



**TEAMSTERS WELFARE FUND OF
NORTHERN NEW JERSEY LOCAL 723**

**DESCRIPCIÓN
RESUMIDA DEL PLAN**

JANUARY 1, 2017

(FLIP OVER FOR ENGLISH)

SUS

BENEFICIOS

DEL FONDO

DE BIENESTAR

If there are any discrepancies between the English and Spanish version of this Summary Plan Description the English version overrides or supersedes the Spanish version.

Si hay alguna discrepancia entre la versión inglesa y española de este Resumen Plan Descripción la versión en inglés reemplaza o sustituye a la versión en español.

Enero de 2017

**Teamsters Welfare Fund of
Northern New Jersey Local 723**

714 Rahway Ave., Suite 3
Union, NJ 07083
(908) 688-0723

Patrocinadores del sindicato

John Humphrey
Teamsters Local 641
714 Rahway Ave., Suite 1
Union, NJ 07083

Patrocinadores del empleador

Bruce Bier
Richards Manufacturing
517 Lyons Ave.
Irvington, NJ 07111

Administrador del Fondo

Robin A. Modzelewski

Consejero

Mets, Shiro and McGovern, LLP

Contador

Baratz & Associates, PA

Consultor

Summit Actuarial Services, LLC

UN MENSAJE DE LA JUNTA DE PATROCINADORES

Estimado participante:

La Junta de Patrocinadores tiene el agrado de brindar este manual con la descripción de sus beneficios de conformidad con las disposiciones de Teamsters Welfare Fund of Northern New Jersey Local 723. Incluye todos los cambios efectuados al Plan del Fondo de Bienestar hasta su fecha de impresión en enero de 2016.

Continuamos nuestro esfuerzo por preservar y mejorar los beneficios médicos integrales para usted y sus dependientes elegibles. Este manual representa un resumen de la información importante de su Plan de Bienestar, incluyendo cuándo usted y sus dependientes pasan a ser elegibles para los beneficios, los tipos de cobertura cubierta, cómo presentar una reclamación de beneficios, la expiración de su cobertura y lo que debe hacer si le niegan una reclamación.

El objetivo principal de esta Descripción resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés) es brindarle una explicación general de las características más importantes del plan en términos no técnicos. Es importante que comprenda el funcionamiento del plan. Lo animamos a leer cuidadosamente este SPD. Debe familiarizarse con los programas del beneficio para poder beneficiarse por completo con su cobertura médica. Le recomendamos conservar este SPD en un lugar seguro y cómodo, para consultarlo siempre que lo necesite. Si pierde o no encuentra su copia, siéntase libre de pedir otra en una de nuestras Oficinas del Fondo de Bienestar.

Hemos hecho todo el esfuerzo posible por brindarle una descripción clara del Plan en un lenguaje claro y cotidiano. Sin embargo, algunas palabras y frases podrán parecerle técnicas. Si todavía tiene preguntas después de leer este resumen, comuníquese con la Oficina del Fondo de Bienestar.

Este SPD contiene un resumen en español de sus derechos y beneficios de conformidad con el fondo Teamsters Welfare Fund of Northern New Jersey Local 723. Si tiene alguna dificultad para comprender cualquier parte de este SPD, o para presentar una reclamación, comuníquese con el Fondo a 714 Rahway Avenue, Suite 3, Union, NJ 07083. Si tiene cualquier pregunta sobre sus beneficios, no dude en llamar a la Oficina del Fondo al (908) 688-0723.

Atentamente,

Junta de Patrocinadores

ÍNDICE

	<u>PÁGINA</u>
INFORMACIÓN DEL PLAN	1
INFORMACIÓN DE CONTACTO	2
DEFINICIONES	3
AVISO IMPORTANTE.	8
REGLAS DE ELEGIBILIDAD	8
ELEGIBILIDAD DE LOS MIEMBROS.	8
ELEGIBILIDAD INICIAL	8
PROLONGACIÓN DE ELEGIBILIDAD	8
ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES	8
FECHA DE INICIO DE COBERTURA DEL DEPENDIENTE	9
FINALIZACIÓN DE SU COBERTURA	10
FINALIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SU DEPENDIENTE	10
CERTIFICADO DE COBERTURA MERITORIA.	10
REINSERCIÓN A LA COBERTURA	11
FINANCIACIÓN	11
CRONOGRAMA DE BENEFICIOS	12
SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA.	12
SEGURO DE VIDA Y MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO.	13
PRECERTIFICACIÓN.	14
HOSPITALES Y PLAN MÉDICO QUIRÚRGICO	14
PROVEEDORES DE LA RED	14
SERVICIOS HOSPITALARIOS.	15
SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN MÉDICA	15
CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA.	16
TRATAMIENTO EN SALA DE EMERGENCIAS	16
LISTA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS CUBIERTOS.	18
CENTROS DE CUIDADOS PALIATIVOS	21
INTERNACIÓN HOSPITALARIA	21
ATENCIÓN AMBULATORIA	21
EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE CENTROS DE CUIDADOS PALIATIVOS.	21
CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR.	21
BENEFICIOS INTEGRALES DE GASTOS MÉDICOS PRINCIPALES.	22
SUS BENEFICIOS	22
EL DEDUCIBLE.	22
GASTOS ELEGIBLES	22
EXCLUSIONES.	22
COBERTURA DE DIÁLISIS	22
REGLAS GENERALES	23
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS	24
PROGRAMA DE TARJETA DE PRESCRIPCIÓN	25
ATENCIÓN AMBULATORIA	25
TERAPIA ESCALONADA	25
EXCLUSIONES.	25
BENEFICIOS DE PRESCRIPCIONES PARA PARTICIPANTES ELEGIBLES DE MEDICARE	26

	<u>PÁGINA</u>
BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS	26
CRONOGRAMA DE SERVICIOS	26
PAGO POR PARTE DEL PLAN	28
EXCLUSIONES	28
BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS	28
EXCLUSIONES GENERALES	29
DERECHO A RECUPERAR PAGOS ERRÓNEOS O EXCESIVOS	32
BENEFICIOS DE MEDICARE	32
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	33
PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y PROCESO DE APELACIÓN.	35
BENEFICIOS COMPENSATORIOS PARA LOS TRABAJADORES	41
FACILIDAD DE PAGO	41
NEGACIÓN O PÉRDIDA DE BENEFICIOS CON AUTORIZACIÓN DE LOS PATROCINADORES	42
SUBROGACIÓN (Reclamaciones sobre responsabilidad de terceros)	42
CAMBIO O FINALIZACIÓN DEL PLAN	45
LEY ÓMNIBUS DE CONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA DE 1985 (COBRA)	46
LEY DE REAUTORIZACIÓN DE PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD INFANTIL (CHIPRA)	51
LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR	51
LEY DE RESPONSABILIDAD Y MOVILIDAD DEL SEGURO SOCIAL (HIPAA)	53
LEY DE PARIDAD EN LA SALUD MENTAL	53
REGLAS PARA EL SERVICIO MILITAR	53
LEY DE PROTECCIÓN DE SALUD PARA MADRES Y RECIÉN NACIDOS	54
DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD	54
SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD INDIVIDUAL	55
PROCEDIMIENTOS PARA LA ORDEN DE MANUTENCIÓN MÉDICA INFANTIL CALIFICADA	57
LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER	57
DECLARACIÓN DE DERECHOS ERISA	58

IMPORTANTE:

Esta Descripción resumida del Plan y el personal de la Oficina del Fondo son las únicas fuentes autorizadas para brindarle información sobre el Fondo. Los Patrocinadores del Fondo no han autorizado a nadie más a hablar en su representación respecto a Teamsters Welfare Fund of Northern NJ Local 723. Ningún empleado, representante del sindicato, supervisor o administrador de un local está en posición ni está autorizado para discutir con autoridad sobre sus derechos.

Este plan de salud grupal cree que este plan es un “plan de salud antiguo” de conformidad con la Ley de Protección del Paciente y Asistencia Asequible (Ley de Asistencia Asequible). Según lo permitido por la Ley de Asistencia Asequible, un plan de salud antiguo puede conservar cierta cobertura médica básica si la misma estaba en efecto al promulgarse la ley. Tener un plan antiguo significa que el mismo puede no incluir ciertas protecciones para el consumidor presentes en la Ley de Asistencia Asequible y que sí aplican en otros planes, como por ejemplo, el requisito de ofrecer servicios de salud preventiva sin nada de costos compartidos. Sin embargo, los planes de salud antiguos deben cumplir con otras protecciones para el consumidor de la Ley de Asistencia Asequible, como por ejemplo la eliminación de los límites vitalicios sobre los beneficios. Puede dirigir sus preguntas sobre qué protecciones aplican y cuáles no en un los planes de salud antiguos y qué podría hacer que un plan cambie de estado de plan antiguo al Administrador del Fondo llamando al 908-688-0723. También puede comunicarse con Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, al 866-444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio web contiene un cuadro que resume las protecciones que corresponden o no para los planes de salud antiguos.

INFORMACIÓN DEL PLAN

Esta Descripción resumida del Plan establece los beneficios para los empleados elegibles para participar en los beneficios completos del Plan de Bienestar.

El plan ofrece los siguientes beneficios: Cobertura de hospital, médica, por muerte, muerte accidental y desmembramiento, medicamentos recetados, odontológica y oftalmológica.

ACUERDOS DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA

El Plan es mantenido de conformidad con una variedad de Acuerdos de Negociación Colectiva. Los participantes y/o sus beneficiarios pueden obtener una copia de dicho acuerdo mediante pedido por escrito a la Oficina del Fondo de Bienestar o examinarla en persona en dicha oficina.

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PATROCINADOR DEL PLAN

Patrocinador del Plan: Trustees of Teamsters Welfare Fund of
Northern New Jersey Local 723
714 Rahway Ave., Suite 3
Union, NJ 07083
(908) 688-0723

Nombre del Plan: Teamsters Welfare Fund of
Northern New Jersey Local 723

Administrador del Fondo: Robin A. Modzelewski, Administrador del Fondo
Teamsters Welfare Fund of Northern New Jersey Local 723

Dirección del Plan: 714 Rahway Ave., Suite 3
Union, NJ 07083

Número del Plan: 501

Número de identificación del empleador: 22-1736275

Cierre del año fiscal del plan: 31 de diciembre

El servicio de proceso legal debe hacerse
a los Patrocinadores del Plan, a: Robin A. Modzelewski, Administrador del Fondo
Teamsters Welfare Fund of Northern
New Jersey Local 723
714 Rahway Ave., Suite 3
Union, NJ 07083
(908) 688-0723

Tipo de plan: Plan de Bienestar "ERISA" de empleador múltiple

OFICIAL DE PRIVACIDAD DEL FONDO DE BIENESTAR

Si usted cree que se han violado sus derechos HIPAA, puede presentar una reclamación ante el Fondo de Bienestar al cuidado del Oficial de Privacidad en la siguiente dirección:

Robin A. Modzelewski
Teamster Welfare Fund of Northern NJ Local 723
714 Rahway Ave., Suite 3
Union, NJ 07083
(908) 688-0723

También puede presentar una reclamación ante: Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
Hubert H. Humphrey Building
200 Independence Ave. S.W.
Washington, D.C. 20201

INFORMACIÓN DE CONTACTO

OFICINA DE PRIVACIDAD DEL FONDO

Comuníquese con la oficina del Fondo de Bienestar para discutir todas las dudas sobre los beneficios disponibles del Plan.

Teamsters Welfare Fund of Northern New Jersey Local 723
 714 Rahway Ave., Suite 3
 Union, NJ 07083
 (908) 688-0723

<u>Averiguar sobre:</u>	<u>Contacto:</u>	<u>Número telefónico:</u>	<u>Sitio web:</u>
ELEGIBILIDAD/ BENEFICIOS	Oficina del Fondo	(908) 688-0723	Ninguno
CONSULTAS SOBRE RECLAMACIONES	I.D.A.	(844) 294-9592	Ninguno
UBICADOR DE PROVEEDORES DE HOSPITAL NJ	AmeriHealth	(800) 445-4755	www.ahatpa.com/docs
UBICADOR DE PROVEEDORES DE HOSPITAL NY	MagnaCare, LLC	(800) 235-7330	www.magnacare.com
UBICADOR DE PROVEEDORES MÉDICOS	MagnaCare, LLC	(800) 235-7330	www.magnacare.com
PRECERTIFICACIÓN	MedWatch	(800) 605-5028	Ninguno
PLAN DE PRESCRIPCIÓN	Specialized Pharmacy Solutions	(888) 272-1401	Ninguno
PLAN ODONTOLÓGICO	Delta Dental	(800) DELTA-OK	deltadentalnj.com
PLAN OFTALMOLÓGICO	Vision Screening	(800) 652-0063	vscreening.com

CONSEJO: El Fondo le brinda acceso a una red de doctores y hospitales que hacen descuentos en las tarifas de los servicios que ofrecen a los Participantes elegibles. Sus gastos de bolsillo dependen de si decide atenderse dentro o fuera de la red. Generalmente, el fondo paga un nivel de beneficios más alto para la atención recibida de los proveedores participantes (dentro de la red).

DEFINICIONES

Estos son algunos de los términos utilizados en su guía. Algunos otros se describen al usarlos. LÉALOS CUIDADOSAMENTE. Pueden servirle para comprender mejor cuáles son sus beneficios.

Accidental significa una pérdida debida únicamente a medios violentos, externos e inintencionales.

Monto permitido es el monto máximo del costo facturado que el Plan considera pagadero por los Gastos Cubiertos brindados por los proveedores e instalaciones participantes y por proveedores e instalaciones no participantes. Se aplican las provisiones del Plan (deducible, coseguro) a los montos asignables. Si su proveedor cobra más del monto permitido, es posible que usted deba pagar la diferencia. Esto se conoce como "Facturación de saldos".

Instalación quirúrgica ambulatoria (o Centro quirúrgico ambulatorio) significa una instalación de atención de la salud donde se realizan cirugías a pacientes en forma ambulatoria.

Apelación es la solicitud que se hace al Plan para que revise una decisión. Por favor, consulte la sección sobre Procedimientos de Apelación.

Beneficiario significa una persona con derechos, de conformidad con los términos del Plan para recibir beneficios dentro del Plan luego de la muerte de un Miembro Empleado activo.

Junta de Patrocinadores son los individuos con quienes la propiedad del Fondo está legalmente comprometida en un fideicomiso. La Junta tiene la obligación legal de administrar los bienes del fondo en representación de los participantes del Fondo.

Hijo - Para el propósito de esta definición, "Hijo" significa:

- Su hijo/a legítimo/a nacido de un matrimonio válido suyo;
- Su hijo/a natural que no sea un hijo legítimo nacido de un matrimonio válido, siempre que usted presente una prueba satisfactoria de su paternidad (certificado de nacimiento, reconocimiento voluntario de paternidad, etc.);
- Cualquier hijo/a legalmente adoptado/a por usted o cualquier hijo/a colocado en su hogar a fines de ser adoptado/a;
- Cualquier "destinatario alternativo" determinado tal por los Patrocinadores de conformidad con los términos de una Orden de Manutención Médica Infantil Calificada. Usted puede obtener en forma gratuita una copia de los procedimientos del Plan que rigen las determinaciones de Orden de Manutención Médica Infantil Calificada llamando o escribiendo a la Oficina del Fondo de Bienestar.

C.O.B.R.A. significa Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada de 1985, según enmienda.

Coseguro significa el monto que usted paga por los servicios o suministros recibidos al utilizar los servicios de un proveedor de la red.

Copago significa el monto que deben pagar los Participantes activos por determinados servicios que no están completamente cubiertos de conformidad con el Plan. El copago es un pago de un monto fijo en dólares igual al de un determinado servicio brindado a los Participantes sin importar el costo del servicio.

