



UNITED TEAMSTER FUND



RESUMEN DE LA DESCRIPCION DEL PLAN A PARTIR DEL 1 DE MAYO DEL 2021



Mayo 1, 2021

La Junta de Fideicomisarios (los "Fideicomisarios") se complace en proporcionarle este Resumen de la Descripción del Plan actualizado (también llamado "SPD"), que resume los beneficios disponibles bajo United Teamster Fund (denominado el "Fondo").

Estos beneficios incluyen:

- **Beneficios de Hospital y Médicos,**
- **Beneficios de Medicamentos Recetados,**
- **Beneficios de la Visión,**
- **Beneficios Dentales,**
- **Seguro de Vida, y**
- **Beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento.**

Usted debe utilizar este folleto para saber:

- **Quien es elegible para la cobertura,**
- **Los tipos de beneficios que se proporcionan, cualquier limitación de dichos beneficios y cualquier requisito de participación en los costos,**
- **Como hacer una reclamación de beneficios, y**
- **A quien contactar para obtener más información.**

Este SPD contiene disposiciones vigentes a partir del 1 de mayo del 2021. Por favor, mantenga este SPD en un lugar conveniente, donde lo tendrá para futuras referencias y podrá compartirlo con su familia. Este SPD también sirve como el Documento del Plan.

El Fondo no es un "plan de salud con derechos adquiridos" bajo la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible ("Ley de Cuidado de Salud Asequible"). El Fondo no es un plan de salud con derechos adquiridos porque no ha preservado cierta cobertura básica de salud que estaba en efecto cuando se promulgó la Ley de Cuidado de Salud Asequible. El no establecer un plan de salud con derechos adquiridos significa que el Fondo tiene que incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, por ejemplo, el requisito de la prestación de servicios de salud preventiva sin ningún tipo de participación en los costos.

Si tiene alguna pregunta sobre el Fondo o sus beneficios, comuníquese con la Oficina del Fondo al (718) 859-1624, (718) 842-1212 o (732) 882-1901.

Sinceramente

Junta de Fideicomisarios

UNITED TEAMSTER FUND

Oficinas

2137-2147 Utica Avenue
Brooklyn, NY 11234
(718) 859-1624

New York City Terminal Market
9A, Building B
Bronx, NY 10474
(718) 842-1212

1308 Pierce Street
Rahway, New Jersey 07065
(732) 882-1901

JUNTA DE FIDEICOMISARIOS Y ADMINISTRADOR

Fideicomisarios de la Unión	Fideicomisarios del Empleador
Daniel J. Kane, Jr., Presidente Local 202, I.B. de T. 12A New York City Terminal Market, Building B Bronx, NY 10474	Vicente Pacífico Vista Food Exchange, Inc. B101 New York City Terminal Market Bronx, NY 10474
Charles Machado, Fideicomisario Local 202, I.B. de T. 12A New York City Terminal Market, Building B Bronx, NY 10474	Myra Gordon Hunts Point Terminal Produce Coop. 130A New York City Terminal Market Bronx, NY 10474
Leo Servedio, Vicepresidente Local 202, I.B. de T. 12A New York City Terminal Market, Building B Bronx, NY 10474	Andrew Roy S. Katzman Produce, Inc. 153 157 New York City Terminal Market Bronx, Nueva York 10474

Profesionales

Contadores

**Calibre CPA Group
462 Seventh Avenue
New York, NY 10018
Teléfono (212) 695-1300**

Co-Abogado

**Cary Kane LLP
1350 Broadway, Ste 2220
New York, NY 10018
Teléfono (212) 868-6300**

Co-Abogado

**Madon Malin PC
50 Main Street, Suite 1000
White Plains, NY 10606
Teléfono (212) 759-9740**

Consultores & Actuarios

**O'Sullivan Associates
1236 Brace Road, Unit E
Cherry Hill, NJ 08034
Teléfono (856) 795-7777**

TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO	- 1 -
SUS BENEFICIOS A LA VISTA	- 7 -
Beneficios de Hospital y Médicos	- 7 -
Beneficios de Medicamentos Recetados	- 7 -
Beneficios Dentales	- 7 -
Beneficios de la Visión	- 8 -
Beneficios del Seguro de Vida (sujeto a exclusiones descritas más adelante en este SPD) -	8 -
RESUMEN DE BENEFICIOS	- 9 -
DEDUCIBLES, COSEGUROS Y MÁXIMOS	- 9 -
CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES	- 9 -
Mamografías, PSA, Papanicolau, Pruebas de Maternidad	- 10 -
Maternidad	- 10 -
Cirugía Ambulatoria (La Autorización Previa es Requerida para Cirugías)	- 11 -
Servicios de Laboratorio	- 11 -
Servicios de Rayos X	- 12 -
Imágenes Radiológicas Avanzadas (RMN, ARM, TAC, PET)	- 12 -
Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados (la Autorización Previa es Requerida para Cirugías)	- 12 -
Abuso de Sustancias para Pacientes Hospitalizados	- 16 -
Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios	- 16 -
ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN	- 19 -
Elegibilidad	- 19 -
Cuando Comienza su Cobertura	- 19 -

Cuánto Tiempo Continúa la Cobertura.....	- 19 -
Cobertura para Dependientes.....	- 19 -
Dependientes Recién Adquiridos.....	- 20 -
Acerca de la Orden Médica Calificada de Manutención de los Hijos.....	- 21 -
Cuando Finaliza la Cobertura	- 21 -
Continuación de la Cobertura Durante Ciertas Ausencias	- 22 -
Licencia Familiar y Médica.....	- 22 -
Licencia Militar	- 23 -
Licencia Familiar Pagada (Nueva York)	- 24 -
Continuación de la Atención Médica Bajo COBRA	- 24 -
Eventos COBRA Clasificatorios	- 24 -
Niños Recién Nacidos y Adoptados	- 25 -
Múltiples Eventos Clasificatorios	- 26 -
Cuándo su Empleador debe Notificar a la Oficina del Fondo	- 26 -
Cuándo usted o su beneficiario deben notificar a la Oficina del Fondo	- 26 -
Cómo Proporcionar Aviso.....	- 27 -
Cuándo se Debe Enviar el Aviso.....	- 27 -
Elección de la Cobertura de COBRA.....	- 27 -
Pagar por la Cobertura de COBRA.....	- 27 -
Cuando Finaliza la Cobertura de COBRA.....	- 28 -
Período de Elección Adicional de COBRA y Crédito Fiscal en Casos de Elegibilidad para Beneficios Bajo la Ley de Comercio de 1974	- 29 -
Sus Derechos Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996.....	- 29 -

Derechos Especiales de Inscripción	- 29 -
Derechos de Privacidad	- 30 -
Usos y Divulgaciones de Información Médica Protegida	- 31 -
Sus Derechos de Privacidad Individuales	- 34 -
Deberes del Fondo.....	- 36 -
Si Necesita Más Información	- 37 -
Reglas de Seguridad para el PHI Electrónico	- 37 -
BENEFICIOS MÉDICOS.....	- 38 -
Descripción General de la Cobertura	- 38 -
La Red de Proveedores de Aetna.....	- 38 -
Encontrar un Proveedor de Red.....	- 38 -
Cómo Está Cubierta la Atención Fuera de la Red.....	- 39 -
Autorización Previa y Revisión de la Estancia Continuada.....	- 40 -
Administración de Casos.....	- 41 -
BENEFICIOS DE HOSPITAL.....	- 42 -
Beneficios de Gastos Médicos en el Hospital	- 43 -
Cobertura en el Hospital	- 43 -
Atención de Emergencia.....	- 43 -
Cirugía Menor	- 44 -
Beneficios Quirúrgicos.....	- 44 -
Cirujano Asistente:	- 44 -
Co-Cirujano:	- 44 -
Ley de Salud de la Mujer y Derechos Contra el Cáncer de 1998	- 44 -

Pruebas Prequirúrgicas.....	- 45 -
Pruebas Genéticas y Asesoramiento.....	- 45 -
El Fondo cubre las pruebas genéticas y el asesoramiento para Participantes y Dependientes bajo las siguientes circunstancias:.....	- 45 -
Se proporcionarán beneficios para hasta tres pruebas diagnósticas de información genética y sesiones de asesoramiento relacionadas por año calendario.....	- 45 -
Todas las pruebas genéticas y el asesoramiento deben estar preautorizados.	- 45 -
Atención de Maternidad.....	- 45 -
Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996	- 45 -
Aborto (incluye procedimientos electivos y no electivos)	- 46 -
Clínicas Hospitalarias o Clínicas Independientes	- 46 -
Ambulancia.....	- 46 -
Exclusiones de Beneficios Hospitalarios y Médicos	- 46 -
ATENCIÓN PREVENTIVA Y OTROS BENEFICIOS MÉDICOS.....	- 49 -
Visitas al Consultorio.....	- 49 -
Cuidado de la Mujer Sana	- 49 -
Examen Físico Anual	- 50 -
Vacunas.....	- 50 -
Radioterapia	- 50 -
Diálisis	- 50 -
Atención Médica en el Hogar.....	- 50 -
Atención en Centros de Enfermería Especializada.....	- 51 -
Exclusiones para la Atención en Centros de Enfermería Especializada	- 51 -
Cuidados para Enfermos Terminales	- 52 -

Servicio de Enfermera Visitante.....	- 53 -
Terapia de Inyección.....	- 53 -
Trastornos Rutinarios del pie – Servicios Podológicos.....	- 53 -
Servicios de Terapia de Rehabilitación a Corto Plazo - Terapia y Sicoterapia para Pacientes Ambulatorios de Rehabilitación Física, Ocupacional, Cognitiva, Del habla, Pulmonar y Cardíaca.....	- 53 -
Beneficios de Audición.....	- 54 -
Equipo Médico Duradero.....	- 54 -
Dispositivos y Aparatos Protésicos Externos.....	- 55 -
Equipo y Suministros para la Lactancia Materna.....	- 55 -
Suministros para Diabéticos	- 55 -
Beneficios de TMJ.....	- 56 -
Beneficios de Planificación Familiar	- 56 -
Beneficios de la Cirugía Bariátrica	- 56 -
Beneficios del Trasplante de Órganos.....	- 56 -
Gastos Cubiertos de Trasplante	- 56 -
Gastos de Viaje y Alojamiento (solo Dentro de la Red)	- 57 -
Se requiere Autorización Previa.....	- 57 -
Beneficios Limitados de Atención Dental	- 58 -
Beneficios Adicionales para Pacientes Ambulatorios	- 58 -
Centro para Paciente Externo/Ambulatorio	- 58 -
Salud Mental y Beneficios de Abuso de Sustancias	- 58 -
Beneficios para la Salud Mental	- 58 -
Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados	- 59 -

Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios.....	- 59 -
Exclusiones de Salud Mental.....	- 60 -
Beneficios de Abuso de Sustancias	- 60 -
Servicios de Abuso de Sustancias para Pacientes Hospitalizados	- 61 -
Servicios Ambulatorios de Abuso de Sustancias.....	- 62 -
Exclusiones de abuso de sustancias	- 62 -
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	- 63 -
Cómo Funciona el Beneficio de Medicamentos Recetados	- 63 -
¿Qué tipos de medicamentos recetados están cubiertos?	- 63 -
Política Genérica Obligatoria	- 63 -
Pedido por Correo Obligatorio para Medicamentos de Mantenimiento.....	- 63 -
Exclusiones y Limitaciones de Medicamentos Recetados	- 64 -
Reclamos de Beneficios de Medicamentos Recetados.....	- 64 -
BENEFICIOS DE LA VISIÓN	- 65 -
Cómo Funciona	- 65 -
Lo Que No Está Cubierto	- 65 -
BENEFICIOS DENTALES	- 66 -
BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA	- 66 -
Seguro de Vida para Participantes.....	- 66 -
Seguro de Vida Dependiente	- 67 -
Exclusiones y Limitaciones del Seguro de Vida	- 67 -
Reclamos de Beneficios de Seguro de Vida.....	- 67 -
BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	- 67 -

Muerte Accidental y Exclusiones y Limitaciones de Desmembramiento	- 68 -
Reclamos de Beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento	- 69 -
Exclusiones de Operación de Vehículos de Motor	- 71 -
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	- 71 -
Cuándo y Cómo se Aplica la Coordinación de Beneficios.....	- 72 -
Reglas Generales	- 73 -
Reglas para Hijos Dependientes	- 73 -
Hijo Dependiente Cubierto Por Más De Un Fondo – La Regla de Cumpleaños	- 73 -
Hijo Dependiente Cubierto Por Más De Un Fondo – Orden Judicial	- 73 -
Hijo Dependiente Cubierto Por Más De Un Fondo – Padre Con La Custodia.....	- 73 -
Si El Fondo Es Secundario	- 74 -
Administración del COB	- 74 -
Regla Especial para Medicamentos Recetados	- 74 -
Coordinación Con Medicare y Otros Servicios De Cobertura Proporcionados Por El Gobierno	- 74 -
Empleados Activos o Dependientes De Empleados Activos Elegibles Para Medicare Debido A La Edad.....	- 74 -
Individuos Cubiertos Elegibles Para Medicare Debido A Una Discapacidad	- 75 -
Medicare y Enfermedad Renal En Etapa Terminal.....	- 75 -
Medicaid.....	- 75 -
Coordinación Con Seguros de Vehículos Automotores.....	- 75 -
Cuando El Propietario u Operador Del Vehículo de Motor y El Reclamante Son La Misma Persona.....	- 76 -
El Derecho De Subrogación del Fondo	- 77 -
Derechos De Recuperación y Reembolso Del Fondo	- 77 -

Deberes y Acciones De Los Participantes	- 78 -
RECLAMACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN.....	- 80 -
Procedimientos de Reclamación	- 80 -
Tipos de Reclamaciones.....	- 80 -
Reclamos de Atención de Urgencia	- 80 -
Reclamos de Atención Previa al Servicio.....	- 80 -
Reclamos de Atención Posterior al Servicio	- 80 -
Reclamos de Cuidado Concurrente.....	- 80 -
Presentación de un Reclamo de Beneficios	- 81 -
Cuándo se deben presentar las reclamaciones	- 81 -
Dónde Presentar Reclamaciones	- 81 -
Representantes Autorizados	- 82 -
Determinación de Reclamos de Beneficios	- 82 -
Plazos Para La Notificación de Reclamos Iniciales De Beneficios (salvo que se disponga lo contrario en este documento).....	- 82 -
Reclamos de Cuidado Concurrente.....	- 83 -
Reclamos de Atención Previa al Servicio.....	- 83 -
Reclamos de Atención Posterior al Servicio	- 84 -
Manera y Contenido de la Notificación de las Reclamaciones Iniciales de Beneficios	- 85 -
La notificación por escrito del Revisor puede ser proporcionada a través del correo de los EE. UU. o electrónicamente.	- 86 -
Otros Tipos de Reclamaciones.....	- 86 -
Reclamos de Visión	- 86 -
Reclamaciones Dentales.....	- 86 -

<i>Reclamos de Seguro de Vida, Reclamos de Seguro de Vida de Dependiente y Reclamos de Muerte Accidental y Desmembramiento</i>	- 86 -
Procedimientos de Apelación	- 87 -
Presentación de la Apelación	- 87 -
Proceso de Revisión Acelerada Para Reclamos de Atención de Urgencia	- 87 -
Nuevas Pruebas o Fundamentos de la Decisión Sobre la Reclamación o Apelación	- 88 -
Plazos Para la Notificación de la Decisión Sobre la Apelación	- 88 -
Forma y Contenido de la Notificación de la Decisión de Apelación	- 89 -
Procedimientos de Revisión Externa	- 89 -
Disponibilidad de Revisión Externa	- 89 -
Presentación de Solicitud de Revisión Externa	- 89 -
Remisión a la Organización de Revisión Independiente	- 90 -
Requisitos Relativos a la Revisión de la IRO	- 90 -
Reversión de la Determinación Adversa de Beneficios	- 91 -
Revisión Externa Acelerada	- 91 -
Solicitud de Revisión	- 91 -
Revisión Preliminar	- 92 -
Remisión a la Organización de Revisión Independiente	- 92 -
Notificación de la Decisión final de la Revisión Externa	- 92 -
Presentación de Demanda	- 93 -
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL UNITED TEAMSTER FUND	- 93 -
Nombre del Fondo	- 93 -
Patronato	- 93 -
Modificación y Terminación	- 94 -

Fuente de Información	- 94 -
La Participación No Es Un Contrato de Trabajo	- 94 -
Patrocinador y Administrador	- 94 -
Números de Identificación	- 94 -
Año del Fondo	- 95 -
Tipo de Fondo.....	- 95 -
Agente Para El Servicio de Proceso Legal.....	- 95 -
Convenio Colectivo de Trabajo	- 95 -
Fuente de Contribuciones.....	- 95 -
Fondo Fiduciario.....	- 96 -
Identificación de Entidades Administradoras.....	- 96 -
Importante Aviso con Respecto a la Terminación de la Cobertura de Atención Médica De Causa, Incluyendo Fraude o Tergiversación Intencional	- 96 -
SUS DERECHOS BAJO LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE EMPLEADOS DE 1974.....	- 97 -
Recibir Información Sobre Su Fondo y Beneficios.....	- 97 -
Cobertura Continuada	- 97 -
Acciones Prudentes de los Fiduciarios	- 97 -
Haga Cumplir sus Derechos.....	- 97 -
Asistencia Con Sus Preguntas.....	- 98 -
ORGANIZACIONES DE SALUD E INFORMACIÓN DE CONTACTO.....	- 99 -

GLOSARIO

Los siguientes términos tienen significados especiales para los fines del Fondo. Para ayudarle a comprenderlos en el contexto de nuestro Fondo, las definiciones se proporcionan a continuación.

COBRA- El acrónimo de la Ley *Ómnibus Consolidada* de Reconciliación Presupuestaria de 1985. Esta ley federal le permite a usted y a sus Dependientes elegibles continuar la cobertura de atención médica con el Fondo a su propio costo, siempre que su cobertura se haya terminado por razones específicas que se explican más adelante en este SPD.

Coseguro- El porcentaje de los cargos por ciertos Servicios Cubiertos que usted está obligado a pagar después de que se haya cumplido con su Deductible.

Empleador Contribuyente: cualquier empleador que tenga un acuerdo de negociación colectiva con una local participante de la Hermandad Internacional de los Teamsters o un acuerdo de participación con este Fondo en virtud del cual se requiere hacer contribuciones a este Fondo en nombre de los empleados cubiertos por el acuerdo.

Coordinación de Beneficios ("COB") - Si usted está cubierto por otro acuerdo de atención médica, los pagos de beneficios se coordinarán para que no se reembolse más del 100% de sus gastos reales. Cuando el Fondo proporciona cobertura secundaria, solo pagará los Gastos Cubiertos y no pagará más de la cantidad que normalmente pagaría si proporcionara cobertura primaria para usted y sus Dependientes elegibles.

Copago ("Copago")- La cantidad predeterminada de dinero que usted está obligado a pagar directamente a un proveedor de la red en el momento en que se prestan ciertos Servicios Cubiertos.

Gastos Cubiertos o Servicios Cubiertos- Los gastos Cubiertos o Servicios Cubiertos son aquellos gastos o servicios pagaderos en la medida en que se proporcionan bajo los términos del Fondo. Incluyen tratamiento, atención, servicios o suministros si:

- El tratamiento, la atención, el servicio o el suministro son médicamente necesarios;
- La cobertura no está excluida en virtud de las condiciones del Fondo; y
- No se han alcanzado los máximos del Fondo para esos gastos.

Deducible- La cantidad de gastos de bolsillo elegibles que debe pagar cada Año del Fondo antes de que el Fondo comience a pagar los beneficios. El deducible se paga solo una vez en cada Año del Fondo (cada 1 de mayo hasta el 30 de abril) y está limitado a una cantidad máxima. Hay deducibles separados para los servicios Dentro y Fuera de la Red. Es posible que los deducibles no se apliquen a todos los servicios.

Dependiente- Un conyugue o niño que puede ser elegible para cobertura de beneficios mientras usted es un empleado de un empleador contribuyente si el nivel de contribución de su empleador le califica para la cobertura familiar. Un Dependiente debe cumplir con los requisitos de elegibilidad para estar cubierto por los beneficios.

Emergencia- Una enfermedad o lesión que surge con síntomas de suficiente gravedad como para que una persona razonablemente prudente crea que la ausencia de evaluación o tratamiento médico de emergencia podría poner en serio peligro su vida o salud o su capacidad para recuperar la función máxima.

Sala de Emergencias - La sección del Hospital donde se tratan los casos graves e inesperados de enfermedad o lesiones que requieren atención inmediata.

Servicios de Emergencia- Con respecto a una condición médica de emergencia, un examen de detección médica que está dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares disponibles rutinariamente para el departamento de emergencias para evaluar la condición médica de emergencia; y dicho examen y tratamiento médico adicional, en la medida en que estén dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el Hospital, para estabilizar al paciente.

Beneficios Esenciales de Salud- En la medida en que se cubran bajo el Fondo, los gastos incurridos con respecto a los Servicios Cubiertos, en al menos las siguientes categorías:

- servicios ambulatorios para pacientes;
- servicios de emergencia;
- hospitalización;
- atención de la maternidad y al recién nacido;
- servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias, incluido el tratamiento de salud conductual;
- medicamentos recetados;
- servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación;
- servicios de laboratorio;
- servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y
- servicios pediátricos, incluyendo atención oral y de la vista.

Fondo- United Teamster Fund.

Año del Fondo- El período del 1 de Mayo al 30 de Abril de cada año calendario.

Hospital- El término Hospital significa:

- una institución autorizada como Hospital, que mantiene, en las instalaciones, todas las facilidades necesarias para el tratamiento médico y quirúrgico; proporciona dicho tratamiento en régimen de hospitalización para una compensación bajo la supervisión de los médicos; y proporciona un servicio de 24 horas por enfermeras graduadas registradas;
- una institución que califique como hospital, hospital psiquiátrico u hospital de tuberculosis y un proveedor de servicios en virtud de Medicare, si dicha institución está acreditada como hospital por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias, o
- una institución que se especialice en el tratamiento de la discapacidad mental o de una enfermedad relacionada; proporcione programas de tratamiento residencial; y esté autorizada de conformidad con las leyes de la agencia legalmente autorizada correspondiente.

Un hospital *no* es una institución que es principalmente un lugar para descansar, un lugar para los ancianos, o un hogar de ancianos. Un hospital tampoco es una institución donde la atención se proporciona bajo las leyes federales, estatales u otras, o las leyes de cualquier país extranjero. Un hospital no es un centro para veteranos donde se proporciona atención en relación con discapacidades relacionadas con el servicio o un centro operado por los Estados Unidos (excepto para atención de emergencia). Un Hospital no es un colegio o una enfermería universitaria, ni centros de parto, quirófanos o centros quirúrgicos que forman parte del espacio de oficinas de un médico.

Confinamiento hospitalario o confinado en un hospital- Una persona será considerada confinada en un hospital si es:

- un paciente de cama registrado en un hospital por recomendación de un médico;
- recibe tratamiento para servicios de salud mental o abuso de sustancias en un programa de hospitalización parcial; o
- Recibe tratamiento para la salud mental o servicios del abuso de sustancias en un centro residencial para el tratamiento de salud mental o de abuso de sustancias.

Lesión- Una lesión corporal accidental.

Investigación y Experimental- Un tratamiento, servicio, medicamento o suministro que se determina que:

- no se ha demostrado, a través de la literatura científica existente revisada cuidadosamente, basada en la evidencia, que es segura y eficaz para tratar o diagnosticar la afección o la enfermedad para la que se propone su uso; o
- no se ha aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (la "FDA") u otra agencia reguladora apropiada para ser comercializado legalmente para el uso propuesto; o
- es objeto de revisión o aprobación por una Junta de Revisión Institucional para el uso propuesto; o
- es objeto de un ensayo de investigación en curso de fase I, II o III; o
- es un medicamento, tratamiento, servicio de suministro para el que la evidencia confiable indica que la opinión predominante de un grupo de expertos es que se necesitan estudios adicionales o ensayos clínicos para compararlo con los medios estándar de tratamiento.

El Fondo no cubrirá tratamientos, servicios, medicamentos o suministros en investigación y experimentales.

Médico, doctor médico o cirujano legalmente calificado- Un doctor en medicina (M.D.) o médico de osteopatía (D.O.) legalmente calificado, incluido un hospitalista. Un médico de podología (D.P.M.) o un dentista (D.D.S.) serán reconocidos como un médico legalmente calificado solo cuando realicen servicios en su especialidad que si los realiza un M.D. o D.O. estarían cubiertos. Para los propósitos de este Fondo, una enfermera partera certificada que asiste en el parto se considera un médico, doctor médico o cirujano legalmente calificado.

Cargo Máximo Reembolsable ("MRC") - Salvo que se disponga lo contrario en este folleto:

- (1) Con respecto a un proveedor o instalación Dentro de la Red, MRC será el menor de (1) la tarifa establecida en el acuerdo entre el proveedor / instalación y la red o el Fondo o (2) el cargo facturado real. Si un proveedor o centro de atención médica Dentro de la Red está bajo un contrato que estipula que no tiene que aceptar el descuento de la red para reclamos que involucran a un tercero pagador (como seguro de automóviles, compensación de trabajadores u otro seguro individual o donde el Fondo puede ser un pagador secundario), MRC es la tarifa con descuento que habría sido pagadera por el Fondo si la reclamación se procesara como una reclamación Dentro de la Red.
- (2) Para los servicios prestados Fuera de la Red, el MRC será el menor de (1) el cargo facturado real o (2) el honorario determinado bajo una fuente de datos externa adoptada por los Fideicomisarios del Fondo en el momento en que se prestaron los servicios. A partir del 1 de Julio del 2017, el MRC para todos los servicios Fuera de la Red que se enumeran en el Programa Nacional de Tarifas de Medicare (el "Programa") es equivalente al 110% de la Lista según se ajusta por localidad. En el caso de los servicios no enumerados en la Lista, el Fondo utilizará una referencia distinta de la Lista para ayudar a determinar el MRC. El Fondo pagará un porcentaje del MRC por servicios y suministros Fuera de la Red.
- (3) El MRC no se basa en o pretende ser un reflejo de las tarifas que son o pueden ser descritos como usuales y habituales, razonables y habituales, usuales, habituales y razonables, cargos prevalecientes o cualquier término similar.
- (4) El Fondo se adhiere a las ediciones de la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (NCCI). Los reclamos se procesarán de acuerdo con las pautas de NCCI, independientemente de cómo un proveedor presente un reclamo. Por ejemplo, cuando un proveedor factura por separado por varios servicios individuales y las pautas de la NCCI indican que estos servicios deben facturarse bajo un solo código CPT, el Fondo seguirá las ediciones de la NCCI y pagará la reclamación como una sola reclamación agrupada.
- (5) El Fondo o la parte designada pueden negociar con un proveedor de servicios de trabajo para reducir sus cargos facturados. Esta cantidad descontada negociada se convertirá en el MRC para esa reclamación y estará sujeta a las disposiciones de participación en la financiación de los gastos.

Medicamento Necesario- Los Servicios y Suministros Cubiertos Medicamento Necesarios son aquellos servicios y suministros que se determina que son:

- requeridos para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, enfermedad o sus síntomas;
- conforme con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica;
- clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración;
- no principalmente para la conveniencia del paciente, medico u otro proveedor de asistencia sanitaria; y

- prestados en el entorno más rentable que sea apropiado para la prestación de los servicios y suministros. Cuando corresponda, el Fondo o Meritain Health pueden comparar la rentabilidad de servicios, entornos o suministros alternativos.

Vehículo de Motor- Tal como se usa en este SPD, el término "Vehículo de Motor" incluye, pero no se limita a, automóviles, motoras, motocicletas, embarcaciones, motos de nieve, motocicletas de uso limitado (o "ciclomotores" o "scooters de motor"), scooters motorizados, mini-bicicletas, bicicletas de tierra, karts, bicicletas asistidas por motor, motos acuáticas y vehículos todo terreno ("ATV").

Farmacia no Participante- Una farmacia que no entró en un acuerdo con la red de farmacia para proporcionar medicamentos recetados y no acepta el plan de tarjeta de prescripción del Fondo.

Otro Centro de Atención Médica: un centro que no sea un hospital u hospicio.

Otro Profesional de la Atención Médica- Una persona, que no sea un médico, que tiene licencia o está autorizada de otra manera bajo la ley estatal aplicable para brindar servicios y suministros médicos. Otros profesionales de la salud incluyen, pero no se limitan a fisioterapeutas, enfermeras registradas y enfermeras prácticas con licencia. Otros profesionales de la atención médica no incluyen proveedores como primeros asistentes certificados, técnicos certificados de quirófano, asistentes / técnicos quirúrgicos certificados, asistentes / técnicos quirúrgicos certificados con licencia, asistentes quirúrgicos con licencia, asistentes médicos ortopédicos o primeros asistentes quirúrgicos.

Gastos de Bolsillo: Coseguro, Deducibles, Copagos u otros cargos que debe pagar por los cargos cubiertos elegibles que no son reembolsados por el Fondo. Para calcular el máximo anual en gastos de bolsillo "Gastos Cubiertos Elegibles" incluye solo los gastos asociados con los Servicios Cubiertos.

Participante- Una persona que está empleada por un Empleador Contribuyente y cumple con los requisitos de elegibilidad de este Fondo.

Farmacia Participante- Una farmacia que ha entrado en un acuerdo con la red de farmacia OptumRx, Inc. para proporcionar medicamentos recetados y acepta el plan de tarjeta de prescripción del Fondo.

Proveedor Participante- Un proveedor que ha entrado en un contrato con el Fondo, Fideicomisarios o una red de proveedores externos a la que los Participantes tienen acceso y que acepta ser compensado por los servicios y suministros cubiertos por este Fondo de acuerdo con los términos del contrato mientras dicho contrato esté en vigor.

Farmacia- Es un establecimiento que está registrado con la agencia de licencias estatal apropiada y en el que los medicamentos recetados son compuestos y dispensados regularmente por un farmacéutico.

Organización de Revisión- Una organización con un personal de médicos que puede incluir doctores, enfermeras graduadas registradas, profesionales de salud mental y abuso de sustancias con licencia, y otros miembros del personal capacitados que realizan servicios de revisión de utilización. Para fines distintos de una Revisión Externa, la Organización de Revisión será una afiliada de Meritain Health u otra entidad a la que Meritain Health haya delegado la responsabilidad de realizar servicios de revisión de utilización o D.J. O'Grady Consultants ("D.J. O'Grady") para reclamos relacionados con salud mental o abuso de sustancias. A los efectos de una Revisión Externa, los servicios serán prestados de acuerdo con la ley aplicable por una Organización de Revisión Independiente que no está afiliada y no realiza servicios de utilización para Meritain Health o D.J. O'Grady.

