otros Participantes del Plan y beneficiarios. Nadie, incluyendo a su empleador, su sindicato o cualquier otra persona puede despedirle o de otro modo discriminar en su contra en forma alguna para impedir que usted obtenga un beneficio de bienestar o ejerza sus derechos conforme a ERISA.

Haga Valer Sus Derechos

Si su Reclamación por un beneficio de bienestar es denegada, total o parcialmente, usted tiene el derecho de saber por qué esto fue hecho, de obtener copias de los documentos relativos a la decisión sin costo alguno y de apelar cualquier negativa, todo dentro de ciertos plazos de tiempo.

Conforme a ERISA, hay pasos que usted puede tomar para hacer valer los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o el informe anual más reciente del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, usted puede entablar una demanda en el tribunal federal. En dicho caso, el tribunal puede requerir que el Administrador del Plan proporcione los materiales y que le pague hasta \$110 por cada día hasta que usted reciba los documentos, a menos que los materiales no hayan sido enviados debido a razones fuera del control del administrador. Si usted tiene una Reclamación de beneficios, la cual es denegada o ignorada, total o parcialmente, usted puede entablar una demanda en el tribunal estatal o federal, una vez que haya agotado el proceso de apelaciones descrito en “Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones” en este SPD. Además, si usted está en desacuerdo con la decisión del Plan o falta de la misma respecto a estatus calificado de una orden de manutención médica de hijos, usted puede entablar una demanda en el tribunal federal. Si acaso sucede que los fiduciarios del Plan malversaran el dinero del Plan, o si se discrimina en su contra por ejercer sus derechos, usted puede solicitar la asistencia del Departamento del Trabajo de los EE.UU. (DOL, por sus siglas en inglés), o puede entablar una demanda en el tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si usted gana, el tribunal puede ordenar a la persona que usted demandó a que pague dichos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal le puede ordenar a usted pagar estos costos y honorarios, por ejemplo, si el mismo decide que su reclamación es frívola.

Asistencia con Sus Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, deberá comunicarse con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos conforme a ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del Administrador del Plan, deberá comunicarse con la oficina más cercana de Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) (anteriormente la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar) Departamento del Trabajo de los EE.UU. (DOL, por sus siglas en inglés), listados en su directorio telefónico. Alternativamente, puede obtener asistencia llamando a EBSA gratuitamente al ☎ 1-866-444-EBSA (3272) o escribiendo a la siguiente dirección:



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

Usted puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades conforme a ERISA llamando a la línea directa de EBSA. Para copias individuales de las publicaciones comuníquese con la línea de EBSA de solicitud de folletos al ☎ 1-800-998-7542 o comuníquese con la oficina local de EBSA más cercana a usted. También puede encontrar respuestas a sus preguntas sobre el plan y una lista de oficinas locales de EBSA en el sitio web de EBSA en 🌐 www.dol.gov/ebsa.