Acuerdos de Negociación Colectiva los mismos fueron establecidos entre los Empleadores y el sindicato District Council 1707 Local 389 ("Sindicato"), y desde entonces se los mantiene mediante sucesivos acuerdos en virtud de los cuales se requiere que el Empleador haga contribuciones al Plan.

Empleador contribuyente es un empleador que debe contribuir al Fondo de conformidad con los términos de un Acuerdo de Negociación Colectiva.

Gastos Cubiertos son los honorarios reconocidos según lo determinado por los Patrocinadores, que están cubiertos por el Plan, para afecciones médicas cubiertas por el Plan y basándose en una necesidad médica válida según los estándares aceptados por la práctica médica.

Empleo cubierto significa trabajo por el cual su empleador debe contribuir al Fondo en representación suya.

Deducible significa el monto que un participante cubierto debe pagar de conformidad con el Plan por cada año calendario y/o servicio antes de ser elegible para el pago de determinados gastos elegibles.

Dependiente significa:

- Su Cónyuge, mientras no esté legalmente separado de usted
- Su hijo (ver "Definición de hijo"):
 - Si es menor de 26 años de edad, o

- Si tiene 26 o más años de edad y no es capaz de mantenerse a sí mismo a causa de una discapacidad mental, retraso mental o discapacidad física que haya comenzado antes de que el hijo cumpliera los 26 y si es dependiente de usted para recibir apoyo y sustento. La cobertura de un Hijo tal continuará siempre y cuando usted sea elegible y la incapacidad y la dependencia continúen.

Al momento de presentar la primera reclamación en representación de su hijo, usted debe presentar una prueba, sin costos para el Plan, de que el hijo estaba así discapacitado antes de cumplir los 26 años de edad. Sin embargo, si la prueba requerida incluye un examen médico del Hijo por parte de un Doctor, el Plan cubrirá dicho examen. Si usted no presenta la prueba adecuada, el Hijo no quedará cubierto después de cumplir los 26 años de edad. A partir de entonces, debe presentar prueba de la continuidad de la discapacidad del Hijo cada cierto tiempo si así lo solicitan los Patrocinadores (pero no más de una vez dentro de un período de 12 meses). Si se solicita una prueba y la misma no es recibida antes o para la fecha establecida por los Patrocinadores, la cobertura del Hijo finalizará en esa misma fecha.

Si un Hijo trabaja para un Empleador Contribuyente y es elegible para beneficios de conformidad con este Plan como Empleado, o si el Hijo es miembro activo de tiempo completo del servicio militar de cualquier país, el Hijo no es considerado Dependiente de conformidad con este Plan (excepto lo indicado dentro de “Cobertura COBRA”).

Discapacidad o Discapacitado significa su incapacidad para efectuar sustancialmente todas las tareas de su puesto en el Empleo Cubierto a causa de una enfermedad o lesión mental o física determinada por un médico.

Costos elegibles y gastos elegibles significa el costo máximo reconocido por el Plan para su reembolso a través del acuerdo que el Fondo tiene con MagnaCare, los cuales son incurridos por condiciones necesarias desde el punto de vista médico y elegibles de conformidad con este Plan.

Empleado o Miembro Empleado significa un individuo que es el Empleado de un Empleador y que está cubierto dentro de los términos de un Acuerdo de Negociación Colectiva. Los Patrocinadores tendrán la única y absoluta discreción para verificar si un individuo es el Empleado de un Empleador aplicando un examen de derecho consuetudinario.

Empleador significa un Empleador que debe contribuir al Plan en representación de los Empleados de conformidad con un Acuerdo de Negociación Colectiva u otro acuerdo escrito.

ERISA significa la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado de 1974, según enmienda.

Emergencia se define como una afección médica que, de no brindarse atención médica inmediata, pueda suponerse razonablemente que lleve a la muerte, una disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo u otras consecuencias médicas graves. Estas afecciones deben ser graves, repentinas en su inicio e involucrar uno o más sistemas de órganos del cuerpo, como el sistema cardiovascular, metabólico, respiratorio, nervioso, gastrointestinal o urinario. De ninguna manera se considerará como Emergencia una afección por la cual el primer Tratamiento de un Doctor es brindado después de las 24 horas del inicio de los síntomas. De haber síntomas que razonablemente pudieran dar lugar a la interpretación como Emergencia de conformidad con la definición anterior, esa afección será considerada Emergencia incluso si el diagnóstico final es el de otra afección. Por ejemplo, un dolor fuerte en el pecho que genere la sospecha de un infarto y por el cual se lleven a cabo estudios cardíacos será considerado como Emergencia incluso si el diagnóstico final indica que en realidad no era un infarto. Además de las afecciones médicas que son Emergencias según lo antes definido, hay algunas afecciones resultantes de accidentes que parecen ser serias y tan peligrosas para una parte del cuerpo que se recomienda su tratamiento en una sala de emergencias. Estas afecciones serán consideradas Emergencias incluso si no satisfacen el criterio antedicho. Ser llevado al Hospital o centro de traumatología más cercano por la policía, los bomberos o una ambulancia cuando dicho transporte se efectúa en circunstancias sobre las cuales la persona no tiene ningún control, será considerado como una emergencia.

Organización de Proveedores Exclusivos (EPO) significa un grupo de médicos, especialistas, Hospitales y demás centros de tratamiento seleccionados que han aceptado brindar sus servicios a los Participantes del Fondo y sus beneficiarios por una tasa negociada respetando los términos de un acuerdo. Estos proveedores médicos a veces son llamados “Proveedores de la Red” o “Proveedores de Panel” en forma intercambiable en esta guía. De igual forma, los proveedores médicos que no están dentro de contrato para brindar servicios con tasas negociadas son llamados “externos a la red” o de “fuera de la red” y “proveedores no panel”.

Experimental significa:

- Cualquier procedimiento, equipamiento, tratamiento o curso de tratamiento médico o medicamento o medicina que tenga el fin de investigar y esté limitado a la investigación;
- Técnicas restringidas a su uso en centros capaces de llevar a cabo esfuerzos clínicos y estudios científicos disciplinados.

- Procedimientos que no están aprobados de una forma objetiva por su valor o beneficio terapéutico, y/o
- Cualquier procedimiento o tratamiento obsoleto o cuya efectividad sea médicamente cuestionable.

La aprobación de un procedimiento, equipamiento, tratamiento, medicamento, medicina o técnica por parte del gobierno no es necesariamente suficiente para probar que sea benéfico, apropiado o efectivo para un diagnóstico o tratamiento en particular de la enfermedad de una persona cubierta. Cualquiera de los siguientes cinco criterios puede, bajo la sola discreción de los Patrocinadores, ser aplicados para determinar si dichos procedimientos y demás son experimentales o investigativos, obsoletos o ineficaces:

- Cualquier dispositivo, droga o producto biológico con fines médicos debe haber recibido la aprobación final para el mercado de parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para el diagnóstico o afección en particular. Una vez que la FDA concede su aprobación para un diagnóstico o afección en particular, el uso del dispositivo, droga o producto biológico con fines médicos por otro diagnóstico o afección puede requerir que se cumpla alguno o todos los cinco criterios.
- Debe existir evidencia concluyente de las publicaciones médicas y revisadas por pares indicando que el procedimiento tiene un efecto positivo definido sobre los resultados de la salud.
- Debe existir evidencia probada según lo reflejado en las publicaciones médicas y revisadas por pares indicando que con el tiempo el procedimiento lleva a una mejora en los resultados de la salud, es decir, que los efectos benéficos superan cualquier efecto dañino.

Administrador del Fondo significa la persona designada por la Junta de Patrocinadores para manejar las operaciones diarias del Fondo de Bienestar.

Oficina del Fondo significa la oficina mantenida por los Patrocinadores de Teamsters Welfare Fund of Northern New Jersey Local 723, donde se llevan a cabo las operaciones de dicho Fondo. Está ubicada en 714 Rahway Ave., Suite 3, Union, NJ 07083. El número de teléfono es (908) 688-0723.

Actividad peligrosa significa, entre otros, paracaidismo, manejar autos de carrera, trepar acantilados, etc.

HIPAA significa Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud.

Centro de cuidados paliativos es una agencia u organización privada (o una parte de cualquiera de ellas), que se ocupa principalmente de brindar un conjunto de servicios coordinados en el hogar o en un ambiente ambulatorio o institucional para personas que sufren de una enfermedad terminal. La agencia u organización (1) debe ser elegible para participar en Medicare; (2) debe contar con la licencia correspondiente del estado en que opera; (3) debe contar con un grupo de personal interdisciplinario que incluya los servicios de al menos un Doctor o Enfermero Registrado; (4) debe mantener expedientes administrativos de todos los pacientes; (5) debe cumplir con los estándares de la National Hospice Organization, y (6) debe brindar, en forma directa o en otros acuerdos, los servicios y suministros indicados como Gastos Cubiertos de conformidad con los beneficios de dicho centro.

Hospital significa una institución que:

- está principalmente comprometida con la prestación de servicios diagnósticos y terapéuticos de internación, mediante o con la supervisión de médicos, para el diagnóstico, tratamiento y atención médica de personas lesionadas, discapacitadas o enfermas.
- Mantiene registros clínicos de todos los pacientes; y
- Tiene estatutos en efecto respecto a su personal de médicos, y
- Tiene el requisito de que todos los pacientes estén bajo la atención de un médico; y
- Brinda servicios de enfermería las 24 horas, brindados o supervisados por un enfermero profesional registrado; y
- Tiene en efecto un plan de revisión del uso del Hospital; y
- Cuenta con licencia de conformidad con cualquier estado o agencia del estado responsable de otorgar licencia a los hospitales; y
- Cuenta con acreditación en uno de los programas de la Comisión Conjunta para la Acreditación de Hospitales.

Hospital no significa una institución o parte de la misma que se use principalmente como instalación de descanso, centro de enfermería, de convalecencia o tratamiento de adictos a las drogas o el alcohol. NO significa una institución que le haga un cobro que usted o sus dependientes no deban pagar.

Enfermedad significa una enfermedad, trastorno o afección corporal del asegurado.

Investigativo o experimental significa un servicio, suministro, medicamento u otro tratamiento es investigativo u experimental excepto que:

- El servicio, medicamento o tratamiento ha recibido la aprobación final de parte de los cuerpos regulatorios correspondientes del gobierno;
- La evidencia científica permite tomar conclusiones respecto al efecto del servicio, suministro, medicamento o tratamiento sobre los resultados para la salud;
- El servicio, suministro, medicamento o tratamiento es generalmente aceptado como tratamiento médico estándar para la afección a tratar.

Lesionado significa cualquier daño sobre su cuerpo, o el de sus dependientes elegibles, causado por un accidente **(excluyendo vehículos automotores, motocicletas y cualquier responsabilidad de terceros.)**

Medicamento necesario significa un servicio, tratamiento o suministro, incluyendo una internación hospitalaria, proporcionada o prescrita por un Médico u otro proveedor licenciado a fines de identificar o tratar una lesión o enfermedad, que:

- Sea necesario para el diagnóstico y tratamiento de la lesión o enfermedad por la cual se lo efectúa;
- Esté basado en una necesidad médica válida;
- Cumpla con los estándares generalmente aceptados por la práctica médica;
- Sea necesario por alguna razón que no sea la comodidad del paciente o el proveedor, y
- Sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda brindarse sin peligro para el paciente.

El hecho de que los servicios o suministros sean proporcionados por un Médico u otro proveedor licenciado no necesariamente implica que los mismos sean **Medicamento necesarios**.

Medicare significa los beneficios médicos provistos por el Título XVIII de la Ley Federal de Seguridad Social, según enmiendas.

Instalación de Tratamiento de Salud Mental significa una instalación que no es un hospital y que brinda tratamiento de enfermedades mentales de conformidad con un plan escrito, aprobado y supervisado por un médico o psicólogo con licencia del estado o afiliado con un Hospital con un acuerdo contractual para la derivación de pacientes.

Enfermedad mental significa neurosis, psicopatía, psiconeurosis, psicosis o enfermedad mental o emocional o un trastorno de cualquier tipo.

Vehículo automotor. El Plan no brinda ningún beneficio por servicios médicos necesarios a causa de un accidente a causa de un vehículo automotor. Un "vehículo automotor" no se limita a automóviles, camiones o camioneta. Incluye motocicletas, ciclomotores, vehículos todoterreno, vehículos para la nieve y otros vehículos recreativos.

Médico significa un Doctor en Medicina con su debida licencia y autorizado para efectuar un servicio médico o quirúrgico particular dentro del alcance legal de su práctica, y también incluye a todo Doctor en Osteopatía, Doctor en Podología o un Doctor en Psicología respecto a Beneficios de Salud Mental y Centros de Atención Paliativa, y un Terapeuta de Rehabilitación con licencia. No se reconoce a ningún otro proveedor.

Plan significa Teamsters Welfare Fund of Northern New Jersey Local 723, según enmiendas, que establece las reglas y regulaciones escritas sobre el pago de beneficios a Empleados y Dependientes de conformidad con el Fondo y que debe contar con los fondos del Fideicomiso.

Patrocinadores del Plan significa la Junta de Patrocinadores del Plan.

Organización de Proveedores Preferidos (PPO) significa un grupo de médicos, especialistas, Hospitales y demás centros de tratamiento seleccionados que han aceptado brindar sus servicios a los Participantes del Fondo y sus beneficiarios por una tasa negociada respetando los términos de un acuerdo. Estos proveedores médicos a veces son llamados "Proveedores de la Red" o "Proveedores de Panel" en forma intercambiable en esta guía. De igual forma, los proveedores médicos que no están dentro de contrato para brindar servicios con tasas negociadas son llamados "externos a la red" o de "fuera de la red" y "proveedores no panel".

Razonable y habitual significa el cobro usual que hace una persona, grupo o entidad que proporciona o brinda los servicios, tratamientos o suministros elegibles dentro de este Plan. En ningún caso significa un cobro que exceda el nivel general de cobros efectuados por otras personas o entidades que brinden o proporcionen los mismos servicios, tratamientos o suministros a personas:

- Que residen en una misma área y
- Cuya enfermedad sea comparable en naturaleza y gravedad. El término "área" significa un condado o área mayor que sea necesaria para obtener una sección transversal representativa de los costos usualmente cobrados.

Centro de Enfermería Especializada es una institución o parte distintiva de una institución que cumple con todos los requisitos legales y de licencias y todos los siguientes criterios:

- Su función primaria es brindar atención de internación de enfermería especializada, servicios de restauración física y servicios relacionados a personas convalecientes de una lesión o enfermedad que requieran atención médica o de enfermería para ayudarles a alcanzar un grado de funcionalidad corporal que permita la autoatención en las actividades esenciales de la vida diaria.
- Brinda supervisión las 24 horas del día por parte de uno o más Doctores o enfermeros registrados.
- Brinda servicios de enfermería las 24 horas del día bajo la supervisión de un enfermero registrado y cuenta con un enfermero registrado de servicio al menos 8 horas al día.
- Todos los pacientes están bajo la supervisión de un Doctor y tienen a su disposición, en todo momento, los servicios de un Doctor miembro del personal de un hospital general.
- Conserva registros médicos diarios de todos los pacientes, y brinda métodos y procedimientos adecuados para suministrar y administrar medicamentos y agentes biológicos.
- Cuenta con un plan de evaluación del uso.
- Cuenta con un acuerdo de traslados con uno o más Hospitales.
- Es elegible para participar de conformidad con Medicare.
- Salvo en casos incidentales, no es un lugar para descanso, cuidados asistenciales, para personas mayores, adictos a las drogas o el alcohol, un hotel, un lugar para la atención y el tratamiento de enfermedades mentales o tuberculosis o una institución similar.

Cónyuge significa el cónyuge legal de un Participante. Cónyuge también incluye la definición según lo determina la Decisión Windsor.