Enfermedad- Una enfermedad física o mental, o embarazo. Los gastos incurridos para la atención hospitalaria y pediátrica de rutina de un recién nacido antes del alta de la guardería del hospital se considerarán incurridos como resultado de la enfermedad.

Cónyuge- Una persona con la que está legalmente casado bajo las leyes del estado en el que se celebró su matrimonio y de quien usted no está legalmente separado o divorciado por sentencia, decreto o acuerdo de separación firmado.

Atención de Urgencia- Servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios o relacionados con la atención médica y pruebas que no son servicios de emergencia, pero que son determinados por Meritain Health, de acuerdo con las normas médicas generalmente aceptadas, que han sido necesarios para tratar una condición que requiere atención médica inmediata. El cuidado que podría haber sido previsto antes de salir del área inmediata donde normalmente recibe y / o estaban programados para recibir servicios no se considera que es atención de urgencia. Los ejemplos de atención excluida incluyen, pero no se limitan a la diálisis, tratamientos médicos programados o terapia, o la atención recibida después de la recomendación de un médico de que el individuo no debe viajar debido a una condición médica.

Período de Espera- El período después de su empleo con un empleador participante durante el cual aún no es elegible para participar en el Fondo. El período de espera finalizará el primer día del mes siguiente a sesenta (60) días a partir de la fecha en que su empleador comience a hacer contribuciones en su nombre.

SUS BENEFICIOS A LA VISTA

A partir del 1 de mayo del 2021

Beneficios de Hospital y Médicos

- Cuando recibe servicios "Dentro de la Red", usted tiene un Deductible anual de \$250 para cobertura individual para empleados o \$500 para cobertura para empleados y familiares que se aplica a algunos Servicios Cubiertos. También hay un Coseguro del 20% para ciertos Servicios Cubiertos y Copagos para otros servicios, incluido un Copago de \$25 para visitas al consultorio de atención primaria y visitas al consultorio especializado.
- Cuando recibe servicios "Fuera de la Red", usted tiene un deducible anual de \$3,000 para la cobertura individual para empleados o \$ 6,000 para la cobertura de empleados y familiares. El Fondo entonces cubre generalmente hasta el 60% del cargo reembolsable de Máximo (el "MRC"), excepto que cubrirá hasta el 100% del MRC pagadero por un anesthesiólogo o una ambulancia. Usted es responsable de la parte restante del MRC. Si el proveedor cobra más que el MRC, usted es responsable de los cargos en exceso del reembolso.
- Tenga en cuenta que un copago de \$100 le aplica para cada visita a la Sala de Emergencia, ya sea Dentro de la Red o Fuera de la Red.
- Las hospitalizaciones se cubren hasta 365 días al año para una habitación semiprivada.

Por favor llame a la Oficina del Fondo para verificar si tiene cobertura individual para empleados o cobertura para empleados y familiares antes de intentar usar el Fondo para obtener servicios médicos para sus Dependientes.

Beneficios de Medicamentos Recetados

- Los medicamentos recetados solo están cubiertos en una Farmacia Participante. Hay un Copago de \$25 para medicamentos genéricos y de marca** y un Copago de \$50 para medicamentos inyectables. Recibirá hasta un suministro de 30 días.
- Si utiliza el servicio de pedidos por correo, se le cobrará un Copago de \$35 por medicamentos genéricos y de marca** y un Copago de \$50 por medicamentos inyectables, pero recibirá hasta un suministro de 90 días.

**El Fondo tiene una política genérica obligatoria que significa que si usted solicita un medicamento de marca cuando un equivalente genérico está disponible, usted será responsable, además de su Copago, por cualquier diferencia en el costo entre la marca de nombre y el medicamento genérico.

Beneficios Dentales

El Fondo proporciona beneficios dentales a través de Healthplex, Inc.("Healthplex").

Beneficios de la Visión

Los Beneficios de la Visión se proporcionan a través de Healthplex, Inc.

El Fondo le reembolsará hasta:

- \$15 para un examen de la vista; y
- \$65 para anteojos (montura y lentes) o \$100 para lentes de contacto.

Los Beneficios de la Visión están disponibles una vez cada 12 meses.

Beneficios del Seguro de Vida (sujeto a exclusiones descritas más adelante en este SPD)

- Se pagan \$10,000 a su beneficiario designado si usted muere mientras es un Participante del Fondo.
- Si tiene cobertura de Dependientes, se le paga \$5,000 si un Dependiente cubierto muere mientras está cubierto por el Fondo.

Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo de beneficios, consulte la sección llamada "Procedimientos para Reclamos y Apelaciones".

RESUMEN DE BENEFICIOS

<u>DEDUCIBLES, COSEGUROS Y MÁXIMOS</u>		
<u>Características Principales</u>	<u>Dentro de la Red</u>	<u>Fuera-de la-Red</u>
Deducible Anual (se aplica a ambulancia, equipo médico duradero, hospicio y atención médica en el hogar)	\$250/Individual \$500/Familia	\$3,000/Individual \$6,000/Familia
Coseguro (Porcentaje que usted paga) (solo se aplica a ciertos servicios)	20%	40%
Costos Máximo Anual de Bolsillo (para cualquier Año del Fondo, usted no pagará más que esto por Copagos, Coseguro y Deducibles)	\$3,000/Individual \$6,000/Familia	\$13,000/Individual \$26,000/Familia
Máximo Anual Pagado por el Fondo	Sin máximo	Sin máximo

Cuando usted es tratado por un proveedor, usted es responsable del Deducible, cualquier Copago y Coseguro aplicable. Usted también es responsable de cualquier cantidad por encima del porcentaje del Cargo Reembolsable Máximo ("MRC") pagado por el Fondo para servicios Fuera de la Red. Las visitas de emergencia también están sujetas a un copago de \$ 100 por visita.

<u>CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES</u>		
<u>Servicios y Suministros Elegibles</u>	<u>Dentro de la Red</u>	<u>Fuera de la Red</u>
Atención Preventiva – 6 años y más	El Fondo paga el 100%	No cubierto
Cuidado de Bienestar de la Mujer	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Cuidado de Bienestar para Bebés/Niños (Niños hasta los 5 años)	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Vacunas	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible

Visitas al Consultorio de Atención Primaria	Usted paga un Copago de \$25 por visita	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Visitas a Consultorios Especializados	Usted paga un Copago de \$25 por visita	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
<u>Mamografías, PSA, Papanicolau, Pruebas de Maternidad</u>		
Servicios Relacionados con la Atención Preventiva (<i>es decir</i> , servicios "rutinarios")	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Servicios Relacionados con el Diagnóstico (<i>es decir</i> , servicios "no rutinarios")	Cubierto al mismo nivel de beneficios que otros servicios de Rayos X y laboratorio (según el lugar de servicio). Consulte las disposiciones "Servicios de laboratorio" y "Servicios de Rayos X" a continuación	Cubierto al mismo nivel de beneficios que otros servicios de Rayos X y laboratorio (según el lugar de servicio). Consulte las disposiciones "Servicios de laboratorio" y "Servicios de Rayos X" a continuación
<u>Maternidad</u>		
Visitas a la Oficina	Usted paga un Copago de \$25 por visita inicial	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Cargos por Instalaciones para Pacientes Hospitalizados	Usted paga un Copago de \$100 por día, hasta un máximo de \$500 en Copago por Año del Fondo. Se requiere Autorización Previa	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el deducible. Se requiere autorización previa
Cargos por Instalaciones Quirúrgicas Ambulatorias	Usted paga un Copago de \$100 por visita. Se requiere Autorización Previa	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa
Hospitalización y Servicios Profesionales Ambulatorios	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. * Servicios profesionales para pacientes hospitalizados / ambulatorios para anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, el deducible no se aplica

Tratamiento de Alergias/Inyecciones	Usted paga el menor de \$25 de Copago o cargo real	El Fondo paga el 60% del MRC por visita después de haber cumplido con el Deducible
Suero de Alergia (Dispensado por el medico en la oficina del médico)	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC por visita después de haber cumplido con el Deducible
Cuidado Quiropráctico (Máximo 25 visitas por Año del Fondo)	Usted paga el Copago de \$25 por visita	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Trastornos Rutinarios del Pie (Máximo 25 visitas por año del Fondo)	Usted paga el Copago de \$25 por visita	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
<u>Cirugía Ambulatoria (La Autorización Previa es Requerida para Cirugías)</u>		
Cargos por Instalaciones	Usted paga \$100 de Copago por visita. Se requiere autorización previa	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa
Cargos por Servicios Profesionales Para cirujanos, radiólogos y patólogos	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Cargos por Servicios Profesionales realizados por anesthesiólogos	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 100% del MRC. El Deducible no se aplica
<u>Servicios de Laboratorio</u>		
En el Consultorio del Médico	Usted paga el copago de \$25 por visita	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
En el Centro Hospitalario Ambulatorio o Centro de Laboratorio Independiente	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Cuando se factura como parte de la sala de emergencias o visita de atención de urgencia	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 100%

<u>Servicios de Rayos X</u>		
En el Consultorio del Médico, el Centro Hospitalario para Pacientes Ambulatorios o el centro de Rayos X Independiente	Usted paga el Copago de \$50 por visita	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Cuando se factura como parte de la Sala de Emergencias o Visita de Atención de Urgencia	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 100%
<u>Imágenes Radiológicas Avanzadas (RMN, ARM, TAC, PET)</u>		
En el Consultorio del Médico o en el Centro Ambulatorio	Usted paga el copago de \$50 por visita	El Fondo paga el 60% de MRC después de haber cumplido con el Deducible
Cuando se factura como parte de la Sala de Emergencias o Visita de Atención de Urgencia	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 100%
ECG, EEG, EMG, Estudio de Conducción Nerviosa y Estudio de Densidad Ósea en el Consultorio del Médico, el Centro Hospitalario Ambulatorio o el Centro Independiente	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% de MRC después de haber cumplido con el Deducible
<u>Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados (la Autorización Previa es Requerida para Cirugías)</u>		
Cargos por Instalaciones	Usted paga \$100 de Copago por día, hasta un máximo de \$500 en Copagos por Año del Fondo. Se requiere Autorización Previa	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa
Cargos por Servicios Profesionales para Cirujanos, Radiólogos y Patólogos	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Cargos por Servicios Profesionales para Anestesiólogos	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 100% del MRC. El deducible no se aplica
Visitas/Consultas de Pacientes Hospitalizados	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible

Ambulancia	Usted paga el 20% después de haber cumplido con el deducible. No hay cobertura si no hay emergencia	El Fondo paga el 80% del MRC después de haber cumplido con el deducible Dentro de la Red. No hay cobertura si no hay emergencia
Sala de Emergencias del Hospital	Usted paga \$100 de Copago. El Copago se exime si usted es admitido en el Hospital, entonces se aplicarían los cargos del Hospital para pacientes hospitalizados. Aquí no hay cobertura si no hay emergencia	Usted paga \$100 de Copago. El Copago se exime si usted es admitido en el Hospital, entonces se aplicarían los cargos del Hospital para pacientes hospitalizados. Aquí no hay cobertura si no hay emergencia
Servicios de Atención de Urgencia	Usted paga \$25 de Copago por visita. El Copago se exime si usted es admitido en el Hospital, entonces se aplicarían cargos hospitalarios para pacientes hospitalizados	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el deducible. Se exime al Copago si usted es admitido en el Hospital, entonces se aplicarían cargos hospitalarios para pacientes hospitalizados
Cirugía Realizada por el Médico en el Consultorio del Médico	El Fondo paga el 100%. Se requiere Autorización Previa.	El Fondo paga el 60% del MRC por visita después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere una Autorización Previa.
Atención de Enfermería Especializada para Pacientes Hospitalizados (Máximo 60 días por año del Fondo)	Usted paga \$100 de Copago por día a un máximo de \$500 por año del Fondo. Se requiere Autorización Previa.	El Fondo paga el 60% de MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa
Cuidados para Enfermos Terminales – Pacientes Hospitalizados o Ambulatorios	Usted paga el 20% después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa.	El Fondo paga el 60% de MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa
Atención Médica en el Hogar (incluye días de enfermería de servicio privado ambulatorio)	Usted paga el 20% después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere	El Fondo paga el 60% de MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se

cuando se aprueba como Medicamento Necesario) (Máximo 40 días por año del Fondo; 16 horas máximo por día)	Autorización Previa	requiere Autorización Previa
Rehabilitación de Pacientes Hospitalizados (Máximo 60 días por Año del Fondo)	Usted paga \$100 de Copago por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo, luego el Fondo paga el 100%. Se requiere Autorización Previa.	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa
Terapia Rehabilitaría a Corto Plazo – Terapia Física, Ocupacional, Cognitiva, del Habla, Pulmonar y Cardíaca y Sicoterapia para Pacientes Ambulatorios (Máximo 60 días por Año del Fondo para todas las terapias combinadas)	Usted paga \$25 de Copago por visita. Se requiere Autorización Previa.	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa
Equipo Médico Duradero	Usted paga el 20% después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa para equipos que cuestan \$ 500 o más	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa para equipos que cuestan \$500 o más
Aparatos Prostéticos Externos ("EPA")	Usted paga el 20%, el deducible está exento. Se requiere Autorización Previa para aparatos prostéticos que cuestan \$ 500 o más	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa para aparatos prostéticos que cuestan \$500 o más
Aborto En Hospital	Usted paga \$100 de Copago por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo. Se requiere Autorización Previa para los procedimientos de aborto electivo	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. *Para Servicios Profesionales para Pacientes Hospitalizados realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, el Deducible no se

		aplica. Se requiere Autorización Previa para los procedimientos de aborto electivo
Aborto Ambulatorio	Visita a la oficina: Usted paga \$25 de Copago por visita. Cirugía en la Oficina: El Fondo paga el 100%. Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios: \$100 de Copago por visita. Se requiere Autorización Previa para los procedimientos de aborto electivo.	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. *Para Servicios Profesionales para Pacientes Hospitalizados realizados por un Anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, se renuncia al deducible. Se requiere Autorización Previa para los procedimientos de aborto electivo
Quimioterapia Ambulatoria	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Radioterapia Ambulatoria	Usted paga el 20% después de haber cumplido con el Deducible	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Diálisis	Visita a la oficina: Usted paga \$25 de Copago por visita. Hospital Ambulatorio: El Fondo paga el 100%	Visita a la Oficina: El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Hospital Ambulatorio: El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Salud Mental de los Pacientes Hospitalizados	Usted paga \$100 de Copago por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo. Se requiere Autorización Previa	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa
Salud Mental Ambulatoria	Usted paga \$25 de Copago por visita	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible

Abuso de Sustancias para Pacientes Hospitalizados		
Los Reclamos son Administrados por D.J. O'Grady Dentro de la Red y por Meritain Fuera de la Red	El Fondo paga el 100%. Se requiere Autorización Previa	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa
Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios		
Los Reclamos son Administrados por D.J. O'Grady Dentro de la Red y por Meritain Fuera de la Red	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Circuncisión (Los cargos Fuera de la Red están limitados a \$5,000 para cargos que no sean la tarifa de instalación hospitalaria)	Oficina: El Fondo paga el 100% Surgicenter Ambulatorio u Hospital Ambulatorio. Usted paga \$100 de Copago Paciente Hospitalizado: Usted paga \$100 de Copago por día, hasta un máximo de \$500 por año del Fondo	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Guardería para Pacientes Hospitalizados	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
Equipos y Suministros para la Lactancia Materna	El Fondo paga el 100%	No cubierto
Suministros para Diabéticos	El Fondo paga el 100%	El Fondo paga el 60% del MRC después de haber cumplido con el Deducible
TMJ para Pacientes Hospitalizados (quirúrgicos y no quirúrgicos)	Usted paga \$100 de Copago por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo. Se requiere Autorización Previa.	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa. *Para Servicios Profesionales en Hospitales Realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, se renuncia

		al Deducible. Se requiere Autorización Previa
TMJ Ambulatoria (quirúrgica y no quirúrgica)	Visita a la Oficina: Usted paga \$25 de Copago por visita. Cirugía – Entorno de la oficina: El Fondo paga el 100% de los pacientes ambulatorios. Instalación Quirúrgica: \$100 de copago por visita. Se requiere Autorización Previa.	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa. *Para Servicios Profesionales en Hospitales Realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, se renuncia al Deducible. Se requiere Autorización Previa
Servicios de Planificación Familiar para la Mujer (Paciente Hospitalizado y Externo)	El Fondo paga el 100%. Se requiere Autorización Previa para los pacientes quirúrgicos.	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. Se requiere Autorización Previa. *Para Servicios Profesionales en Hospitales Realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, se renuncia al Deducible. Se requiere Autorización Previa
Servicios de Planificación Familiar para Pacientes Hospitalizados y Reversión de la Esterilización Voluntaria (el Fondo no pagará por la esterilización voluntaria tanto como la reversión de la esterilización voluntaria)	Usted paga \$100 de copago por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo. Se requiere autorización previa para los procedimientos quirúrgicos.	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. *Para Servicios Profesionales en Hospitales Realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, se renuncia al Deducible. Se requiere Autorización Previa para los procedimientos quirúrgicos
Servicios de Planificación Familiar para Pacientes Ambulatorios para Hombres y Reversión de la Esterilización Voluntaria.	Visita a la Oficina: Usted paga \$25 de Copago por visita. Cirugía – En Oficina: El Fondo paga el 100%. Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios: \$100 de Copago por visita. Se requiere Autorización Previa para los procedimientos quirúrgicos.	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. *Para Servicios Profesionales en Hospitales Realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, se renuncia al Deducible. Se requiere Autorización Previa para los procedimientos quirúrgicos

Cirugía Bariátrica para Pacientes Hospitalizados	Usted paga \$100 de Copago por día, hasta un máximo de \$500 por Año del Fondo. Se requiere autorización previa.	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. *Para Servicios Profesionales en Hospitales Realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, se renuncia al Deducible. Se requiere Autorización Previa para los procedimientos quirúrgicos
Cirugía Bariátrica Ambulatoria	Visita a la oficina: Usted paga \$25 de Copago por visita. Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios: \$100 de Copago por visita. Se requiere Autorización Previa.	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. *Para Servicios Profesionales en Hospitales Realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, se renuncia al Deducible. Se requiere Autorización Previa para los procedimientos quirúrgicos
Trasplante de Órganos para Pacientes Hospitalizados	Usted paga \$100 de Copago por día, hasta un máximo de \$500 por año del Fondo. Se requiere Autorización Previa.	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. *Para Servicios Profesionales en Hospitales Realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, se renuncia al Deducible. Se requiere Autorización Previa para los procedimientos quirúrgicos
Trasplante de Órganos Ambulatorio	Visita a la oficina: Usted paga \$25 de Copago por visita. Centro Quirúrgico ambulatorio: Copago de \$100 por visita. Se requiere Autorización Previa.	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. *Para Servicios Profesionales en Hospitales Realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga el 100% del MRC, se renuncia al Deducible. Se requiere Autorización Previa para los procedimientos quirúrgicos
Atención Dental Limitada	Usted paga \$100 de Copago	El Fondo paga el 60%* del

para Pacientes Hospitalizados (A través de Meritain Health)	por día, hasta un máximo de \$500 por año del Fondo	MRC después de haber cumplido con el Deducible *Para Servicios Profesionales en Hospitales Realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga 100% del MRC, se renuncia al Deducible
Atención Dental Ambulatoria Limitada (A través de Meritain Health)	Visita a la oficina: Usted paga \$25 de Copago por visita. Cirugía – En la Oficina: El Fondo paga el 100%. Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios: \$ 100 de Copago por visita	El Fondo paga el 60%* del MRC después de haber cumplido con el Deducible. *Para Servicios Profesionales en Hospitales Realizados por Anestesiólogo: El Fondo paga 100% del MRC, se renuncia al Deducible

ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN

Elegibilidad

Usted es elegible para participar en el Fondo si trabaja para un empleador que está obligado por los términos de una negociación colectiva u otro acuerdo escrito a hacer contribuciones al Fondo en su nombre. Sus Dependientes elegibles serán elegibles para la cobertura solo si usted es elegible para participar y el nivel de contribución de su empleador es lo suficientemente alto para la cobertura familiar.

Cuando Comienza su Cobertura

Si usted es elegible para participar, usted debe satisfacer un periodo de espera. El Periodo de Espera terminará a partir del primer día del mes siguiente a sesenta (60) días a partir de la fecha en que su empleador comience a hacer contribuciones en su nombre. En o después del día en que termine su período de espera, usted puede inscribirse en el Fondo, y su cobertura comenzará con su inscripción.

Cuánto Tiempo Continúa la Cobertura

Una vez que se haya inscrito, su cobertura continúa mes a mes.

Cobertura para Dependientes

Cuando sea elegible para la cobertura, la Oficina del Fondo le hará saber si el nivel de contribución de su empleador lo califica para la cobertura familiar. Si lo hace, entonces la cobertura para sus Dependientes elegibles generalmente comienza al mismo tiempo que su cobertura si los inscribe al mismo tiempo que se inscribe usted mismo.

Sus "Dependientes elegibles" incluyen:

- Su Cónyuge legal;
- Su(s) hijo(s) hasta el final del mes en que el niño alcanza la edad de 26 años, incluso si el hijo Dependiente es elegible para la cobertura de salud bajo otro plan de salud; y
- Hijos Dependientes discapacitados solteros mayores de 26 años que no son capaces de auto mantenerse debido a una discapacidad mental o física. La discapacidad debe haber comenzado antes de que el niño alcanzara los 26 años. Debe proporcionar a la Oficina del Fondo una prueba de la discapacidad del niño dentro de los 31 días posteriores al cumpleaños número 26 del niño.

Cuando inscriba a un Dependiente, se le pedirá que proporcione una prueba de estado de Dependiente, como un certificado de nacimiento, un certificado de matrimonio u otra prueba de estado de Dependiente. El agregar fraudulentamente a Dependientes o proporcionar otra información inexacta o tergiversada al Fondo puede resultar en la terminación o rescisión de sus beneficios, terminación o rescisión de los beneficios de sus familiares cubiertos, denegación de beneficios futuros, acciones legales contra usted y/o sus familiares cubiertos, y compensar de cualquier beneficio futuro el valor de los beneficios que el Fondo ha pagado en relación con información inexacta o tergiversada proporcionadas al Fondo.

Para que alguien sea considerado su Cónyuge, usted y su Cónyuge deben estar legalmente casados en una jurisdicción que reconozca dicho matrimonio. No se proporciona cobertura para las parejas de hecho. Una pareja que reside con usted, con quien no está legalmente casado, no es su cónyuge, independientemente del período de tiempo que han estado juntos.

Un matrimonio termina en la fecha en que se firma la sentencia de divorcio. La cobertura para el Cónyuge terminará al final del mes en que se firmó el fallo de divorcio. La cobertura para un Cónyuge también terminará al final de un mes en el que se firme un fallo o estipulación de separación. En el momento del divorcio o separación legal, el excónyuge tiene la opción de continuar la cobertura bajo COBRA. Usted es responsable de notificar al Fondo de su divorcio o separación legal si su Cónyuge había sido cubierto por el Fondo. Si no lo notifica al Fondo, estará cometiendo un acto de fraude y será responsable de cualquier reclamo que el Fondo pague por su excónyuge. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de terminar la cobertura del Fondo y la de sus Dependientes cubiertos en caso de fraude o tergiversación intencional de un hecho material, incluyendo, pero no limitado a, su falta de notificación al Fondo de dicho divorcio o separación legal.

Dependientes Recién Adquiridos

Si se casa, o si adquiere un hijo por nacimiento, adopción o colocación para adopción, y tiene derecho a cobertura familiar, su nuevo Dependiente estará cubierto a partir de la fecha del matrimonio, nacimiento o adopción, siempre que presente un formulario de solicitud en la Oficina del Fondo dentro de los 31 días posteriores. Si no completa la solicitud dentro de los 31 días, la cobertura para su nuevo Dependiente se retrasará.

Entre los hijos Dependientes se incluyen los siguientes:

- Sus hijos naturales (incluidos los hijos nacidos fuera del matrimonio si se presenta la evidencia adecuada de paternidad a la Oficina del Fondo);
- Hijos naturales de su Cónyuge legal si su Cónyuge tiene la custodia legal de ellos;
- Niños o hijastros legalmente adoptados;
- Niños de crianza temporal si ningún otro beneficio de salud les está siendo proporcionado por cualquier agencia gubernamental; y
- Los niños deben ser reconocidos como sus Dependientes bajo una Orden Médica Calificada de Manutención de los Hijos.

Acerca de la Orden Médica Calificada de Manutención de los Hijos

Una Orden Médica Calificada de Manutención de Hijos, o una "QMCSO", es una orden emitida por un tribunal o una agencia administrativa estatal que requiere que se proporcione cobertura médica a un niño o niños. Una QMCSO generalmente resulta de un divorcio, separación legal o procedimiento de paternidad.

Si un tribunal o una agencia administrativa estatal ha emitido una orden con respecto a la provisión de cobertura de atención médica para cualquiera de los hijos de un Participante, el Administrador determinará si la orden de la corte o de la agencia administrativa estatal es una QMCSO según lo define la ley federal, y esa determinación será vinculante para todas las partes. La orden de la agencia administrativa estatal debe emitirse a través de un proceso administrativo establecido por la ley estatal y debe tener la fuerza y el efecto de la ley estatal bajo la ley estatal aplicable.

Una orden no es una QMCSO si requiere que el Fondo proporcione cualquier tipo o forma de beneficio o cualquier opción que el Fondo no proporcione de otra manera, o si requiere que un empleado individual que no está cubierto por el Fondo proporcione cobertura para un Dependiente, excepto según lo requiera las leyes de manutención de los hijos relacionadas con Medicaid de un estado.

El Fondo notificará sin demora al Participante y a cualquier parte afectada la recepción de dicha orden. Si se determina que la orden es una QMCSO, el Administrador notificará al Participante, a los padres y a cada niño y les informará de los procedimientos del Fondo que deben seguirse para proporcionar cobertura al niño. Sin embargo, no se proporcionará cobertura para ningún niño bajo una QMCSO a menos que se paguen las contribuciones aplicables de los empleados para la cobertura de ese niño y se hayan cumplido todos los requisitos del Fondo para la cobertura de ese niño. El Fondo le proporcionará una copia de sus procedimientos relacionados con las QMCSO previa solicitud por escrito.

Cuando Finaliza la Cobertura

Su cobertura termina el último día del mes en el que:

- usted deja de trabajar para un empleador contribuyente;
- usted entra en el servicio militar activo (excepto cuando la cobertura se continúa bajo la Ley aplicable);
- el Fondo suspende la cobertura de atención de salud en grupo;
- usted participa en fraude o tergiversación intencional de un hecho material con respecto a su cobertura o beneficios bajo el Fondo; o
- ya no cumple con los requisitos de elegibilidad del Fondo.

La cobertura para su Dependiente finaliza el último día del mes en el que:

- su cobertura termina;
- el Dependiente ya no cumple con la definición de Dependiente del Fondo;
- para un cónyuge Dependiente, la fecha del divorcio o separación legal;
- Usted o su Dependiente se involucra en fraude o tergiversación intencional de un hecho material con respecto a la cobertura o beneficios bajo el Fondo; o
- usted muere.

Cuando la cobertura para usted o su(s) Dependiente(s) terminaría de otra manera, usted o el (los) Dependiente(s) pueden continuar la cobertura eligiendo la Continuación de la Cobertura de COBRA. El Fondo también tiene reglas para extensiones limitadas de cobertura durante ciertas ausencias que se describen en la siguiente sección.

Continuación de la Cobertura Durante Ciertas Ausencias

Si usted queda discapacitado y pierde su cobertura porque ya no está trabajando, su cobertura continuará por cada mes después de la pérdida de cobertura que usted está "totalmente discapacitado" y no puede trabajar, por un total de seis meses. Es posible que se le solicite que presente una prueba de su discapacidad a la Oficina del Fondo.

Licencia Familiar y Médica

Si su empleador tiene 50 o más empleados, usted puede ser elegible para la licencia bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica ("FMLA"). Bajo la FMLA, usted puede tomar hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo para fines familiares o médicos específicos, como su propia condición médica grave, el nacimiento o la adopción de un niño, o para proporcionar cuidado a un cónyuge, hijo o padre que está enfermo. Su empleador, no este Fondo, va a determinar si usted es elegible para una licencia de ausencia FMLA.

Si usted toma licencia FMLA, su empleador está obligado a continuar contribuyendo al Fondo en su nombre y su cobertura a través del Fondo continuará.

Durante su licencia, puede continuar con su cobertura médica y otros beneficios ofrecidos a través del Fondo. Por lo general, usted es elegible para la licencia FMLA si:

- trabajó para su empleador durante al menos 1,250 horas durante los 12 meses anteriores al inicio de la licencia; y

- trabajó en un lugar donde al menos 50 empleados son empleados por su empleador dentro de las 75 millas.

Si no regresa al empleo después de la licencia FMLA durante la cual se proporcionó la cobertura, es posible que deba proporcionar el reembolso del costo de la cobertura recibida durante la licencia.

Llame a su empleador si tiene preguntas sobre su elegibilidad para la licencia FMLA. Llame a la Oficina del Fondo con respecto a la cobertura durante dicha licencia.

Si no regresa al trabajo después del final de su licencia FMLA, puede ser elegible para continuar la cobertura bajo COBRA descrita en una sección posterior.

Licencia Militar

Si está en servicio militar activo durante 31 días o menos, usted continuará recibiendo cobertura de atención médica de acuerdo con la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 ("USERRA"). Si está en servicio activo por más de 31 días, USERRA le permite continuar con la cobertura de atención médica para usted y sus Dependientes a su propio costo por hasta 24 meses. Este derecho de continuación opera de la misma manera que la cobertura de COBRA, que se describe en la siguiente sección. Si su cobertura bajo el Fondo termina debido a una reducción en las horas debido a su servicio militar, usted y sus Dependientes elegibles también pueden tener derechos a COBRA. Debe comunicarse con la Oficina del Fondo si es llamado para el servicio con el fin de determinar cómo la licencia le afecta a usted y a su Dependiente elegible para los beneficios del Fondo y cómo USERRA protege sus derechos. Además, su(s) Dependiente(s) puede(n) ser elegible(s) para la cobertura de atención médica bajo el programa federal conocido como TRICARE (que incluye el antiguo programa "CHAMPUS"). Este Fondo coordina su cobertura con TRICARE.

No se ofrecerá cobertura por ninguna enfermedad o delito que el Secretario de Asuntos de Veteranos determine que se haya incurrido en, o agravado durante, el desempeño del servicio en los servicios uniformados. Los servicios uniformados y el Departamento de Asuntos de Veteranos proporcionarán atención para las discapacidades relacionadas con el servicio.

Bajo USERRA, un empleado activo está obligado a notificar al empleador (por escrito u oralmente) que él o ella se va para el servicio militar a menos que las circunstancias o la necesidad militar hagan que la notificación sea imposible o irrazonable. Su empleador está obligado a notificar al Fondo dentro de los 30 días posteriores a su reemplazo después del servicio militar; sin embargo, también debe notificarlo a la Oficina del Fondo.

Cuando usted es dado de baja (no menos que honorablemente) del servicio en los servicios uniformados, su plena elegibilidad será restablecida el día en que regrese al empleo con un Empleador Contribuyente, si regresa al empleo dentro de:

- 90 días a partir de la fecha del alta si el período de servicio fue superior a 180 días; o

- 14 días a partir de la fecha del alta si el período de servicio fue de al menos 31 días, pero menos de 180 días; o
- al comienzo del primer período de trabajo completo programado regularmente el primer día calendario siguiente al alta (más el tiempo de viaje y ocho horas adicionales) si el período de servicio era inferior a 31 días.

Si usted es hospitalizado o convaleciente de una lesión causada por el servicio activo, estos límites de tiempo se extienden por hasta dos años.

Licencia Familiar Pagada (Nueva York)

Bajo la Ley de Licencia Familiar Pagada de la Estado de Nueva York, usted puede tomar una licencia pagada y protegida por el trabajo para cuidar a un niño, para cuidar a un miembro de la familia con una condición de salud grave o para ayudar a manejar asuntos si un miembro de la familia es llamado al servicio militar activo. Si toma licencia familiar pagada, su empleador debe mantener los beneficios de salud para usted y sus Dependientes durante la licencia pagada.

Llame a su empleador si tiene preguntas sobre su elegibilidad para la Licencia Familiar Pagada. Llame a la Oficina del Fondo con respecto a la cobertura durante dicha licencia.

Para las licencias de ausencia cubiertas por la FMLA o la Ley de Licencia Familiar Pagada y las licencias de ausencia para el servicio militar calificado, su empleador debe otorgar adecuadamente la licencia y hacer la notificación y cualquier pago requeridos al Fondo. Debe comunicarse con su empleador para confirmar que es elegible para una licencia.

Póngase en contacto con su empleador si tiene preguntas con respecto a su elegibilidad para una licencia. Póngase en contacto con la Oficina del Fondo si tiene alguna pregunta con respecto a la cobertura del Fondo durante dicha licencia.

Continuación de la Atención Médica Bajo COBRA

El COBRA de este Fondo le ofrece a usted y a su Dependiente elegible la oportunidad de una extensión temporal de la cobertura de atención médica a tarifas grupales en ciertos casos en que la cobertura terminaría de otra manera (llamados "eventos calificados"). La cobertura continua bajo COBRA se aplica a los beneficios médicos, de hospital, de medicamentos recetados, dentales y de la vista descritos en este SPD.

Cada individuo con derecho a cobertura como resultado de un evento calificado tiene derecho a hacer su propia elección de cobertura. Por ejemplo, su Cónyuge u otro Dependiente cubierto puede elegir la cobertura de COBRA incluso si usted no lo hace. Además, usted y su conyugue pueden elegir COBRA para otros.

Eventos COBRA Clasificatorios

La tabla a continuación muestra cuándo usted y sus Dependientes elegibles pueden calificar para la cobertura continuada bajo COBRA, cuándo puede comenzar la cobertura y cuándo termina.

<u>La Cobertura Termina Debido a Esta Razón</u>	<u>Estas Personas Serían Elegible</u>	<u>Período Máximo de Cobertura de COBRA (medido a partir de la fecha que se pierde la cobertura)</u>
Su empleo termina*	Usted y su Cónyuge e hijos cubiertos	18 meses **
Sus horas de trabajo se reducen	Usted y su Cónyuge e hijos cubiertos	18 meses **
Usted muere	Su Cónyuge cubierto e hijos niños	36 meses
Su Dependiente pierde la cobertura porque se divorcia o se separa legalmente	Su Cónyuge cubierto e hijos	36 meses
Su hijo Dependiente ya no califica como Dependiente elegible	Su hijo cubierto	36 meses
Usted tiene derecho a Medicare***	Su Cónyuge cubierto e hijos	36 meses

* Por cualquier razón que no sea una mala conducta grave (e incluyendo la licencia militar y las licencias aprobadas concedidas de acuerdo con el FMLA).

** La cobertura continua por hasta 29 meses a partir de la fecha de pérdida inicial de la cobertura puede estar disponible para aquellos que, a más tardar en los primeros 60 días del período de continuación de la cobertura, estén totalmente discapacitados en el sentido del Título II o Título XVI de la Ley de Seguridad Social. Estos 11 meses adicionales están disponibles para los empleados y Dependientes inscritos si se proporciona un aviso de discapacidad dentro de los 60 días posteriores a la emisión de la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social y antes de que se agote el período de continuación de 18 meses. El costo de los 11 meses adicionales de cobertura aumentará al 150% del costo total de la cobertura.

Su derecho a Medicare es un evento calificado para sus Dependientes, pero no para usted. Pero, si tiene derecho a Medicare y experimenta la terminación del empleo (que no sea por mala conducta grave) o la reducción de horas que constituye un evento calificado dentro de los 18 meses posteriores, usted será elegible para la cobertura de COBRA resultante de ese evento calificado. Su cobertura de COBRA se ejecutará durante 36 meses a partir de la fecha en que usted tiene derecho a Medicare.

Niños Recién Nacidos y Adoptados

Si tiene un niño recién nacido, adopta a un niño o tiene un niño colocado con usted para su adopción mientras la continuación de la cobertura bajo COBRA está en vigor y usted es elegible para la cobertura familiar, puede agregar al niño a su cobertura. Para agregar cobertura para el niño, notifique a la Oficina del Fondo dentro de los 31 días del nacimiento, adopción o

colocación para adopción del niño. También se debe proporcionar una prueba legal de su relación con el niño.

Múltiples Eventos Clasificatorios

Si su Dependiente cubierto experimenta más de un evento calificado mientras la cobertura de COBRA está en vigor, pueden ser elegibles para un período adicional de cobertura continua que no exceda un total de 36 meses a partir de la fecha de la pérdida inicial de la cobertura.

Por ejemplo, si su empleo termina, usted y sus Dependientes cubiertos pueden ser elegibles para 18 meses de cobertura COBRA continua. Si usted muere (un segundo evento calificado) durante este período de 18 meses, sus Dependientes cubiertos pueden ser elegibles para un período adicional de continuación de la cobertura de COBRA. Sin embargo, los dos períodos de cobertura combinados no pueden exceder un total de 36 meses a partir de la fecha de la pérdida inicial de la cobertura (debido a su terminación).

Este período prolongado de continuación de la cobertura de COBRA no está disponible para nadie que se convirtió en su Cónyuge después de la terminación del empleo o la reducción de horas. Sin embargo, este período prolongado de cobertura está disponible para cualquier niño nacido, adoptado o puesto en adopción con usted durante el período de 18 meses de continuación de la cobertura.

También tenga en cuenta que, si su primer evento calificado es una reducción de horas, y luego su empleo se termina, la terminación del empleo no se trata como un segundo evento calificado (por lo que no hay una extensión más allá del período inicial de cobertura de 18 **meses**).

Cuándo su Empleador debe Notificar a la Oficina del Fondo

Su empleador debe notificar a la Oficina del Fondo de su muerte, terminación del empleo o reducción en las horas de empleo a más tardar 60 días de la pérdida de la cobertura. Sin embargo, usted o su familia también deben notificar a la Oficina del Fondo si tal evento ocurre, a fin de evitar confusiones en cuanto a su estado.

Cuándo usted o su beneficiario deben notificar a la Oficina del Fondo

Usted o su Dependiente debe proporcionar a la Oficina del Fondo un aviso oportuno de divorcio, separación legal, muerte, derecho de Medicare o un hijo que pierde el estado de Dependiente. Usted o el beneficiario calificado afectado deberá notificar al Fondo lo siguiente:

- La ocurrencia de un segundo evento calificado después de que el beneficiario calificado haya tenido derecho a COBRA, que extiende el período de continuación de la cobertura a 36 meses. Este segundo evento calificado podría incluir la muerte de un empleado, el derecho a Medicare, el divorcio o la separación legal, o un niño que pierde el estado de Dependiente; o
- Cuando un beneficiario calificado con derecho a recibir cobertura COBRA con un máximo de 18 meses ha sido determinado por la Administración del Seguro Social para

ser discapacitado. Si esta determinación se hace en cualquier momento durante los primeros 60 días de cobertura de COBRA, el beneficiario calificado puede ser elegible para una extensión de 11 meses del período de cobertura máxima de 18 meses, para un total de 29 meses de cobertura de COBRA.

La Oficina del Fondo debe ser notificada de cualquiera de los eventos mencionados anteriormente dentro de los 60 días del evento calificado (en el caso de discapacidad, dentro de los 60 días posteriores a la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social). El hecho de no proporcionar este aviso en la forma y dentro de los plazos descritos a continuación puede impedir que usted y /o sus Dependientes obtengan o extiendan la cobertura de COBRA.

Cómo Proporcionar Aviso

Su notificación debe enviarse a:

*United Teamster Fund
2137-2147 Utica Avenue
Brooklyn, New York 11234*

Por favor incluya lo siguiente en su aviso:

- su nombre;
- los nombres de sus Dependientes;
- su número de Seguro Social y los números de Seguro Social de su Dependiente,
- su dirección y la dirección de su(s) Dependiente(s), si es diferente; y
- la naturaleza y la fecha del suceso que está reportando al Fondo.

Cuándo se Debe Enviar el Aviso

Usted o su Dependiente deben notificar al Fondo dentro del período de 60 días discutido anteriormente (y no se olviden de proporcionar direcciones tanto para usted como para el (los) Dependiente(s)). **Si el Fondo no es notificado al final del período de 60 días, usted y sus Dependientes pueden no tener derecho a la continuación de la cobertura.**

Elección de la Cobertura de COBRA

El Fondo debe notificarle de su derecho a la cobertura de COBRA dentro de los 14 días posteriores a que reciba un aviso oportuno o se entere de que ha ocurrido un evento calificado. Usted tendrá 60 días para responder si desea continuar con la cobertura, medido a partir de la fecha en que la cobertura terminaría de otra manera o, si es posterior, la fecha en que se le envía el aviso de COBRA.

Pagar por la Cobertura de COBRA

Se le cobrará el costo total de la cobertura continua bajo COBRA, más una tarifa administrativa del 2%. (Si usted es elegible para 29 meses de cobertura continúa debido a una discapacidad, la

ley permite que el Fondo cobre el 150% del costo total de la cobertura durante los meses 19 a 29 de la cobertura).

Es más fácil hacer su primer pago cuando presenta su formulario de elección COBRA, es decir, dentro de los 60 días a partir de la fecha en que su cobertura del Fondo terminaría de otra manera. En ningún caso su pago se puede hacer más tarde de 45 días a partir de la fecha en que envíe por correo a la Oficina del Fondo su formulario de elección firmado. Su primer cheque debe cubrir el período desde la fecha en que terminó su cobertura y cuando comenzó la cobertura de COBRA hasta el mes en curso.

Después del primer pago, todos los pagos posteriores de COBRA vencen el día 30 de cada mes. La Oficina del Fondo no envía facturas para la cobertura de COBRA y es su responsabilidad ver que su pago esté en la Oficina del Fondo antes de la fecha de vencimiento.

Las primas de COBRA generalmente se revisan al menos una vez al año y los montos de las primas están sujetos a cambios.

La Oficina del Fondo le notificará si el monto de su pago COBRA cambia. Además, si los beneficios cambian para los empleados activos, su cobertura también cambiará.

Cuando Finaliza la Cobertura de COBRA

Su cobertura o la cobertura continuada de su Dependiente bajo COBRA puede terminar por cualquiera de las siguientes razones:

- La cobertura ha continuado durante el período máximo de 18, 29 o 36 meses, medido a partir de la fecha de la pérdida inicial de cobertura;
- El Fondo termina. Si se reemplaza la cobertura, usted puede continuar bajo la nueva cobertura;
- Usted o su(s) Dependiente(s) no hacen los pagos de primas necesarios a tiempo;
- Usted o un Dependiente(s) cubierto (s) están cubiertos por otro fondo de salud grupal;
- Usted o un Dependiente cubierto tiene derecho a beneficios bajo Medicare;
- Usted o su(s) Dependiente(s) están continuando la cobertura durante los 19 meses a 29 de una discapacidad, y la discapacidad termina; o
- La continuación de la cobertura también puede ser terminada por cualquier razón que termine la cobertura de un Participante o beneficiario que no está recibiendo la continuación de la cobertura (tal como el fraude).

Una persona cuya discapacidad es determinada por la Administración del Seguro Social que ha terminado debe notificar a la Oficina del Fondo dentro de los 30 días de esta determinación. Los detalles completos de la continuación de la cobertura de COBRA se le proporcionarán a usted o a sus Dependientes elegibles cuando la Oficina del Fondo reciba un aviso de que ha ocurrido un evento calificado.

Período de Elección Adicional de COBRA y Crédito Fiscal en Casos de Elegibilidad para Beneficios Bajo la Ley de Comercio de 1974

Si usted está certificado por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (DOL) como elegible para los beneficios bajo la Ley de Comercio de 1974, usted puede ser elegible para una nueva oportunidad de elegir COBRA y un Crédito Tributario de Seguro de Salud individual. Si usted y/o sus Dependientes no eligieron COBRA durante su período de elección, pero más tarde son certificados por el Departamento de Trabajo para los beneficios de la Ley de Comercio, es posible que tenga derecho a un período de elección adicional de COBRA de 60 días a partir del primer día del mes en el que fue certificado. Sin embargo, en ningún caso este beneficio le permitiría elegir COBRA seis meses después de que su cobertura terminó.

Además, bajo la Ley de Comercio, las personas elegibles pueden tomar un crédito fiscal u obtener el pago por adelantado del 65% de las primas pagadas por el seguro de salud calificado, incluida la continuación de la cobertura. Si tiene preguntas sobre estas disposiciones tributarias, puede llamar al Centro de contacto para clientes de Crédito Tributario de Atención Médica al número gratuito 1-866-628-4282. Las personas que llamen a TTD/TTY pueden llamar gratis al 1-866-626-4282. También puede obtener más información sobre la Ley de Comercio En www.doleta.gov/tradeact/2002act_index.asp.

Sus Derechos Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996

Bajo la ley federal llamada Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (comúnmente llamada "HIPAA"), el Fondo está obligado a proporcionar lo siguiente.

Derechos Especiales de Inscripción

HIPAA requiere que fondos como el nuestro permitan a los empleados elegibles y a los Dependientes que aún no participan en el Fondo obtener cobertura si ocurren ciertos eventos. (Tenga en cuenta que, con los Dependientes, estos derechos solo se aplican si tiene derecho a la cobertura familiar). Estas se conocen como "Circunstancias Calificadas". Las Circunstancias de Calificación ocurren cuando:

- Tiene un cambio en el estado familiar, como matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción, colocación en adopción o muerte; o
- Usted declaró previamente por escrito que usted y/o Dependientes estaban renunciando a la cobertura del Fondo debido a la cobertura bajo otro plan médico y que otra cobertura se pierde por cualquiera de las siguientes razones:
 - terminación del empleo;
 - reducción de las horas trabajadas;
 - su conyugue muere;
 - usted y su conyugue se divorcian o legalmente se separan;
 - la otra cobertura fue la continuación de la cobertura de COBRA, y usted o su Dependiente alcanza el período máximo de tiempo para la continuación de la cobertura de COBRA; o

- el otro fondo termina porque el empleador [u otro patrocinador] no pagó la prima a su vencimiento.

En caso de que, en virtud de la Ley de Reautorización del Programa de Seguro Médico para Niños de 2009 ("CHIPRA"), usted y su Representante, si son elegibles, pero no están cubiertos por el Fondo, pueden inscribirse en el Fondo cuando:

- se pierde la elegibilidad para la cobertura bajo Medicaid o un Programa de Seguro de Salud para Niños del estado ("CHIP"); o
- se es elegible para la asistencia de prima bajo Medicaid o CHIP.

Usted y su Dependiente deben solicitar cobertura bajo el Fondo dentro de los 60 días de haberse terminado la cobertura de Medicaid o CHIP como resultado de la pérdida de elegibilidad, o dentro de los 60 días de haber sido determinados elegibles para recibir asistencia de prima.

Más información sobre estos derechos está disponible en la Oficina del Fondo al (718) 859-1624, (718) 842-1212 o (732) 882-1901.

Derechos de Privacidad

En esta sección se describe cómo el Fondo puede utilizar y divulgar su información de Salud Protegida ("PHI") con el fin de llevar a cabo el Tratamiento, Pago Operaciones del Cuidado de la Salud y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe sus derechos de acceso y control de su PHI.

La "Información Médica Protegida (PHI)" incluye toda la información de salud identificable individualmente relacionada con las condiciones de salud física o mental pasadas, presentes o futuras de un individuo, con la prestación de atención médica o con el pago de la atención médica. El PHI incluye información mantenida por el Fondo en forma oral, escrita o electrónica.

"Tratamiento" significa la provisión, coordinación o gestión de la atención médica y los servicios relacionados. Por ejemplo, el Fondo puede divulgar su PHI a proveedores de atención médica para proporcionar información sobre tratamientos alternativos.

El "Pago" incluye, pero no se limita a, las acciones para hacer determinaciones de cobertura y el pago de los servicios y artículos que recibe. Por ejemplo, el Fondo puede revelar a un médico si usted es elegible para la cobertura o la cantidad que el Fondo reembolsará a un proveedor por ciertos servicios. Si el Fondo contrata a terceros para que nos ayuden con las operaciones de pago, como un médico que revisa las reclamaciones médicas, también les revelaremos información. Los terceros se conocen como "Asociados de Negocios."

Las "Operaciones de atención de la salud" son las operaciones del Fondo relacionadas con aspectos tales como la suscripción y la evaluación de la calidad y las actividades relacionadas con la creación o renovación de contratos de seguro. También incluyen funciones de auditoría, incluidos programas de cumplimiento de fraude y abuso, planificación y desarrollo de negocios, administración de negocios y actividades administrativas generales. Por ejemplo, el Fondo

puede utilizar el PHI para auditar la exactitud del procesamiento de las reclamaciones.

Las prácticas de privacidad del Fondo están destinadas a cumplir con HIPAA en todo momento. Si una práctica de privacidad se modifica materialmente, la información sobre ese cambio se le proporcionará por correo dentro de los 60 días de su fecha de vigencia.

Usos y Divulgaciones de Información Médica Protegida

La Divulgación de su PHI Generalmente Requiere su Autorización por Escrito. A excepción de lo dispuesto en esta sección, cualquier uso y divulgación del PHI se hará solo con su autorización por escrito. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, siempre que el Fondo aún no haya tomado medidas como resultado de su autorización.

Circunstancias en Que el Fondo Divulgará su PHI en la Ausencia de una Autorización por Escrito. Bajo la ley, el Fondo puede divulgar su PHI sin su autorización, o sin darle la oportunidad de aceptar u objetar, en los siguientes casos:

- A petición Suya. Si usted lo solicita, el Fondo está obligado a darle acceso a parte de su PHI para permitirle inspeccionarla y/o copiarla. Su derecho a esta información se detalla más adelante en esta sección;
- Para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Médica. El Fondo de Salud y sus asociados comerciales pueden utilizar el PHI para llevar a cabo el Tratamiento, Pago o las Operaciones de Atención Médica.
- Divulgación a Asociados de Negocios. El Fondo también puede divulgar su PHI a terceros que lo asistan en sus operaciones. Por ejemplo, el Fondo puede compartir su PHI con Meritain, que es responsable de pagar las reclamaciones médicas del Fondo. Cada Asociado de Negocio tiene la misma obligación de mantener su PHI confidencial que el Fondo. El Fondo debe exigir a cada Asociado de Negocio que se asegure de que su PHI esté protegida contra el uso o la divulgación no autorizado;
- Divulgación a los Fideicomisarios. El Fondo puede divulgar su PHI a los Fideicomisarios como patrocinador del Fondo, para funciones administrativas. Por ejemplo, el Fondo puede revelar información a los Fideicomisarios para que puedan decidir una apelación o revisar una reclamación de subrogación.

El Fondo puede divulgar "información de salud resumida" a los Fideicomisarios para obtener ofertas de primas o modificar, enmendar o terminar el Fondo. La información resumida resume el historial de reclamaciones, los gastos de reclamaciones o el tipo de reclamaciones experimentadas por los Participantes y los Dependientes. La información de identificación se eliminará de la información de salud resumida, de acuerdo con las reglas federales de privacidad.

El Fondo también puede divulgar su PHI a los Fideicomisarios con respecto a si una persona participa en el Fondo.

Con el fin de permitir que el Fondo divulgue cierta PHI a los Fideicomisarios, los Fideicomisarios han ejecutado una Certificación de Privacidad del Patrocinador del Plan HIPAA

("Certificación") que confirma que el Fondo ha sido modificado según lo requerido por la Regla de Privacidad, 45 C.F.R. §164.504(f).

A partir del 14 de Abril del 2003, los Fideicomisarios están sujetos a las siguientes limitaciones y requisitos relacionados con su uso y divulgación del PHI recibida del Fondo:

- Los Fideicomisarios no usarán ni divulgarán su PHI de otra forma que no sea la permitida o requerida por las reglas del Fondo o según lo requiera la ley;
- Los Fideicomisarios requerirán que cualquier agente, incluidos los subcontratistas, a quienes proporcionen el PHI recibido del Fondo acepte las mismas restricciones y condiciones que se aplican a los Fideicomisarios con respecto a dicha información;
- Los Fideicomisarios no usarán el PHI para acciones y decisiones relacionadas con el empleo, ni en relación con ningún otro beneficio o plan de beneficios para empleados patrocinado por los Fideicomisarios;
- Los Fideicomisarios informarán al Fondo cualquier uso o divulgación indebido del PHI de los que tengan conocimiento;
- "Los Fideicomisarios darán a disposición su PHI según sea necesario para que el Fondo cumpla con los requisitos de acceso que se encuentran en 45 C.F.R. § 164.524;
- Los Fideicomisarios darán a disposición el PHI según sea necesario para que el Fondo cumpla con los requisitos de enmienda bajo 45 C.F.R. § 164.526, e incorporarán cualquier enmienda al PHI según lo requiera 45 C.F.R. § 164.526;
- Los Fideicomisarios documentarán y proporcionarán una descripción de cualquier divulgación del PHI e información relacionada con dichas divulgaciones que se requerirían para que el Fondo responda a una solicitud de contabilidad de divulgaciones del PHI de acuerdo con 45 C.F.R. § 164.528;
- Los Fideicomisarios darán a disposición del Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos las prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y la divulgación del PHI recibida por el Fondo para fines de cumplimiento;
- Si es factible, los Fideicomisarios devolverán o destruirán toda la PHI recibida del Fondo que los Fideicomisarios mantengan en cualquier forma y no retendrán copias de dicha información cuando ya no sea necesaria para el propósito para el cual se hizo la divulgación. Si dicha devolución o destrucción no es factible, los Fideicomisarios limitarán los usos y divulgaciones adicionales para aquellos fines que hagan inviable la devolución o destrucción de la información; y
- Los Fideicomisarios notificarán a todos los Participantes y Beneficiarios potencialmente afectados de una violación del PHI no garantizada.

El Fondo ha establecido una separación adecuada entre los Fideicomisarios y el Fondo según lo dispuesto en 45 C.F.R. § 164.504(f)(2)(iii) y como sigue:

- De acuerdo con la Política de Cumplimiento de las Reglas de Privacidad del Fondo ("Política"), el acceso al PHI está limitado a aquellos empleados del Fondo cuyas funciones incluyen el manejo del PHI para realizar funciones de administración en

nombre del Fondo, o que reciben PHI relacionada con Pago, Operaciones del Cuidado de la Salud u otros asuntos relacionados con el Fondo en el curso ordinario de negocio; y

- Esos empleados del Fondo solo usan o divulgan su PHI de acuerdo con esta sección y la Política para realizar funciones de administración en nombre del Fondo. Esos empleados del Fondo solo usan o divulgan su PHI a los Fideicomisarios según lo permitido por esta sección, la Política y la Certificación.

Los Fideicomisarios, actuando con el Fondo, resolverán los problemas de incumplimiento de esta Política y/o la Regla de Privacidad por parte de los empleados del Fondo y/o Asociados de Negocio del Fondo de manera oportuna y efectiva. Cualquier empleado del Fondo que viole esta Política y/o la Regla de Privacidad puede estar sujeto a sanciones a discreción del Fondo y/o de los Fideicomisarios, incluyendo, pero no limitado a, asesoramiento oral, ajuste de responsabilidades laborales para evitar que el empleado del Fondo acceda al PHI y/o terminación.

Divulgación a Familiares y Amigos. El Fondo puede divulgar su PHI a amigos o familiares que usted haya identificado y autorizado y que estén involucrados en el cuidado de usted o involucrados en el pago de su atención, a menos que usted notifique por escrito al Oficial de Privacidad del Fondo que usted se opone. El Fondo divulgará solo el PHI que sea directamente relevante para la participación de esa persona. En una emergencia o si usted queda incapacitado, el Fondo también puede divulgar su PHI a otros miembros de la familia, parientes o amigos cercanos bajo ciertas circunstancias según lo permitido en los procedimientos del Fondo, a menos que usted haya notificado previamente al Oficial de Privacidad del Fondo por escrito que no desea que su información sea compartida bajo esas circunstancias. Si desea que el Fondo divulgue su PHI a personas específicas, debe completar un formulario de autorización designando a esa persona como autorizada para recibir su PHI. Los formularios de autorización están disponibles del Oficial de Privacidad de la Oficina del Fondo.

Divulgaciones Adicionales. Además de los usos y divulgaciones permitidos anteriormente, el Fondo también puede usar y divulgar su PHI bajo las siguientes circunstancias únicas:

- Según lo Exija la Ley. La divulgación de su PHI puede ser requerida por las leyes federales, estatales o locales. Por ejemplo, el Fondo puede divulgar su PHI para ayudar a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley en sus deberes de aplicación de la ley;
- Según lo Requiera el HHS. La divulgación de su PHI puede ser requerida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para investigar el cumplimiento del Fondo con las regulaciones de privacidad;
- En Caso de Violencia Doméstica o Abuso. Su PHI puede divulgarse cuando esté autorizada por la ley para reportar información sobre abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades si existe una creencia razonable de que usted puede ser víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. En tal caso, el Fondo le informará de inmediato que dicha divulgación se ha hecho o se hará a menos que el informarle de ello causaría un riesgo de daño grave;
- Actividades de Supervisión de la Salud. Su PHI puede divulgarse a una agencia de supervisión de la salud para actividades de supervisión autorizadas por la ley. Estas

actividades incluyen investigaciones civiles, administrativas o penales, inspecciones, licencias o acciones disciplinarias (por ejemplo, para investigar quejas contra proveedores de atención médica) y otras actividades necesarias para la supervisión adecuada de los programas de beneficios del gobierno (por ejemplo, al Departamento de Trabajo);

- Procedimientos Legales. Su PHI puede divulgarse cuando sea necesario para procedimientos judiciales o administrativos. Por ejemplo, su PHI puede divulgarse en respuesta a una citación o a una solicitud de descubrimiento ordenada por la corte. En el caso de citaciones y solicitudes de descubrimiento que no sean ordenadas por la corte, el Fondo divulgará su PHI solo si se cumplen ciertas condiciones;
- Propósitos de Aplicación de la Ley. Su PHI puede divulgarse para ciertos fines de aplicación de la ley, como la identificación o ubicación de un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, y la denuncia de un delito;
- Personas Fallecidas. Su PHI puede divulgarse a un médico forense, examinador médico o director funerario para que esos profesionales puedan desempeñar sus funciones;
- Para la Donación de Órganos y Tejidos. Si usted es un donante de órganos, su PHI puede usarse o divulgarse a un donante de órganos, ojo u organización de procuración para facilitar una donación o trasplante de órganos o tejidos;
- Investigación. Bajo Ciertas Circunstancias, su PHI puede ser utilizada o divulgada con fines de investigación, siempre y cuando se sigan los procedimientos requeridos por la ley para proteger la privacidad de los datos de investigación;
- Amenazas para la Salud o la Seguridad. Su PHI puede divulgarse cuando, de acuerdo con la ley aplicable y las normas de conducta ética, el Fondo, de buena fe, crea que el uso o la divulgación del PHI es necesario para prevenir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o del público. En estas circunstancias, el Fondo limitará la divulgación a una persona razonablemente capaz de prevenir o disminuir la amenaza, incluido el objetivo de la amenaza;
- Funciones Gubernamentales. Su PHI puede divulgarse en relación con ciertas funciones gubernamentales, como el servicio militar o la seguridad nacional; o
- Programas de Compensación al Trabajador. Su PHI puede divulgarse en la medida necesaria para cumplir con la Compensación al Trabajador u otros programas similares establecidos por la ley.

Sus Derechos de Privacidad Individuales

Usted puede inspeccionar y copiar su PHI. Usted tiene derecho a inspeccionar y obtener una copia de su PHI contenida en un "conjunto de registros designado", como se define a continuación, durante el tiempo que el Fondo mantenga el PHI. Usted o su representante personal deberán solicitar acceso al PHI en su conjunto de registros designados por escrito. Se puede cobrar una tarifa razonable por copiar. Las solicitudes de acceso al PHI deben hacerse al Oficial de Privacidad del Fondo.

El Fondo debe proporcionar la información solicitada dentro de los 30 días si la información se mantiene en el sitio o dentro de los 60 días si la información se mantiene fuera del sitio. Se permite una sola prórroga de 30 días si el Fondo no puede cumplir con el plazo y le proporciona un aviso del motivo de la demora y la fecha prevista en la que se proporcionará la información

solicitada. Si se le niega el acceso, se le proporcionará a usted o a su representante personal una denegación por escrito que establezca la base de la denegación, una descripción de cómo puede ejercer sus derechos de revisión y una descripción de cómo puede presentar una queja ante el Fondo y el HHS.