Repentino y grave significa síntomas de tal gravedad y dolor por los que una persona no formada podría razonablemente suponer que, de no mediar atención médica inmediata, se podría resultar en: peligro grave para la salud médica o mental, causa de una disfunción grave del cuerpo o de algún órgano, o causa de desfiguración.

Abuso de Sustancias hace referencia al uso deficiente de drogas y/o alcohol y/o el uso continuo a pesar de los efectos adversos (incapacidad de controlar el uso, interferencia con las funciones diarias y/o el trabajo o los intereses sociales).

Terceros significará cualquier persona o entidad que no sea el Fondo, incluyendo (entre otros) el o los causantes de su empleador o cualquier otra entidad o persona(s).

Discapacidad total o completamente discapacitado cuando se lo usa en referencia a la cobertura médica provista por el Plan, significa, respecto a usted, que únicamente a causa de una lesión o enfermedad, usted no puede participar en sus ocupaciones o empleo regular o habitual. Respecto a un dependiente asegurado, esto significa que, únicamente a causa de lesión o enfermedad, no pueda participar en sustancialmente todas las actividades normales de una persona de igual edad y sexo y que goce de buena salud. Todas las determinaciones respecto al estado de discapacidad de los participantes son tomadas según la sola y absoluta discreción de los Patrocinadores del Plan (o su o sus designados).

Fideicomiso significa todo el dinero en efectivo, las acciones y demás propiedades que, al momento de referencia, estén depositadas en la cuenta de fideicomiso establecida de conformidad con el Acuerdo del Fideicomiso.

Patrocinador(es) significa los Patrocinadores individuales del Sindicato, los Patrocinadores individuales del Empleador y, si actúan como Patrocinadores, sus alternos y sucesores.

Acuerdo del Fideicomiso significa el Acuerdo y la Declaración de Fideicomiso, según enmiendas, que establece el vehículo fundador del Plan y establece los respectivos derechos, obligaciones y responsabilidades del Administrador, la Junta y los Patrocinadores.

Sindicato significa Local 641, I.B.T. y cualquier sindicato adicional con un Acuerdo de Negociación Colectiva con Empleadores que requieran hacer contribuciones a Teamsters Welfare Fund of Northern New Jersey Local 723 en representación de sus Empleados Cubiertos.

Nota: Siempre que se use una palabra en masculino, se considerará que incluye al femenino, excepto que el contexto indique claramente lo contrario.

AVISO IMPORTANTE

En caso de haber un conflicto entre la descripción de cualquier provisión del Plan en esta Descripción resumida del Plan (SPD) y cualquier otra información que pueda haber recibido usted, sea por escrito u oralmente, tendrá prevalencia lo redactado en el SPD original en inglés.

Este SPD será el Documento del Plan. Los Patrocinadores tienen la **SOLA Y ABSOLUTA DISCRECIÓN** respecto al Plan y su interpretación. Dado que el Plan es enmendado cada cierto tiempo, usted recibirá información en forma de un Resumen de Modificaciones Materiales (SMM, por sus siglas) donde se explicarán los cambios. Si esos avisos describen un beneficio o procedimiento diferentes a lo aquí descrito, deberá confiar en la información más reciente.

REGLAS DE ELEGIBILIDAD

ELEGIBILIDAD DE LOS MIEMBROS

Usted es elegible para beneficios si es un empleado activo y su empleo está sujeto a un Acuerdo de Negociación Colectiva o Acuerdo de Participación y su Empleador está obligado a hacer contribuciones a Teamsters Welfare Fund of Northern New Jersey Local 723. Los participantes son elegibles para los beneficios descritos en esta Descripción resumida del Plan solo si los mismos son proporcionados dentro de los Estados Unidos.

ELEGIBILIDAD INICIAL

El período de elegibilidad inicial para los beneficios requiere que Teamsters Welfare Fund of Northern New Jersey Local 723 reciba tres pagos consecutivos de contribución completa en su representación por parte de su empleador. Su elegibilidad inicial comenzará el primer día del 4^{to} (cuarto) mes de su empleo a tiempo completo. Si las reglas de su Acuerdo de Negociación Colectiva (CBA) o Acuerdo de Participación son diferentes a las de esta elegibilidad, tendrá efecto la regla del CBA; sin embargo, no será por un período mayor que lo permitido por la Ley de Asistencia Asequible.

Fecha de entrada en vigencia de sus beneficios

Cuando haya establecido su elegibilidad inicial, tendrá derecho a beneficios a partir del primer día del mes que siga a su período de elegibilidad inicial.

PROLONGACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Usted seguirá siendo elegible para recibir beneficios siempre y cuando se sigan haciendo contribuciones en su representación.

ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

Generalmente, la cobertura de sus dependientes comienza al mismo tiempo que su cobertura, siempre y cuando dicha cobertura familiar haya sido elegida, y se estén haciendo las contribuciones al Fondo en su representación. El Fondo requiere una prueba de la dependencia tal como el certificado de casamiento original, el certificado de nacimiento original del dependiente y la tarjeta de Seguridad Social del dependiente. El Fondo debe recibir esta prueba dentro de los 45 días de la fecha de entrada en vigencia; de lo contrario, usted deberá esperar al siguiente Período de Inscripción Abierta del Fondo.

Sus Dependientes elegibles son:

- Su cónyuge legal, excepto que estén legalmente separados.
- Su(s) hijo(s), hasta terminar el mes en el cual cumplen los 26 años de edad, con documentación requerida;
 - Para que un hijo dependiente sea elegible para los beneficios, debe ser su hijo biológico, haber sido colocado para la adopción o estar legalmente adoptado. **Los niños que nazcan de otra mujer que no sea su cónyuge estando usted casado, no estarán cubiertos**, excepto que se presente un Aviso de Manutención Calificada y una prueba de paternidad -con las costas a cargo del Participante.
- Sus Hijos no casados, sin importar su edad, que no puedan mantenerse a sí mismos a causa de una discapacidad física o mental, siempre y cuando la condición incapacitante haya comenzado antes de cumplir los 26 años de edad;
 - Se envía evidencia escrita de la discapacidad al Administrador respecto a cualquier hijo en tales condiciones dentro de los 31 días de que alcance la edad límite.

- Cada tanto, se debe presentar una prueba de que el niño sigue siendo discapacitado si así lo solicita el Administrador; y
- Sus hijos adoptados. Sin embargo, los recién nacidos adoptados no estarán cubiertos desde el momento de su nacimiento si: (1) el seguro de salud de los padres naturales del Hijo cubre la internación hospitalaria inicial del recién nacido; (2) se presenta un aviso para revocar la adopción; o (3) uno de los padres naturales revoca su consentimiento para la adopción.

Los hijastros no están cubiertos por este Plan.

NOTA: Es importante mantener actualizada a la Oficina del Fondo sobre los Hijos y Cónyuges que pasan a ser nuevos Dependientes para que se los pueda añadir al Plan. No todos los Acuerdos de Negociación Colectiva (CBA) cubren a todos los dependientes. Asegúrese de estar familiarizado con su CBA respecto a su cobertura médica.

INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Si usted declina la inscripción para sus dependientes elegibles por otra cobertura de salud, puede anotarlos en este Plan si pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir para esa otra cobertura). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 45 días en que finaliza la otra cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir para esa otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación por adopción, puede anotarse a usted y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 45 días después del casamiento, nacimiento, adopción o colocación por adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la Oficina del Fondo al: 908-688-0723

AVISO IMPORTANTE:

Cuando usted adquiere Dependientes, o cuando cambia su estado de Dependientes, es absolutamente necesario que notifique a la Oficina del Fondo de Bienestar para que dichos dependientes queden debidamente asegurados, clasificados o cesados.

Si usted no inscribe a su cónyuge y/o dependientes elegibles dentro de los 45 días de nacimiento o matrimonio, debe esperar al Período de Inscripción Abierta, del **1 de octubre al 31 de octubre** de cada año para hacerlo. Su cobertura tendrá efecto el 1^{ro} de enero.

FECHA DE INICIO DE COBERTURA DEL DEPENDIENTE

Generalmente, la cobertura de sus dependientes elegibles comenzará el mismo día en que comience su cobertura, si presenta una prueba aceptable en la Oficina del Fondo dentro de los 45 días. Sin embargo, si su cónyuge y/o dependiente(s) están en el hospital en tratamiento al momento de comenzar sus beneficios, los beneficios de su cónyuge y/o dependiente(s) no comenzarán hasta el día del alta del hospital. La cobertura de odontología y oftalmología de su Cónyuge y Dependiente(s) comenzará:

- Después de que el miembro es efectivo.
 - Los dependientes elegibles son elegibles para un examen odontológico y una limpieza durante el primer año de cobertura.
- Después de ser correctamente inscriptos según las reglas del Plan;

La cobertura de un dependiente no comenzará ni continuará si usted no es elegible.

Si usted se casa, tiene un bebé o adopta un hijo, debe presentar a la Oficina del Fondo el certificado de casamiento original, el certificado de nacimiento original donde figuren los nombres de ambos padres o los papeles de adopción legal dentro de los 45 días del evento. Si usted no inscribe a sus nuevos dependientes durante el período de inscripción especial, no quedarán cubiertos y su próxima oportunidad para inscribirlos será el Período de Inscripción Abierta del Fondo.

Si un dependiente también es elegible para beneficios como empleado/participante cubierto por este plan, el hijo no será considerado dependiente elegible.

FINALIZACIÓN DE SU COBERTURA

Su cobertura terminará en la fecha más temprana de cualquiera de los siguientes:

- El primer día del mes en el que su empleador deje de hacer contribuciones en nombre suyo.
- La fecha en que usted ya no es un miembro de una clasificación elegible para participar en el Plan;
- La fecha en que se hace un cambio en el Plan para cesar los beneficios de su clase;
- La fecha en que ingresa al servicio activo en las Fuerzas Armadas; o
- La fecha en que termina el plan.



Ejemplo: Si estuvo hospitalizado desde el 25 de mayo hasta el 7 de junio, y la obligación de su empleador para seguir haciendo contribuciones en su representación termina el 31 de mayo, su elegibilidad para los beneficios finaliza el 31 de mayo a la medianoche.

Al terminar su cobertura, recibirá información por correo sobre su derecho a la Cobertura de Continuación de conformidad con COBRA (consulte la sección correspondiente de este SPD para obtener más detalles).

FINALIZACIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SU DEPENDIENTE

Los beneficios de sus dependientes terminarán en la fecha más temprana de cualquiera de los siguientes:

- La fecha en que terminen sus beneficios;
- La fecha en que un cambio en el Plan finalice los Beneficios de los Dependientes;
- La fecha en que un dependiente entra al servicio activo en las Fuerzas Armadas; o
- La fecha en que un dependiente ya no es Dependiente Elegible según su definición.

Si los beneficios cesan, existen disposiciones según las cuales los mismos pueden ser extendidos mediante el pago por parte beneficiario. Usted puede determinar sus derechos llamando o escribiendo al Fondo.

Los beneficios también pueden ser denegados o suspendidos si sus Dependientes elegibles hacen una declaración falsa en relación con la obtención de un pago por cobertura o reclamaciones.

CERTIFICADO DE COBERTURA MERITORIA

Cuando termine su cobertura, se le proporcionará automáticamente un Certificado de Cobertura Meritoria donde se indicará el período de tiempo que estuvo cubierto por el Plan. Este Certificado de Cobertura Meritoria le será proporcionado después de que el Fondo haya sido notificado de la finalización de su cobertura. También puede solicitar un Certificado de Cobertura Meritoria a la Oficina del Fondo en cualquier momento dentro de los primeros 24 meses después terminada su cobertura.

Los certificados de cobertura meritoria indican el período de tiempo que usted y/o su o sus dependientes estuvieron cubiertos por el Plan (incluyendo la cobertura COBRA), y contienen además información adicional según lo requerido por la ley. Este certificado puede ser necesario si usted y/o su o sus dependientes son elegibles para cobertura dentro de otro plan de salud grupal, o si usted compra para usted y/o sus dependientes cubiertos una póliza de seguro de salud dentro de los 63 días después de terminar su cobertura con este Plan (incluyendo la cobertura COBRA).

Envíe todas las solicitudes de certificados de cobertura meritoria a:

Teamster Welfare Fund of Northern NJ Local 723
714 Rahway Ave., Suite 3
Union, NJ 07083
Teléfono (908) 688-0723

REINSERCIÓN A LA COBERTURA

Si su cobertura termina y regresa a un empleo cubierto con el mismo empleador dentro de los 6 meses, su cobertura será reestablecida después de que su empleador comience a hacer las contribuciones en su nombre. Cualquier reclamación incurrida durante el período en que usted no era elegible no estará cubierta.” (Ver la sección COBRA de este SPD para conocer los detalles sobre la continuación de la cobertura).

Si regresa a un empleo cubierto después de los 6 meses o empieza a trabajar con otro empleador contribuyente, deberá completar el período de elegibilidad inicial según lo definido más arriba.

Si usted está ausente de un empleo cubierto debido a una Licencia Familiar Autorizada, los períodos de espera anteriores no se aplicarán y usted será inmediatamente elegible para cobertura el primer día desde su regreso al empleo cubierto, siempre que dicho regreso ocurra inmediatamente después de su licencia autorizada.

Si usted está ausente de un empleo cubierto debido al servicio militar, los períodos de espera anteriores no se aplicarán y usted y sus dependientes elegibles estarán cubiertos de acuerdo con las reglas de la Sección de Reglas de Servicio Militar de este SPD.

FINANCIACIÓN

Un elemento importante de Teamsters Welfare Fund of Northern NJ Local 723 es el dinero. De dónde viene, cómo se administra, y para qué usos puede ser puesto son temas que deben ser de interés para usted.

Las contribuciones son efectuadas por los Empleadores que tienen la obligación de contribuir al Fondo de conformidad con un Acuerdo de Negociación Colectiva (CBA) u otro acuerdo escrito. Estas contribuciones (junto con los ingresos de la inversión) son las fuentes que proporcionan los Beneficios del Fondo. Los empleadores que están obligados a hacer contribuciones al Fondo se llaman Empleadores Contribuyentes. Su Acuerdo de Negociación Colectiva puede requerir que usted pague una parte de la contribución mensual, la cual será deducida de su salario.

Todos los activos son mantenidos en fideicomiso por la Junta de Patrocinadores de Teamsters Welfare Fund of Northern NJ Local 723 para los Empleados y sus Dependientes Elegibles del Plan. La Junta de Patrocinadores tiene la responsabilidad final de la administración de los fondos y puede de vez en cuando utilizar los servicios de gerentes de inversión para hacer inversiones con los activos del Plan.

Los beneficios del Plan no serán de ninguna manera asignables ni transferibles por ningún Participante, excepto una cesión a un proveedor de servicios de salud que le haya proporcionado servicios médicos para los cuales el Fondo paga los beneficios.

El Fondo no acepta contribuciones directamente de los empleados. Sin embargo, si elige cobertura para los miembros de su familia, es posible que se le solicite contribuir al costo de su cobertura. Consulte con su Empleador o Sindicato para averiguar si su Empleador requiere que haga contribuciones para la cobertura familiar.

CRONOGRAMA DE BENEFICIOS

Sólo para miembros empleados:	
Beneficio del seguro de vida	\$10,000.00
Muerte accidental y desmembramiento Suma principal del beneficio	\$20,000.00
Para miembros empleados y dependientes:	
Beneficios Integrales de Gastos Médicos Principales	
Beneficios Integrales de Gastos Médicos Principales	
Monto deducible (por año calendario):	
Por persona	\$ 150.00
Deducible familiar (2 familiares)	\$ 300.00
Beneficio a pagar (después del deducible): Costos elegibles	100% de los costos elegibles dentro de la red
Copago en todas las visitas a la sala de emergencias:	\$ 100.00
Máximas anuales del Plan	
Dental por persona	\$ 1,000.00
Extracción de muelas de juicio afectadas	\$ 1,500.00
Receta por familia Después de \$7,500	\$ 7,500.00 40% de coseguro
Visión (1 examen y/o lentes por año, marcos cada 2 años)	\$120.00
La asignación para cirujano asistente es el 20% de la tarifa del cirujano primario permisible.	
Los beneficios por embarazo no están disponibles para los hijos dependientes.	

SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Puede tener dudas cuando un cirujano recomienda una cirugía electiva (cirugía que no se realiza como emergencia). Aunque no siempre es necesario, si desea tener una segunda opinión sobre si la cirugía es el curso de acción más adecuado, debe ponerse en contacto con un cirujano calificado que se especialice en el campo para el que se recomienda cirugía. Para su salud y/o seguridad, en algunos casos, el Administrador Médico del Fondo puede requerir una segunda opinión quirúrgica.

GASTOS QUE NO ESTÁN CUBIERTOS

Además de las EXCLUSIONES GENERALES, no se pagan beneficios bajo esta sección:

- Para consultar con un médico que no sea un "médico legalmente calificado" según su definición;
- Para radiografías y exámenes no relacionados con la cirugía propuesta;
- Si usted o su dependiente no son examinados en persona por el médico que está dando la opinión;
- Si el médico examinador no envía ningún informe escrito;
- Si el médico consultante tiene un interés financiero en el resultado de su opinión.

SEGURO DE VIDA Y BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Si usted muere por cualquier causa mientras es elegible, las ganancias de su seguro de vida a término serán pagadas a su beneficiario. Si usted muere y no ha designado un beneficiario, el seguro de vida será pagado a su sucesor. Las ganancias pueden ser pagadas en cuotas mensuales o anuales o como una suma global. Usted es elegible para este beneficio si es un Empleado activo y su Empleador hace las contribuciones requeridas al Fondo. Los beneficios del seguro de vida son únicamente para Empleados (Participantes Primarios). Los beneficios pagables son los siguientes:

Beneficio del seguro de vida \$10,000.00

BENEFICIARIO

Puede nombrar a cualquier persona que desee como su beneficiario. Usted puede cambiar su beneficiario en cualquier momento sin el consentimiento de su Cónyuge o Beneficiario, completando un formulario de cambio de beneficiario con la Oficina del Fondo. El cambio entrará en vigencia cuando el Fondo reciba el formulario completo en la oficina.

MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Beneficio por muerte accidental y desmembramiento \$20,000.00

Usted o su Beneficiario recibirán la cantidad indicada a continuación si usted es empleado elegible y como resultado directo de un accidente ocurrido mientras está asegurado, si sufre una de las siguientes pérdidas dentro de los 90 días de la fecha del accidente:

- Vida, ambas manos, ambos pies o vista en ambos ojos 100%
- Una mano y un pie 100%
- Una mano y vista de un ojo 100%
- Un pie y vista de un ojo 100%
- Una mano, un pie o la vista de un ojo 50%

El beneficio por pérdida de vida se paga a su Beneficiario. El beneficio por cualquier otra pérdida es pagadero a usted.

Si el Asegurado queda paralizado como resultado directo de una lesión corporal accidental sufrida mientras está cubierto bajo este Anexo, son pagaderos los porcentajes de beneficio que se enumeran a continuación. La parálisis debe ocurrir dentro de un año a partir de la fecha del accidente que la causa parálisis. El beneficio pagadero es un porcentaje del monto mostrado para el beneficio de muerte accidental y desmembramiento y es el siguiente:

- Cuadraplejía (parálisis completa e irreversible tanto de miembros superiores como de ambos miembros inferiores). 100%
- Paraplejía (parálisis completa e irreversible de ambos miembros inferiores). 75%
- Hemiplejía (parálisis completa e irreversible de los miembros superior e inferior de un lado del cuerpo). 50%
- Uniplejía (parálisis total de un miembro) 25%

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

En caso de terminación de su cobertura bajo este Plan, el Seguro de Vida Grupal le permite convertir su Seguro de Vida sin examen físico a un Seguro de Vida individual. Usted puede convertir a cualquiera de las formas habitualmente emitidas por el asegurador. Debe hacer una solicitud por escrito directamente al asegurador dentro de los 31 días posteriores a la terminación de su cobertura bajo este Plan.

PÉRDIDAS QUE NO ESTÁN CUBIERTAS

Además de las EXCLUSIONES GENERALES, no se pagará ningún beneficio bajo la sección de Muerte Accidental y Desmembramiento, si la pérdida es causada directa o indirectamente, total o parcialmente, por:

- Enfermedad física o mental de cualquier tipo;
- Ptomaína o infección bacteriana (excepto infecciones causadas por organismos piógenos que se producen con y por medio de un corte o herida accidental) o hernia;
- Autodestrucción intencional o lesión autoinfligida, estando sano o alienado;

- Servicio en cualquier fuerza militar, naval o aérea de cualquier país mientras ese país esté involucrado en la guerra;
- Deber de policía como miembro de cualquier organización militar, naval o aérea;
- Viajar a bordo de cualquier aeronave en movimiento donde usted esté brindando o recibiendo entrenamiento o cumpla alguna tarea; o
- En la comisión de un delito grave o cualquier actividad criminal.

PRECERTIFICACIÓN

El Plan requiere la precertificación para ciertos servicios. Antes de recibir tratamiento, debe pedir a su médico que llame a MedWatch al (800) 605-5028 antes de que le efectúen el procedimiento. El administrador del fondo trabajará junto con su médico y el hospital para determinar si su tratamiento debe administrarse de forma ambulatoria y, si debe hacerse en el hospital y por cuánto tiempo debe estar internado.

Los siguientes son algunos ejemplos de servicios que requieren la precertificación: todos los tratamientos de salud mental; quiropraxia; terapia física; todos los servicios de rehabilitación; equipo médico duradero; ortopedia; podología; endoscopia; colonoscopia; todas las hospitalizaciones; todas las cirugías.

Si no obtiene la aprobación previa, se rechazará su reclamación.

Si ingresa al hospital debido a una emergencia, solicite a su médico que llame a MedWatch al (800) 605-5028 dentro de las 48 horas de su ingreso al hospital o, tan pronto como sea razonablemente posible.

Si no lo hace, el Plan rechazará su reclamación.

HOSPITALES Y PLAN MÉDICO QUIRÚRGICO

Esta sección describe los beneficios de hospitalización del Plan. Las hospitalizaciones están cubiertas por hasta 120 días. También se cubren otros tipos de atención, como el tratamiento en salas de emergencia, el tratamiento de hospitalización y el tratamiento de trastornos mentales y nerviosos.

Cuando deba recibir algún procedimiento, examen o internación hospitalaria que requiera precertificación, debe pedirle a su doctor que llame a MedWatch al (800) 605-5028 antes de ingresar al hospital o de que le hagan el examen. **Si va a un hospital no participante, los cargos no serán cubiertos.** Los Patrocinadores instan a los Participantes a utilizar un proveedor de la Red. Los hospitales y otros proveedores de cuidados de la salud que participan en la red cambian de vez en cuando. Por lo tanto, debe asegurarse de que su proveedor forme parte de la Red antes de recibir atención. Usted debe verificar la participación del proveedor, ya sea poniéndose en contacto con la oficina del proveedor o la Red directamente al número de teléfono de su tarjeta de identificación o su sitio web.

PROVEEDORES DE LA RED

El Fondo tiene contratos con dos redes médicas, AmeriHealth y MagnaCare. Su participación en determinada red para usted y sus dependientes elegibles es la siguiente:

- Para beneficios hospitalarios:
 - AmeriHealth es la red de hospitales participantes de NJ.
 - MagnaCare es la red de hospitales participantes de NY.
- Para beneficios médicos, quirúrgicos y doctores:
 - MagnaCare es la red participante para todos los proveedores de NY y NJ.

Alojamiento semi-privado

Si está hospitalizado en un hospital legalmente constituido y está cubierto, el Fondo pagará por alojamiento semipúblico o alojamiento en planta y otros servicios hospitalarios auxiliares elegibles por hasta 30 días al 100% y los próximos 90 días al 60% en un año calendario o la asignación máxima del Plan.

Todos los cargos deben ser consistentes con el diagnóstico y tratamiento de las condiciones para las cuales se requiere hospitalización y todos los gastos deben ser incurridos como una obligación legal del Participante elegible.

Alojamiento en habitaciones privadas

Si es hospitalizado en una habitación privada en un hospital legalmente constituido, el Fondo pagará los cargos promedio regulares del hospital por alojamiento semiprivado por cama, comida (incluyendo dietas especiales) y servicio general de enfermería, hasta las limitaciones del Resumen de Beneficios.

SERVICIOS HOSPITALARIOS

El Plan cubre la mayor parte o la totalidad de su atención médica necesaria, después de que su deducible esté satisfecho, cuando use un hospital participante para la cirugía o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios quirúrgicos del mismo día para atención no urgente se deben realizar en un consultorio o centro quirúrgico independiente a menos que el desempeño en un hospital sea médicamente necesario y precertificado. Los servicios quirúrgicos del mismo día están cubiertos cuando:

- Se realizan en un centro quirúrgico del mismo día o en un centro quirúrgico ambulatorio del hospital (sólo si es médicamente necesario);
- Requieren el uso de salas de recuperación tanto quirúrgicas como operativas y postoperatorias;
- Pueden requerir anestesia local o general;
- No requieren hospitalización porque no son apropiados o médicamente necesarios; y

Usted debe pedir al centro quirúrgico, hospital y/o consultorio del proveedor que se comuniquen con MedWatch al (800) 605-5028 para precertificar el tratamiento.

Cuando el médico participante prescribe pruebas de laboratorio o de diagnóstico, es importante que le recuerde a su médico que especifique el uso de un laboratorio participante para pruebas de laboratorio y de un centro de diagnóstico independiente participante que no esté afiliado a un hospital. Usted será responsable de la factura si utiliza los servicios de un proveedor no participante. El Plan no pagará beneficios por ningún servicio realizado por un laboratorio o centro de exámenes de diagnóstico no participantes.

Los exámenes de laboratorio, radiografías y otras pruebas de diagnóstico no serán cubiertos en un hospital con la excepción de:

- si se los realiza durante la hospitalización;
- si son pruebas previas a la admisión;
- si se hacen durante un procedimiento quirúrgico;
- si las pruebas sólo pueden realizarse en un hospital; y
- forman parte de una visita a una sala de emergencias en caso de existir una verdadera emergencia.

El pago a un Hospital Participante está sujeto al deducible y es pagadero según las tarifas de la Red establecidas.

Si su cónyuge o dependiente(s) elegible(s), tiene otra cobertura médica primaria y eligen usar un proveedor de la Red, tendrá que presentar reclamaciones como de costumbre a ese programa de atención médica, ya que ese programa es el que tiene la responsabilidad principal de la reclamación y el saldo de la reclamación, si la hubiere, se pagará de acuerdo con las reglas de Coordinación de Beneficios (COB).

SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN MÉDICA

El paciente o miembro de la familia debe hacer que su proveedor llame a MedWatch al (800) 605-5028 para recibir la precertificación de ciertos servicios de administración médica. Esta llamada debe hacerse por lo menos 72 horas antes de los servicios prestados o dentro de 72 horas después de una emergencia.

Utilization Review es un programa diseñado para ayudar a asegurar que todos los Participantes Elegibles reciban atención médica necesaria y apropiada evitando gastos innecesarios.

Este programa consiste en:

- Precertificación de la necesidad médica de los servicios no urgentes mencionados anteriormente;
- Revisión retrospectiva de la necesidad médica de los servicios enumerados prestados en caso de emergencia;

- Revisión concurrente, basada en el diagnóstico de admisión, de los servicios enumerados solicitados por el Médico asistente; y
- Certificación de servicios y planificación para el alta de un centro de atención médica o cese del tratamiento médico.

El propósito del programa es determinar lo que es pagadero por el Plan. Este programa no está diseñado para ser la práctica de la medicina o para ser un sustituto del juicio médico del médico tratante o de otro proveedor de atención médica.

Si un determinado tratamiento o servicio médico no está certificado, significa que el Plan no considerará ese tratamiento como apropiado para el reembolso máximo del Plan.

CÓMO FUNCIONA EL PROGRAMA

Precertificación. Antes de que un participante elegible ingrese a un centro de atención médica en una forma que no sea de emergencia o reciba otros servicios médicos que figuran en la lista, el administrador de revisiones de utilización, junto con el Médico asistente, certificará la atención según corresponda del reembolso del Plan. Una estadía de no emergencia en una instalación de atención médica es aquella que se puede programar con antelación.

El programa de revisión de utilización se pone en marcha mediante una llamada telefónica del proveedor. Deben ponerse en contacto con el administrador de revisión de utilización llamando al número de teléfono de su tarjeta de identificación **por lo menos 72 horas antes** de que los servicios estén programados para ser rendidos con la siguiente información: Nombre y relación del paciente; número de seguro social del Participante y dirección de dicho Participante; Teamsters Welfare Fund of Northern New Jersey Local 723; nombre y número de teléfono del Médico; Nombre de la institución médica, fecha de admisión y duración de la estadía; diagnóstico y/o tipo de cirugía; y propuesta de prestación de servicios médicos enumerados.

Si el Participante Cubierto no recibe autorización, el Fondo denegará el pago de los beneficios.

El departamento de revisión de utilización de MedWatch, (800) 605-5028, administrará la revisión concurrente y la planificación del alta hospitalaria, y coordinará con el Médico asistente, el Centro de Atención Médica y el Participante el alta programada o una extensión de los servicios médicos.

Administración de Casos es un programa que supervisará a los pacientes y explorará, discutirá y recomendará tipos de atención médica necesaria coordinados y/o alternos.

El plan de atención puede incluir algunos o todos de los siguientes: apoyo personal al paciente; comunicación con la familia para ofrecer asistencia y apoyo; supervisión del Hospital o Centro de Enfermería Especializada; determinación de opciones alternativas; y asistencia en la obtención de los equipos y servicios necesarios.

La Administración de Casos ocurre cuando este beneficio alternativo pueda ser beneficioso tanto para el paciente como para el Plan. Cada plan de tratamiento se adapta individualmente a un paciente específico y no debe ser visto como apropiado o recomendado para cualquier otro paciente, incluso uno con el mismo diagnóstico.

TRATAMIENTO EN SALA DE EMERGENCIAS

El cuidado de la sala de emergencias está cubierto de la siguiente manera:

- Servicio hospitalario de emergencia durante la primera visita para el tratamiento de una lesión accidental dentro de las 48 horas siguientes a dicha lesión, o
- Atención hospitalaria de urgencia durante la primera visita para tratamiento dentro de las 48 horas de la aparición de una enfermedad repentina y grave. El Fondo se reserva el derecho de determinar si la visita fue una enfermedad repentina y grave bajo normas médicas aceptadas. Los Patrocinadores se reservan el derecho de solicitar todos y cada uno de las notas y/o cartas de la sala de emergencia antes de que se paguen los beneficios.
- No habrá pago por el servicio hospitalario de emergencia si el paciente es admitido y el Fondo hace el pago por internación en el hospital para ese día.

La sala de emergencias del hospital (ER) es muy cara porque está especialmente equipada para manejar emergencias verdaderas. No utilice la sala de emergencias para la atención de rutina o como sustituto de la visita de un médico. Ellos están allí para ayudarle en caso de accidente, lesión, o una enfermedad potencialmente mortal. Utilícelos sabiamente. Muchas afecciones se pueden tratar en un centro de atención de urgencia. Familiarícese con un centro de atención de urgencia participante cerca de usted. Un ejemplo de atención de urgencia versus atención de emergencia se proporciona con su paquete de beneficios.