Un "conjunto de registros designados" incluye sus registros médicos o de facturación que son mantenidos por el Fondo. Los registros incluyen la inscripción, el pago, la facturación, la adjudicación de reclamos y los sistemas de registro de casos o de gestión médica mantenidos por el Fondo u otra información utilizada en su totalidad o en parte por o para que el Fondo tome decisiones sobre usted. No se incluye la información utilizada para el control de calidad o los análisis de revisión y no utilizada para tomar decisiones sobre usted.

Usted tiene derecho a modificar su PHI. Si considera que algún PHI conservado por el Fondo es incorrecta o incompleta, puede solicitar que el Fondo la enmiende sujeto a ciertas excepciones. El PHI no está sujeto a modificación si no fue creada por el Fondo, no forma parte del conjunto de registros designado que se le permite inspeccionar y copiar, o si el Fondo no la conserva. El Fondo tiene 60 días después de recibir su solicitud para actuar en su forma. Se permite al Fondo una sola prórroga de 30 días si no puede cumplir el plazo de 60 días. Si el Fondo denegó su solicitud en su totalidad o en parte, el Fondo debe proporcionarle una denegación por escrito que explique la base de la decisión. Usted o su representante personal pueden entonces presentar una declaración por escrito en la que no estén de acuerdo con la denegación y hacer que esa declaración se incluya con cualquier divulgación futura de ese PHI. Debe hacer su solicitud de modificación del PHI al Oficial de Privacidad del Fondo, por escrito.

Usted tiene derecho a recibir un informe de las divulgaciones de PHI del Fondo. A su solicitud, el Fondo también le proporcionará una lista de ciertas divulgaciones por parte del Fondo de su PHI realizadas después del 14 de Abril del 2003. Esta contabilidad no está obligada a incluir divulgaciones relacionadas con el Tratamiento, el Pago del Tratamiento o las Operaciones de Atención Médica, o las divulgaciones hechas a usted o autorizadas por usted por escrito. El Fondo dispone de 60 días para presentar la contabilidad. Se concede al Fondo 30 días adicionales si el Fondo le presenta por escrito las razones de la demora y la fecha en que se proporcionará la contabilidad. La primera contabilidad que solicite en un período de 12 meses se proporcionará de forma gratuita. Si solicita más de una contabilidad dentro de un período de 12 meses, el Fondo cobrará una tarifa razonable basada en el costo por cada contabilidad posterior. Usted o su representante personal deben presentar su solicitud de contabilidad por escrito al Oficial de Privacidad del Fondo.

Usted puede solicitar restricciones sobre los usos y divulgaciones de PHI. Usted puede solicitar que el Fondo restrinja los usos y divulgaciones de su PHI para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Además, puede restringir los usos y divulgaciones a familiares, parientes, amigos u otras personas identificadas por usted que estén involucradas en su cuidado. El Fondo, sin embargo, no está obligado a aceptar su solicitud. Usted o su representante personal deben enviar su solicitud de restricciones sobre el uso y la divulgación de su PHI por escrito al Oficial de Privacidad del Fondo.

Usted puede solicitar comunicaciones confidenciales. También puede solicitar recibir

comunicaciones de PHI confidencialmente por medios alternativos o únicamente en un lugar alternativo (por ejemplo, enviar información por correo a otro lugar que no sea su domicilio) si es factible y razonable. Usted o su representante personal deberán solicitar comunicaciones confidenciales de su PHI por escrito. Haga estas solicitudes a la atención del Oficial de Privacidad del Fondo, Belkis Henriquez, o de su sucesora, en la Oficina del Fondo. Tenga en cuenta que el Fondo está obligado a conceder esta solicitud sólo si la persona declara que estaría en peligro si las comunicaciones no fueran confidenciales.

Usted Puede Ejercer sus Derechos a Través de un Representante Personal. Puede ejercer sus derechos a través de un representante personal. A excepción de lo dispuesto a continuación en relación con los padres de niños menores de edad no emancipados, se requerirá que su representante personal presente evidencia de autoridad para actuar en su nombre antes de que el representante personal tenga acceso a su PHI o se le permita tomar cualquier acción por usted. El Fondo conserva la discreción de negar el acceso a su PHI a un representante personal para proporcionar protección a aquellas personas vulnerables que dependen de otros para ejercer sus derechos bajo estas reglas y que pueden estar sujetas a abuso o negligencia.

El Fondo reconocerá a ciertas personas como representantes personales sin completar un formulario de Nombramiento de Representante Personal. Por ejemplo, el Fondo considerará a un padre o tutor como el representante personal de un menor no emancipado a menos que la ley estatal aplicable requiera lo contrario. Sin embargo, los menores no emancipados pueden solicitar que el Fondo restrinja la información que va a los miembros de la familia si lo permiten las leyes estatales aplicables. Otra documentación que puede sustituir al formulario de Nombramiento de Representante Personal incluiría otra documentación legal oficial que demuestre que, bajo la ley estatal relevante, el representante está autorizado a tomar decisiones de atención médica por usted (por ejemplo, nombramiento como tutor legal o un poder notarial de atención médica).

Deberes del Fondo

Mantener su Privacidad. El Fondo está obligado por ley a mantener la privacidad de su PHI y a proporcionarle un aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad. Puede obtener una copia de este aviso poniéndose en contacto con el Oficial de Privacidad en la dirección que se proporciona a continuación.

Su Derecho a Presentar una Queja Ante el Fondo o el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el Fondo a cargo del Oficial de Privacidad en la siguiente dirección:

Privacy Officer
United Teamster Fund
2137 Utica Avenue
Brooklyn, New York 11234

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en:

Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201
1-(877)-696-6775

También puede ponerse en contacto con ellos a través de
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>.

El Fondo no tomará represalias contra usted por presentar una queja.

Si Necesita Más Información

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta sección o los temas abordados en ella, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad en la Oficina del Fondo.

Reglas de Seguridad para el PHI Electrónico

El Fondo está obligado por ley a proteger el PHI mantenido en forma electrónica (e-PHI) que se utiliza para la administración del Fondo. El Fondo y su Junta de Fideicomisarios han implementado salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protegen de manera razonable y apropiada la confidencialidad, integridad y disponibilidad del PHI que se crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del Fondo. Además, el Fondo debe:

- Identificar y proteger contra amenazas razonablemente anticipadas a la seguridad o integridad del PHI;
- Proteger contra usos o divulgaciones inadmisibles razonablemente anticipados del-PHI;
- Garantizar el cumplimiento por parte de los empleados del Fondo; y
- Asegurar que cualquier agente, incluido un subcontratista, a quien proporcione el-PHI creado, recibido, mantenido o transmitido en nombre del Fondo, acepte implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger el-PHI.

Además, la Junta de Fideicomisarios ha acordado lo siguiente para que pueda recibir y utilizar el PHI con fines administrativos:

- Implementar salvaguardas administrativas, físicas y técnicas que protejan razonable y apropiadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad del-PHI que crea, recibe, mantiene o transmite en nombre del Fondo;
- Velar por que la separación adecuada entre el Fondo y la Junta de Fideicomisarios esté respaldada por medidas de seguridad razonables y apropiadas;
- Garantizar que cualquier agente, incluido un subcontratista, que reciba el-PHI creado, recibido, mantenido o transmitido en nombre del Fondo, acepte implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger el PHI; y
- Notificar a los Participantes y a la Comisión Federal de Comercio de cualquier divulgación probable del-PHI de la que el Fondo, o cualquier Asociado de Negocio del

Patrocinador tenga conocimiento, de acuerdo con la regla de notificación de violación de salud de HIPAA (16 CFR Parte 318).

BENEFICIOS MÉDICOS

Esta sección le da una breve descripción de cómo funciona la cobertura para usted y sus Dependientes cubiertos.

Descripción General de la Cobertura

Los Participantes y Dependientes tienen acceso a la red de hospitales y proveedores de Aetna. Los beneficios proporcionados a través de la red de Aetna se describen como "Dentro de la Red". Los beneficios que no se proporcionan a través de la red de Aetna se describen como "Fuera de la Red". Sus beneficios pueden variar dependiendo de si utiliza un proveedor Dentro o Fuera de la Red.

El Fondo cubre una amplia gama de servicios de atención médica, desde visitas al consultorio hasta pruebas de laboratorio y radiografías, cirugía mayor y atención hospitalaria. Para ser cubiertos, los gastos médicos deben considerarse médicamente necesarios. La determinación de la cobertura es a la sola discreción de los Fideicomisarios.

La Red de Proveedores de Aetna

La red de Aetna está formada por médicos, hospitales y otros centros de atención de la salud seleccionados por Aetna para prestar servicios médicos. Cuando usted usa un proveedor de Aetna para su atención médica, la atención se llama "Dentro de la Red". Estos son algunos de los puntos importantes sobre la atención Dentro de la Red:

- Usted tendrá acceso a una extensa red de proveedores de atención médica para elegir;
- Un deducible de \$250 para la cobertura solo para empleados o un deducible de \$500 para la cobertura de empleados y familiares se aplica a ambulancias, equipos médicos duraderos, cuidados para enfermos terminales y atención médica en el hogar;
- Se aplica un máximo anual de \$3,000 en gastos de bolsillo para cobertura solo para empleados y un máximo anual de \$6,000 en gastos de bolsillo para cobertura de empleados y familiares;
- Usted pagará sólo un Copago por la mayoría de los servicios de cobertura, aunque, en algunas circunstancias, tendrá que pagar un coseguro del 20%; y
- Por lo general, no hay formularios de reclamación para presentar.

Encontrar un Proveedor de Red

A continuación, se explica cómo encontrar un médico participante en la red, un hospital, un laboratorio u otro centro de la red cerca de usted.

- **Mire el Directorio en Línea de Aetna.** Para localizar a un médico, hospital u otro proveedor Dentro de la Red, inicie una sesión en www.meritain.com o navegue por el directorio de proveedores en línea;
- **Comuníquese con el Servicio al Cliente de Aetna** al 1-800-343-3140; o
- **Póngase en contacto con la Oficina del Fondo.** La Oficina del Fondo también puede ayudarle a encontrar un proveedor Dentro de la Red.

Aunque puede elegir un proveedor Dentro de la Red o un proveedor Fuera de la Red para su atención médica, usted paga menos cuando usa un proveedor Dentro de la Red.

Cómo Está Cubierta la Atención Fuera de la Red

Cuando ve a un proveedor que no participa en la red, los servicios se consideran "Fuera de la Red". Estos son los hechos clave que necesita saber si decide ir Fuera de la Red para recibir atención médica:

- Debe cumplir con un deducible anual de \$3,000 para la cobertura solo para empleados o \$6,000 para la cobertura para empleados y familiares antes de ser reembolsado por gastos cubiertos. (Tenga en cuenta que hay un copago separado de \$100 para las visitas a la sala de emergencias, como se describe en otra parte).
- Después de haber cumplido con el deducible anual, los gastos generalmente se reembolsan a solo el 60% del MRC, excepto que el servicio para un anesthesiólogo o ambulancia Fuera de la Red se reembolsa al 100% del MRC;
- Usted es responsable de pagar un porcentaje de los cargos del proveedor (Coseguro);
- Si la factura del proveedor excede la cantidad de su Coseguro y los beneficios pagados por el Fondo, usted es responsable de pagar el saldo de la factura del proveedor;
- Hay un máximo anual de \$13,000 en gastos de bolsillo para la cobertura solo para empleados y un máximo anual de \$26,000 en gastos de bolsillo para la cobertura de empleados y familiares; y
- Debe presentar un formulario de reclamación. En algunos casos, usted debe pagar al proveedor cuando se presta el servicio, luego presentar una reclamación de reembolso a Meritain Health.

Debe presentar una prueba satisfactoria de cada cargo por el cual se reclaman los beneficios y cada cargo utilizado para satisfacer el deducible. Asegúrese de mantener un registro preciso de sus gastos médicos y retener todas las facturas y recibos.

Para obtener más información, consulte la sección llamada "Sus Beneficios a la Vista" y "Resumen de Beneficios".

Excepción Especial. Si no puede localizar a un proveedor Dentro de la Red en su área que pueda proporcionarle un servicio o suministro que esté cubierto por el Fondo, debe llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Meritain Health para obtener la autorización para la cobertura de proveedor Fuera de la Red. Si obtiene autorización para dichos

servicios proporcionados por un proveedor Fuera de la Red, los beneficios para esos servicios estarán cubiertos en el nivel de beneficios Dentro de la Red.

Autorización Previa y Revisión de la Estancia Continuada

Se requiere Autorización Previa para que determinados servicios y beneficios sean cubiertos por el Fondo. Usted debe llamar a la Organización de Revisión de Salud de Meritain Health (para servicios y beneficios médicos, quirúrgicos u hospitalarios) o a D.J. O' Grady (para servicios y beneficios de salud mental o abuso de sustancias) y obtener la aprobación antes de una admisión programada a un hospital u otro centro hospitalario, o antes de someterse a ciertos tratamientos y servicios. La Autorización Previa se utiliza para certificar la necesidad médica y la duración inicial de un hospital u otro confinamiento de paciente hospitalizado. **Si usted no llama y no obtiene Autorización Previa para una admisión, tratamiento o servicio que lo requiera, el Fondo no pagará ningún beneficio por esa admisión, tratamiento o servicio.**

Se requiere Autorización Previa para:

- hospitalizaciones (excepto para admisiones de emergencia);
- cirugías, ya sea que se realicen en pacientes hospitalizados o ambulatorios;
- el uso de un quirófano y otras instalaciones en un hospital para un procedimiento quirúrgico;
- el uso de un quirófano y otras instalaciones en un centro ambulatorio (cirugías ambulatorias);
- equipo médico duradero que cueste \$500 o más;
- prótesis y ortesis que cuestan \$500 o más;
- medicamentos inyectables;
- servicio privado de enfermería;
- procedimientos de aborto electivo;
- circuncisión médicamente necesaria si no es recién nacido (más de 30 días de edad);
- beneficios de atención de la salud en el hogar;
- servicios de hospicio (tanto en el hospitalizado como en el hogar);
- beneficios de oxígeno hiperbárico;
- tratamiento bariátrico para la obesidad;
- terapia y sicoterapia del habla, respiratorias, ocupacionales, cardíacas, pulmonares y cognitivas;
- fisioterapia y rehabilitación;
- centro de enfermería especializada;
- rehabilitación de pacientes hospitalizados;
- facilidades de cuidados agudos a largo plazo;
- transferencias entre hospitales de hospitalizados;
- beneficios del trastorno del sueño (pruebas y tratamiento);
- beneficios del trasplante de órganos;
- pruebas genéticas o asesoramiento genético;
- todos los servicios de tratamiento residencial; y
- todos los demás servicios o tratamientos indicados en otras partes del SPD.

En el caso de una admisión de emergencia, debe comunicarse con la Organización de Revisión dentro de las 48 horas posteriores a la admisión. Para una admisión debido al embarazo, usted debe llamar a la Organización de la Revisión de la Salud de Meritain antes del final del tercer mes del embarazo.

El Fondo no pagará ningún beneficio si usted está obligado a hacerlo, pero no obtiene Autorización Previa, excepto en casos de admisiones de emergencia a hospitales y otras instalaciones médicas. En casos de admisión de emergencia, el Fondo pagará los beneficios si se obtiene la Autorización dentro de las 48 horas posteriores a su admisión.

La Revisión de la Estadía Continuada ("CSR") es el proceso por el cual Meritain Health o D.J. O'Grady determinarán si un hospital o centro al que usted está confinado sigue siendo el lugar de servicio más adecuado para proporcionar el nivel de atención que necesita. La RSC se utiliza para certificar la necesidad médica y la duración de un confinamiento hospitalario continuado cuando usted o su Dependiente ya están recibiendo tratamiento en un hospital u otro centro hospitalario o residencial.

La RSC debe solicitarse, antes del final de la duración certificada de la estancia, para el confinamiento continuado en un hospital u otro centro hospitalario o residencial.

El Fondo no pagará beneficios por días adicionales de internamiento en un hospital o centro que no haya sido aprobado a través de los procedimientos de RSE del Fondo.

Administración de Casos

La Administración de Casos es un servicio proporcionado a través de una Organización de Revisión de Salud de Meritain que ayuda a las personas con necesidades de tratamiento que se extienden más allá del entorno de atención aguda. El objetivo de la asistencia es garantizar que los pacientes reciban una atención adecuada en el entorno más eficaz posible, ya sea en casa, como paciente ambulatorio o como paciente hospitalizado en un hospital o centro especializado. En caso de que surja la necesidad de un tratamiento, un profesional de la administración de caso trabajará en estrecha colaboración con el paciente, su familia y el médico asistente para determinar las opciones de tratamiento adecuadas para satisfacer mejor las necesidades del paciente y mantener los costos manejables. El administrador de casos ayudará a coordinar el programa de tratamiento y organizar los recursos necesarios. También están disponibles para responder preguntas y proporcionar apoyo continuo a la familia en tiempos de crisis médica.

Los Administradores de Casos son enfermeras registradas ("RNs") y otros profesionales de la salud acreditados, cada uno capacitado en un área de especialidad clínica como trauma, embarazo de alto riesgo y neonatos, oncología, salud mental, rehabilitación o medicina general y cirugía. Un Administrador de Casos entrenado en el área de especialidad clínica apropiada será asignado a usted o a su Dependiente cubierto. Además, los Administradores de Casos son apoyados por un panel de asesores Médicos que ofrecen orientación sobre programas de tratamiento actualizados y tecnología médica. Mientras que el Administrador de Casos

recomienda programas de tratamiento alternativos y ayuda a coordinar los recursos necesarios, el médico que atiende al paciente sigue siendo responsable de la atención médica real.

Usted, su Dependiente o un médico asistente puede solicitar los servicios de atención telefónica llamando al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación durante el horario comercial normal, de lunes a viernes. Además, el Fondo, una oficina de reclamaciones o un programa de revisión de la utilización pueden remitir a una persona para que se le administre un caso.

- La Organización de la Revisión de Salud de Meritain evalúa cada caso para determinar si la administración de casos es apropiada;
- Usted o su Dependiente es contactado por un administrador asignado que explica en detalle cómo funciona el programa. La participación en el programa es voluntaria - no se impone ninguna penalización o reducción de beneficios si no desea participar en la administración de casos;
- Después de una evaluación inicial, el administrador de casos trabaja con usted, su familia y médico para determinar las necesidades del paciente y para identificar qué programas de tratamiento alternativos están disponibles (por ejemplo, la atención médica en el hogar en lugar de una convalecencia hospitalaria prolongada). Usted no es penalizado si no se sigue el programa de tratamiento alternativo;
- El administrador de casos organiza servicios y suministros de tratamiento alternativos, según sea necesario (por ejemplo, servicios de enfermería o una cama de hospital y otros equipos duradero para el hogar);
- El administrador de casos también actúa como enlace entre el asegurador, el paciente, su familia y el médico según sea necesario (por ejemplo, ayudándole a comprender un diagnóstico médico complejo o un plan de tratamiento);
- Una vez que el programa alternativo del tratamiento está en lugar, el administrador de casos continúa manejando el caso para asegurarse de que el programa del tratamiento siga siendo apropiado a las necesidades del paciente.

Si bien la participación en la administración de casos es estrictamente voluntaria, los administradores de casos profesionales pueden ofrecer alternativas de tratamiento de calidad y rentables, así como asistencia para obtener los recursos médicos necesarios y el apoyo familiar continuo en un momento de necesidad.

BENEFICIOS DE HOSPITAL

Cuando usted está hospitalizado, el Fondo cubre la habitación semiprivada y la comida (si usted tiene una habitación privada, el Fondo todavía no paga más que la tarifa semiprivada). También están cubiertos, cuando usted está hospitalizado, los tipos de servicios y suministros que normalmente se requieren cuando usted está hospitalizado, incluyendo:

- suministros de anestesia y el uso de equipos de anestesia (administración sólo cuando se administra por un empleado del Hospital, de lo contrario ver la sección llamada "Anestesia");
- cama y comida, incluyendo dietas especiales;

- vendajes;
- medicamentos y medicinas para uso en el Hospital;
- uso de equipos electrocardiográficos;
- cuidados generales de enfermería;
- exámenes de laboratorio consistentes con el diagnóstico y tratamiento de la afección para la que se requiere hospitalización (tenga en cuenta que las interpretaciones de laboratorio pueden facturarse de forma independiente y, por lo tanto, pueden no estar cubiertas en su totalidad);
- uso de quirófano y sala de recuperación;
- quimioterapia;
- oxígeno y equipos utilizados para su administración;
- utilización de equipos fisioterapéuticos;
- moldes de yeso; y
- exámenes de rayos X consistentes con el diagnóstico y tratamiento de la afección para la que se requiere hospitalización (tenga en cuenta que las interpretaciones de rayos X generalmente se facturan por separado y no están cubiertas por este beneficio).

Beneficios de Gastos Médicos en el Hospital

Si usted está hospitalizado por una enfermedad o lesión, usted es elegible para beneficios de gastos médicos en el Hospital.

El beneficio de gastos médicos en el hospital generalmente no cubre los servicios realizados en conjunto con el trabajo dental o la cirugía cubiertos por la Compensación al Trabajador. Además, no se proporcionan beneficios para el cuidado en las instalaciones de un veterano en relación con una discapacidad relacionada con el servicio militar o en un Hospital operado por una agencia federal o estatal (excepto para la atención de emergencia).

Cobertura en el Hospital

El Fondo cubre hasta 365 días por año de internamiento hospitalario. Un "confinamiento" es un período de hospitalización que se separa del confinamiento anterior y posterior por al menos 90 días.

Se requiere Autorización Previa.

Atención de Emergencia

El Fondo cubre el diagnóstico y el tratamiento prestados en la Sala de Emergencias de un Hospital sólo en casos de Emergencia. Una Emergencia es una enfermedad o lesión que surge con síntomas de suficiente gravedad como para que una persona razonablemente prudente crea que la ausencia de evaluación o tratamiento médico de emergencia podría poner en serio peligro su vida o salud o su capacidad para recuperar la función máxima.

Usted es responsable de un copago de \$100 por cada visita a la Sala de Emergencias.

Cirugía Menor

La cobertura del Fondo para cirugías menores incluye:

- reducción cerrada de huesos fracturados o dislocados;
- endoscopias que requieren el uso de las instalaciones quirúrgicas del Hospital; y
- cualquier incisión o punción de la piel u otro tejido, excepto la inoculación, la vacunación, la extracción de sangre, la administración de medicamentos o la inyección.

Beneficios Quirúrgicos

El Fondo proporciona cobertura para la cirugía que es recomendada, aprobada y hecha por un médico legalmente calificado o Cirujano.

Se requiere Autorización Previa.

Si las cirugías múltiples se realizan Dentro de la Red durante una sesión de operación, los beneficios se pagarán en su totalidad por sólo la cirugía con el cargo más grande. Los beneficios se reducirán en un 50% para cada una de las cirugías adicionales. Si las cirugías múltiples se realizan Fuera de la Red durante una sesión de la operación, los beneficios se pagarán según lo dispuesto en los términos del Fondo para la cirugía con el cargo más grande. Los beneficios se reducirán en un 50% para la cirugía con el segundo cargo más grande. Los beneficios para todas las cirugías adicionales realizadas durante la sesión de operación se reducirán en un 75%.

Cirujano Asistente: La cantidad máxima pagadera por un Cirujano Asistente no excederá el 25% del cargo permitido para el Cirujano primario. (A los efectos de esta limitación, el cargo permisible significa el cargo pagadero al Cirujano antes de cualquier reducción debida al Coseguro o Deductibles.)

Co-Cirujano: Los beneficios para un Co-Cirujano son pagaderos al 75% del cargo permitido pagadero por el Cirujano correspondiente.

Ley de Salud de la Mujer y Derechos Contra el Cáncer de 1998

Bajo la ley federal, los fondos de salud grupales que proporcionan beneficios médicos y quirúrgicos en relación con una mastectomía deben proporcionar beneficios para cierta cirugía reconstructiva. Esto incluye la cobertura de lo siguiente:

- Todas las etapas de la reconstrucción de la mama en la que se ha realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y

- Tratamiento de las complicaciones físicas asociadas con todas las etapas de la mastectomía, incluidos las linfedemas, de una manera determinada en la consulta entre el médico tratante y el paciente.

Esta cobertura está sujeta a las normas y reglamentos uniformes del Fondo para el pago de beneficios.

Pruebas Prequirúrgicas

El Fondo también cubre las pruebas diagnósticas prescritas por su médico realizadas en el mismo Hospital que la cirugía.

Pruebas Genéticas y Asesoramiento

El Fondo cubre las pruebas genéticas y el asesoramiento para Participantes y Dependientes bajo las siguientes circunstancias:

- Un Participante o Dependiente tiene síntomas o signos de una enfermedad hereditaria genéticamente ligada;
- Un Participante o Dependiente ha sido diagnosticado con una enfermedad hereditaria genéticamente ligada;
- Un Participante o Dependiente está en riesgo de ser portador de una enfermedad hereditaria genéticamente ligada; y
- Cuando se necesitan pruebas genéticas para identificar una mutación genética específica con el fin de determinar las opciones de tratamiento de un paciente.

Se proporcionarán beneficios para hasta tres pruebas diagnósticas de información genética y sesiones de asesoramiento relacionadas por año calendario.

Todas las pruebas genéticas y el asesoramiento deben estar preautorizados.

Atención de Maternidad

El Fondo proporciona beneficios de maternidad de hospital para los Participantes y Dependientes. Los beneficios de hospital regulares que se pagan por el parto normal (incluido el trabajo de parto falso) durante al menos dos días y al menos cuatro días para una sección de Cesárea. La atención quirúrgica para un recién nacido está cubierta en la misma medida que para la madre.

Se requiere Autorización Previa.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996

El Fondo no puede, bajo la ley federal, restringir los beneficios por cualquier duración en el Hospital en relación con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal

generalmente no prohíbe que el proveedor de asistencia de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, le dé el alta a la madre o a su hijo recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, el Fondo no puede, bajo la ley federal, exigir que un proveedor obtenga la Autorización Previa para prescribir una duración de la estadía no superior a 48 horas (o 96 horas).

NOTA: No hay cobertura para un hijo recién nacido de un niño Dependiente.

Aborto (incluye procedimientos electivos y no electivos)

El Fondo pagará alojamiento semiprivadas por hasta dos días para procedimientos de aborto realizados en un Hospital. Si la ligadura de trompas se realiza durante el mismo período de hospitalización, el Fondo cubrirá una estancia de Hospital de hasta tres días.

Se requiere Autorización Previa.

Clínicas Hospitalarias o Clínicas Independientes

El Fondo cubre una visita al consultorio de una clínica de la misma manera que una visita al consultorio de un médico.

Ambulancia

Las ambulancias están cubiertas solo para el transporte de emergencia. Se excluye el uso de ambulettes u otros vehículos para el transporte de una instalación a otra.