ESTE PLAN DE BENEFICIOS SE ENCUENTRA SOLAMENTE DENTRO DE LA RED. LOS SERVICIOS FUERA DE LA RED NO ESTÁN CUBIERTOS.

Nota: En caso de que los Patrocinadores consideren pagar una reclamación fuera de la red, el Plan solo pagará el 80% de los Costos razonables y habituales o la tasa negociada que acepte el proveedor.

LISTA DE SERVICIOS Y SUMINISTROS CUBIERTOS

Los beneficios se pagan después de cumplir con el deducible anual a menos que se indique lo contrario.

<u>Servicio</u>	<u>Copago</u>	<u>Nota</u>
VISITA A CONSULTORIO POR ACNÉ	\$20	Cubiertos hasta los 19 años de edad.
ALERGIA		
Pruebas	\$20	
Vacunas	\$20	
ANESTESIA		Se requiere precertificación. El deducible no aplica.
Proveedor	\$0	
SALUD MENTAL		Se requiere precertificación. límite de 120 días por año para internación. primeros 30
Instalación	\$0	Días pagados al 100% de los costos permitidos, siguientes 90 días pagados al 60% de los costos permitidos
Visitas Clínico	\$20 no cubierto	
QUIMIOTERAPIA		Se requiere precertificación. El deducible no aplica.
Consultorio	\$0	
Ambulatorio	\$0	
QUIROPRACTICO		El deducible no aplica.
Proveedor	\$0	20 máximo anual para visitas.
Rayos X	\$0	Las resonancias magnéticas o tomografías computadas no están cubiertas.
DIÁLISIS		Se requiere precertificación. (Máximo de 30 meses).
Servicios de médico	\$0	
Instalación	\$0	
ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO	\$150	Se requiere precertificación. El copago aplica a estos estudios de diagnóstico tales como Electromiograma (EMG), Estudios de conducción nerviosa (NCS) y Electroencefalograma (EEG). El deducible no aplica.
EQUIPO MÉDICO DURADERO		Se requiere precertificación.
Equipo	\$0 / 20%	Se requiere precertificación. Tarifa de alquiler hasta el precio de compra. \$500.00 pagados al 100%; de allí en adelante, 20% de coseguro. No aplica el deducible.
SALA DE EMERGENCIAS		
Visita a sala de emergencias	\$100	El deducible no aplica.
Médico de emergencias	\$0	Los servicios están cubiertos siempre y cuando se trate de una verdadera emergencia y el servicio se brinde dentro de las 48 horas del inicio de la lesión/enfermedad.
EXAMEN OFTALMOLÓGICO		Para exámenes de la vista, consulte la Sección Plan Oftalmológico dentro de este SPD. Para una enfermedad del ojo, asegúrese de que el doctor sea un oftalmólogo participante.
AUDICIÓN		
Examen	\$20	Los artículos de ayuda para la audición no están cubiertos.
INFUSIONES CASERAS		Se requiere precertificación.

CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS			Se requiere precertificación
Ambulatorio/Hogar		\$0	Se requiere precertificación. Permitido hasta 40 visitas por año calendario. Hasta 6 semanas para infusiones intravenosas caseras.
Instalación		\$0	(límite de 30 días para asistencia a domicilio y 5 días de internación.)
CUIDADO DE SALUD EN CASA			
Ambulatorio/Hogar		\$0	Se requiere precertificación. Permitido hasta 40 visitas por año calendario. Hasta 6 semanas para infusiones intravenosas caseras.
BENEFICIO DE HOSPITAL			Se requiere precertificación. límite de 120 días por año para internación. primeros 30 días pagados al 100% de los costos permitidos, siguientes 90 días pagados al 60% de los costos permitidos.
Costos de la instalación		\$0	
Alojamiento y comida		incluido	
Costos complementarios		incluidos	
Ambulatorio		\$0	
VACUNAS		\$0	Las Vacunas están cubiertas para dependientes hasta los 19 años. No se cubren vacunas por HPV v Las vacunas para el herpes (adultos de 60 o más años de edad) y las vacunas para la gripe están cubiertas solo en farmacias participantes.
LABORATORIO	\$10		de copago para consultorio e ambientes de instalaciones independientes; No cubierto en ambientes hospitalarios ambulatorios. El deducible no aplica. No cubierto en ambientes hospitalarios ambulatorios.
MATERNIDAD			Se requiere precertificación. (Limitado a 2 ecogramas; 2 tests de estrés).
Consultorio		\$0	(La tasa global está cubierta; laboratorios cubiertos, deben ser médicamente necesarios.)
Control natal/Hospital		\$0	
NURSERY			
Servicios de médico		\$0	
Costos de Instalación		\$0	
ORTOPEDIA		\$0	Se requiere precertificación. Asignación máxima de \$375 una vez cada 3 años. El deducible no aplica.
VISITA AL MÉDICO			
Consultorio		\$10	
Especialista		\$20	
Hospital		\$0	
Clínica		no cubierto	
PEDIATRÍA			
Bienestar del bebé		\$0	
Bienestar del bebé		\$0	Los hijos dependientes son elegibles desde los 6 a los 19 años.

PODOLOGÍA		Se requiere precertificación. Ver Exclusiones Generales para conocer las restricciones.
Visita al consultorio	\$20	
VISITA PREVENTIVA DE BIENESTAR		
VISITA DESPUÉS DE LOS 19 AÑOS DE EDAD		
Visita al consultorio	\$0	Límite de una visita por año.
RADIOLOGÍA	\$0	Rayos X
RADIOLOGÍA (Avanzado)	\$50	Se requiere precertificación. El copago aplica a servicios de radiología avanzada, incluyendo resonancias magnéticas, angiografías de resonancia magnética, tomografías computadas, exploración TEP, SPECT y escaneos óseos
CENTRO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA/REHABILITACIÓN PARA INTERNACIÓN DE AGUDOS		Se requiere precertificación. 10 días de internación por admisión como máximo permitido si fue dado de alta de un hospital para prestar atención de subagudos.
Costos de Instalación	\$0	
TERAPIA FÍSICA		Se requiere precertificación.
Terapia física	\$0	20 visitas al consultorio como máximo.
Terapia ocupacional	\$0	20 visitas al consultorio como máximo.
Terapia del habla	\$0	20 visitas al consultorio como máximo solo a causa de un accidente o lesión.
DESORDEN DEL SUEÑO		
Exámenes	\$100	Se requiere precertificación. Un examen cada 5 años hasta un máximo de \$2,000 por Plan.
Tratamiento		Asignación máxima de \$1,500 por año para CPAP o BiPAP y equipamiento.
BIENESTAR DE LA MUJER		
Visita al médico	\$0	Visitas al consultorio limitado a 1 visita por año. Los deducibles aplican solo a la visita.
Mamografía	\$0	
Papanicolaou	\$0	
Densitometría	\$0	Límite de 1 examen cada 3 años para mujeres mayores de 50.
PELUCAS	\$0	Se requiere precertificación. 1 peluca cada 2 años (\$500 máximo) – de conformidad con la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres.
CIRUGÍA		Todos los procedimientos requieren precertificación.
Consultorio	\$0	
Ambulatorio	\$0	
CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIA	\$0	

No será pagadera ninguna reclamación por enfermedad y/o lesiones relacionadas con el abuso del alcohol o sustancias.

Los estudios de laboratorio, Rayos X y resonancias magnéticas no están cubiertos en un Hospital salvo que no se los pueda hacer en un centro de diagnóstico o laboratorio participante. Los estudios fuera de la red no están cubiertos.

CENTROS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Los Centros de Cuidados Paliativos son un sistema de atención para enfermos terminales. Se diferencian de las terapias tradicionales en que ofrecen servicios tanto para la familia como para el paciente. Los equipos del centro de cuidados paliativos ayudan al paciente y a su familia a sobrellevar el estrés físico, psicológico, espiritual, económico y social de una enfermedad terminal, la muerte y el duelo. Cuando es posible, los cuidados paliativos se administran en el hogar. El equipo de profesionales puede incluir médicos, enfermeras, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales.

Para recibir beneficios, el médico tratante debe certificar **por escrito** que el paciente tiene una esperanza de vida de seis (6) meses (180 días) o menos.

El Plan reembolsará hasta el máximo específico de su Plan para los costos razonables y habituales por cuidados paliativos aprobados y recibidos únicamente de un proveedor Participante de la Red. No hay beneficios disponibles para proveedores fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:

INTERNACIÓN HOSPITALARIA

- La atención en un centro de cuidados paliativos participante está limitada a 5 días y no requiere autorización previa.

ATENCIÓN AMBULATORIA

- Costos incurridos por un hospital o agencia de salud en el hogar, para un máximo de 30 visitas a domicilio con un máximo de 4 horas por día.
- Suministros médicos y quirúrgicos, incluido el alquiler de equipo duradero.
- Medicamentos.
- El cuidado prestado por un trabajador social con licencia se limita a una visita por semana. El pago se limita a la asignación máxima del Plan.

EXCLUSIONES DE BENEFICIOS DE CENTRO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Además de las Exclusiones Generales, los siguientes no son gastos cubiertos:

- Compra de equipo duradero.
- Costos que exceden la asignación del Fondo o turnos de enfermería.
- Asesoramiento legal o financiero.
- Servicios prestados por una persona que normalmente reside en el hogar del paciente o es un miembro de la familia del paciente.

CUIDADO DE SALUD EN EL HOGAR

Los beneficios del cuidado de la salud en el hogar se ofrecen como una alternativa a la hospitalización continua o a la atención en un centro de enfermería especializada.

Los beneficios para los servicios de cuidado en el hogar se proveerán por el tiempo que usted hubiera tenido que permanecer en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El cuidado domiciliario debe ser (1) planificado con alta hospitalaria previa; (2) dicho plan debe ser aprobado por escrito por un médico; y (3) el Fondo debe determinar que dicho cuidado en el hogar es médicamente necesario.

Los servicios de atención en el hogar deben ser provistos por o mediante una Agencia de atención médica a domicilio certificada. El cuidado de la salud en el hogar está cubierto hasta su asignación específica del plan para los proveedores dentro de la red. No se permiten beneficios para proveedores fuera de la red. La cobertura incluye hasta 40 visitas por año calendario. Las infusiones intravenosas están limitadas a 6 semanas. Cada visita de un miembro de un equipo de cuidado en el hogar se cuenta como una (1) visita. Para los asistentes de salud a domicilio, cuatro (4) horas de sus servicios serán contados como una visita de atención domiciliaria.

BENEFICIOS INTEGRALES DE GASTOS MÉDICOS PRINCIPALES

Usted y cada uno de sus Dependientes elegibles tienen derecho a este beneficio si los Costos Elegibles incurridos exceden el Monto Deducible. Este beneficio proporciona cobertura por enfermedad o lesión que no esté relacionada con el Empleo o con una lesión en un Vehículo Motorizado.

SUS BENEFICIOS

Sus beneficios son los proporcionados y establecidos en este SPD, y como puedan ser enmendados por los Patrocinadores después de la impresión de este folleto. Los Patrocinadores se reservan el derecho de agregar o eliminar beneficios, así como de terminar el Plan.

EL DEDUCIBLE

El Deducible es un gasto que usted y sus dependientes tienen que pagar antes de tener derecho a los Beneficios Integrales de Gastos Médicos Principales. El Deducible es:

- \$150.00 por individuo por año calendario
- \$ 300.00 Deducible Familiar

GASTOS ELEGIBLES

Los beneficios son pagaderos por asignaciones razonables y habituales del Plan por los servicios incurridos por tratamientos, servicios y suministros médicamente necesarios encargados por un Médico, excepto cuando se especifique otro pago porcentual.

EXCLUSIONES: Además de las EXCLUSIONES GENERALES, no se pagan beneficios bajo esta sección por:

- Servicios realizados sobre o para los dientes, nervios de los dientes, gingivales o procesos alveolares. Sin embargo, los servicios son elegibles para:
 - Tumores o quistes; de la boca.
 - Tratamiento debido a una lesión accidental en los dientes naturales y sanos.
- Refracciones oculares, anteojos, audífonos, implantes, o su ajuste, incluyendo terapia; o gastos hospitalarios; corrección de la visión (queratotomía).
- Cuidado de custodia;
- La escisión de los dientes no erupcionados afectados;
- Cualquier cargo incurrido relacionado con la infertilidad; o impotencia;

Recordatorios Importantes

- Los participantes no deben asumir que todos los médicos son médicos participantes. Los participantes son responsables de asegurarse de que el o los médicos que les presten servicio a ellos o a sus dependientes elegibles participen en el Plan. Si no está seguro, debe ponerse en contacto con la red consultando la sección de contactos de este SPD.
- Derivaciones a otro médico: Asegúrese de que si un médico participante lo remite a otro médico, el médico al que está siendo derivado también participe en el Plan. Los participantes que utilizan un proveedor de la red tienen la responsabilidad de asegurarse de estar siguiendo las directrices del Plan.
- El Fondo no será responsable por ningún gasto de bolsillo en que pueda incurrir un miembro por no seguir los procedimientos enumerados.

COBERTURA DE DIÁLISIS

Un individuo que recibe tratamiento de diálisis ambulatoria y sus servicios relacionados puede o no ser elegible para cobertura de Medicare. Los beneficios que brinda este plan para el tratamiento recibido en conexión con diálisis ambulatoria y servicios relacionados están sujetos a las siguientes disposiciones:

Aunque una persona cubierta pueda no ser elegible u obligada a solicitar la Parte A y/o Parte B de Medicare, el Plan brindará los beneficios descritos a continuación, sin importar si la Persona Cubierta es elegible o se ha inscrito en la cobertura Medicare.

- Durante el período en que Medicare se hubiese convertido, o sea elegible para convertirse en el pagador secundario del tratamiento de diálisis ambulatoria y servicios relacionados, el Plan pagará dichos servicios al 125% del gasto permitido al momento por Medicare.
- Durante el período en que Medicare se hubiese convertido, o sea elegible para convertirse en el pagador primero, del tratamiento de diálisis ambulatoria y los servicios relacionados, el Plan pagará dichas reclamaciones al 100% del gasto permitido al momento por Medicare.

El Plan no lo puede inscribir en Medicare; es su decisión y su responsabilidad anotarse. Si usted o su Dependiente obtiene cobertura Parte B de Medicare al calificar para la cobertura Medicare a causa de una Enfermedad Renal en Etapa Final ("ESRD"), el Plan reembolsará a usted o a su Dependiente el costo de la cobertura Medicare Parte B correspondiente. Las solicitudes de reembolso deben enviarse al Administrador del Plan según las normativas y procedimientos del Administrador del Plan descritas a continuación.

A fines de asegurar la correcta coordinación del pago de reclamaciones entre el Plan y Medicare, los participantes tienen que seguir estos pasos:

1. Notificar al Administrador del Plan cuando le diagnostiquen una enfermedad que requiera tratamiento de diálisis ambulatorios;
2. Notificar al Administrador del Plan si o cuando comience a recibir tratamiento de diálisis;
3. Entregarle al Administrador del Plan una copia de su tarjeta Medicare, donde se muestre la fecha de entrada en vigencia de la cobertura Parte A & B.

REGLAS GENERALES

Los costos deben ser médicamente necesarios. El Fondo tiene la intención de reembolsar los gastos médicos necesarios para el cuidado de los Participantes elegibles como resultado de una lesión, embarazo o enfermedad (a menos que se indique lo contrario). Cualquier servicio no prescrito por un médico como médicamente necesario no será considerado para su reembolso. El Fondo se reserva el derecho de solicitar todos los registros médicos.

Los cargos deben ser incurridos mientras están cubiertos. El Fondo no reembolsará ningún gasto incurrido por una persona mientras dicha persona no sea elegible para el Fondo.

Los gastos de atención médica por Maternidad están cubiertos únicamente para el miembro y el cónyuge. Los beneficios de maternidad no son gastos elegibles para niños dependientes.