Exclusiones de Beneficios Hospitalarios y Médicos

El Fondo no cubre los siguientes gastos:

- todos los gastos no enumerados específicamente como Gastos Cubiertos;
- gastos superiores al MRC;
- gastos que excedan cualquier limitación o máximo de beneficios del Fondo;
- Confinamientos de Hospital para cuidado custodio o convaleciente, curas de descanso, o cuidado a largo plazo;
- Confinamientos de Hospital o cualquier período de internamiento hospitalario principalmente para estudios de diagnóstico;
- hospitalización proporcionada conforme con las leyes federales, estatales u otras (excepto cuando el Fondo es primario a Medicaid);
- atención de las condiciones de salud que son requeridas por la ley estatal o local para ser tratadas en una instalación pública;
- atención requerida por la ley estatal o federal para ser suministrada por un sistema escolar público o distrito escolar;
- servicio de ambulancia o ambulette (excepto para el transporte de emergencia previsto en otras partes del presente SPD);

- los beneficios de hospital por servicios de médicos o enfermeros privados o especiales, u otros asistentes privados o su junta directiva, salvo disposición en contrario del presente SPD;
- admisiones principalmente para terapia física;
- servicios prestados en las instalaciones de veteranos para la atención en relación con una enfermedad o lesión relacionada con el servicio militar;
- atención para discapacidades del servicio militar tratables a través de servicios gubernamentales si usted tiene derecho legalmente a dicho tratamiento y las instalaciones están razonablemente disponibles;
- tratamiento de una enfermedad o lesión debida a una guerra, declarada o no declarada;
- asistencia en las actividades de la vida diaria, incluyendo, pero no limitado a, comer, bañarse, vestirse u otros servicios custodio o actividades de autocuidado, servicios de ama de casa y servicios principalmente para el descanso, el cuidado domiciliario o de convalecientes;
- lentes y monturas de anteojos y lentes de contacto (salvo que se disponga lo contrario en este SPD);
- refracción de rutina, ejercicios oculares y tratamiento quirúrgico para la corrección de un error refractivo, incluida la queratotomía radial;
- tratamiento por acupuntura;
- todos los medicamentos de venta con receta no inyectables, medicamentos de venta con receta inyectables que no requieren supervisión física y se consideran típicamente medicamentos autoadministrados, medicamentos sin receta, y medicamentos Investigativos y Experimentales, excepto según lo dispuesto en otra parte de este SPD;
- costos de membresía o cuotas asociadas con clubes de salud y programas de pérdida de peso;
- monitoreo genético o monitoreo genético preimplantacional, salvo que se disponga lo contrario en este SPD. Además, el Fondo cubrirá las pruebas de BRCA para una persona que cumpla con los criterios apropiados;
- implantes dentales para cualquier condición;
- honorarios asociados con la recolección o donación de sangre o productos sanguíneos, excepto para la donación autóloga en previsión de servicios programados donde la probabilidad de pérdida excesiva de sangre es tal que la transfusión es un complemento esperado de la cirugía;
- administración de sangre con el fin de mejorar la condición física;
- los costos de inmunizaciones o medicamentos para viajar, o para proteger contra riesgos y riesgos ocupacionales;
- cosméticos, suplementos dietéticos y ayudas para la salud y la belleza;
- todos los suplementos y fórmulas nutricionales;
- cirugía estética o terapia, excepto para corregir defectos causados por una lesión o enfermedad traumática, tales como cirugía de mama después de una mastectomía o lumpectomía (cirugía estética o terapia se define como cirugía o terapia realizada para mejorar o alterar la apariencia o la autoestima o para tratar la sintomatología psicológica o quejas sicosociales relacionadas con la apariencia de uno);
- los siguientes servicios están excluidos de la cobertura independientemente de las indicaciones clínicas: Cirugías macromastia o ginecomastia, acupresión, terapia

craneosacral/craneal, terapia de baile, terapia de movimiento, kinesiología aplicada, rolfing, proloterapia y litotricia de ondas de choque extracorpóreas para afecciones musculoesqueléticas y ortopédicas;

- a menos que se cubra lo contrario como un beneficio básico: informes, evaluaciones, exámenes físicos u hospitalización no requeridos por razones de salud, incluyendo, pero no limitado a empleo, seguro o licencias gubernamentales, y evaluaciones ordenadas por la corte, forenses o de custodia;
- el tratamiento u hospitalización ordenados por la corte, a menos que dicho tratamiento esté siendo buscado por un médico Dentro de la Red, es médicamente necesario y está cubierto en otra parte de este SPD;
- cargos por tratamiento dental de los dientes, encías o estructuras que soportan directamente los dientes, incluyendo radiografías dentales, exámenes, reparaciones, ortodoncia, periodoncia, yesos, férulas y servicios para la maloclusión dental, para cualquier condición; con excepción de los niños y de la atención dental limitada prevista en otras partes del presente SPD;
- salas privadas de hospital y/o enfermería de servicio privado, excepto en los previstos en otras partes de este SPD;
- los gastos ocasionados por el tratamiento médico cuando el Fondo primario deniega el pago porque no se recibió el pago de un Participante del Fondo primario;
- servicios para o en conexión con una lesión o enfermedad que surja de, o en el curso de, cualquier empleo con fines de lucro o salario;
- admisiones u hospitalizaciones continuas principalmente para cualquiera de los siguientes: diagnóstico, terapia física, terapia de rayos X, terapia de radio, transfusiones para sangre o plasma sanguíneo, atención custodia, atención de convalecientes o cura de reposo;
- cuidados de enfermería prestados por usted o su Cónyuge, o un hijo, hermano, hermana o padre de usted;
- los servicios, suministros y equipos prestados en relación con la esterilización electiva, salvo los previstos específicamente en otras partes del presente SPD;
- pruebas para determinar la compatibilidad de un donante, salvo en los previstos específicamente en otras partes de este SPD;
- servicios, suministros y equipos proporcionados al donante de un órgano para trasplante, a menos que tanto el donante como el receptor sean participantes y miembros de la misma familia inmediata;
- servicios de infertilidad, medicamentos para la infertilidad, programas de tratamiento quirúrgico o médico para la infertilidad, incluida la fertilización in vitro, la transferencia intrafalopía de gametos (GIFT), la transferencia intrafalopía de cigoto (ZIFT), las variaciones de estos procedimientos, cualquier costo asociado con la recolección, lavado, preparación o almacenamiento de espermatozoides para inseminación artificial (incluidos los honorarios de donantes) y criopreservación de espermatozoides y óvulos de donantes;
- cualquier servicio, suministro, medicamento o medicamento para el tratamiento de la disfunción sexual masculina o femenina, como, entre otros, el tratamiento de la disfunción eréctil (incluidos, entre otros, los implantes de pene), la anorgasmia y la eyaculación precoz;

- servicios, suministros y equipos proporcionados en relación con una operación de cambio de sexo, incluido el asesoramiento médico o psicológico y la terapia hormonal en preparación para, o con posterioridad a, cualquier operación de este tipo;
- atención médica y hospitalaria y costos para el bebé de un Dependiente, a menos que este niño sea elegible para la cobertura bajo el Fondo;
- excepto según lo dispuesto expresamente en este SPD, asesoramiento no médico o servicios auxiliares, incluidos, entre otros, servicios de custodia, educación, capacitación, rehabilitación vocacional, capacitación conductual, biorretroalimentación, neuroretroalimentación, hipnosis, terapia del sueño, asesoramiento laboral, regreso a la escuela, servicios de regreso al trabajo, programas de endurecimiento de palabras, seguridad vial y servicios, capacitación, terapia educativa u otros servicios auxiliares no médicos para discapacidades de aprendizaje, retrasos en el desarrollo, autismo o retraso mental;
- terapia o tratamiento destinado principalmente a mejorar o mantener la condición física general o con el propósito de mejorar el rendimiento laboral, escolar, deportivo o recreativo, incluyendo, pero no limitado a la atención de rutina, a largo plazo o de mantenimiento que se proporciona después de la resolución del problema médico agudo y cuando no se espera una mejora terapéutica significativa;
- suministros médicos consumibles distintos de los suministros de ostomía y catéteres urinarios; los suministros excluidos incluyen, entre otros, vendajes y otros suministros médicos desechables, preparaciones para la piel y tiras reactivas, excepto en los previstos en otras partes de este SPD;
- artículos personales o de comodidad, como equipos de cuidado personal proporcionados al ingreso a un hospital, televisión, teléfono, fotografías de bebés recién nacidos, comidas de cortesía, anuncios de nacimiento y otros artículos que no son para el tratamiento específico de enfermedad o lesión;
- ayudas artificiales, incluyendo, pero no limitado a zapatos ortopédicos correctivos, soportes de arco, medias elásticas, cinturones de liga, corsés, dentaduras postizas y pelucas;
- ayudas o dispositivos que ayudan con las comunicaciones no verbales, incluyendo, pero no limitado a tableros de comunicación, dispositivos de voz pregrabados, computadoras portátiles, computadoras de escritorio, asistentes digitales personales (PDA), máquinas de escribir Braille, sistemas de alerta visual para sordos y libros de memoria; y
- otras exclusiones enumeradas en el presente SPD.

ATENCIÓN PREVENTIVA Y OTROS BENEFICIOS MÉDICOS

Visitas al Consultorio

El Fondo cubre las visitas al consultorio de los médicos y especialistas.

Cuidado de la Mujer Sana

El Fondo cubre un examen de mujer sana por un período de 12-meses.

Examen Físico Anual

El Fondo cubre un examen rutinario de mantenimiento de la salud por un período de 12 meses. La cobertura incluye un examen físico y un control de signos vitales, procedimientos de laboratorio de detección seleccionados que incluyen un perfil químico, hemograma completo o cualquiera de sus componentes, análisis de orina, pruebas de colesterol, examen ginecológico de rutina y prueba de papanicolaou, y exámenes de detección de cáncer de próstata. El Fondo también cubrirá las radiografías de tórax, el electrocardiograma y la prueba de función pulmonar si se realizan en el consultorio del médico y son facturados por el consultorio del médico.

Vacunas

El Fondo cubre todas las vacunas necesarias. El Fondo también cubre las visitas al consultorio para una vacuna si se cobran por separado.

Radioterapia

El Fondo cubre la terapia de rayos X profunda y el componente de los cargos del médico. Los cargos hospitalarios por el uso del componente técnico se pagarán sobre la misma base que para la terapia Dentro de la Red.

Diálisis

El Fondo cubre los beneficios de diálisis hasta que usted sea elegible para dicha cobertura bajo Medicare. La cobertura incluye hemodiálisis y diálisis peritoneal durante una hospitalización. La diálisis ambulatoria está cubierta de la siguiente manera:

- Cobertura en el hogar – Todos los suministros apropiados y necesarios requeridos para el tratamiento de diálisis en el hogar, así como el alquiler de equipos;
- Cobertura en un hospital o centro independiente – Tratamiento necesario si el programa de diálisis del centro es aprobado por las autoridades gubernamentales correspondientes.

Atención Médica en el Hogar

Los cargos hechos para servicios del cuidado en el hogar que requieren la atención especializada están cubiertos si usted no puede obtener los servicios requeridos como paciente ambulatorio, y no requieren el confinamiento en un hospital u otra instalación del cuidado de la salud.

Los servicios del cuidado de la salud se proporcionan sólo si Meritain Health ha determinado que el hogar es un entorno médicamente apropiado. Si usted es un menor de edad o un adulto que necesita a otros para el cuidado no calificado y / o servicios custodio (por *ejemplo*, bañarse, comer, ir al baño), los servicios del cuidado de la salud se proporcionarán para usted sólo durante los momentos en que hay un miembro de la familia o cuidador presente en el hogar para satisfacer sus necesidades de cuidado no calificado y / o servicio custodio.

Los servicios del cuidado de la salud calificados son aquellos que pueden prestarse durante las visitas de otros Profesionales del Cuidado de la Salud. Los servicios de un asistente de atención médica en el hogar están cubiertos cuando se prestan en apoyo directo de los servicios de atención médica calificados proporcionados por otros profesionales de atención médica. Una visita se define como un período de 2 horas o menos. Los ancianos están sujetos a un máximo de 16 horas en total por día. Los suministros médicos consumibles necesarios y la terapia de infusión en el hogar administrada o utilizada por otros profesionales de la salud para proporcionar los servicios del cuidado de la salud están cubiertos. Los servicios del cuidado en el hogar de la salud no incluyen los servicios de una persona que es un miembro de su familia o un Dependiente de la familia que normalmente reside en su casa o la casa de su Dependiente, incluso si esa persona es otro profesional de la salud. Los servicios de enfermería especializada o los servicios de enfermería de servicio privado proporcionados en el hogar están sujetos a los términos, condiciones y limitaciones de beneficios de atención médica en el hogar. Los servicios de terapias físicas, ocupacionales y de otro tipo rehabilitaría a corto plazo que se prestan en el hogar no están sujetos a las limitaciones de los beneficios en la lista beneficios, pero están sujetas a las limitaciones de los beneficios descritos en la lista beneficios.

El cuidado de la salud en el hogar está sujeto a un mínimo de 40 días por año del Fondo.

Se requiere Autorización Previa.

Atención en Centros de Enfermería Especializada

El Fondo cubre hasta 60 días de hospitalización en una instalación del cuidado especializado por cada año del Fondo cuando un médico determina que el cuidado es "Medicamento Necesario."

La estancia en la instalación de enfermería especializada debe ser inmediatamente después de un Confinamiento en un Hospital para una enfermedad grave.

Se requiere Autorización Previa.

Una instalación de enfermería especializada es una institución autorizada (que no sea un hospital) que se especializa en:

- Rehabilitación física para hospitalizado o
- Enfermería especializada y atención médica para hospitalizado, pero sólo si dicha institución mantiene en los locales todas las facilidades necesarias para el tratamiento médico, proporciona dicho tratamiento para la compensación bajo la supervisión de los médicos, y provee servicios de enfermería.

Exclusiones para la Atención en Centros de Enfermería Especializada

Además de las exclusiones generales del Fondo, las siguientes no están cubiertas por el beneficio de atención en un centro de enfermería especializada:

- beneficios por enfermedad o accidente relacionado con el empleo;

- cualquier servicio prestado por una persona que es un miembro de la familia del paciente o que normalmente vive con el paciente; y
- servicios para cualquier enfermedad que no esté cubierta por las condiciones del Fondo.

Cuidados para Enfermos Terminales

El Cuidado en Hospicio cubre los servicios proporcionados a una persona que ha sido diagnosticada como que tiene seis meses o menos para vivir debido a una enfermedad terminal. Se proporcionan los siguientes datos:

- La facilidad de hospicio para cama & alojamiento y servicios y suministros;
- La facilidad de hospicio para los servicios prestados de forma ambulatoria;
- Médico para servicios profesionales;
- Psicólogo, trabajador social, consejero de la familia o ministro ordenado para el asesoramiento individual y familiar;
- Tratamiento para el alivio del dolor, incluyendo drogas, medicinas, y suministros médicos;
- Otras Facilidades para el Cuidado de la Salud para:
 - Atención de enfermería especializada intermitente por o bajo la supervisión de una enfermera;
 - Servicios a tiempo parcial o intermitentes de otro profesional de la salud;
- Fisioterapia, ocupacional y del habla;
- Suministros médicos, tales como medicamentos y medicamentos dispensados legalmente sólo con la prescripción escrita de un médico;
- Los servicios de laboratorio, pero sólo en la medida en que tales cargos hubieran sido pagaderos en virtud de la póliza si la persona hubiera permanecido o sido internada en un hospital u hospicio; y
- Consejería de duelo para los sobrevivientes.

Los cuidados para enfermos terminales no incluyen cargos:

- Para los servicios de una persona que es un miembro de su familia o la familia de su Dependiente o que normalmente reside en su casa o la casa de su Dependiente;
- Durante cualquier período en el que usted o su Dependiente no estén bajo el cuidado de un médico;
- En el caso de los servicios o suministros no enumerados en programa del cuidado en hospicio;
- Para cualquier procedimiento curativo o que prolongue la vida;
- En la medida en que otros beneficios sean pagaderos por esos gastos bajo el Fondo;
- Para servicios o suministros que son principalmente para ayudarle a usted o a su Dependiente en la vida diaria.

Se requiere Autorización Previa.

Una facilidad de hospicio es una institución o parte de ella que:

- Proporciona sobre todo el cuidado para pacientes con enfermedad terminal;
- Está acreditado por la Organización Nacional de Hospicios;
- Cumple con los estándares establecidos por Meritain Health; y
- Cumple con los requisitos de licencia del estado o localidad en la que opera.

Se considerará que existe una enfermedad terminal si una persona se enferma terminalmente con un pronóstico de seis meses o menos para vivir, según lo diagnosticado por un médico.

Servicio de Enfermera Visitante

El Fondo cubre los servicios de asistencia médica prestados por enfermeras prácticas registradas y autorizadas, para hasta 40 visitas ambulatorias y 30 días de hospitalización por año del Fondo. La cobertura incluye los servicios de asistentes de salud en el hogar certificados.

Se requiere Autorización Previa.

Terapia de Inyección

El Fondo cubre las inyecciones a las articulaciones y el costo de los medicamentos sujetos a un copago de \$50. La cobertura no incluye:

- visitas para inyecciones de hígado, hierro y vitamina B-12 para la anemia secundaria;
- inyecciones de hormonas para la menopausia; y
- inyecciones para otros medicamentos no específicos, como penicilina y otros antibióticos.

Trastornos Rutinarios del pie – Servicios Podológicos

El Fondo cubre un máximo de 25 visitas cada año del Fondo para los servicios podológicos. Medicamento Necesarios relacionados con los trastornos rutinarios del pie, incluidos los servicios para los tratamientos derivados de la diabetes. Los servicios cubiertos incluyen tratamiento para callos, juanetes, callosidades, uñas de los pies, pies planos, tobillos caídos, pies débiles, tensión crónica en los pies o problemas sistemáticos en los pies.

Se requiere Autorización Previa sólo para la cirugía en Hospital.

Servicios de Terapia de Rehabilitación a Corto Plazo - Terapia y Sicoterapia para Pacientes Ambulatorios de Rehabilitación Física, Ocupacional, Cognitiva, Del habla, Pulmonar y Cardíaca

El Fondo cubre un máximo de 60 días de servicios de terapia rehabilitaría a corto plazo cada año del Fondo para todas las terapias combinadas (los servicios Dentro de la Red y Fura de la Red combinados). Los días de terapia proporcionados como parte del cuidado de salud en el hogar aprobado del plan acumulado al máximo de terapia de rehabilitación a corto plazo.

Se requiere Autorización Previa.

El Fondo cubre la terapia a corto plazo que forma parte de un programa de rehabilitación o rehabilitación, que incluye terapia física, del habla, ocupacional, cognitiva, osteopática, manipuladora, rehabilitación cardíaca y de rehabilitación pulmonar, cuando se proporciona en el entorno médicamente más apropiado. Los servicios a corto plazo múltiples de la terapia del paciente no internado proporcionados en el mismo día constituyen un día de servicio. Se aplicará un pago separado a los servicios prestados por cada proveedor. Los servicios que son proporcionados por médico quiropráctico no se cubren como terapia rehabilitadora a corto plazo.

La terapia ocupacional sólo está cubierta si se proporciona únicamente con el fin de permitir a las personas realizar las actividades de la vida diaria debido a una lesión o enfermedad. El Fondo cubre el tratamiento por parte de un logopeda cuando lo solicite un médico legalmente calificado para restaurar la pérdida del habla, para corregir el deterioro debido a un defecto congénito por el que se ha realizado una cirugía correctiva, o para un accidente o nojal (excepto para un trastorno neurológico funcional).

Beneficios de Audición

El Fondo cubre las evaluaciones de la audición realizadas por un audiólogo y los audífonos prescritos por los médicos legalmente calificados. El Fondo cubre un máximo de \$1,000 cada tres (3) Años del Fondo para la compra y el ajuste de un audífono.

La reparación y el mantenimiento no están cubiertos.

Equipo Médico Duradero

El Fondo cubre los cargos realizados por la compra o alquiler de equipo médico duradero que es ordenado o prescrito por un médico y proporcionado por un proveedor aprobado por Meritain Health para su uso fuera de un hospital u otro centro de atención médica. La cobertura para la reparación, el reemplazo o el duplicado del equipo se proporciona solo cuando sea necesario debido a un cambio anatómico y / o un desgaste razonable. Todos los mantenimientos y reparaciones que resulten de su mal uso son su responsabilidad. La cobertura para equipos médicos duraderos se limita a la alternativa de menor costo según lo determinado por el médico de revisión de utilización.

Se requiere autorización previa para equipos médicos duraderos que cuestan \$500 o más. El equipo médico duradero se define como artículos que están diseñados para y capaces de soportar el uso repetido por más de una persona, habitualmente sirven para un propósito médico, generalmente no son útiles en ausencia de lesiones o enfermedades, son apropiados para su uso en el hogar, y no son desechables. Dicho equipo incluye, pero no se limita a, muletas, camas de hospital, respiradores, sillas de ruedas y máquinas de diálisis.

Los artículos de equipos médicos duraderos que no están cubiertos incluyen, pero no se limitan a:

- **Artículos Relacionados de Cama:** bandejas de cama, mesas sobre la cama, cuñas de cama, almohadas, equipos de dormitorio personalizados y colchones, incluidos colchones no mecánicos, colchones personalizados y colchones posturales;
- **Artículos Relacionados con el Baño:** ascensores de baño, bañeras de hidromasaje no portables, rieles de bañera, rieles de inodoro, asientos de inodoro elevados, bancos de baño, taburetes de baño, duchas de mano, baños de parafina, bañeras y spas;
- **Sillas, Ascensores y Dispositivos de Pie:** sistemas de movilidad computarizados o giroscópicos, rollo sobre sillas, sillas geriátricas, sillas de cadera, ascensores de asiento (mecánicos o motorizados), ascensores para pacientes (mecánicos o motorizados – ascensores hidráulicos manuales están cubiertos si el paciente es transferido por dos personas), y sillas de inclinación automática;
- **Accesorios para Bienes Inmuebles:** Ascensores de Techo y Rampas para sillas de ruedas;
- **Modificaciones de automóviles / furgonetas;**
- **Artículos de calidad del aire:** humidificadores de habitación, vaporizadores, purificadores de aire y máquinas electrostáticas;
- **Artículos Relacionados con la Sangre /Inyección:** manguños para la presión arterial, centrifugadoras, plumas nova e inyectores sin agujas; y
- **Otros Equipos:** lámparas de calor, almohadillas de calor, crio unidades, máquinas de crioterapia, unidades de terapia electrónicamente controlada, gabinetes ultravioletas, almohadillas y botas de piel de oveja, tablero de drenaje postural, adaptadores AC /DC, alarmas de enuresis, equipos magnéticos, balanzas (bebé y adulto), planeadores de escaleras, ascensores, saunas, cualquier equipo de ejercicio y máquinas de diatermia.

Dispositivos y Aparatos Protésicos Externos

El Fondo cubre los cargos por la compra inicial y la instalación de aparatos y dispositivos protésicos externos disponibles sólo con receta médica que son necesarios para el alivio o corrección de lesiones, enfermedades o defectos congénitos y son ordenados por su médico. La cobertura de aparatos protésicos externos se limita a la alternativa más apropiada y rentable según lo determinado por la revisión de la utilización médica.

Los aparatos y dispositivos protésicos externos incluyen prótesis/aparatos y dispositivos protésicos, órtesis y dispositivos ortopédicos, aparatos ortopédicos y tablillas.

Equipo y Suministros para la Lactancia Materna

El Fondo cubre el equipo y los suministros de lactancia Dentro de la Red. La cobertura se limita al alquiler de un sacaleches por nacimiento según lo ordenado o prescrito por un médico. La cobertura incluye suministros relacionados.

Suministros para Diabéticos

El Fondo cubre lancetas, tiras reactivas de glucosa y medidores.

Beneficios de TMJ

El Fondo cubre tanto los servicios para pacientes hospitalizados como los ambulatorios, así como los servicios quirúrgicos y no quirúrgicos. Se excluyen los aparatos y el tratamiento de ortodoncia. La cobertura de los servicios TJM está sujeta a la necesidad médica.

Beneficios de Planificación Familiar

El Fondo cubre tanto los servicios para pacientes hospitalizados como los ambulatorios. Para las mujeres, el Fondo cubre los servicios quirúrgicos, como la ligadura de trompas, y los dispositivos anticonceptivos (por ejemplo, Depo-Provera y dispositivos intrauterinos ("DIU")) según lo ordenado o prescrito por un médico. Los diafragmas también están cubiertos cuando los servicios se proporcionan en el consultorio del médico. Para los hombres, el Fondo cubre servicios quirúrgicos como la vasectomía.

Beneficios de la Cirugía Bariátrica

El Fondo cubre tanto la cirugía bariátrica para pacientes hospitalizados como para pacientes ambulatorios. La cobertura está sujeta a la Necesidad Médica y las guías clínicas y se limita al tratamiento de la obesidad clínicamente grave, según lo definido por el índice de masa corporal.

Beneficios del Trasplante de Órganos

El Fondo cubre tanto los servicios de trasplante para pacientes hospitalizados como los ambulatorios. El programa Aetna Institute of Excellence (IOE) ofrece una red de instalaciones participantes para servicios de trasplante de órganos que puede utilizar. Si utiliza una instalación Dentro de la Red que ha sido aprobada por Aetna para el tipo de trasplante que necesita, solo será responsable de sus Copagos. También puede usar un centro o proveedor Fuera de la Red para servicios de trasplante de órganos. Si usted usa un centro o proveedor Fuera de la Red, el Fondo cubrirá un porcentaje del Cargo Máximo Reembolsable por los servicios Médicamente Necesarios que reciba después de satisfacer su Deducible y usted será responsable de todos los Coseguros y montos facturados por el proveedor o instalación que excedan la cantidad pagadera por el Fondo.

Se requiere Autorización Previa para todos los servicios de trasplante de órganos.

Gastos Cubiertos de Trasplante

El Fondo pagará los gastos de trasplante cubiertos conforme a las condiciones del Fondo. Estos gastos incluyen los siguientes:

- Cargos por activar el proceso de búsqueda de donantes con los registros nacionales;
- Pruebas de compatibilidad de posibles donantes de órganos que son familiares inmediatos. A los efectos de esta sección, un miembro de la familia "inmediata" se define

como un pariente biológico de primer grado. Estos son sus padres biológicos, hermanos e hijos;

- Gastos de hospitalización y ambulatorios directamente relacionados con un trasplante;
- Cargos hechos por un médico o un equipo de trasplantes;
- Cargos hechos por un hospital, centro ambulatorio o médico por los gastos médicos y quirúrgicos de un donante vivo, pero solo en la medida en que esto no esté cubierto por otro plan o programa; y
- Suministros y servicios relacionados proporcionados durante el proceso de trasplante. Estos servicios y suministros pueden incluir terapia física, del habla y ocupacional; biomédicos e inmunosupresores; gastos de atención médica en el hogar y servicios de infusión en el hogar.

La cobertura de trasplante no incluye cargos por lo siguiente:

- Medicamentos ambulatorios, incluidos los biomédicos e inmunosupresores no expresamente relacionados con un trasplante ambulatorio;
- Servicios y suministros prestados a un donante, a menos que tanto el donante como el receptor estén cubiertos por el Fondo;
- Terapia de infusión en el hogar después de la ocurrencia del trasplante;
- Colectar o almacenamiento de órganos sin la expectativa de trasplante inmediato para una enfermedad existente;
- Trasplantes de córnea o cartílago.

Gastos de Viaje y Alojamiento (solo Dentro de la Red)

Los gastos de viaje y alojamiento estarán cubiertos en una instalación Dentro de la Red que está a más de 100 millas de distancia de la residencia principal del paciente. La cobertura está limitada a \$10,000 para cualquier trasplante o tipo de procedimiento, incluidos los trasplantes en tándem. Este es un máximo combinado para el paciente, los acompañantes y el donante. Se permite un acompañante por adulto y se permiten 2 padres o tutores por niño.

El viaje se reembolsa entre el hogar del paciente y la instalación para los costos de transporte de ida y vuelta (aire, tren o autobús) (solo clase económica). Si viaja en automóvil a la instalación, el millaje, el estacionamiento y el costo del peaje serán reembolsados según las pautas del IRS.

El reembolso de los gastos incurridos por el paciente y cualquier acompañante por el alojamiento en un hotel fuera de casa se reembolsa a una tasa de \$50 por noche por persona, hasta un máximo de \$100 por noche.

Se requiere Autorización Previa.

Beneficios Limitados de Atención Dental

El Fondo cubre tanto los servicios para pacientes hospitalizados como los ambulatorios. La cobertura se limita a los cargos por servicios o suministros proporcionados o en relación con una lesión accidental a dientes naturales sanos proporcionados en un curso continuo de tratamiento iniciado dentro de los seis (6) meses del accidente. Los "dientes naturales sanos" se definen como dientes naturales que están libres de caries clínica activa, tienen al menos un 50% de soporte óseo y son funcionales en el arco.

Beneficios Adicionales para Pacientes Ambulatorios

Los siguientes beneficios también están disponibles bajo el Fondo sujeto a cualquier gasto de bolsillo aplicable que usted esté obligado a pagar:

- Sangre y plasmas sanguíneos, apósitos quirúrgicos, yesos, cerchas, pulmón de hierro, oxígeno y alquiler de equipos para su administración;
- Tratamiento del radio y de los isótopos radiactivos; y
- Ayuda sanitaria autorizada del estado donde se presta el servicio.

Centro para Paciente Externo/Ambulatorio

Para un quirófano o centro ambulatorio que no sea un hospital, se requiere Autorización Previa.

Salud Mental y Beneficios de Abuso de Sustancias

Beneficios para la Salud Mental

Los servicios mentales son servicios que se requieren para tratar un trastorno que perjudica el comportamiento, la reacción emocional o los procesos de pensamiento.

El Fondo se ha asociado con D.J. O'Grady para ayudarle a usted y a sus Dependientes a encontrar y obtener tratamiento de un centro o proveedor de salud mental apropiado y acreditado que estará cubierto por el Fondo como "Dentro de la Red". Esto significa que solo tendrá que pagar su copago. Usted no será responsable del coseguro, deducibles o "facturación de saldo" (montos que un proveedor cobra que exceden su cobertura y son pagaderos por usted). Si decide trabajar con D.J. O'Grady, D.J. O'Grady le proporcionará orientación, educación y apoyo durante y después de su tratamiento. Puede comunicarse con D.J. O'Grady llamando al (212) 206-7898.

Usted no está obligado a utilizar los servicios de D.J. O'Grady para obtener tratamiento de salud mental. Si decide no utilizar D.J. O'Grady, el Fondo cubrirá un porcentaje del cargo máximo reembolsable por los servicios Medicamento Necesarios que reciba después de que satisfaga su Deductible y usted será responsable de todos los Coseguros y cantidades facturadas por el proveedor o instalación que excedan la cantidad pagadera por el Fondo.

Se requiere Autorización Previa y RSC para todos los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados. Para obtener Autorización Previa o un Revisión de Estadía Continuada, por favor llame a DJ O'Grady al (212) 206-7898. DJ O'Grady realiza la Autorización Previa y Revisión de Estadía Continuada para todos los servicios Dentro y Fuera de la Red.

Si una admisión a un centro de salud mental es de emergencia, usted o su Dependiente no tienen que obtener la Autorización Previa. Sin embargo, usted o alguien que actúe en su nombre (o su Dependiente o alguien que actúe en su nombre), debe comunicarse con D.J. O'Grady y obtener autorización para la estadía dentro de las 48 horas posteriores a su ingreso.

Servicios de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados

Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen servicios que son prestados por un hospital mientras usted o su Dependiente está internado en un hospital para el tratamiento y la evaluación de la salud mental. Los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados incluyen la hospitalización y la salud mental.

Se requiere Autorización Previa para todos los servicios de hospitalización.

Hospitalización Parcial: las sesiones de hospitalización parcial son servicios que se proporcionan durante no menos de 4 horas y no más de 12 horas en cualquier período de 24 horas. La hospitalización parcial está sujeta al beneficio de salud mental del Fondo para hospitalizados.

Servicios de Tratamiento Residencial de Salud Mental: los servicios de tratamiento residencial de salud mental son servicios prestados por un hospital u otro centro residencial para la evaluación y el tratamiento de los trastornos funcionales psicológicos y sociales que son el resultado de condiciones subagudas. Los servicios de tratamiento residencial de salud mental están sujetos al beneficio de hospitalización del Fondo. Los servicios de tratamiento residencial de salud mental están cubiertos como una hospitalización.

Una institución especializada en el tratamiento de trastornos psicológicos y sociales que son el resultado de condiciones salud mental, proporciona un programa de tratamiento sicoterapéutico subagudo, estructurado y sicoterapéutico bajo la supervisión de médicos, proporciona atención las 24 horas del día, es un centro en el que una persona vive en un entorno abierto y está autorizado de conformidad con las leyes del organismo legalmente autorizado apropiado como centro de tratamiento residencial.

Se considera que una persona está confinada en un centro de tratamiento residencial de salud mental cuando el / ella es un paciente de cama registrado en un centro de tratamiento residencial de salud mental por recomendación de un médico u otro profesional médico.

Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios

Los servicios para pacientes ambulatorios incluyen los servicios de los proveedores que están calificados para tratar a los pacientes con discapacidad cuando el tratamiento se proporciona de

forma ambulatoria mientras usted o su Dependiente no están internados en un hospital, y se prestan en un programa de terapia ambulatorio intensivo de salud mental individual o grupal. Los estudios cubiertos incluyen, entre otros, el tratamiento ambulatorio de afecciones como la ansiedad o la depresión que interviene con el funcionamiento diario, el ajuste emocional o las preocupaciones relacionadas con condiciones crónicas, como la sicosis o la depresión, las reacciones emocionales asociadas con problemas matrimoniales o divorcio, los problemas de conducta de los niños y adolescentes o el control deficiente de los impulsos, los trastornos afectivos o la exacerbación aguda de las condiciones crónicas (intervención en crisis y prevención de recaídas) y las pruebas y evaluaciones ambulatorias.

Un programa de terapia ambulatoria intensiva para la salud mental consiste en distintos niveles o fases de tratamiento que son proporcionados por un programa de salud mental certificado/licenciado. Los programas intensivos proporcionan una combinación de terapia individual, familiar y/o grupal en un día, totalización de nueve o más horas en una semana. El beneficio del programa de terapia ambulatoria intensiva se cubre de la misma manera que las visitas ambulatorias.

Exclusiones de Salud Mental

Las siguientes exclusiones se aplican a la cobertura del Fondo para los servicios de salud:

- Cualquier tratamiento o terapia ordenada por la corte a menos que sea médicamente necesario y esté cubierto de otra manera por el Fondo;
- Tratamiento de trastornos que han sido diagnosticados como trastornos mentales orgánicos asociados con la disfunción permanente del cerebro y que están cubiertos por las disposiciones médicas del Fondo;
- Trastornos del desarrollo del idioma, incluyendo, pero no limitado a, trastornos del desarrollo de la lectura, trastornos del desarrollo aritméticos, trastornos del desarrollo del lenguaje o trastornos del desarrollo de la articulación;
- Asesoramiento para actividades de carácter educativo;
- Asesoramiento para el funcionamiento del límite intelectual;
- Asesoramiento para problemas ocupacionales;
- Asesoramiento relacionado con la sensibilización;
- Asesoramiento vocacional o religioso;
- Pruebas I.Q;
- Cuidado de custodia, incluyendo, pero no limitado a guardería geriátrica;
- Pruebas psicológicas a los niños requeridas por o para un sistema escolar; y
- Programas de terapia ocupacional/recreativa incluso si se combinan con terapia de apoyo para el deterioro cognitivo relacionado con la edad.

Beneficios de Abuso de Sustancias

El Fondo se ha asociado con D.J. O'Grady para ayudarle a usted y a sus Dependientes a encontrar y obtener tratamiento un centro o proveedor de abuso de sustancias apropiado y acreditado que estará cubierto por el Fondo como "Dentro de la Red". Esto significa que solo tendrá que pagar su copago. Usted no será responsable del coseguro, deducibles o "facturación

de saldo" (montos que un proveedor cobra que exceden su cobertura y son pagaderos por usted). Si decide trabajar con D.J. O'Grady, D.J. O'Grady le proporcionará orientación, educación y apoyo durante y después de su tratamiento. Puede comunicarse con D.J. O'Grady llamando al (212) 206-7898.

Usted no está obligado a utilizar los servicios de D.J. O'Grady para obtener tratamiento para el abuso de sustancias. Si decide no utilizar D.J. O'Grady, el Fondo cubrirá un porcentaje del cargo máximo reembolsable por los servicios Medicamento Necesarios que reciba después de que satisfaga su Deductible y usted será responsable de todos los coseguros y cantidades facturadas por el proveedor o instalación que excedan la cantidad pagadera por el Fondo.

Se requiere Autorización Previa y CSR para todos los servicios de hospitalización. Para obtener Autorización Previa o la Revisión de la Estadía Continuada, por favor llame a DJ O'Grady al (212) 206-7898. DJ O'Grady realiza la Autorización Previa y la Revisión de la Estadía Continuada para los servicios Dentro y Fuera de la Red.

Si una admisión a un centro es de emergencia, usted o su Dependiente no tienen que obtener la Autorización Previa. Sin embargo, usted o alguien que actúe en su nombre (o su Dependiente o alguien que actúe en su nombre), debe comunicarse con D.J. O'Grady y obtener autorización para la estadía dentro de las 48 horas posteriores a su ingreso.

Servicios de Abuso de Sustancias para Pacientes Hospitalizados

Los servicios para pacientes hospitalizados son servicios prestados para la rehabilitación mientras usted o su Dependiente están internados en un hospital, cuando sea necesario para el diagnóstico y tratamiento del abuso o la adicción al alcohol y/ o las drogas. Los servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados incluyen sesiones de hospitalización parcial y sesiones de tratamiento residencial de abuso de sustancias.

Se requiere Autorización Previa para todos los servicios de hospitalización.

Hospitalización parcial: las secciones de hospitalización parcial son servicios que se proporcionan durante no menos de 4 horas y no más de 12 horas en cualquier período de 24 horas. La hospitalización parcial está sujeta al beneficio de servicio de hospitalización del Fondo.

Servicios de Tratamiento Residencial de Abuso de Sustancias: los servicios de tratamiento residencial de abuso de sustancias son servicios prestados por un hospital para la evaluación y el tratamiento de las alteraciones funcionales psicológicas y sociales que son el resultado de condiciones de funcionamiento subagudo. Los servicios de tratamiento residencial para el abuso de sustancias están sujetos al beneficio de servicios de hospitalización del Fondo. Los servicios de tratamiento residencial de abuso de sustancias están cubiertos como hospitalizaciones.

Un centro de tratamiento residencial de abuso de sustancia significa una institución que se especializa en el tratamiento de disturbios psicológicos y sociales que son el resultado del abuso de sustancias, proporciona un programa de tratamiento subagudo, estructurado, sicoterapéutico

bajo la supervisión de médicos, proporciona atención de 24 horas en el que una persona vive en un entorno abierto y está autorizado de acuerdo con las leyes de la agencia legalmente autorizada apropiada como un centro de tratamiento residencial.

Una persona se considera Confinada en un centro de tratamiento residencial de abuso de sustancias cuando ella / él es un paciente de cama registrado en un centro de tratamiento residencial de abuso de sustancias por recomendación de un médico.

Servicios Ambulatorios de Abuso de Sustancias

Los servicios ambulatorios incluyen servicios prestados para el diagnóstico y tratamiento del abuso o la adicción al alcohol y/o a las drogas mientras usted o su Dependiente no están internados en un hospital, incluida la rehabilitación ambulatoria en un individuo o un programa de terapia ambulatoria intensiva para el abuso de sustancia.

Un programa de terapia ambulatoria intensiva por abuso de sustancias consiste en distintos niveles o fases de tratamiento que son proveídos por un programa certificado / con licencia para el abuso de sustancia. Los programas intensivos de terapia ambulatoria proporcionan una combinación de terapia individual, familiar y/o grupal diaria, totalizando nueve o más horas en una semana. El beneficio del programa de terapia ambulatoria se cubre de la misma manera que las visitas ambulatorias para abuso de sustancias.

Servicios de Desintoxicación por Abuso de Sustancias: la desintoxicación y los servicios auxiliares médicos relacionados se proporcionan cuando es necesario para el diagnóstico y tratamiento de la adicción al alcohol y / o las drogas.

Exclusiones de abuso de sustancias

El Fondo no cubre los siguientes servicios para el abuso de sustancias:

- Cualquier tratamiento o terapia ordenada por la corte a menos que sea Medicamento Necesario y esté cubierto de otra manera por el Fondo;
- Trastornos del desarrollo, incluidos, entre otros, trastornos del desarrollo y la lectura, trastornos del desarrollo aritméticos, trastornos del desarrollo del lenguaje o trastornos del desarrollo de la articulación;
- Asesoramiento para actividades de carácter educativo;
- Asesoramiento para el funcionamiento limite intelectual;
- Asesoramiento para problemas ocupacionales;
- Asesoramiento relacionado con la sensibilización;
- Asesoramiento vocacional o religioso;
- Pruebas I.Q;
- Cuidado de custodia, incluyendo, pero no limitado a guardería geriátrica;
- Pruebas psicológicas a los niños requeridas por o para un sistema escolar; y
- Programas de terapia ocupacional/recreativa incluso si se combinan con terapia de apoyo para el deterioro cognitivo relacionado con la edad.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Cómo Funciona el Beneficio de Medicamentos Recetados

El Fondo proporciona cobertura a través de OptumRx para medicamentos recetados comprados en una Farmacia Participante o a través del programa de pedidos por correo OptumRx. La cobertura depende de la opción que utilice. En la tabla siguiente se resumen estos beneficios.

Recetas de una Farmacia Participante (hasta 30 días de suministro)	Lo que usted paga
Medicamentos genéricos	\$25 de Copago
Medicamentos de marca cuando no hay equivalentes genéricos disponibles	\$25 de Copago
Medicamentos de marca cuando hay equivalentes genéricos disponibles	\$25 de Copago, más la diferencia de costo entre la marca de nombre y genérico
Medicamentos inyectables	\$50 de Copago

¿Qué tipos de medicamentos recetados están cubiertos?

Recetas a través del Programa de Pedidos por Correo (hasta 90 días de suministro)	Lo que usted paga
Medicamentos genéricos	\$35 de Copago
Medicamentos de marca cuando no hay equivalentes genéricos disponibles	\$35 de Copago
Medicamentos de marca cuando hay equivalentes genéricos disponibles	\$35 de Copago, más diferencia de costo entre la marca de nombre y genérico
Medicamentos inyectables	\$50 de Copago

Los medicamentos cubiertos incluyen todos los medicamentos de leyes federales o estatales, así como la insulina. Las jeringas de insulina, lancetas y las tiras reactivas se cubren solo a través de un pedido por correo. Hay limitaciones de cantidad en ciertos medicamentos para el tratamiento de la impotencia, dolores de cabeza migraña, el asma y las alergias.

Política Genérica Obligatoria

El Fondo tiene una política genérica obligatoria, lo que significa que si usted solicita un medicamento de marca cuando un equivalente genérico está disponible, usted será responsable de la diferencia de precio entre la marca y el genérico, más el Copago aplicable.

Pedido por Correo Obligatorio para Medicamentos de Mantenimiento

La opción de pedido por correo debe usarse para los medicamentos que usted toma de manera regular o a largo plazo (llamados "medicamentos de mantenimiento"). Se le permite surtir su

receta inicial y obtener una recarga adicional en una Farmacia al por menor. Después de estos dos rellenos iniciales, debe usar la Farmacia por correo para surtir su receta.

Si pierde su tarjeta de identificación OptumRx, debe llamar a la oficina del Fondo al (718) 859-1624, (718) 842-1212 o (732) 882-1901 para obtener una tarjeta de reemplazo.

Recargas de Pedidos por Correo

Las recargas de medicamentos recetados no se envían automáticamente. Debe completar el formulario de recarga incluido con cada envío de OptumRx y enviarlo con la información de su cheque o tarjeta de crédito en el correo proporcionado. También puede llamar con su solicitud de recarga llamando al 800-797-9791 o visitando el sitio web en, www.optumrx.com. Su pedido será retenido si su saldo adeudado excede \$50. Usted debe permitir dos semanas para el tiempo de entrega.

Exclusiones y Limitaciones de Medicamentos Recetados

El Fondo no cubre los siguientes artículos:

- vitaminas sin receta;
- tratamientos dentales;
- píldoras de dieta;
- complementos alimenticios;
- bebidas proteicas;
- tratamientos de fertilidad;
- medicamentos utilizados con fines cosméticos;
- artículos de venta libre, tales como remedios antigripales y vendajes para heridas;
- medicamentos o las drogas que no son Medicamento Necesarios;
- medicamentos o medicamentos que están cubiertos por, o que deben estar cubiertos por, el seguro de compensación para trabajadores;
- medicamentos o drogas que estén cubiertos por el seguro de automóvil o que deban estar cubiertos por dicho seguro de automóvil; y
- cualquier otro punto enumerado en "Exclusiones, Excepciones y Limitaciones Generales."

Su cobertura de medicamentos recetados también está sujeta a las siguientes limitaciones:

- Las vacunas, las hormonas de crecimiento y algunos tratamientos contra el cáncer requieren una carta de Necesidad Médica.

Reclamos de Beneficios de Medicamentos Recetados

Para obtener información sobre cómo presentar reclamos de medicamentos recetados, consulte la sección llamada "Procedimientos de Reclamos y Apelaciones".

BENEFICIOS DE LA VISIÓN

Los beneficios de la visión descritos en esta sección son administrados por Healthplex, Inc. ("Healthplex"). Usted y, si corresponde, su Dependiente elegible, pueden recibir el pago para beneficios de la vista como se describe a continuación para un examen de la vista y un par de anteojos o lentes de contacto una vez cada doce meses consecutivos, contando desde la última vez que recibió los beneficios de la vista.

Nota: Si utiliza uno de los proveedores de cuidado de la vista en el panel del Fondo, usted recibirá ahorros considerables en comparación con el uso de un proveedor fuera del panel. Puede obtener una lista de proveedores en el panel del Fondo de la Oficina del Fondo.

Cómo Funciona

Puede utilizar cualquier proveedor de su elección. Llame a la Oficina del Fondo para obtener un comprobante óptico si está utilizando un proveedor en los paneles del Fondo. Si no utiliza un proveedor de los paneles del Fondo, se le pedirá que pague el costo total de los servicios y suministros por adelantado, y el Fondo le reembolsará una vez cada período consecutivo de doce meses a partir de la fecha en que recibió el beneficio por servicios de cuidado de la vista por última vez, hasta las siguientes cantidades:

- \$15 para exámenes de la vista
- \$65 para anteojos recetados (lentes y monturas) o hasta \$100 para lentes de contacto recetados.

Solo se le reembolsará hasta las cantidades enumeradas anteriormente. Si su examen, anteojos o contactos cuestan más que la cantidad mencionada anteriormente, usted será responsable de esa cantidad adicional. Para obtener reembolso para los servicios, presente su comprobante completado con el recibo detallado o factura para el servicio de visión y envíelo a Healthplex.

Tenga en cuenta que el tratamiento médico de los ojos y la cirugía realizada en los ojos pueden estar cubiertos por sus beneficios médicos y / o de cirugía. Consulte la sección llamada "Beneficios de Hospital" para obtener más información.

Lo Que No Está Cubierto

El Fondo no ofrece cobertura para lo siguiente:

- anteojos de sol (sencillos o recetados);
- cualquier beneficio cubierto, o requerido para ser cubierto por, o que podría estar cubierto por el seguro de compensación para trabajadores o a través de la ley de seguro "sin culpa" o una ley de automovilista sin seguro u otro seguro de automóvil para tales gastos;
- servicios o beneficios recibidos de agencias federales, estatales o municipales o de la administración del Veterano; y
- cualquier otra exclusión enumerada en "Exclusiones, Excepciones y Limitaciones Generales". "

BENEFICIOS DENTALES

Healthplex proporciona beneficios dentales para usted y, si corresponde, para su Dependiente elegible.

El beneficio dental máximo pagadero por persona por Año del Fondo es de \$2,000. El límite máximo de ortodoncia pagadero por vida es de \$1,650 para un dentista Dentro de la Red o \$1,845 para un dentista Fuera de la Red. La ortodoncia solo está cubierta para niños menores de 19 años.

La cobertura dental limitada es proporcionada por el Fondo a través de los beneficios médicos administrados por Meritain Health. Por favor refiérase a la sección anterior de este SPD que describe esos beneficios para obtener detalles sobre su cobertura. Donde la cobertura es proporcionada por el Fondo a través de Meritain Health, los términos del SPD regirán.

Debe obtener una Autorización Previa para los beneficios dentales proporcionados por Meritain Health.

BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA

Seguro de Vida para Participantes

El Fondo paga una suma global de \$10,000 a su beneficiario designado si usted muere mientras está cubierto por el Fondo. Este seguro se proporciona por la Oficina del Fondo.

Designación de un Beneficiario

Para designar o cambiar a su beneficiario para su beneficio de seguro de vida, debe completar una Tarjeta de Designación de Beneficiario, que está disponible en la Oficina del Fondo.

Si no nombra a un beneficiario, o si la persona que nombra muere antes que usted, el beneficio se pagará a las siguientes personas sobrevivientes en este orden:

- su Cónyuge;
- sus hijos (en partes iguales);
- sus padres (en partes iguales); o
- sus hermanas y hermanos (en partes iguales).

Si usted no designa a un beneficiario y la(s) persona(s) mencionada(s) anteriormente no viven en el momento de su muerte, los beneficios se pagarán a su patrimonio.

Seguro de Vida Dependiente

Si uno de sus Dependientes cubiertos muere mientras está cubierto por el Fondo, recibirá un beneficio de seguro de vida de \$5,000.

Exclusiones y Limitaciones del Seguro de Vida

Las siguientes exclusiones y limitaciones se aplican a los beneficios del seguro de vida:

- Si usted muere y su muerte no se debió únicamente a actos violentos y accidentales, su beneficiario recibirá una suma global bajo el beneficio del seguro de vida, pero no un beneficio por muerte accidental;
- No se pagarán beneficios si la muerte se produce como resultado de la participación en carreras o pruebas de velocidad de Motor;
- No se pagarán beneficios si la muerte ocurre como resultado de su acto violento y / o criminal intencional o suicidio;
- No se pagarán beneficios si la muerte ocurre como resultado de la operación de un vehículo de motor en estado de embriaguez o mientras la capacidad de operar dicho vehículo se ve afectada por el uso de una droga, ya sea legal o de otro tipo;
- No se pagarán beneficios si la muerte ocurre como resultado de cometer un delito grave, o al evitar la aprehensión o arresto legal por un oficial de la ley;
- No se pagarán beneficios si la muerte ocurre como resultado de la operación u ocupación de un vehículo de motor que se sabe que ha sido robado;
- No se pagarán beneficios en caso de fallecimiento como consecuencia de la operación de un vehículo privado como vehículo público o libre; y
- No se pagarán beneficios si se aplica cualquier otra exclusión enumerada en "Exclusiones Generales, Excepciones y Limitaciones".

Reclamos de Beneficios de Seguro de Vida

Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo de seguro de vida, consulte la sección llamada "Procedimientos de Reclamos y Apelaciones".

BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

El Fondo proporciona un beneficio de seguro en caso de su muerte o lesión grave que se produce únicamente a través de medios externo-violentos y accidentales. Este beneficio es adicional a cualquier otro beneficio que usted pueda ser elegible para recibir. La cantidad que recibe como un beneficio de muerte accidental y desmembramiento ("AD&D") se basa en su pérdida específica y en el beneficio por muerte aplicable.

Si su empleador está contribuyendo al nivel más alto en el momento en que los beneficios se pagan de este Fondo, el beneficio máximo es de hasta \$10,000 en caso de una muerte accidental

o desmiembro de las manos, los pies o la vista cuando usted está fuera del trabajo. Si su empleador está contribuyendo a un nivel más bajo, el beneficio máximo es de \$7,000.

Si el accidente resulta en su muerte, el beneficio se paga a su beneficiario designado. Las mismas reglas para designar a un beneficiario que se aplican a un beneficio de seguro de vida se aplican al Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento. Si el accidente resulta en desmembramiento o pérdida de la vista, el beneficio se paga directamente a usted. La cantidad de beneficio se muestra en la tabla a continuación.

Beneficio por pérdida cubierto

Vida	100% de su beneficio máximo
Ambas manos o ambos pies o vista de ambos ojos	100% de su beneficio máximo
Una mano y un pie	100% de su beneficio máximo
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100% de su beneficio máximo
Una mano o un pie	50% de su beneficio máximo
Vista de un ojo	50% de su beneficio máximo

Desmembramiento significa separación de una extremidad o por encima de la muñeca o la articulación del tobillo. Pérdida de la vista significa la pérdida total e irrevocable de la vista.

La pérdida debe haber ocurrido dentro de los noventa (90) días a partir de la fecha del accidente. Además, si un accidente resulta en más de una pérdida, solo se pagará un beneficio. Usted recibirá beneficios por la pérdida que paga el beneficio más grande.

Los beneficios de AD&D cubren solo los accidentes fuera del trabajo y no cubren las pérdidas causadas directa o indirectamente por:

- viajes aéreos en cualquier capacidad que no sea como pasajero que paga tarifas en una aerolínea comercial regular;
- al cometer un delito grave; o
- lesiones por auto destrucción intencional o auto infligidas intencionalmente.

Muerte Accidental y Exclusiones y Limitaciones de Desmembramiento

Las siguientes exclusiones y limitaciones se aplican al beneficio de AD&D:

- En el caso intempestivo de su AD&D, su beneficiario recibirá una suma global bajo un beneficio por muerte accidental, pero no el beneficio del seguro de vida;
- No se pagarán beneficios si su AD&D ocurre como resultado de la participación en carreras de vehículos de motor o pruebas de velocidad;
- No se pagarán beneficios si su AD&D ocurre como resultado de su acto violento y/o criminal intencional o suicidio;

- No se pagarán beneficios si su AD&D ocurre como resultado de la operación de un vehículo de motor en estado de embriaguez o mientras la capacidad de operar dicho vehículo se ve afectada por el uso de una droga, ya sea legal o de otro tipo;
- No se pagarán beneficios si su AD&D ocurre como resultado de cometer un acto que constituye un delito grave, o evitar la aprehensión o arresto legal por parte de un oficial de la ley;
- No se pagarán beneficios si su AD&D ocurre como resultado de la operación u ocupación de un vehículo de motor que se sabe que es robado;
- No se pagarán beneficios si su AD&D se produce como resultado de operar un vehículo privado como un transporte público o libre; y
- No se pagarán beneficios si se aplica cualquier otra exclusión enumerada en "Exclusiones Generales, Excepciones y Limitaciones".

Reclamos de Beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento

Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo de AD&D, consulte la sección llamada "Procedimientos de Reclamos y Apelaciones".

EXCLUSIONES GENERALES, EXCEPCIONES Y LIMITACIONES

El Fondo no proporciona cobertura para todos los gastos relacionados con la salud. Además de las exclusiones ya mencionadas en diversas secciones del SPD, no se pagarán beneficios por lo siguiente:

- gastos de atención que no es Medicamento Necesaria, excepto según lo dispuesto específicamente en este SPD;
- los gastos que han sido pagados que deberían haber sido pagados por otra compañía de seguros (véase la sección "Coordinación de Beneficios");
- gastos por servicios o suministros de los que un tercero pueda ser responsable o que surjan de la negligencia u otro acto ilícito o ilícito de un tercero;
- cargos que no se habrían hecho si la cobertura no existiera o por cargos que ni usted ni ninguno de sus Dependientes están obligados a pagar;
- gastos por servicios o suministros prestados: (i) antes de que el reclamante quedara cubierto por el Fondo, o (ii) después de la fecha en que termine la cobertura del reclamante, excepto en las condiciones descritas en otra parte de este SPD;
- cargos por servicios, tratamiento o suministros que se reciben de un departamento dental o médico patrocinado por o para un empleador, asociación de beneficio mutuo, sindicato, fideicomisario o cualquier persona o grupo similar;
- cargos por servicios o tratamientos en la medida en que la ley o reglamento prohíba al Fondo proporcionar tales beneficios;
- cargos por cirugía plástica o estética y terapia y cirugía o tratamiento relacionados con las consecuencias como resultado de la cirugía plástica, excepto según lo dispuesto específicamente en este SPD (el Fondo cumplirá con la Ley de Salud y Derechos contra el Cáncer de las Mujeres de 1998);
- cargos por lesiones, enfermedad o pérdidas resultantes de un acto de guerra, declarado o no declarado o participación en un delito grave, disturbios o insurrección;

- los gastos por lesiones, enfermedad o pérdidas derivadas de lesiones corporales accidentales derivadas de y durante el empleo de la persona, salvo en los casos específicamente previstos en el presente SPD;
- cargos por citas perdidas o cargos por llenar un formulario de reclamación;
- medicamentos o vitaminas que no requieren una orden de prescripción, incluso si se ha escrito una orden de prescripción;
- suplementos cosméticos, dietéticos, alimenticios y ayudas para la salud o la belleza, independientemente de la autorización del médico;
- cargos por lesiones, enfermedad o pérdidas que son resarcibles bajo cualquier Ley de Compensación del Trabajador, ley de enfermedad ocupacional o legislación similar, excepto según lo dispuesto en la sección "Reembolso y Subrogación de Beneficios";
- los servicios, suministros y equipos que no sean necesarios o compatibles con el diagnóstico y el tratamiento del accidente, enfermedad o lesión o que no sean recomendados y aprobados por un médico calificado que opere en el ámbito de su especialidad;
- el pago de los servicios de una enfermedad o de un delito grave resultante de cometer o el intento de cometer un delito grave o que trate de evitar la aprehensión o detención legal por parte de un agente de la ley;
- tecnología, tratamientos, medicamentos, servicios o suministros que, en la única distribución del Fondo, sean de investigación y experimentales, obsoletos o ineficaces (véase la sección "Glosario" para la definición de "Investigación y Experimentación");
- servicios médicos y Hospital, suministros y equipos que se pagan o se proporcionan debido a su servicio pasado o presente (o el de cualquier persona) en las fuerzas armadas de cualquier gobierno o se pagan o se prevén en virtud de cualquier ley de un gobierno;
- gastos por servicios personales, como cortes de pelo, champús y peinado, comidas para huéspedes y alquileres de radio / televisión recibidos en cualquier centro de hospitalización o ambulatorio;
- gastos de artículos de conveniencia personal, tales como aires acondicionados, humidificadores, equipos de acondicionamiento físico u otros dispositivos similares que sean útiles en ausencia de enfermedad o lesión;
- servicios que involucran equipos o instalaciones utilizados cuando el alquiler o la construcción no han sido aprobados de conformidad con las leyes o regulaciones estatales aplicables;
- los viajes o el transporte recomendados por un médico (salvo disposición expresa en contrario del presente SPD);
- atención en un hogar de enfermería para ancianos o en un hogar de ancianos;
- cuidado de custodia, como niñeras, servicios de ama de casa o cuidado en un lugar que le sirve principalmente en una residencia;
- los gastos o pérdidas que sean el resultado de lesiones autoinfligidas, excepto cuando dichas lesiones fueron el resultado de una condición médica;
- cargos por cualquier pérdida o parte de esta, para los cuales los beneficios obligatorios de automóvil sin culpa están cubiertos o son recuperables;
- pago por servicios que son elegibles para el pago bajo las disposiciones de un contrato de seguro de automóvil, o de conformidad con cualquier ley federal o estatal que exija una

indemnización por dichos servicios a las personas que sufren lesiones corporales de accidentes automovilísticos, cuando lo permita la ley estatal;

- cargos para los cuales Medicare o Medicaid es el pagador primario;
- las reclamaciones presentadas transcurridos 12 meses a partir de la fecha en que se incurrió en el costo;
- cualquier gasto o cargo por servicios o suministros que sean principalmente para instrucción, educación o capacitación;
- cualquier gasto o cargo asociado con la adopción o la paternidad sustituta; y
- recolección o almacenamiento de su propia sangre, productos sanguíneos, semen o médula ósea, salvo que se disponga lo contrario.

Exclusiones de Operación de Vehículos de Motor

A partir del 1 de Julio del 2008, no se proporciona cobertura para las lesiones al conductor u operador de un vehículo de motor cuyas lesiones surgen de la operación de dicho vehículo de motor donde el vehículo de motor no está cubierto por el seguro de vehículo de motor legalmente obligatorio o el seguro de vehículo de motor no proporciona cobertura para la atención médica del conductor u operador como lo requiere la ley.

Además, no beneficios están disponibles para usted o su Dependiente elegible, si el vehículo de motor está cubierto por seguro o no, si el individuo lesionado:

- intencionalmente causa su propia lesión, excepto cuando esto se debe a una condición médica;
- se lesiona como resultado de operar un vehículo de motor mientras está en una condición de intoxicación o mientras la capacidad de operar dicho vehículo se ve afectada por el uso de una droga;
- se lesiona mientras comete un acto que constituiría un delito grave, o tratando de evitar la aprehensión o arresto legal por parte de un oficial de la ley;
- está operando un vehículo de motor en una carrera o prueba de velocidad;
- está operando u ocupando un vehículo de motor que se sabe que ha sido robado, o
- está operando un vehículo privado como un transporte público o libre.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Esta sección describe las circunstancias en las que usted o sus Dependientes cubiertos pueden tener derecho a beneficios médicos del Fondo y también pueden tener derecho a recuperar la totalidad o parte de sus gastos médicos de alguna otra fuente. También describe las reglas que se aplican cuando esto sucede.

Hay varias maneras en que usted y/o sus Dependientes cubiertos podrían ser reembolsados por sus gastos médicos y/o dentales no solo del Fondo, sino también de alguna otra fuente.

Esto podría ocurrir si usted o un Dependiente cubierto también está cubierto por:

- Otro fondo médico grupal, o

- Medicare o algún otro programa gubernamental, como Medicaid o TRICARE, o
- Un gobierno o agencia federal, estatal o local, o a través de la cobertura requerida por la ley federal, estatal o local, incluyendo, pero no limitado a, cualquier cobertura sin culpa de vehículo motorizado para gastos médicos o pérdida de ingresos que sea requerida por la ley; o
- Compensación de trabajadores.

El duplicado de cobertura de gastos médicos también puede ocurrir si un tercero es financieramente responsable de la lesión o enfermedad porque ese tercero causó la lesión o enfermedad por acción negligente o intencionalmente, por ejemplo, accidentes de resbalones y caídas debido a una condición peligrosa / insegura, errores médicos, asaltos, mordeduras de perro, etc.

El Fondo opera bajo reglas que le impiden pagar beneficios que, junto con los beneficios de cualquier otra fuente descrita anteriormente le permitiría recuperar más de un 100% de los gastos médicos en los que incurre. En muchos casos, puede recuperar menos del 100% de esos gastos médicos de las fuentes duplicadas de cobertura o recuperación. En algunos casos, el Fondo no proporcionará cobertura si usted puede recuperar de alguna otra fuente. En otros casos, el Fondo pagará por adelantado sus beneficios, pero solo sujeto a su derecho a recuperarlos si y cuando usted o sus Dependientes cubiertos realmente recuperen algunas o todas sus pérdidas de un tercero.

Cuándo y Cómo se Aplica la Coordinación de Beneficios

A efectos del presente Fondo, se entenderá por "fondo médico grupal" es:

- una compañía de seguros colectiva o general, o
- un fondo de servicios médicos u hospital grupal u otro programa de cobertura de pago médico grupal.

Muchas familias con más de una persona trabajando están cubiertas por más de un fondo médico grupal. Si este es el caso de su familia, debe informarle a este Fondo sobre toda su cobertura cuando presente un reclamo.

La Coordinación de Beneficios (o "COB") opera de modo que uno de los fondos (llamado el "fondo primario") paga sus beneficios primero. El otro fondo (llamado el "fondo secundario") puede entonces pagar beneficios adicionales. En ningún caso los beneficios combinados de los fondos primarios y secundarios superarán el 100% de los gastos médicos incurridos.