El Fondo podrá aplicar alguno o todos los siguientes cinco (5) criterios al determinar si una tecnología es experimental, investigativa, obsoleta o ineficaz:

- Cualquier dispositivo médico, fármaco o producto biológico debe haber recibido la aprobación final para el mercado de parte de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el diagnóstico o condición en particular. (Una vez que la FDA otorgue la aprobación para un diagnóstico o condición en particular, el uso del dispositivo médico, fármaco o producto biológico para otro diagnóstico o condición puede requerir que se cumplan cualquiera o todos estos cinco criterios);
- Debe existir evidencia concluyente (en la literatura médica revisada por pares y publicada) de que la tecnología en cuestión tiene un efecto positivo definido en los resultados de salud;
- Debe existir evidencia demostrada (como se refleja en la literatura médica publicada revisada por pares) de que con el tiempo la tecnología conduce a mejorar los resultados de salud (es decir, los efectos beneficiosos superan cualquier efecto perjudicial);
- Debe existir evidencia (como se refleja en la literatura médica publicada revisada por pares) de que la tecnología es efectiva para mejorar el resultado de la salud, utilizable en concursos clínicos apropiados en los que la tecnología establecida no sea utilizable;
- Debe existir una prueba (como se refleja en la literatura médica publicada revisada por pares), de que es posible que la mejora en los resultados de salud (como se definió anteriormente) sea posible en condiciones estándar de la práctica médica, fuera de los contextos de investigación clínica.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Cuando comience su cobertura, se le otorgará una tarjeta de identificación para medicamentos recetados de Specialized Pharmacy Solutions, Inc., la cual administra el Plan. Usted puede usar su tarjeta en cualquier farmacia participante. La forma en que sus gastos de receta están cubiertos por el Programa de Tarjeta de Medicamentos o el Programa Choice 90 depende de cómo y dónde los surta.

El Plan emplea un programa de copago de tres (3) niveles, según se describe a continuación.

CONSEJO: Para ahorrar aún más dinero, pídale a su médico muestras de medicamentos en su próxima visita.

PROGRAMA DE TARJETA DE PRESCRIPCIÓN

Para usar el Programa de Tarjeta para Medicamentos, simplemente haga surtir todas las recetas de medicamentos recetados cubiertos (hasta un suministro de 30 días o un suministro de 90 días en una farmacia Choice 90) en una farmacia participante y sus copagos serán:

Tipo de medicamento	Copago de 30 días	Choice 90 Copago
Genérico	Lo mayor de entre \$5 o 20% (Pero no más que el costo del medicamento)	\$10 (Pero no más que el costo del medicamento)
Marca del formulario de medicamentos*	Lo mayor de entre \$15 o 20%	Lo mayor de entre \$30 o 20%
Marca no preferida (fuera del formulario de medicamentos) *	Lo mayor de entre \$30 o 20%	Lo mayor de entre \$60 o 20%
El máximo del plan familiar es \$7,500, luego de lo cual aplica el coseguro:	Después de \$ 7,500 40% de coseguro	Después de \$ 7,500 40% de coseguro

* Si elige un medicamento de marca estando disponible un medicamento genérico equivalente, el Plan sólo pagará lo que hubiera pagado por el medicamento genérico y usted será responsable del resto del costo.

Las farmacias Choice 90 están disponibles para sus recetas de mantenimiento. Puede acudir a una farmacia Choice 90 participante con su receta escrita y recibir un suministro de 90 días de su medicamento.

Drogas genéricas

Los medicamentos genéricos son medicamentos que se identifican por su nombre "oficial" (o químico) en lugar de una marca. Todos los medicamentos (genéricos o no) **deben** satisfacer los mismos estándares gubernamentales de seguridad y efectividad.

Pídale siempre a su médico que prescriba un medicamento genérico cuando sea posible. Esto es para ofrecer a los Participantes la mayor cobertura posible.

Vacunas

Las vacunas para adultos están cubiertas por el Plan de prescripción en las farmacias participantes sólo para lo siguiente:

- Vacuna contra la gripe
- Vacuna contra el herpes zóster (sólo 60 años y más).

TERAPIA ESCALONADA

La terapia escalonada es un programa especialmente diseñado para personas que toman medicamentos recetados en forma regular para afecciones continuas como artritis y presión arterial alta. Le ayuda a obtener un medicamento eficaz para tratar su afección a la vez que mantiene sus costos lo más bajos posible.

En la Terapia Escalonada, los medicamentos se agrupan en categorías según su costo:

- **Medicamentos de primera línea** - Estos medicamentos deben ser probados en una primera instancia, ya que pueden proporcionar el mismo beneficio para la salud que los medicamentos más caros, y a un costo menor.

¿Qué es la Terapia escalonada?

La Terapia escalonada es un programa diseñado para brindarles a los Participantes las terapias más adecuadas desde un punto de vista clínico y más rentables por muchas enfermedades. Los farmacéuticos clínicos supervisan constantemente la información más actualizada para asegurar los regímenes de medicamentos más efectivos y así mejorar y mantener la salud de nuestros Participantes y sus familias.

EXCLUSIONES

El Beneficio de medicamentos recetados no cubre lo siguiente:

- Medicamentos abortivos o anticonceptivos masculinos (por ejemplo, preservativos)

- Anticonceptivos. A menos que se los tome por una enfermedad y con preaprobación.
- Medicamentos o fármacos que se consideren medicamentos de "Paso 2", excepto lo permitido por el Programa de Terapia de Pasos, según lo establecido anteriormente.
- Infertilidad e impotencia.
- Inyectables.
- Cualquier medicamento relacionado con los servicios transexuales.
- Medicamentos y artículos no recetados disponibles sin receta, a menos que se especifique en el Plan.
- Vitaminas, prescritas o no. (Excepción: Vitaminas prenatales)
- Alimentos de cualquier tipo, incluyendo leche de fórmula infantil.

BENEFICIOS DE PRESCRIPCIONES PARA PARTICIPANTES ELEGIBLES DE MEDICARE

Si usted y/o sus dependientes están inscritos en la Parte A o B de Medicare, usted es elegible para la Parte D de Medicare (Plan de Medicamentos Recetados de Medicare).

Medicare cubre los beneficios de medicamentos recetados bajo la Parte D. Para los Participantes Activos y/o sus Dependientes que son elegibles para Medicare, este Plan ofrece "Cobertura Meritoria". Esto significa que se espera que la cobertura de medicamentos recetados del Plan pague, en promedio, tanto o más de lo que pagará el beneficio estándar de medicamentos recetados de Medicare. Dado que la cobertura de este Plan es tan buena como la de Medicare, no necesita inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare si tiene la cobertura de medicamentos recetados de este Plan. Si pierde esta cobertura, puede anotarse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare tanto durante un período de inscripción especial o durante el Período de inscripción anual (15 de octubre a 7 de diciembre de cada año) llamando a 1-800-MEDICARE. Si prefiere tener la cobertura de Medicare, puede anotarse en el plan Parte D de Medicare después de los 3 meses anteriores, hasta 3 meses después de su 65^{mo} cumpleaños; de lo contrario, podría incurrir en una penalización de la prima. Para obtener más información acerca de la cobertura meritoria, consulte la Notificación de Cobertura Meritoria del Plan, la cual le será enviada por correo una vez al año. Puede solicitar otra copia de esta Notificación llamando a la Oficina del Fondo y solicitando una.

BENEFICIOS ODONTOLÓGICOS

El Plan Odontológico de Teamsters Welfare Fund of Northern New Jersey Local 723, al igual que el Plan Médico, le proporciona a usted ya sus dependientes elegibles beneficios odontológicos dentro de la red proporcionados a través de Delta Dental, Inc. PPO. Cuando utilice los servicios de un proveedor de Delta, su costo de bolsillo será menor.

Si utiliza un proveedor no participante, su reclamación será denegada. Usted será responsable de pagar al proveedor cualquier cantidad facturada.

CRONOGRAMA DE SERVICIOS

El Plan Odontológico cubre el siguiente cronograma de servicios si los mismos son prestados por un dentista licenciado y son algo necesario y habitual, según lo determinado por los estándares de la práctica dental generalmente aceptada:

Beneficios Básicos

- Diagnóstico: Procedimientos tales como exámenes y radiografías, para ayudar al dentista en la evaluación de las condiciones existentes y determinar el tratamiento dental requerido. Los exámenes y profilaxis están permitidos una vez cada seis meses.
- Prevención: Procedimientos para ayudar a prevenir la enfermedad oral incluyendo: Profilaxis una vez cada seis meses; aplicación tópica de soluciones de fluoruro hasta los 19 años; mantenedores de espacio.
- Cirugía Bucal: Procedimientos para extracciones y otras cirugías orales incluyendo atención pre y postoperatoria. Anestesia general cuando la administra un dentista en conjunto con la cirugía oral realizada por un dentista.

- Restauración: Procedimientos para el tratamiento de lesiones cariosas con restauraciones de amalgama, composite, porcelana o plástico. Se proporcionarán coronas, incrustaciones y restauraciones de oro cuando los dientes no puedan ser restaurados con los materiales anteriores.
- Endodoncia: Procedimientos para la terapia pulpar y el llenado del conducto radicular.
- Periodoncia: Procedimientos para el tratamiento de los tejidos que sostienen los dientes.
- Atención de emergencia: Tratamiento paliativo necesario para dolores dentales menores.

Beneficios de prostodoncia

- Procedimientos para la construcción de puentes, dentaduras parciales y completas. Ajuste o reparación de aparatos protésicos existentes.

Beneficios Ortodónticos

- Procedimientos realizados en niños dependientes elegibles menores de 19 años relacionados con el uso de un aparato ortodóncico para el tratamiento de mal alineamiento de los dientes y/o mandíbulas que interfiera significativamente con sus funciones.

Limitaciones

Los servicios dentales están sujetos a las siguientes limitaciones:

- Se proporcionará profilaxis sólo una vez en cualquier período de seis (6) meses. La aplicación tópica de fluoruro se proporcionará sólo a las personas cubiertas antes de alcanzar la edad de 19 años. Rayos X: Las radiografías completas de la boca se proporcionan solamente una vez en un período de tres años, a menos que se demuestre una necesidad especial. Las radiografías suplementarias de mordida se proporcionan no más de una vez cada seis meses.
- Coronas, empastes y restauraciones de oro: El reemplazo se realizará solamente después de los cinco años posteriores a cualquier provisión anterior de coronas, incrustaciones o restauraciones de oro. Los beneficios sólo se permiten si las restauraciones intracoronales no pueden restaurar adecuadamente el diente.
- Puentes y dentaduras: La sustitución se realizará sólo después de los cinco años de cualquier provisión previa de tales aparatos y si la misma no es ni puede ser satisfactoria.
- Opcional: En todos los casos en que el paciente elija un plan de tratamiento más costoso que el normalmente proporcionado, el Plan pagará el porcentaje aplicable de la tarifa menor. El paciente debe pagar la totalidad del resto de los honorarios del dentista no cubiertos por el Plan.
 - Oclusión. Los procedimientos, aparatos o restauraciones necesarios para aumentar la dimensión vertical y/o restaurar o mantener la oclusión se consideran opcionales, y dicho costo es responsabilidad del paciente. Estos procedimientos incluyen, entre otros, equilibración, férula periodontal, restauración de la estructura dental perdida por desgaste y restauración del mal alineamiento de los dientes, incluyendo el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (ATM).
 - Dentaduras postizas. El plan proporcionará una prótesis estándar de cromo fundido o acrílico. Si para la construcción de la prótesis el paciente y el dentista eligen hacer restauraciones personalizadas o emplear técnicas especializadas en vez de los procedimientos estándar, el Plan permitirá una cantidad apropiada para la prótesis estándar correspondiente al tratamiento y el paciente deberá pagar la diferencia de costo.
 - Puentes. Los beneficios para puentes fijos sólo se permitirán si los dientes de apoyo son periodontalmente sólidos. En caso de que falten dientes bilateralmente, sólo se permitirá una prótesis parcial.
- No hay beneficios disponibles para tratamientos iniciados antes de que una persona cubierta sea elegible para beneficios bajo el Plan.
- No hay beneficios disponibles para el tratamiento del Trastorno de la Articulación Temporomandibular (ATM) bajo el Plan Dental. Consulte el Plan Médico Mayor para este beneficio.

Cómo usar el programa

Su dentista participante realizará un examen y presentará un formulario de planificación del tratamiento si es necesario, para determinar qué parte de los costos serán su responsabilidad. Antes de iniciar el tratamiento, asegúrese de discutir con su dentista el monto total de su tarifa.

PAGO POR PARTE DEL PLAN

El monto pagable máximo por parte del Plan por servicios odontológicos es el siguiente:

- Servicios odontológicos por Participante elegible por año \$1,000
- Máximo de por vida para servicios de ortodoncia elegibles \$1,000
- Máximo de por vida por muelas de juicio/impactación ósea \$1,500

El Plan Odontológico pagará los servicios elegibles según lo siguiente:

- Prevenición y diagnóstico: 100% del costo máximo permitido.
- Básico 80% del costo máximo permitido.
- Coronas y prostodoncia 50% del costo máximo permitido.

EXCLUSIONES

- Procedimientos quirúrgicos para corregir malformaciones congénitas o malformaciones y procedimientos del desarrollo, aparatos o restauración con fines cosméticos o para aumentar las dimensiones verticales, restaurar la oclusión o la estructura dental perdida por desgaste. Las exclusiones típicas de esta categoría son los revestimientos para coronas posteriores y las restauraciones para enmascarar áreas descoloridas o manchadas;
- Reemplazo de una prótesis existente más de una vez cada tres años;
- Tratamiento ortodóntico para cualquier Participante que no sea un hijo dependiente elegible no casado;
- Reemplazo de un aparato perdido o robado;
- Suministros o servicios dentales para los cuales se proveen beneficios bajo cualquier política de Compensación del Trabajador o para tratamiento proporcionado en un Hospital o Clínica de Administración de Veteranos;
- Cualquier beneficio dental cubierto por otro Plan, o no prestado, prescrito, arreglado o aprobado por un dentista en los American Dental Centers o que no esté específicamente incluido en este Plan;
- Tratamiento periodontal, cuando se preste combinado con otros servicios en un mismo día;
- No se cubrirá ningún servicio dental de rutina realizado en un hospital.
- Los servicios que no cumplan con los estándares de práctica dental aceptados por la American Dental Association;
- Implantes dentales, terapia miofuncional, protectores bucales atléticos, higiene bucal, programas de control dietético o de la placa u otros programas educativos, dispositivos o aparatos protésicos duplicados, injertos óseos, coronas enchapadas o pónicos de porcelana ubicados en o que reemplacen un diente posterior al segundo bicúspide, en la medida en que los costos excedan lo que habría sido cubierto por el Plan para las coronas o pónicos de chapa acrílica.
- Medicamentos Recetados: Analgésicos; Procedimientos experimentales; Enseñanza de higiene bucal.

BENEFICIOS OFTALMOLÓGICOS

El Plan de Cuidado de la Visión está disponible para los Participantes elegibles y sus dependientes elegibles para el examen de la vista y/o marcos y lentes. Para ser elegible, un Participante debe cumplir con los requisitos de elegibilidad de este Plan o su Acuerdo de Negociación Colectiva.

Usted y sus dependientes elegibles deben llamar a Vision Screening, Inc. para un examen de la vista (refracción) y anteojos (o lentes de contacto). Para conocer una ubicación cerca a usted, llame a Vision Screening al (800) 652-0063 o a la Oficina del Fondo.

El uso de este beneficio resultará en poco o ningún gasto de bolsillo. Para aprovechar este beneficio, simplemente haga lo siguiente:

- llame a una de sus oficinas convenientemente ubicadas y programe una cita. La elegibilidad será verificada por Vision Screening, Inc.

- En su visita, usted puede elegir entre una amplia variedad de marcos y lentes de plástico o de cristal o lentes de contacto.
- También hay marcos de diseñador disponibles. Puede elegir un marco de diseñador y recibir una asignación por el precio del marco más un descuento adicional fuera del precio del marco.
- Si desea un segundo par de gafas, recibirá un descuento sobre el precio del marco y lentes.
- Cuando utilice un proveedor participante, debe someterse a su examen de la vista y hacer llenar su receta para anteojos en la oficina de dicho proveedor. Esto asegurará su máximo beneficio de conformidad con el Plan.

Los participantes elegibles son elegibles para un examen de la vista y/o lentes por año y un par de marcos cada dos años. El tiempo que debe esperar entre servicios se basa en su fecha de servicio (**por ejemplo:** su examen de la vista fue el 25 de marzo y obtuvo los lentes el 30 de marzo. Usted es elegible para un examen y/o lentes después del 25 de marzo del año siguiente y marcos después del 30 de marzo, después de dos años).

Usted puede obtener servicios de un proveedor óptico de Vision Screening que haya acordado ofrecer servicios de descuento a nuestros participantes.

NOTA: Pregunte por adelantado sobre los costos para saber cuánto, de corresponder, deberá pagar, sumado a la asignación del plan para los servicios en cuestión.

EXCLUSIONES GENERALES

Además de los límites descritos en las secciones que describen los beneficios, existen limitaciones y exclusiones específicas con respecto a todos los beneficios. No se pagan beneficios por:

1. Ambulancia Aérea y Transporte Aéreo;
2. Aborto o maternidad para dependientes;
3. Aborto electivo, con excepción de un aborto cuando la vida de la mujer elegible se pondría en peligro si el feto llegara se llevara a término;
4. Acupuntura;
5. Tratamiento del acné para Participantes de 19 o menos años de edad. Sin cobertura para tratamientos láser, faciales médicos, etc.
6. Cualquier tratamiento de alcoholismo y drogadicción o abuso o enfermedad primaria y secundaria causada por adicción o abuso de drogas como sobredosis o enfermedades primarias y secundarias causadas por este abuso;
7. Gastos de adopción;
8. Servicios prestados para el servicio de transporte para discapacitados;
9. Órganos artificiales mecánicos; Miembros artificiales y demás prótesis;
10. Bio feedback;
11. Tomografías computadas y/o resonancias magnéticas si lo indica un quiropráctico;
12. Visitas clínicas;
13. Implantes cocleares o audífonos;
14. Asesoramiento: Familiar, Matrimonial o Sexual;
15. Gestión de anticonceptivos;
16. Cirugía cosmética y/o reconstructiva (excepto lo requerido por la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer);
17. Cuidado de custodia para convalecientes;
18. Servicios dentales, excepto los requeridos como resultado de un accidente y prestados dentro de los

seis meses siguientes al accidente;

- a. Brindados en cualquier lugar que no sea el consultorio de un dentista para la prevención o corrección de irregularidades de los dientes o la maloclusión de las mandíbulas por mediante de alambre, abrazaderas u otras ayudas mecánicas o cualquier otro cuidado, reparación, remoción, reemplazo o tratamiento de los dientes; (2) Para la extirpación de dientes no erupcionados afectados o de tumores o quistes, o la incisión y drenaje de dientes naturales o problemas circundantes a consecuencia de una lesión cubierta, un absceso o quiste, o (3) Para cualquier otro procedimiento quirúrgico que no implique estructuras dentales, procesos alveolares o tejidos gingivales;
19. Violencia doméstica;
20. Gastos de donantes;
21. Estudios de medicamentos;
22. Diagnóstico de la educación (incluyendo entre otros: pruebas de desarrollo, TDAH, etc.);
23. Fasciotomía plantar endoscópica (espuela del talón);
24. Procedimientos experimentales u obsoletos. El Fondo no pagará ningún procedimiento si, por lo general, no es considerado eficaz o si es experimental en el sentido de que su eficacia no es generalmente reconocida;
25. Pruebas o asesoramiento genético, pruebas y asesoramiento de cromosomas, a menos que se los requiera con una amniocentesis;
26. Pérdida del cabello, incluyendo, entre otros, cualquiera y todos los medicamentos. Las pelucas serán cubiertas sólo de acuerdo con la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres;
27. Actividades peligrosas (como esquí acuático, motociclismo, ATV, motos de nieve, buceo y puenting);
28. Servicios médicos holísticos;
29. Internación en un hospital que sea de propiedad y esté operado por el Gobierno de los Estados Unidos o cualquier agencia del mismo; o por los servicios, tratamientos o suministros brindados por el Gobierno de los Estados Unidos o por una de sus dependencias;
30. Internación en un hospital que sea de propiedad o esté operado por un estado, provincia o subdivisión política, a menos que exista un requisito incondicional por parte de la persona cubierta de pagar tales gastos sin consideración de ninguna responsabilidad contra terceros, contractuales o de otra manera;
31. Tratamientos de oxígeno hiperbárico;
32. Hipnosis;
33. Vacunas, excepto según lo permitido en el Plan de Prescripción y administrado en una farmacia participante;
34. Impotencia;
35. Tratamiento de la infertilidad incluyendo, entre otros, inseminación artificial, fertilización in vitro o reversión de la esterilización electiva;
36. Coagulación infrarroja de las hemorroides;
37. Una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo o elegible de conformidad con la Ley de Compensación del Trabajador, la Ley de Enfermedades Profesionales o leyes similares. Esta exclusión no se aplica al Beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento. Si usted no presenta una reclamación de indemnización por accidentes de trabajo después de haberse lesionado en el trabajo, el Fondo no será responsable de los cargos relacionados con esa enfermedad o lesión;
38. Una lesión por la cual el Participante tiene derecho a recibe compensación de otra persona u organización;
39. Para la membresía en, o los honorarios, las cuotas o los costos incurridos con respecto a las instalaciones o los centros recreacionales de la aptitud, aunque sean prescritos por un médico;
40. Examen médico de la vista, si no es realizado por un oftalmólogo. (Esto no incluye su examen de la vista a través del Plan de Beneficios Ópticos);
41. Lesiones por vehículos automotores, todos y cada uno de los costos relacionados, incluyendo deducibles derivados de o relacionados con accidente de vehículo automotores. Un vehículo automotor no se limita a un automóvil, camión o camioneta. Incluye también motos, ciclomotores, vehículos todoterreno, motonieves y otros vehículos recreativos (incluyendo scooters motorizados, etc.).

- a. **Tenga en cuenta que** al comprar o renovar su seguro de automóvil tiene la opción de elegir el seguro de protección contra lesiones personales (PIP). Le instamos a no ejercer esa opción. Si lo hace, no tendrá hospitalización ni cobertura médica si usted o su dependiente están involucrados en un accidente de automóvil.
42. Cualquier tratamiento o estadía en un centro de enfermería;
 43. Queratotomía radial;
 44. Servicios o suministros brindados para conveniencia personal, tales como acondicionadores de aire, humidificadores, equipos de acondicionamiento físico, unidades TENS, estimuladores de músculos/huesos u otros dispositivos similares;
 45. Servicios prestados por un proveedor fuera de la red o no participante;
 46. Enfermería particular;
 47. Tratamiento del Síndrome de la Articulación Temporomandibular (ATM), trastornos de la articulación temporomandibular u otras afecciones de la articulación que une el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con dicha articulación;
 48. Cambios y/o cirugías transexuales y su tratamiento;
 49. Servicios y/o tratamientos de várices (procedimientos endovenosos de ablación de piernas) para fines cosméticos;
 50. Servicios, suministros o tratamiento que no sean prescritos por un médico o por un grupo de contención de costos. Esta exclusión también se aplica a cualquier internación hospitalaria (o cualquier parte de una internación) que no sea recomendada o aprobada por un médico;
 51. Gestión del peso, dietas, programas para la gestión del peso o cualquier cirugía relacionada con la gestión del peso, incluyendo cirugías para perder peso;
 52. Cualquier lesión sufrida durante cualquier programa organizado de deportes o recreación llevado a cabo por una escuela, universidad u otra organización social y/o cualquier lesión que cubra la cobertura de dicha escuela, universidad, u otra organización social;
 53. Servicio de Sala de Emergencias para tratar enfermedades de rutina, por no tener un médico de cabecera, o por ser tarde en la noche (si la necesidad de tratamiento no es repentina ni grave);
 54. Gastos incurridos como resultado de la participación en actividades que constituirían un delito grave, disturbios, insurrección o violencia doméstica y/o lesiones debidas al uso de armas de fuego, o la participación en cualquier actividad delictiva, etc.;
 55. Cualquier servicio prestado por la familia inmediata del reclamante;
 56. Cualquier costo que usted o sus dependientes no estén obligados a pagar;
 57. Transplantes;
 58. Gestión del dolor (incluye inyecciones epidurales);
 59. Servicios de podología para hongos, uñas de los pies, pies débiles, tensos o planos, juanetes, falta de equilibrio o callosidades (salvo que el paciente sea diabético);
 60. Tratamiento de callos, uñas de los pies, excepto remoción de raíces de uñas y cuidado prescrito por un M.D. o D.O.; tratamiento de la enfermedad vascular metabólica o periférica;
 61. Cualquier tratamiento que no se considere médicamente necesario;
 62. Servicios o suministros innecesarios;
 63. Servicios prestados para fines de formación profesional y/o educativa;
 - a. Cobertura de servicios médicos prestados fuera de los Estados Unidos;
 64. Los ultrasonidos y/o ecografías estarán limitados a 2 por cada embarazo; las pruebas de no estrés estarán limitadas a 2 por embarazo;
 65. Gastos incurridos como resultado de una guerra o un acto de guerra, declarados o no declarados;
 66. Se excluye cualquier servicio no listado como un beneficio cubierto.

NOTA: La aprobación del gobierno no necesariamente hace que la tecnología sea probada o apropiada para diagnosticar o tratar efectivamente sus afecciones particulares.

DERECHO A RECUPERAR PAGOS ERRÓNEOS O EXCESIVOS

El Plan tiene derecho a recuperar los montos que haya pagado en exceso del monto máximo permitido por el Plan. Estas cantidades pueden ser devueltas en compensación por cualquier persona a quien o para quien el pago haya sido hecho (incluyendo, por ejemplo, el Empleado Participante si el pago fue hecho para su Dependiente cubierto), cualquier otra compañía de seguros, y cualquier otra organización.

BENEFICIOS DE MEDICARE

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS PROVISTOS A PARTICIPANTES ELEGIBLES QUE SON ELEGIBLES PARA MEDICARE

Bajo la Ley de Equidad Fiscal y Responsabilidad Fiscal de 1982 ("TEFRA") y la Ley de Reducción del Déficit de 1984 ("DEFRA"), los Empleados que continúan trabajando después de los 65 años para un Empleador Contribuyente con 20 o más empleados después de cumplir los 65 años de edad y ser elegibles para Medicare tienen derecho a los mismos beneficios que los empleados menores de 65 años siempre y cuando cumplan con las reglas de elegibilidad regular.

De acuerdo con la Ley de Reconciliación Presupuestaria de 1986 ("OBRA"), si el Fondo cubre a 100 o más personas, usted (como empleado activo) o sus dependientes cubiertos que tengan derecho a discapacidad de Medicare pueden elegir la cobertura del Fondo como cobertura principal mediante una notificación a la Oficina del Fondo.

Si su cónyuge dependiente tiene 65 años de edad o más y es elegible para Medicare mientras sigue trabajando y califica (independientemente de su edad), este Plan pagará sus beneficios normales antes de que pague Medicare. Si su cónyuge está cubierto por su propio plan, ese plan pagará primero, este Plan pagará en segundo lugar y Medicare pagará en último lugar.

Usted (y/o su cónyuge) puede rechazar la cobertura de este Plan. Si lo hace, Medicare será su única cobertura de atención médica. Si usted y/o su cónyuge prefieren Medicare como única cobertura de atención médica cuando usted cumple los 65 años, comuníquese con el Administrador del Fondo (o haga que su cónyuge lo notifique a su propio plan). A menos que usted haga una elección, este Plan continuará pagando los beneficios primarios para usted (y sus beneficios normales para su cónyuge) siempre y cuando siga siendo elegible.

Para los Participantes que tienen menos de 65 años y tienen derecho a Medicare debido a Enfermedad Renal en Etapa Terminal, este Plan será primario para los primeros 30 meses de cobertura de Medicare y Medicare será secundaria. Después de los primeros 30 meses, la cobertura de este Plan será secundaria mientras la persona siga siendo elegible. En todos los demás casos, este Plan pagará una segunda parte de Medicare cuando la ley lo permita.

Usted y su cónyuge son responsables de inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando sean elegibles para hacerlo. La Parte A proporciona beneficios de hospital, mientras que la Parte B cubre artículos tales como servicios de Médicos.

El Fondo anima a los Participantes a inscribirse en las Parte A y B de Medicare en cuanto son elegibles. El Fondo será primario para sus reclamaciones mientras siga siendo elegible y Medicare será secundario hasta que se jubile. En ese momento, Medicare será primario para sus reclamaciones médicas. Si un Participante no se inscribe en Medicare cuando es elegible para hacerlo, usted puede tener la responsabilidad de pagar una prima más alta cuando sí se anote. Para tener derecho a recibir los beneficios Parte B de Medicare el primer día del mes en el cual una persona pasa a ser elegible para la Parte B, es necesario anotarse en la Parte B dentro del período de tres meses anterior a su 65° cumpleaños. La ley les permite a los individuos anotarse hasta 3 (tres) meses antes de ser elegibles.



CONSEJO: Medicare se comunicará con usted 3 (tres) meses antes de que cumpla los 65 años de edad.

CONSEJO: Las reglas de coordinación entre el seguro de salud (como este Plan) y Medicare son confusas. En los últimos años han ocurrido muchos cambios. Por favor, confirme a la Oficina del Fondo para asegurarse de tener todo en orden.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Ocasionalmente, las personas tienen cobertura de atención médica bajo dos programas. Cuando esto sucede, los dos programas coordinan sus pagos de beneficios de modo que los pagos combinados no excedan los gastos reales incurridos y/o los subsidios del plan.

Las "Asignaciones de Plan" son gastos necesarios y razonables por servicios médicos, tratamientos o suministros, elegibles por uno de los planes bajo los cuales usted o sus dependientes son elegibles.

IMPORTANTE: Los cónyuges de los participantes que tienen cobertura de salud disponible deben elegir dicha cobertura como su cobertura principal para poder ser elegibles para la Coordinación de Beneficios bajo este Plan. Si las directrices no se siguen con su seguro principal, este Plan no participará en el pago de la Coordinación de Beneficios.

Nuestro Programa de Coordinación de Beneficios establece qué programa de cobertura de salud tiene la responsabilidad principal. El programa de cobertura de salud primaria le reembolsará primero. El programa secundario le reembolsará los gastos restantes, hasta los cargos permitidos por los servicios cubiertos.

Para determinar la cobertura primaria y secundaria, usamos los siguientes criterios:

- El programa de cobertura de salud que no tenga una coordinación de prestaciones similares a ésta tendrá la responsabilidad principal.
- El programa de cobertura de salud que incluya al paciente como empleado (en lugar de dependiente) tendrá la responsabilidad principal.
- Un hijo dependiente cubierto por los programas de cobertura de salud de ambos padres recibirá cobertura de la siguiente manera:
 - El programa del padre que primero cumpla años durante el año calendario (es decir, mes y día) tendrá la responsabilidad primaria.
 - El programa de cobertura de salud que cubre a los padres por más tiempo tendrá la responsabilidad principal, si los padres tienen el mismo cumpleaños.
 - El programa de cobertura de salud del padre tendrá la responsabilidad principal, si el otro programa de cobertura de salud no tiene una provisión de "cumpleaños" y utiliza el género para determinar la responsabilidad principal.
 - Un hijo dependiente cubierto por padres divorciados o separados que no tengan decreto judicial de responsabilidad financiera por los gastos para el cuidado de la salud de dicho hijo, recibirá cobertura primaria bajo el programa de cuidado de salud del padre con custodia.