A veces, los beneficios combinados que se pagan serán menores que los gastos totales. El Fondo solo pagará los Gastos Cubiertos y no pagará más de la cantidad que normalmente pagaría si fuera primario. En otras palabras, el Fondo no pagará más que el MRC por los gastos cubiertos, ya sea que ofrezca cobertura primaria o secundaria. Para determinar si este Fondo es o no el plan primario, las facturas originales de gastos médicos deben ser presentadas con su reclamo.

Reglas Generales

El orden de pago se determina generalmente de la siguiente manera:

- Si el otro fondo no tiene una provisión COB, ese fondo siempre paga primero;
- Si el Fondo y el otro fondo tienen una provisión de coordinación, el que le da cobertura como empleado paga sus gastos en primer lugar;
- Si su Cónyuge está cubierto por un fondo separado, el fondo separado cubrirá primero los gastos de su Cónyuge;
- Si usted y su Cónyuge son empleados cubiertos en este Fondo, usted recibirá el pago primero como empleado y segundo como Dependiente;
- Si usted está cubierto por más de un fondo, que no sea un fondo individual, el fondo que lo ha cubierto por más tiempo paga primero.

Reglas para Hijos Dependientes

Hijo Dependiente Cubierto Por Más De Un Fondo – La Regla de Cumpleaños

- Cuando este Fondo y otro fondo cubren al mismo hijo como Dependiente de dos o más padres, el fondo primario es el que cubre al padre cuyo cumpleaños cae a principios de año.

Si ambos padres tienen el mismo cumpleaños, el acuerdo que cubrió a cualquiera de los padres por más tiempo es el fondo primario. Si el otro fondo no tiene una regla de cumpleaños, entonces el fondo es primario.

Hijo Dependiente Cubierto Por Más De Un Fondo – Orden Judicial

Cuando este Fondo y otro fondo cubren al mismo hijo como Dependiente de dos o más padres y una orden judicial ha establecido la responsabilidad de los gastos de atención médica del niño, el acuerdo que cubre al padre con esta responsabilidad es primario.

Hijo Dependiente Cubierto Por Más De Un Fondo – Padre Con La Custodia

Cuando este Fondo y otro fondo cubren al mismo hijo como Dependiente de dos o más padres, si los padres no están casados, o están separados, o están divorciados, el fondo primario es:

- el fondo que cubre al padre con custodia;
- el fondo del Cónyuge del padre con custodia; entonces
- el fondo del padre sin custodia; y luego
- el fondo del Cónyuge del padre sin custodia.

Si El Fondo Es Secundario

Cuando el Fondo es la cobertura secundaria, pagará los mismos beneficios que habría pagado si hubiera pagado primero **menos** los pagos realmente realizados por la cobertura que pagó primero. Si el fondo primario paga beneficios iguales o superiores a los que habría pagado el Fondo si hubiera pagado primero, este Fondo no pagará ningún beneficio. Los pagos totales de los fondos primarios y secundarios nunca superarán el total de los fondos totales admisibles bajo el Fondo.

Administración del COB

Para administrar el COB, el Fondo se reserva el derecho de:

- intercambiar información con otros fondos involucrados en el pago de reclamaciones;
- requerir que usted o su médico proveedor proporcione cualquier información necesaria;
- reembolsar cualquier fondo que haya realizado los pagos que este Fondo debería haber realizado, o
- recuperar cualquier exceso del pago de su Hospital, Medico, Dentista, otro proveedor del cuidado de la salud, otra compañía de seguros, usted o su Dependiente.

Para obtener todos los beneficios disponibles para usted, debe presentar un reclamo con cada fondo que cubra a la persona por los gastos médicos que incurrió. Sin embargo, toda persona que solicite beneficios en virtud del Fondo debe dar toda la información que el Fondo necesita para aplicar el COB.

Regla Especial para Medicamentos Recetados

No hay ninguna disposición del COB para los medicamentos recetados. Este Fondo no hará pagos secundarios por reclamos de medicamentos recetados.

Coordinación Con Medicare y Otros Servicios De Cobertura Proporcionados Por El Gobierno

Empleados Activos o Dependientes De Empleados Activos Elegibles Para Medicare Debido A La Edad

Si usted está cubierto por el Fondo debido a su empleo actual o el de otra persona con un Empleador contribuyente, y también es elegible para Medicare debido a la edad, usted puede:

- Continuar con su cobertura bajo el Fondo (en la medida en que siga siendo elegible) y aplazar la inscripción en Medicare; o
- Continuar con su cobertura bajo el Fondo y también inscribirse en Medicare; el Fondo sería su cobertura médica primaria y Medicare sería su cobertura médica secundaria siempre y cuando su cobertura bajo el Fondo sea atribuible al empleo actual con un Empleador Contribuyente; o

- Deje su cobertura bajo el Fondo e inscríbese en Medicare.

Debe tener en cuenta que, si abandona la cobertura del Fondo, entonces la cobertura de su familia bajo el Fondo también terminará. Medicare será su único seguro de hospital y médico-quirúrgico, a menos que haya cobertura a través del empleador de su Cónyuge o a menos que decida comprar un seguro de salud privado.

Individuos Cubiertos Elegibles Para Medicare Debido A Una Discapacidad

Si usted, su Cónyuge y/o su hijo(s) Dependiente(s) están cubiertos por este Fondo y por Medicare, siempre y cuando usted permanezca empleado activamente, este Fondo paga primero y Medicare paga en segundo lugar. Si usted es elegible para Medicare por razón de discapacidad y deja de trabajar activamente, usted y los miembros de su familia ya no estarán cubiertos por el Fondo.

Medicare y Enfermedad Renal En Etapa Terminal

Si, mientras usted está empleado activamente, usted o cualquiera de sus Dependientes cubiertos tienen derecho a Medicare debido a la enfermedad renal en etapa terminal, el Fondo paga primero y Medicare paga en segundo lugar por un período de tiempo limitado (30 meses). Después de este período de 30 meses, Medicare paga primero y el Fondo paga en segundo lugar.

Así es como funciona el COB en una situación que involucra enfermedad renal terminal:

- Medicare generalmente impone un Período de Espera de tres meses en el inicio de la enfermedad renal en etapa terminal antes de que Medicare sea efectivo. Por lo tanto, el Fondo pagaría beneficios durante el Período de Espera y luego continuaría pagando primero por 30 meses adicionales, mientras que Medicare pagaría en segundo lugar durante este último período de tiempo. Como tal, el Fondo proporcionará cobertura primaria durante un período de tiempo total de 33 meses. A partir del mes 34, Medicare pagará primero y el Fondo pagará en segundo lugar.
- Si se renuncia al Período de Espera de Medicare, este Fondo pagará primero por los primeros 30 meses y Medicare pagará en segundo lugar. A partir del mes 31, Medicare pagará primero y el Fondo pagará en segundo lugar.

Medicaid

Si tanto el Fondo como Medicaid lo cubren, el Fondo paga primero y Medicaid paga en segundo lugar.

Coordinación Con Seguros de Vehículos Automotores

Los gastos cubiertos que se incurren para el tratamiento de lesiones derivadas del mantenimiento o uso de un vehículo de motor serán elegibles para la cobertura sólo en la medida en que dichos beneficios sean superiores a, y no en duplicación de, los beneficios pagados o pagaderos:

- bajo una póliza de seguro de vehículo motorizado (incluida la parte obligatoria de cualquier póliza de seguro escrita para cumplir con una ley de seguro "sin culpa" o una ley de seguro de automovilista sin seguro), siempre que la no duplicación como se contiene en este documento no esté prohibida por la ley; o
- a través de un programa u otro acuerdo de autoseguro calificado o certificado.

No todos los gastos incurridos en el tratamiento de la lesión que surjan del mantenimiento o uso de un vehículo de motor están cubiertos por el Fondo (por favor, consulte la sección "Exclusiones de Operación de Vehículos de Motor" para obtener más información). En ningún caso el Fondo pagará más de lo que pagaría si fuera primario.

No obstante, cualquier disposición en contrario, al determinar si el Fondo u otro fondo es primario, el Fondo será secundario a la cobertura proporcionada bajo el seguro de Vehículos Motorizados que proporciona protección de seguro de salud, incluida la cobertura proporcionada bajo cualquier protección contra lesiones personales o cobertura "sin culpa" de atención médica o tratamiento.

Cuando El Propietario u Operador Del Vehículo de Motor y El Reclamante Son La Misma Persona

El Fondo será secundario a la cobertura proporcionada bajo el seguro de Vehículo Motorizado que cubre lesiones corporales o personales, incluso si usted seleccionó la cobertura bajo el seguro de Vehículo Motorizado como secundaria para la atención médica o el tratamiento elegible. Si usted o su Dependiente se niegan a seleccionar la cobertura de atención médica bajo el seguro de vehículos de motor como primario, pero dicho seguro proporciona cobertura de atención médica que pretende ser secundaria a cualquier otra cobertura que tenga, el Fondo seguirá siendo secundario. Esto tiene la intención de evitar la posibilidad de que se determine que el Fondo es primario para la cobertura que está disponible bajo el seguro de vehículos de motor o "sin culpa".

Si vive en un estado que requiere protección contra lesiones personales, a veces llamada cobertura sin culpa, como Nueva Jersey o Nueva York, su seguro de vehículo motorizado es primario para los gastos médicos relacionados con un accidente de vehículo motorizado. Es necesario comprar la cobertura máxima que ofrece el seguro sin culpa. El Fondo es secundario a un seguro sin culpa, y solo proporciona cobertura si usted excede los límites máximos de cobertura.

Una vez más, el Fondo no permite a los Participantes el no recibir cobertura sin culpa como primario, designando el propio seguro de salud del Participante como una fuente primaria de cobertura en el caso de un accidente de vehículo de motor. Si usted debe hacer tal designación, tenga en cuenta que el Fondo le reembolsará como la cobertura secundaria solamente, bajo la suposición de que usted ha recibido el reembolso primario de su seguro de vehículo motorizado hasta el límite máximo disponible. En otras palabras, recibirá poco o ningún reembolso del Fondo a menos que los gastos por accidente excedan el máximo de cobertura sin culpa.

REEMBOLSO Y SUBROGACIÓN DE LAS BENEFICIOS

En algunas situaciones, usted o su Dependiente cubierto pueden tener derecho a dinero o beneficios debido a una lesión o enfermedad causada por otra persona. El Fondo no proporciona beneficios por una lesión o enfermedad en la medida en que usted o su Dependiente cubierto tiene derecho a cualquier dinero de, o en nombre de la persona que fue responsable de la lesión o enfermedad. Como cortesía, el Fondo adelantará los beneficios para usted o su Dependiente con la condición de que usted o su Dependiente cubierto lo reembolsen de cualquier dinero que usted o su Dependiente cubierto reciban de, o en nombre del tercero que fue responsable de la Lesión o Enfermedad, ya sea que se reciba como resultado de un acuerdo, fallo o de otra manera.

El Derecho De Subrogación del Fondo

El Fondo tiene el derecho de presentar sus reclamos o los de su Dependiente cubierto contra otra parte o partes en la medida en que cubran los gastos pagados por el Fondo. También puede intervenir en una acción legal presentada por usted o su Dependiente cubierto contra un tercero para proteger sus derechos

Derechos De Recuperación y Reembolso Del Fondo

El Fondo debe ser reembolsado de cualquier pago recuperado por, o en nombre de usted o su Dependiente cubierto, independientemente de cómo se estructure o redacte la recuperación, cómo se describa el pago, para qué es el pago o si el pagador causó o es legalmente responsable de la Lesión o Enfermedad. El Fondo debe ser reembolsado antes de que se le pague dinero a usted, a su Dependiente cubierto, a su abogado o a cualquier otra persona. Se debe hacer el reembolso, incluso si usted o su Dependiente cubierto no ha sido pagado o reembolsado en su totalidad por todos los daños o gastos incurridos. El Fondo puede, pero no tiene que hacerlo, estar de acuerdo por escrito el aceptar menos que la cantidad total que se le debe.

El derecho del Fondo al reembolso no se verá afectado ni reducido por la doctrina de "hacer todo", la doctrina del "fondo", la doctrina del "fondo común", la negligencia comparativa/contributiva, la regla de la "fuente colateral", la doctrina del "fondo del abogado", la diligencia regulatoria o cualquier otra defensa o doctrina. El derecho del Fondo al reembolso no está sujeto a reducción de los honorarios y gastos de abogados de los que usted o su Dependiente cubierto podrían ser responsables.

Cualesquiera cantidades que se retengan por cualquier tercero en su nombre o en el de su Dependiente cubierto, pero que se deben al Fondo bajo estas disposiciones, están sujetas a un fideicomiso constructivo y / o gravamen equitativo en nombre del Fondo. Esto significa que el dinero debe mantenerse en fideicomiso para el beneficio del Fondo. Si una parte que posee dinero adeudado al Fondo no acepta mantener el dinero en fideicomiso, el Fondo puede tomar las medidas legales apropiadas para proteger sus derechos.

Al participar en el Fondo, usted y sus Dependientes cubiertos acuerdan asignar irrevocablemente al Fondo todos los derechos para recuperar dinero de un tercero (incluido el derecho a presentar una demanda en su nombre o en nombre de su Dependiente cubierto o intervenir en cualquier acción presentada por usted o su Dependiente cubierto para recuperarse de la enfermedad o lesión), y dar aviso de esta asignación directamente a dichos terceros, sus agentes o compañías

de seguros, y/o a cualquier agente o abogado que pueda representarlo a usted o a su Dependiente cubierto. Usted y su Dependiente cubierto no pueden asignar sus derechos a un acuerdo o recuperación contra un tercero a ninguna otra parte, incluyendo su(s) abogado(s), sin el consentimiento del Fondo.

El Fondo tiene la facultad discrecional única y definitiva de determinar si debe adelantar el pago de los beneficios y exigir el reembolso y si debe hacer valer sus derechos en virtud de esta disposición como gravamen, mediante subrogación, mediante reembolso o mediante cualquier combinación o variación de estos métodos. La decisión sobre si se debe adelantar el pago y la determinación de qué método o métodos se utilizarán en un caso particular se tomará para proteger los intereses del Fondo y de sus afiliados y queda a discreción única y definitiva de los Fideicomisarios del Fondo.

Cualquier disputa que surja en virtud de, o en relación con los derechos de reembolso y subrogación del Fondo, incluidas las disputas sobre gravámenes, su monto, reembolso o retención de beneficios, o reducciones o compromisos en el gravamen del Fondo, si no se resuelve con la Oficina del Fondo, se resolverá de acuerdo con el procedimiento para "Reclamaciones y Apelaciones" en este SPD, incluida la revisión por parte de la Junta de Fideicomisarios.

Deberes y Acciones De Los Participantes

Si usted o su Dependiente cubierto creen que usted o él puede tener derecho a la recuperación de un tercero por una lesión o enfermedad, usted o su Dependiente cubierto debe notificar al Fondo por escrito dentro de los 30 días de la incurrencia de la lesión o enfermedad. Su notificación debe incluir el nombre, la dirección y el número de teléfono del abogado, representante u otro agente que maneje el reclamo en nombre de usted o de su Dependiente cubierto, si lo hubiera. El aviso también debe identificar al tercero responsable de la lesión o enfermedad. Después de hacer cualquier reclamo contra un tercero, usted o su Dependiente cubierto debe notificar inmediatamente al tercero y a su abogado o representante por escrito de los derechos de subrogación y reembolso del Fondo.

Al recibir la notificación por escrito, el Fondo le proporcionará a usted o a su Dependiente cubierto un "Acuerdo para reembolsar al United Teamster Fund por montos recuperados" (el "Acuerdo de Reembolso"). Este Acuerdo de Reembolso confirma su aceptación de los derechos de subrogación y gravamen del Fondo y el derecho del Fondo a ser reembolsado por los gastos que surjan de circunstancias que le dan derecho a usted o a su Dependiente cubierto a cualquier pago o recuperación de un tercero. Este Acuerdo de Reembolso debe ser firmado por usted y su Dependiente cubierto (y usted o su abogado, si corresponde) y notariado. El Fondo también puede, a su sola y última discreción, exigirle a usted, a su Dependiente y/o a cualquier abogado, representante o agente que ejecute cualquier otro documento que el Fondo considere necesario para proteger los derechos del Fondo. También se le puede requerir que permita que el Fondo inicie o intervenga en cualquier procedimiento, y es posible que se le solicite que presente un gravamen o consentimiento para gravamen, asignación u otros formularios de este tipo, para proteger los intereses del Fondo.

Si usted o su Dependiente cubierto fallan o se niegan a ejecutar el Acuerdo de Reembolso requerido o a cooperar de otra manera con esas disposiciones, el Fondo puede negar el pago de cualquier beneficio a usted y a su Dependiente cubierto. Alternativamente, si el Fondo le paga beneficios a usted o a su Dependiente cubierto, usted o su Dependiente cubierto, la aceptación de dichos beneficios por parte de usted o de su Dependiente cubierto constituirá un acuerdo con el derecho del Fondo a la subrogación o reembolso. Esta disposición cubre no solo a usted como Participante, sino a su Dependiente, Cónyuge, abogado, representantes, agentes y sus herederos, tutores, albaceas, sucesores y cesionarios.

Usted, su Dependiente, su abogado o representante o agente debe mantener el Fondo al día sobre el estado de cualquier reclamo contra cualquier tercero. El Fondo debe proporcionar información sobre el tercero, las aseguradoras, las demandas o cualquier otro dato relacionado con el reclamo en el momento en que se inicia el reclamo, cada doce (12) meses a partir de entonces, siempre que se proponga un acuerdo, y siempre que el Fondo solicite lo contrario. Usted, su Dependiente cubierto y cualquier persona que actúe en su nombre no pueden resolver o resolver cualquier reclamo contra terceros ni aceptar ningún pago de un tercero sin el consentimiento por escrito del Fondo.

Si usted o su Dependiente cubierto recibe un pago o recuperación, debe informarlo inmediatamente al Fondo y debe usarlo para pagar el Fondo.

La plena cooperación con las disposiciones de ese tipo es una condición para el pago de cualquier beneficio del Fondo. En caso de cualquier falla de cooperación o violación de esta disposición no se pagarán beneficios y usted, su Dependiente, su abogado, su representante o su agente serán responsables ante el Fondo por el reembolso completo de cualquier dinero pagado por el Fondo y los costos de hacer cumplir el gravamen del Fondo y el derecho de recuperación, incluidos los intereses y honorarios. El Fondo también puede, a su discreción, compensar los pagos de beneficios futuros a usted o a sus Dependientes cubiertos con los montos que usted o su Dependiente cubierto deben al Fondo.

Si el Fondo cree razonablemente que una Lesión o Enfermedad fue de alguna manera el resultado de los actos u omisiones de uno o más terceros, pero usted o su Dependiente cubierto renuncia a cualquier participación de terceros, el Fondo puede exigirle a usted o a su Dependiente cubierto que firme una declaración, bajo pena de perjurio, indicando que la Lesión o Enfermedad no estuvo relacionada con ningún acto u omisión de un tercero. El Fondo no tendrá que pagar los beneficios por la lesión o enfermedad hasta que se le haya presentado la declaración firmada.

RECLAMACIONES Y PROCEDIMIENTOS DE APELACIÓN

En esta sección se describen los procedimientos para presentar solicitudes de beneficios al Fondo. También describe el procedimiento que debe seguir si su reclamo es denegado en su totalidad o en parte y desea apelar la decisión. Debe guardar todos los formularios de reclamación y otros documentos que envíe a, o que reciba del Fondo.

Procedimientos de Reclamación

Un reclamo es una solicitud de beneficios. Se debe presentar una reclamación, dependiendo del tipo, de acuerdo con las normas y procedimientos que se describen a continuación.

Tipos de Reclamaciones

Reclamos de Atención de Urgencia

Un reclamo urgente es cualquier reclamo de atención médica o tratamiento, sin el cual:

- la vida o la salud de usted o de su Dependiente o la capacidad de usted o de su Dependiente para recuperar la función máxima podría verse seriamente comprometida; o
- en la opinión del médico tratante con conocimiento de la condición médica, usted o su Dependiente sufriría un dolor severo que no se puede manejar adecuadamente de otra manera. Este tipo de notificación generalmente incluye aquellas situaciones que normalmente se tratan como Emergencias.

El Fondo se diferirá al juicio de un médico tratante en cuanto a si un reclamo es un reclamo de Atención de Urgencia.

Reclamos de Atención Previa al Servicio

Un reclamo de atención previa al servicio es un reclamo de un beneficio que requiere la aprobación (generalmente conocida como Autorización Previa) del beneficio antes de obtener atención médica.

Reclamos de Atención Posterior al Servicio

Un reclamo de atención posterior al servicio es un reclamo de un beneficio, normalmente una solicitud de pago, que no es un reclamo previo al servicio. Un reclamo por visión, seguro de vida o beneficios de muerte accidental y desmembramiento siempre es un reclamo de atención posterior al servicio.

Reclamos de Cuidado Concurrente

Un reclamo de cuidado concurrente es un reclamo por una extensión de la duración o el número de tratamientos proporcionados por la aprobación previa del Fondo. Este tipo de reclamo debe

presentarse al menos veinticuatro (24) horas antes de la expiración de cualquier curso de tratamiento para el que se esté buscando una extensión.

Tenga en cuenta que las consultas simples sobre las disposiciones del Fondo que no están relacionadas con ninguna solicitud de beneficios específica no se tratarán como una reclamación para beneficios. Sus interacciones con los proveedores participantes, los proveedores de panel, los farmacéuticos o cualquier otro proveedor de atención médica no se tratarán como un reclamo de beneficios. Además, una solicitud de autorización previa de un beneficio que no requiere Autorización Previa o una consulta sobre la elegibilidad para participar no es un reclamo de beneficios.

Presentación de un Reclamo de Beneficios

Para presentar un reclamo de beneficios, usted o su proveedor deben presentar un reclamo a la Organización de Salud correspondiente (consulte a continuación).

Cuándo se deben presentar las reclamaciones

- Un reclamo *de Atención de Urgencia* debe ser presentado tan pronto como sea posible;
- Un Reclamo de Cuidado Concurrente debe ser presentado por lo menos veinticuatro (24) horas antes de la expiración de cualquier curso de tratamiento para el que se está buscando la reclamación / extensión;
- Un reclamo de Atención Previa al Servicio debe presentarse al menos quince (15) días antes del inicio del servicio en cuestión; y
- Un reclamo de Atención Posterior al Servicio debe ser presentado dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que se incurrió en los cargos. Si no fuera razonablemente posible presentar la reclamación dentro de ese plazo, el hecho de no presentar la reclamación dentro del plazo requerido no invalida ni reduce la reclamación. Sin embargo, en ese caso, la reclamación debe presentarse tan pronto como sea razonablemente posible y en ningún caso después de un año a partir de la fecha en que se efectuaron los cargos.

Dónde Presentar Reclamaciones

Los reclamos deben presentarse ante la Organización de Salud que administra los reclamos para ese tipo de beneficio, o la Oficina del Fondo si no existe tal Organización de Salud.

Las organizaciones de salud incluyen:

- Meritain Health: Meritain Health administra las reclamaciones de beneficios médicos y hospitalarios y las reclamaciones de servicios de salud mental y abuso de sustancias Fuera de la Red;
- Oficina del Fondo: La Oficina del Fondo administra las reclamaciones de beneficios de salud mental y abuso de sustancias por los servicios prestados a través de D.J. O'Grady. La Oficina del Fondo también administra las solicitudes de beneficios de seguro de vida y las reclamaciones de Muerte Accidental & Desmembramiento;

- OptumRx: OptumRx administra las reclamaciones de beneficios de medicamentos recetados;
- Healthplex: Healthplex administra las reclamaciones de beneficios de visión; y
- Healthplex, Inc.: Healthplex administra reclamos de beneficios dentales.

Una lista de cada organización de salud y su dirección se puede encontrar al final de este Resumen de la Descripción del Plan. Su reclamo se considerará presentado tan pronto como se reciba en la Organización de Salud correspondiente o en la Oficina del Fondo, según corresponda.

Representantes Autorizados

Usted puede autorizar a alguien, como su Cónyuge legal, a completar el formulario de reclamo por usted si no puede completar el formulario usted mismo y ha designado previamente al individuo para que actúe como representante autorizado en su nombre. Un profesional de la salud con conocimiento de su condición médica también puede actuar como representante autorizado. El Fondo puede solicitar información adicional para verificar que esta persona está autorizada para actuar en su nombre.

Determinación de Reclamos de Beneficios

La entidad a la que se presentó la solicitud de beneficios, es decir, la Organización de Salud correspondiente o la Oficina del Fondo, decidirá si la solicitud de beneficios es pagadera y la cantidad cubierta por el Fondo. Esta decisión se toma de acuerdo con las directrices establecidas por la Organización de la Salud y los términos aplicables del Fondo.

Las revisiones de las reclamaciones se tramitan de manera que se garantice la independencia e imparcialidad de las personas que intervienen en la adopción de la decisión (la "norma de imparcialidad"). En consecuencia, las decisiones con respecto a la contratación, compensación, terminación, promoción u otros asuntos similares con respecto a cualquier individuo (como un adjudicador de reclamos o un experto médico) no se toman en función de la probabilidad de que el individuo respalde la denegación de beneficios.

Plazos Para La Notificación de Reclamos Iniciales De Beneficios (salvo que se disponga lo contrario en este documento)

El plazo para la notificación depende del tipo de reclamación que se presenta. Para mayor conveniencia, las palabras "usted" o "su" a continuación se refieren a la persona que presentó la reclamación (ya sea usted o su representante autorizado), y la entidad que decide la reclamación se conoce a continuación como el "Revisor. "

Reclamos de Atención de Urgencia

En el caso de un reclamo de Atención de Urgencia, el Revisor le notificará de su determinación sobre el reclamo (ya sea adverso o no) tan pronto como sea posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero no más tarde de 72 horas después de que el Revisor reciba el reclamo. Las determinaciones de Atención de Urgencia se pueden proporcionar oralmente, seguidas dentro de los 3 días por notificación escrita o electrónica.

Si no proporciona información suficiente para determinar si, o en qué medida, los beneficios están cubiertos o pagaderos por el Fondo, el Revisor le notificará lo antes posible, pero no más tarde de 24 horas después de que el Revisor reciba el reclamo, la información específica necesaria para completar el reclamo. Se le concede una cantidad razonable de tiempo, teniendo en cuenta las circunstancias, pero no menos de 48 horas, para proporcionar la información especificada. A menos que la reclamación se vuelva a presentar correctamente, no constituirá una reclamación. Este aviso puede ser proporcionado oralmente, a menos que usted solicite una notificación por escrito.

Cuando se haya solicitado información específica, el Revisor le notificará de su determinación tan pronto como sea posible, pero en ningún caso después de 48 horas después de la primera de: (1) la recepción por parte del Revisor de la información especificada, o (2) el final del período otorgado a usted para proporcionar la información adicional especificada.

Reclamos de Cuidado Concurrente

Cuando un curso continuo de tratamiento o confinamiento ha sido aprobado para usted para un período particular de tiempo o número de tratamientos y desea extender el período de confinamiento o el número de tratamientos aprobados, debe solicitar una determinación requerida del Reclamo de Cuidado Concurrente al menos 24 horas antes de la expiración del período de tiempo previamente aprobado o el número de tratamientos. Cuando usted solicita dicha determinación, el Revisor le notificará de la determinación dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la solicitud. Si usted no cumple con el plazo de 24 horas para la presentación, o si el reclamo no involucra atención de urgencia, el Revisor tomará su determinación sobre el reclamo como si el reclamo fuera un reclamo de atención previa al servicio.

Reclamos de Atención Previa al Servicio

En el caso de un Reclamo de Atención Previa al Servicio, el Revisor le notificará de su determinación de beneficios (ya sea adversa o no) dentro de un período razonable apropiado a las circunstancias médicas, pero no más tarde de 15 días después de la recepción de la reclamación por parte del Revisor. Este período puede extenderse una vez por hasta 15 días, siempre que el Revisor determine que dicha extensión es necesaria debido a asuntos fuera de su control y le notifique, antes de la expiración del período inicial de 15 días, las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha en que el Revisor espera tomar una decisión. Si dicha extensión es necesaria debido a que no presentó la información necesaria para decidir el reclamo, el aviso

de extensión describirá específicamente la información requerida, y se le otorgará al menos 45 días a partir de la recepción del aviso para proporcionar la información especificada.

Si la información no se proporciona dentro de ese tiempo, su reclamo será denegado. Durante el período en el que se le permite proporcionar información adicional, se suspenderá el período normal para tomar una decisión sobre la reclamación. La fecha límite se suspende desde la fecha del aviso de extensión hasta 45 días o la fecha en que responda a la solicitud (lo que ocurra antes). El revisor entonces tiene 15 días para decidir su Reclamo de Atención Previa al Servicio y notificarle de la decisión.

Si usted presenta incorrectamente un Reclamo de Atención Previa al Servicio, la organización de salud apropiada o la Oficina del Fondo le notificará tan pronto como sea posible, pero no más tarde de 5 días después de la recepción de la reclamación (24 horas en el caso de una falta de presentación de una reclamación que implica la atención urgente), de los procedimientos adecuados que deben seguirse en la presentación de la reclamación. Este aviso puede ser proporcionado oralmente, a menos que usted solicite una notificación por escrito. Usted recibirá un aviso de la Reclamación de Atención Previa al Servicio presentada incorrectamente sólo si la reclamación que presentó incluye:

- Su nombre (o el de su representante autorizado);
- su condición médica o síntoma específico; y
- un tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita la aprobación.

A menos que el Reclamo de Atención Previa al Servicio se vuelve a presentar correctamente, no constituirá una reclamación.

Reclamos de Atención Posterior al Servicio

En el caso de un Reclamo de Atención Posterior al Servicio, el Revisor le notificará de su determinación de beneficio (ya sea adversa o no) dentro de un período de tiempo razonable, pero no más tarde de 30 días después de la recepción de la reclamación por parte del Revisor. Este período puede extenderse una vez por hasta 15 días, siempre que el Revisor determine que dicha extensión es necesaria debido a asuntos fuera de su control y le notifique, antes de la expiración del período inicial de 30 días, las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha en que el Revisor espera tomar una decisión. Si dicha extensión es necesaria debido a que no presentó la información necesaria para decidir el reclamo, el aviso de extensión describirá específicamente la información requerida, y se le otorgará al menos 45 días a partir de la recepción del aviso para proporcionar la información especificada. La determinación se suspenderá en la fecha en que el Revisor envíe dicho aviso de falta de información y se reanudará en la fecha en que responda al aviso.

Para presentar un Reclamo de Atención Posterior al Servicio debe:

- Obtener un formulario de reclamación;
- Completar la parte del formulario de reclamo del empleado;
- Hacer que su médico complete la información relevante para su reclamación; y

- Agregar todas las facturas detalladas del hospital o las declaraciones del médico que describan los servicios prestados.

Revise el formulario de reclamo para estar seguro de que todas las partes aplicables del formulario se han completado y que ha enviado todas las facturas detalladas. Al hacerlo, acelerará el procesamiento de su reclamo. Si los formularios de reclamación tienen que ser devueltos a usted para obtener información, se producirán retrasos en el pago.

Manera y Contenido de la Notificación de las Reclamaciones Iniciales de Beneficios

Si el Revisor ha denegado el reclamo de beneficios, en su totalidad o en parte, se le proporcionará una notificación por escrito o en forma electrónica indicando:

- la(s) razón(es) específica(s) para la denegación con referencias a las disposiciones específicas del Fondo en las que se basa la denegación y una copia del lenguaje del plan que respalda la denegación;
- una descripción de cualquier material o información adicional necesaria para que usted perfeccione la reclamación (incluida una explicación de por qué dicha información es necesaria);
- una descripción de los procedimientos de revisión del Fondo y los plazos aplicables a dichos procedimientos, incluida una declaración de su derecho a entablar una acción civil después de una determinación adversa de beneficios en la revisión y el plazo para hacerlo;
- una descripción de los procesos de revisión externa disponibles, incluida la información sobre cuándo y cómo iniciar una apelación externa;
- la disponibilidad de, e información de contacto para, cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo establecido bajo la Ley de Seguridad de Salud Pública para ayudar a las personas con las reclamaciones internas y apelaciones y los procesos de revisión externa;
- si se incoó una norma interna, directriz, protocolo u otro criterio similar (una "norma interna") para formular la determinación desfavorable, una declaración de que se basó en esta norma interna para formular la determinación desfavorable (y una copia de la norma o una declaración de que se proporcionará una copia de la norma sin cargo alguno previa solicitud); y
- si la determinación de la prestación se basa en un tratamiento médico o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando las condiciones del Fondo a las circunstancias médicas, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará gratuitamente previa solicitud.

En el caso de una determinación adversa de beneficios con respecto a una reclamación que involucre atención urgente, también recibirá una descripción del proceso de revisión acelerada aplicable a la reclamación, y la información descrita anteriormente puede proporcionarse oralmente, siempre que se le proporcione una notificación escrita o electrónica a más tardar tres (3) días después de la notificación oral.

La notificación por escrito del Revisor puede ser proporcionada a través del correo de los EE. UU. o electrónicamente.

Otros Tipos de Reclamaciones

Reclamos de Visión

Healthplex administra los reclamos de visión bajo el Fondo y decidirá su reclamo de acuerdo con los procedimientos de reclamos del Fondo. Para obtener más información sobre los reclamos de visión, comuníquese con Healthplex al 333 Earle Ovington Blvd., Suite 300, Uniondale, New York 11553-3608, o llámelos al (516) 542-2200 o al (800) 466-0600. También puede ponerse en contacto con la Oficina del Fondo para obtener información.

Reclamaciones Dentales

Healthplex administra los reclamos dentales bajo el Fondo y decidirá su reclamo de acuerdo con los procedimientos de reclamos del Fondo. Para obtener más información sobre reclamos dentales, comuníquese con Healthplex al 333 Earle Ovington Blvd., Suite 300, Uniondale, Nueva York 11553-3608, o llámelos al (516) 542-2200 o al (800) 466-0600. También puede ponerse en contacto con la Oficina del Fondo para obtener información.

Reclamos de Seguro de Vida, Reclamos de Seguro de Vida de Dependiente y Reclamos de Muerte Accidental y Desmembramiento

Un reclamo de Seguro de Vida es un reclamo hecho por su beneficiario después de su muerte. Un reclamo de seguro de vida para Dependientes es un reclamo hecho por usted después de la muerte de su Dependiente. Un reclamo de miembro por muerte Accidental y Desmembramiento es un reclamo hecho por usted o su beneficiario después de una muerte accidental o lesión grave.

El procedimiento que sigue se aplica a las solicitudes de beneficio de Seguro de Vida, el beneficio del Seguro de Vida de Dependiente y el beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento.

- Usted o su beneficiario, según corresponda, debe obtener un formulario de reclamo de la Oficina del Fondo;
- Complete el formulario de reclamo;
- Agregar al formulario de prueba de defunción (certificado original de defunción) o la prueba de lesión seria; y
- Devuelva el formulario de reclamación completado y toda la documentación necesaria a la Oficina del Fondo.

El Fondo decidirá el reclamo y le notificará a usted o a su beneficiario dentro de los 90 días. Si el Fondo requiere una extensión de tiempo debido a asuntos fuera de su control, le notificará el motivo de la demora y cuándo se tomará la decisión. Esta notificación se producirá antes de la expiración del período de 90 días. Se tomará una decisión dentro de los 90 días siguientes al

momento en que el Fondo le notifique el retraso. Si se requiere una extensión porque se necesita información adicional de usted, el aviso de extensión especificará la información necesaria. Hasta que proporcione esta información adicional, se suspenderá el período normal para decidir la reclamación.

Procedimientos de Apelación

Presentación de la Apelación

Si su reclamo de un beneficio es denegado, puede presentar una carta de apelación solicitando una revisión de esta denegación. La apelación debe ser enviada a la Oficina del Fondo. **La apelación debe presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la denegación inicial de la reclamación.** Su apelación será revisada y determinada por la Junta de Fideicomisarios del Fondo o una Organización de Salud autorizada por la Junta de Fideicomisarios (el "Revisor").

Puede enviar comentarios por escrito, documentos u otra información en apoyo de la apelación y tener acceso, previa solicitud, a todos los documentos relevantes de forma gratuita. La revisión de la denegación de la reclamación considerará toda la información nueva. El Revisor no puede permitir ninguna deferencia a la denegación de la reclamación inicial.

Al decidir una apelación de cualquier determinación adversa de beneficios que se basa al menos en parte en un juicio médico, incluida una determinación con respecto a si un determinado tratamiento, medicamento u otro elemento es de investigación y Experimental o no Medicamento Necesario o apropiado, el Revisor puede consultar con un profesional de la salud. Este profesional tendrá la formación adecuada y la experiencia en el campo de la medicina involucrado en el juicio médico. Este profesional no será una persona que fue consultada en relación con la determinación adversa de beneficios que es objeto de la apelación, o que es el empleador, subordinado o empleado de la persona que hizo la determinación adversa inicial. La regla de imparcialidad descrita anteriormente se aplicará a la revisión de la apelación de la reclamación.

El Fondo proporcionará los nombres de cualquier experto médico o vocacional cuyo asesoramiento se obtuvo para ayudar a decidir el resultado de una apelación, sin tener en cuenta en que se basó el asesoramiento de esa decisión previa solicitud por escrito.

Proceso de Revisión Acelerada Para Reclamos de Atención de Urgencia

En el caso de una apelación de una reclamación que involucre la atención urgente, hay un proceso de revisión acelerada, en virtud del cual:

- usted puede presentar una solicitud de apelación acelerada oralmente o por escrito; y
- toda la información necesaria, incluida la determinación de beneficios en la revisión, es transmitida entre usted y el Revisor por teléfono, fax u otro método disponible igualmente expedito.

Nuevas Pruebas o Fundamentos de la Decisión Sobre la Reclamación o Apelación

Usted recibirá, de forma gratuita, cualquier evidencia o justificación nueva o adicional considerada, basada o generada por el Fondo o la Organización de Salud autorizada en relación con su reclamo o apelación. Esta evidencia o justificación debe proporcionarse lo antes posible y con suficiente antelación a la fecha en que se proporciona un aviso de determinación adversa final de beneficios a continuación, para darle una oportunidad razonable de responder antes de esa fecha.

Sin embargo, si la evidencia o justificación nueva o adicional se recibe, considera o se basa en ella tan tarde que sería imposible proporcionársela a tiempo para que tenga una oportunidad razonable de responder, el período para proporcionar un aviso de determinación adversa final de beneficios se detiene hasta el momento en que tenga una oportunidad razonable de responder. Después de que usted responda o tenga una oportunidad razonable de responder, pero no lo haga, los Fideicomisarios o la Organización de Salud autorizada le notificarán de la determinación de beneficios tan pronto como sea práctico, teniendo en cuenta las exigencias médicas.

Plazos Para la Notificación de la Decisión Sobre la Apelación

Las apelaciones se decidirán de la siguiente manera:

Reclamos de Atención de Urgencia y Reclamos de Cuidado Concurrente: En el caso de un reclamo que involucre atención urgente o concurrente, se le notificará una decisión sobre su apelación lo antes posible, teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero no más tarde de 72 horas después de recibir la apelación.

Reclamos de Atención Previa al Servicio: En el caso de un Reclamo de Atención Previa al Servicio, se le notificará una decisión sobre su apelación dentro de un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias médicas, pero no más tarde de 30 días después de recibir la apelación.

Reclamos de Atención Posterior al Servicio: Se tomará una decisión sobre la apelación a más tardar en la fecha de la reunión de Fideicomisarios que sigue inmediatamente después de recibir la apelación, a menos que la apelación se presente dentro de los 30 días anteriores a la fecha de esa reunión. En tal caso, la decisión de los Fideicomisarios sobre la apelación se tomará a más tardar en la fecha de la segunda reunión de Fideicomisarios después de recibir la apelación. Si las circunstancias especiales (como la necesidad de celebrar una audiencia) requieren una nueva extensión de tiempo para el procesamiento, se tomará una decisión sobre la apelación a más tardar en la tercera reunión de Fideicomisarios después de recibir la apelación. Si se requiere dicha extensión de tiempo para la revisión debido a circunstancias especiales, los Fideicomisarios le notificarán por escrito de la extensión, describiendo las circunstancias especiales y la fecha a partir de la cual se tomará la decisión sobre la apelación, antes del comienzo de la extensión. Los Fideicomisarios notificarán la decisión sobre la apelación. Esta notificación se realizará lo antes posible, pero a más tardar 5 días después de que se tome la decisión sobre la apelación.

Forma y Contenido de la Notificación de la Decisión de Apelación

En el caso de una decisión adversa sobre la apelación, la notificación se hará por escrito y:

- indicará la razón o razones específicas de la decisión adversa;
- remitirá las disposiciones específicas del Fondo en las que se basa la decisión sobre los beneficios;
- declarará que tiene derecho a recibir, previa solicitud y de forma gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para el reclamo de beneficios;
- describirá cualquier proceso de revisión externa disponible, incluida la información sobre cuándo y cómo iniciar una apelación externa;
- declarará que tiene derecho (dentro del plazo indicado a continuación) a presentar una demanda;
- indicará la disponibilidad de, e información de contacto para, cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo establecida por la Ley de Seguridad de Salud Pública para ayudar a las personas con las reclamaciones internas y apelaciones y procesos de revisión externa;
- si se basó en una regla interna, directriz, protocolo u otro criterio similar (una "regla interna") para tomar la decisión adversa, indique que la regla interna se basó en ello e incluya una copia de la regla interna o indique que puede obtener una copia de la regla sin cargo en caso de solicitud; y
- si la decisión adversa de adaptación se basó en un tratamiento clínico o en un tratamiento experimental o en una exclusión o límite similar, indique una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando las condiciones del Fondo a las circunstancias médicas.

La notificación de la decisión sobre la apelación puede proporcionarse a través del correo de los Estados Unidos o electrónicamente.

Procedimientos de Revisión Externa

Disponibilidad de Revisión Externa

Si su apelación es denegada por los Fideicomisarios o una Organización de Salud autorizada y la apelación denegada involucró un juicio médico o la rescisión de su cobertura, usted o su representante autorizado pueden solicitar una revisión externa. La revisión externa será determinada por una organización de revisión independiente, que no está relacionada con la Organización de la Salud y el Fondo. El Fondo pagará los gastos de la revisión externa.

Presentación de Solicitud de Revisión Externa

Debe presentar su solicitud de revisión externa ante la Oficina del Fondo dentro de los cuatro meses posteriores a la fecha en que recibió una determinación adversa sobre su apelación.

Revisión Preliminar

Dentro de los cinco días hábiles siguientes a la fecha cuando la Oficina del Fondo recibe la solicitud de Revisión Externa, el Fondo completará una revisión preliminar de la solicitud, para determinar si:

- la persona en cuestión está o estaba cubierta en el momento en que se solicitó el artículo o servicio de atención médica;
- la determinación adversa del beneficio no se refiere al incumplimiento por dicha persona de los requisitos de elegibilidad;
- ha agotado el proceso de apelación interna (a menos que se aplique una excepción); y
- usted ha proporcionado toda la información y los formularios necesarios para procesar una Revisión Externa

Dentro de un día hábil después de la finalización de la revisión preliminar, usted recibirá por escrito una notificación de la determinación del Fondo. Si su solicitud está completa pero no es elegible para una revisión externa, la notificación incluirá las razones de su inelegibilidad e información de contacto actual (incluido el número de teléfono) para el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados. Si su solicitud no está completa, la notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud y el Fondo le permitirá perfeccionar la solicitud de Revisión Externa dentro del período de presentación de cuatro meses o dentro del período de 48 horas después de recibir la notificación, lo que termine más tarde.

Remisión a la Organización de Revisión Independiente

Si su solicitud está completa y es elegible para una revisión externa, el Fondo asignará una Organización de Revisión Independiente (o "IRO") que esté acreditada por una organización de acreditación reconocida a nivel nacional para llevar a cabo la evaluación externa. La IRO será independiente y no será elegible para ningún incentivo financiero basado en su decisión. No hay ningún costo para usted por solicitar una revisión externa.

Requisitos Relativos a la Revisión de la IRO

El Fondo proporcionará a la IRO toda la información y documentos considerados al tomar su decisión sobre su reclamo. Al tomar una decisión sobre la revisión externa, la IRO no estará obligada por ninguna decisión o conclusión alcanzada durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Fondo. La IRO debe notificar por escrito la decisión final de revisión externa tanto a usted como al Fondo, dentro de los 45 días posteriores a que la IRO reciba la solicitud de la revisión externa. El aviso contendrá la siguiente información:

- Una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa, incluida la información suficiente para identificar la reclamación (incluida la fecha o fechas de servicio, el proveedor de atención médica, el monto de la reclamación (si corresponde) y una declaración que describa la disponibilidad, previa solicitud,

del código de diagnóstico y su significado correspondiente, el código de tratamiento y su significado correspondiente., y la razón de la negación);

- La fecha en que la IRO recibió la asignación para llevar a cabo la revisión externa y la fecha de la decisión de la IRO;
- Referencias a las pruebas o documentación, incluidas las disposiciones específicas de cobertura y las normas basadas en pruebas, consideradas al adoptar su decisión;
- Un análisis de la razón o razones principales de su decisión, incluida la justificación de su decisión y las normas basadas en pruebas en las que se basó para tomar su decisión;
- Una declaración de que la determinación de la IRO es vinculante, excepto en la medida en que otros recursos puedan estar disponibles bajo la ley estatal o federal del Fondo o para el paciente, o en la medida en que el Fondo voluntariamente haga el pago del reclamo o proporcione beneficios en cualquier momento, incluso después de una decisión final de revisión externa que niegue el reclamo o no requiera dicho pago o beneficios;
- Una declaración de que la revisión judicial puede estar disponible para el demandante; y
- Información de contacto actual, incluido el número de teléfono, para cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo establecido en virtud de la Ley de Seguridad de Salud Pública.

La IRO mantendrá registros de todas las reclamaciones y avisos asociados con el proceso de revisión externa durante seis años. Una IRO debe poner dichos registros a disposición para su examen por usted, el Fondo o la agencia de supervisión estatal o federal a petición, excepto cuando dicha divulgación viole las leyes de privacidad estatales o federales.

Reversión de la Determinación Adversa de Beneficios

Una vez recibida una notificación de una decisión final de revisión externa que revierta la determinación adversa de beneficios en cuestión, el Fondo proporcionará inmediatamente cobertura o pago (incluida la autorización inmediata de la atención o el pago inmediato de los beneficios) para la reclamación.

Revisión Externa Acelerada

Solicitud de Revisión

Usted puede solicitar una Revisión Externa acelerada de:

- Una determinación adversa de beneficios que implica una condición médica para la cual el plazo para completar una apelación interna acelerada pondría en serio peligro la vida o la salud del reclamante o su capacidad para recuperar la función máxima y el reclamante ha presentado una solicitud de una apelación interna acelerada; o

- Una determinación final del beneficio que implica una afección médica para la que el plazo para la finalización de una revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del solicitante o su capacidad para recuperar la función máxima; o
- Una determinación final adversa de beneficios que se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o artículo o servicio de atención médica por el cual el reclamante recibió servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta de la instalación.

Revisión Preliminar

Inmediatamente después de recibir su solicitud de Revisión Externa acelerada, el Fondo completará una revisión preliminar de su solicitud para determinar si la solicitud es elegible para la revisión externa. El Fondo le notificará inmediatamente de su decisión.

Remisión a la Organización de Revisión Independiente

Una vez que se determine que su solicitud es elegible para la Revisión Externa acelerada el Fondo asignará una IRO. El Fondo proporcionará o transmitirá todos los documentos e información necesarios considerados para hacer la determinación adversa de beneficios al IRO asignada electrónicamente o por teléfono o facsímil o cualquier otro método expedito disponible.

La IRO, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y la IRO los considere apropiados, debe considerar la información o los documentos bajo los mismos procedimientos que una Revisión Externa Estándar. Al tomar una decisión, la IRO no está obligada por ninguna decisión o conclusión alcanzada durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Fondo.

De conformidad con la legislación aplicable, el Fondo ha contratado a las siguientes organizaciones internacionales de enlace acreditadas para que se encarguen de las Revisiones Externa para los Participantes del Fondo:

- Alicare Medical Management
- IMEDECS
- Medical Care Management Company (MCMC)

Notificación de la Decisión final de la Revisión Externa

La IRO proporcionará un aviso de la decisión final de revisión externa tan rápidamente como lo requiera la condición médica o las circunstancias de los pacientes, pero en ningún caso más de 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de una Revisión Externa acelerada. Si el aviso no es por escrito, la IRO le proporcionará una confirmación por escrito de la decisión a usted y al Fondo dentro de las 48 horas.

Presentación de Demanda

Ninguna demanda puede iniciarse más de 180 días después del final del año en el que recibió la decisión de los Fideicomisarios sobre su apelación (o, en los casos en que se produce la Revisión Externa, más de 180 días después del final del año en que la IRO emitió su decisión). Cualquier demanda debe ser presentada en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Este de Nueva York.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE EL UNITED TEAMSTER FUND

Nombre del Fondo

El nombre formal del Fondo es United Teamster Fund.

Patronato

La Junta de Fideicomisarios o su designado debidamente autorizado tienen el derecho exclusivo, el poder y la autoridad, a su sola y absoluta discreción, para administrar, aplicar e interpretar este SPD, el Acuerdo de Fideicomiso, cualquier acuerdo de negociación colectiva y cualquier otro documento, y para decidir todos los asuntos que surjan en relación con el funcionamiento y la administración del Fondo o Fideicomiso. Sin limitar la generalidad de lo anterior, la Junta de Fideicomisarios o su designado debidamente autorizado tendrá la autoridad discrecional única y absoluta para:

- Tomar todas las medidas y tomar todas las decisiones con respecto a la elegibilidad para, y la cantidad de beneficios pagaderos bajo el Fondo;
- Formular, interpretar y aplicar las normas, reglamentos y políticas necesarios para administrar el Fondo de conformidad con las condiciones del Fondo;
- Decidir cuestiones, incluidas las cuestiones jurídicas o, de hecho, relativas al cálculo y pago de los beneficios con cargo al Fondo;
- Resolver y/o aclarar cualquier ambigüedad, inconsistencia u omisión que surja en el marco del Fondo, incluido este SPD, el Acuerdo Fiduciario u otros documentos del Fondo;
- Procesar y aprobar o denegar las solicitudes de beneficios; y
- Determinar el estándar de prueba requerida, en cualquier caso.

Todas las determinaciones e interpretaciones hechas por la Junta de Fideicomisarios o su designado debidamente autorizado serán finales y vinculantes para todos los Participantes, Dependientes, beneficiarios, cualquier organización laboral, empleador contribuyente y cualquier otra persona que reclame beneficios bajo el Fondo. La Junta de Fideicomisarios podrá delegar funciones o facultades que considere necesarias para llevar a cabo la administración del Fondo.

Modificación y Terminación

Los Fideicomisarios esperan continuar con este Fondo de forma indefinida. No obstante, tienen derecho a enmendar, modificar o discontinuar la totalidad o parte de este Fondo siempre que, a su juicio, las condiciones lo justifiquen. Los Fideicomisarios también pueden terminar el Fondo, si cesa la obligación de todos los empleadores de contribuir al Fondo.

En caso de terminar del Fondo, el dinero del Fondo podrá proporcionar beneficios o cumplir de otro modo el propósito del Fondo de manera equitativa hasta que se hayan desembolsado los activos del Fondo. Usted y sus Dependientes no tienen derecho a ningún beneficio del Fondo después de su terminación.

Fuente de Información

Este SPD y el personal de la Oficina del Fondo son fuentes autorizadas de información del Fondo para usted. Los Fideicomisarios del Fondo no han facultado a nadie más para hablar en su nombre con respecto al Fondo. Ningún empleador, funcionario sindical local, agente comercial o delegado sindical está en condiciones de discutir sus derechos bajo el Fondo con autoridad.

La Participación No Es Un Contrato de Trabajo

La participación en el Fondo no pretende ni pretende ser interpretada como un contrato de trabajo entre usted y su empleador. Su empleador se reserva el derecho de abordar los problemas de empleo, incluido el despido u otra terminación del empleo, de acuerdo con los convenios colectivos aplicables y separado de la participación de sus empleados y sus Dependientes en el Fondo. El Fondo proporciona orientación específica con respecto a los derechos de un Participante a los beneficios del Fondo después de la terminación del empleo.

Patrocinador y Administrador

La Junta de Fideicomisarios es el Patrocinador y Administrador del Fondo. Puede ponerse en contacto con la Junta en:

United Teamster Fund
2137-2147 Utica Avenue
Brooklyn, NY 11234
Teléfono (718) 859-1624

Números de Identificación

El "número de identificación del empleador" asignado al Fondo por el Servicio de Impuestos Internos es 13-5549593. El número de identificación del Fondo es 501.

Año del Fondo

Del 1 de Mayo al 30 de Abril.

Tipo de Fondo

El Fondo es conocido como un fondo de "salud" bajo la ley federal. Proporciona beneficios médicos, beneficios hospitalarios, beneficios de prescripción, beneficios dentales, beneficios de la vista, seguro de vida y beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento.

Agente Para El Servicio de Proceso Legal

El proceso legal puede ser notificado a cualquier Fideicomisario en:

United Teamster Fund
2137-2147 Utica Avenue
Brooklyn, NY 11234
Teléfono (718) 859-1624

Convenio Colectivo de Trabajo

El Fondo se creó y se mantiene como resultado de los convenios colectivos entre empleadores y sindicatos. Se puede obtener una copia del acuerdo de negociación colectiva firmado por su empleador y sindicato previa solicitud por escrito a la Oficina del Fondo y está disponible para su revisión durante el horario comercial normal en la Oficina del Fondo. Además, se puede obtener una lista completa de los Participantes del Fondo previa solicitud por escrito a la Oficina del Fondo, que está disponible para su examen por los Participantes y los beneficiarios durante el horario comercial normal en la Oficina del Fondo. La Oficina del Fondo puede cobrar una cantidad razonable por las copias.

Los Participantes y beneficiarios también pueden recibir de la Oficina del Fondo, previa solicitud por escrito, información sobre si un empleador u organización de empleados en particular está participando en el Fondo y, si el empleador o la organización de empleados está participando, su dirección.

Fuente de Contribuciones

Los beneficios descritos en este SPD se proporcionan a través de contribuciones del empleador o primas de COBRA. El monto de las contribuciones del empleador y los empleados en cuyo nombre se hacen las contribuciones están determinados por las disposiciones de la negociación colectiva aplicable u otros acuerdos escritos.

Fondo Fiduciario

Todos los activos son mantenidos en fideicomiso por la Junta de Fideicomisarios con el propósito de proporcionar beneficios a Participantes cubiertos y sufragar los gastos razonables del Fondo.

Identificación de Entidades Administradoras

El Fondo ha concertado contratos administrativos con diversas organizaciones de salud para ayudar a administrar el Fondo. La información de contacto de las organizaciones de salud se encuentra al final de este Resumen de la Descripción del Plan.

Importante Aviso con Respecto a la Terminación de la Cobertura de Atención Médica De Causa, Incluyendo Fraude o Tergiversación Intencional

El Fondo se reserva el derecho de terminar la cobertura para usted o cualquiera de sus Dependientes si usted o cualquiera de sus Dependientes se determina de otra manera que no son elegibles para la cobertura. De conformidad con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible del 2010 (la "Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio"), la cobertura no se terminará (en el sentido de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio) retroactivamente (en lugar de prospectivamente), excepto en las circunstancias permitidas por la ley, como la falta de pago de primas o la comisión de fraude o tergiversación intencional (por ejemplo, en materiales de inscripción, un reclamo o apelación de beneficios o en respuesta a una pregunta del Administrador o sus delegados) por usted, su Dependiente(s) cubierto(s), o alguien que busca cobertura en su nombre. En tales casos de fraude o tergiversación intencional, su cobertura puede ser terminada retroactivamente con un aviso de 30 días. No informar a la Oficina del Fondo que usted o su Dependiente tiene otra cobertura o proporcionar a sabiendas información falsa para obtener cobertura para un Dependiente no elegible son ejemplos de acciones que constituyen fraude o tergiversación intencional.

SUS DERECHOS BAJO LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE EMPLEADOS DE 1974

Como Participante en el Fondo, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 ("ERISA"). ERISA establece que todos los Participantes y Dependientes elegibles tendrán derecho a:

Recibir Información Sobre Su Fondo y Beneficios

- Examinar, sin cargo, en la Oficina del Fondo, todos los documentos que rigen el Fondo, incluidos el Resumen de la Descripción del Plan, los convenios colectivos firmados por el empleador del Participante y una copia del último informe anual (Formulario serie 5500);
- Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Fondo, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Fondo, incluyendo el acuerdo fiduciario para el Fondo, convenios colectivos, informes financieros, copias del último informe anual (Formulario serie 5500) y un Resumen de la Descripción del Plan actualizado. El Administrador del Fondo podrá hacer un cargo razonable por las copias; y
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Fondo. Los Fideicomisarios están obligados por ley a proporcionar a cada Participante una copia de este resumen del informe anual, previa solicitud por escrito.

Cobertura Continuada

Usted puede continuar la cobertura de salud para usted, cónyuge y /u otros Dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el Fondo como resultado de un "evento de calificación." Usted o sus Dependientes pueden tener que pagar por dicha cobertura. Revise las reglas en este Resumen de la Descripción del Plan sobre los derechos de continuación de la cobertura de COBRA.

Acciones Prudentes de los Fiduciarios

Además de crear derechos para los Participantes, ERISA impone deberes a las personas que son responsables de la operación del Fondo. Las personas que operan el Fondo se llaman "fiduciarios". Los fiduciarios tienen el deber de actuar con prudencia y en interés de usted y de otros Participantes y beneficiarios. Nadie, incluido su empleador, su sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarle de ninguna otra manera para evitar que obtenga un beneficio o ejerza sus derechos bajo ERISA.

Haga Cumplir sus Derechos

Si su solicitud de un beneficio es denegada o ignorada, en su totalidad o en parte, usted tiene derecho a saber por qué se hizo esto, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión y a apelar cualquier decisión, todo dentro de ciertos plazos.

Bajo ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Fondo o el último informe anual y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el

tribunal puede requerir que el Administrador del Fondo proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se enviaron debido a razones fuera del control del Administrador del Fondo.

Si tiene un reclamo de beneficios que es negado o ignorado, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda en la corte federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Fondo o la falta de ella con respecto al estado calificado de una orden de manutención médica de los hijos, puede presentar una demanda en un tribunal federal. Si sucede que los fiduciarios hacen un mal uso del dinero del Fondo, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede solicitar asistencia del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, la corte puede ordenar a la persona que ha demandado que pague estos costos y tarifas. Si pierde, la corte puede ordenarle que pague estos costos y tarifas, por ejemplo, si encuentra que su reclamo es frívolo.

Asistencia Con Sus Preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre el Fondo, debe comunicarse con la Oficina del Fondo. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Fondo, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los EE. UU., que aparece en su directorio telefónico, o:

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

También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

ORGANIZACIONES DE SALUD E INFORMACIÓN DE CONTACTO

BENEFICIO	ORGANIZACIÓN DE LA SALUD	TIPO DE FINANCIACIÓN
Médico/Hospitalario	Meritain Health, Inc. P.O. Box 853921 Richardson, TX 75085 (T) (800) 925-2272	Autofinanciado. El Fondo paga el costo de los beneficios. Meritain Health administra los beneficios y proporciona Autorización Previa y Manejo de Casos.
Medicamentos Recetados	OptumRx P.O. Box 2975 Mission, KS 66201 (T) 1-800-797-9791 www.optumrx.com	Autofinanciado. El Fondo paga el costo de los beneficios, que son administrados por OptumRx.
Visión	Healthplex, Inc. 333 Earle Ovington Boulevard Suite 300 Uniondale, New York 11553-3608 (T) 516-542-2200 O 800-468-0600	Autofinanciado. El Fondo paga el costo de los beneficios, que son administrados por Healthplex.
Seguro de Vida	United Teamster Fund 2137-2147 Utica Avenue Brooklyn, New York 11234 (T) 718-859-1624	Autofinanciado. El Fondo proporciona y administra beneficios.
Salud Mental y Abuso de Sustancias	D.J. O'Grady Consultants Ltd. 3219 East Tremont Avenue Bronx, New York 10461 (T) 212-206-7898 (F) 212-206-8798 Meritain Health, Inc. P.O. Box 853921 Richardson, TX 75085 (T) (800) 925-2272	Autofinanciado. El Fondo paga el costo de los beneficios, que son administrados por D.J. O'Grady Consultants y Meritain Health
Dental	Healthplex, Inc. 333 Earle Ovington Boulevard Suite 300 Uniondale, New York 11553-3608 (T) 516-542-2200 o 800-468-0600	Autofinanciado. El Fondo paga el costo de los beneficios, que son administrados por Healthplex.