Si los padres están divorciados y hay un decreto judicial que establece que uno de ellos es responsable de los gastos de cuidado de salud del hijo, el plan de ese padre será el Plan Primario. Si no hay decreto judicial y los padres están divorciados o separados, la orden de pago es la siguiente:

- El plan del padre con custodia legal es el Plan Primario.
- Si el padre con custodia se ha vuelto a casar, los planes pagan lo siguiente:
 - El plan del padre con custodia; o
 - El plan del padrastro/madrastra (este Plan no cubre a los hijastros); o

- El programa del padre sin custodia legal;
- Custodia compartida. Si los términos específicos de un decreto judicial establecen que los padres deben compartir la custodia, sin designar a alguno de los padres como responsable de los gastos de atención médica del niño, los planes que cubren al niño debe seguir el orden de las reglas de determinación de beneficios descritos en los pasos para hijos dependientes con padres no separados o divorciados.
- Un hijo dependiente cubierto por cualquiera de los padres divorciados o separados con un decreto de la corte donde se especifica cuál de los padres tiene la responsabilidad financiera de los gastos de atención médica del niño tendrá cobertura principal dentro del contrato del padre si dicho contrato tiene conocimiento real del decreto.
- Si el paciente está cubierto tanto como un empleado activo o como dependiente de un empleado activo y la cobertura bajo otro programa de atención médica como empleado despedido, jubilado o dependiente, el programa de cobertura de salud del empleado activo tendrá la responsabilidad principal. Sin embargo, si el otro programa de cobertura de salud no tiene esta regla y los dos contratos no acuerdan qué cobertura tiene la responsabilidad principal, entonces esta regla no se aplicará.
- Si no se aplica ninguna de las reglas anteriores, tendrá responsabilidad principal el programa de salud que haya cubierto al paciente durante más tiempo.
- Si una persona cubierta bajo este Plan también está cubierta por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), este Plan no proporcionará beneficios para tratamientos no HMO que sí hubieran estado cubiertos por la HMO si se hubiera obtenido tratamiento de dicha HMO.

DERECHO A HACER PAGOS A OTRAS ORGANIZACIONES

Siempre que cualquier otro Plan haya hecho algún pago que debería haber sido hecho por este Plan, este Plan tiene el derecho de pagar a los otros planes cualquier cantidad necesaria para cumplir con los términos de esta provisión de coordinación de beneficios. Las cantidades pagadas se considerarán beneficios pagados bajo este Plan y, en la medida de dicho pago, el Plan será liberado totalmente de cualquier responsabilidad con respecto a la persona para quien se hizo dicho pago.

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y PROCESO DE APELACIÓN

Esta sección describe los procedimientos para presentar reclamaciones de los beneficios del Plan. También describe el procedimiento que debe seguir si su reclamación se rechaza en forma total o parcial y si desea apelar la decisión.

CUÁNDO DEBEN PRESENTARSE RECLAMACIONES

Las reclamaciones deben presentarse dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en que se incurrieron los costos. Las reclamaciones presentadas después de 12 meses después de comenzado el tratamiento o iniciado el parto en un hospital serán denegadas.

Nota: No se pagarán beneficios del plan por ninguna reclamación no presentada dentro de los 12 meses.

Si usted o un Dependiente incurre en gastos para el tratamiento de una enfermedad o lesión, debe notificarlo al Fondo dentro de los 90 días de la fecha en que comenzó la enfermedad o se produjo la lesión. Debe presentar su prueba de pérdida por escrito, formulario de reclamación o cualquier otra documentación necesaria dentro de los 12 meses después de incurridos los gastos. Si el Fondo requiere que presente información adicional para procesar su reclamación, tiene 60 días a partir de la fecha de la carta donde se solicita tal información. De no cumplir con estos plazos, el Fondo negará la reclamación.

El procedimiento para presentar una reclamación se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica.

DÓNDE PRESENTAR RECLAMACIONES

Su reclamación se considerará presentada tan pronto como sea recibida por la correspondiente organización responsable de efectuar la determinación inicial de la reclamación, Son los siguientes:

1. Reclamaciones hospitalarias y médicas

Por lo general, no se le requiere presentar un formulario de reclamo para el reembolso de beneficios hospitalarios o médicos/quirúrgicos, dado que la mayoría de estas reclamaciones son enviadas directamente por el hospital o el proveedor. No tiene que presentar una reclamación para recibir el reembolso por estos beneficios si usa un Proveedor Participante.

Si utiliza un proveedor fuera de la red para un servicio que no es de emergencia, se le denegará su reclamo. Si tiene un reclamo médico u hospitalario para presentar, debe presentar un formulario de reclamo completo a la Oficina del Fondo.

2. Reclamaciones odontológicas

Si utiliza un proveedor participante, no tiene que presentar ningún formulario de reclamación. Este plan proporciona beneficios únicamente dentro de la red.

3. Reclamaciones oftalmológicas

La atención de la vista es proporcionada por la red de proveedores de Vision Screening, Inc. Comuníquese con la Oficina del Fondo para conocer los Proveedores Participantes cerca de su ubicación. Si utiliza un proveedor fuera de la red, no tendrá beneficios disponibles.

4. Reclamaciones de medicamentos de venta al por menor

No necesita formularios de reclamo si visita una farmacia participante. Simplemente debe presentar su tarjeta y su receta al farmacéutico. Cuando presente una receta en una farmacia para ser surtida depósitos los términos de este plan, dicha solicitud no se considera una reclamación de conformidad con estos procedimientos. Sin embargo, si su solicitud de receta médica es negada en forma total o parcial, puede presentar una reclamación y una apelación de conformidad con estos procedimientos. Si necesita presentar una reclamación, comuníquese con la Oficina del Fondo.

REPRESENTANTES AUTORIZADOS

Un Representante Autorizado, como su cónyuge, puede completar el formulario de reclamación si usted mismo no puede hacerlo y ha designado previamente a esa persona para que actúe en su nombre. Se puede obtener un

formulario de la Oficina del Fondo para designar a un Representante Autorizado. El Plan puede solicitar información adicional para verificar que la persona esté autorizada para actuar en su nombre. Un profesional de la salud con conocimiento de su condición médica puede actuar como Representante Autorizado en relación con una Reclamación de Atención de Urgencia (definida más adelante) sin tener que completar el formulario de autorización especial.

Procedimientos de reclamaciones

Los procedimientos de reclamación de Beneficios variarán dependiendo de si su reclamo es para una Reclamación Preservicio, una Reclamación de Atención Urgente, una Reclamación de Cuidado Concurrente, una Reclamación Posterior al Servicio, una Reclamación de Seguro de muerte y desmembramiento por accidente, una Reclamación de Seguro de Vida o una Solicitud de Beneficios que actualmente no son ofrecidos por el Plan de Beneficios del Fondo de Salud. Lea detenidamente cada sección para determinar qué procedimiento es aplicable a su solicitud de beneficios.

Programa de Certificación Médica

El Fondo tiene un programa de Precertificación Médica como se describe en otra parte de este SPD.

Debe comunicarse con la organización antes de recibir atención médica:

- Si va al hospital.
- Si su médico planifica una cirugía, tanto si se planea la hospitalización como si no.
- Si su médico piensa pedir servicios de atención médica a domicilio.
- Si está embarazada, en cuyo caso debe llamar al tomar conocimiento de dicho estado.
- Si usted es admitido al hospital por una emergencia, en cuyo caso la organización de la salud se debe notificar en el plazo de 72 horas después de la admisión.

Si no puede llamar, debe pedir que el hospital, su médico o un miembro de su familia llamen a su Organización de Salud al número de teléfono que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica.

Reclamaciones Preservicio y de Atención Urgente

Una Reclamación Preservicio es una reclamación para un Beneficio por el cual el Plan requiere aprobación previa (en su totalidad o en parte) antes de brindar la atención médica.

Si presenta incorrectamente una reclamación previa al servicio, la Organización de Salud le notificará lo antes posible, pero no más tarde de 5 días después de recibir la reclamación, los procedimientos apropiados que se deben seguir para presentar una reclamación. Esta notificación puede ser oral, a menos que usted (o su representante) solicite notificación por escrito. Sólo recibirá notificación de un fracaso de procedimiento si su reclamación es recibida por la organización de Salud e incluye (i) su nombre, (ii) su condición médica o síntoma específico, y (iii) un tratamiento, servicio o producto específico para el cual Aprobación. A menos que la reclamación se vuelva a presentar correctamente, no constituirá una reclamación.

Para reclamaciones previas al servicio debidamente archivadas, usted y su proveedor de atención médica serán notificados de una decisión dentro de los 15 días siguientes a la recepción de la reclamación, a menos que se necesite más tiempo. El plazo para la respuesta puede extenderse hasta los 15 días si es necesario por asuntos que estén fuera del control de la organización de salud, y se le notificarán las circunstancias que hacen necesaria la extensión del plazo y la fecha en la que se espera llegar a una decisión.

Si se necesita una extensión una necesidad de la organización de salud de obtener información adicional de usted, el aviso de extensión especificará cuál es la información necesaria. En ese caso, usted y/o su médico tendrán al menos 45 días desde la recepción de la notificación para proporcionar la información adicional. El período normal para tomar una decisión sobre la reclamación se suspenderá hasta la fecha en que usted responda a la solicitud. La organización de salud tiene entonces 15 días para tomar una decisión sobre una reclamación previa al servicio y notificarle la determinación. Usted tiene derecho a apelar una denegación de su Reclamación Preservicio. (Ver "Proceso de Revisión" y "Cronograma de Notificación de la Decisión sobre la Apelación").

Reclamaciones de Atención de Urgencia

Una Reclamación de Atención de Urgencia es cualquier Reclamación Preservicio para atención o tratamiento médico, dental o de prescripción con respecto a la cual la aplicación de los períodos de tiempo para hacer Determinaciones Previas a la Reparación:

- Podría poner en peligro seriamente su vida o su salud o su capacidad para recuperar el funcionamiento máximo, o

- En la opinión de un Médico con conocimiento de su enfermedad, le sometería a un dolor grave y que no podría ser manejado adecuadamente sin el cuidado o tratamiento que es el sujeto de su reclamo.

Si su reclamación es una reclamación de cuidado urgente, será determinada por la organización de salud aplicando el juicio de una persona no formada que posea un conocimiento promedio de salud y medicina. Alternativamente, cualquier reclamación que un Médico con conocimiento de su enfermedad determine ser una Reclamación de Atención Urgente dentro del significado descrito anteriormente, será tratada como una Reclamación de Atención Urgente.

Si presenta incorrectamente una reclamación de cuidado urgente, la organización de salud le notificará lo antes posible pero no más tarde de las 24 horas de haber recibido la reclamación, sobre los procedimientos que se deben seguir para presentar una reclamación. Esta notificación puede ser oral, a menos que usted (o su representante) solicite notificación por escrito. Sólo recibirá notificación de un fracaso de procedimiento si su reclamación es recibida por la organización de Salud e incluye (i) su nombre, (ii) su condición médica o síntoma específico, y (iii) un tratamiento, servicio o producto específico para el cual Aprobación. A menos que la reclamación se vuelva a presentar correctamente, no constituirá una reclamación.

Para las Reclamaciones de Atención de Urgencia debidamente presentadas, la organización de salud le responderá por teléfono a usted y/o a su médico con una determinación tan pronto como sea posible teniendo en cuenta las necesidades médicas, pero no después de las 72 horas de haber recibido la reclamación de parte de la organización de Salud. La determinación también será confirmada por escrito.

Si se recibe un Reclamo de Atención de Urgencia sin información suficiente para determinar si o en qué medida los Beneficios están cubiertos o son pagaderos, la organización de salud le notificará a usted y/o a su médico tan pronto como sea posible, pero no después de las 24 horas de recibir la reclamación, sobre la información específica necesaria para completar la reclamación. De allí en más, tendrá un período de no menos de 48 horas, teniendo en cuenta las circunstancias, para proporcionar a la organización de la Salud la información especificada. La organización de Salud le notificará de la determinación de Beneficio a más tardar 48 horas después de (i) haber recibido la información especificada por la organización de salud, o (ii) haber finalizado el período brindado para proporcionar la información adicional especificada.

Reclamaciones concurrentes

Una Reclamación Concurrente es una reclamación reconsiderada después de hacerse una aprobación inicial y que resulta en una reducción, terminación o extensión de un Beneficio. (Un ejemplo de este tipo de reclamo sería una internación hospitalaria originalmente certificada por cinco días que se revisa a los tres días para determinar si los cinco días completos son apropiados). En esta situación, la decisión de reducir, terminar o extender el tratamiento se hace simultáneamente a la provisión del tratamiento.

Si está recibiendo Beneficios de Cuidado Concurrente y la Oficina del Fondo o la organización de salud decide reducir o terminar la cobertura para el curso del tratamiento antes del final del período previamente aprobado, se le notificará Determinación de Beneficios Adversos con suficiente anticipación a la reducción o terminación para que tenga tiempo suficiente para solicitar una revisión de la misma y obtener una determinación sobre la revisión antes de que el Beneficio sea reducido o terminado.

Si usted hace una reclamación para extender un curso de tratamiento más allá del período aprobado o del número de tratamientos, y la reclamación involucra una Atención de Urgencia, la Oficina del Fondo o la organización de salud hará una determinación sobre su reclamo tan pronto como sea posible, y le notificará la decisión dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su reclamo, siempre y cuando su reclamación se haya presentado al menos 24 horas antes de la expiración del período o el número de tratamientos previamente aprobados.

Reclamaciones Post Servicio

No hay formularios de reclamación para la atención médica de su Organización de Salud dentro de la red para la mayoría de los reclamos de Beneficios de hospitales, oftalmológicos, odontológicos y de medicamentos recetados. Estos proveedores presentarán las reclamaciones directamente al pagador aplicable bajo los términos de dichos contratos. El recibo de dichos beneficios de parte de estos proveedores no constituye una reclamación.

El siguiente procedimiento se aplica a las reclamaciones posteriores al servicio. Una reclamación Post Servicio es una reclamación que no es una reclamación Preservicio (por ejemplo, una reclamación presentada para pago después de que se hayan obtenido los servicios de salud y el tratamiento).

Cuando necesite presentar una reclamación:

- Haga que su Médico complete la sección correspondiente a la Declaración del Médico Asistente dentro del formulario de reclamación (incluyendo la fecha de servicio, código CPT-4 o ADA, ICD-9 (código de

diagnóstico), costo facturado, número de unidades (para anestesia y otras reclamaciones), Número de identificación del contribuyente federal (TIN) del proveedor, nombre y dirección de facturación y si el tratamiento se debe a un accidente, detalles del accidente, o

- Envíe un formulario de reclamación del seguro de salud de HCFA, o pida al proveedor que envíe una solicitud de reclamación electrónica compatible con HIPAA;
- Adjunte todas las facturas detalladas donde se describan los servicios prestados. (En la mayoría de las circunstancias el Hospital presentará estas reclamaciones directamente a la dirección indicada en esta sección para el Beneficio aplicable)

Revise el formulario de reclamo para estar seguro de que todas las partes aplicables del formulario hayan sido completadas y de que hayan enviado todas las facturas detalladas. Con esto acelerará el procesamiento de su reclamación. Si le devuelven los formularios de reclamación para obtener más información, se producirán retrasos en el pago.

Envíe cualquier otra factura o declaración de servicios cubiertos por el Plan a la dirección pertinente en cuanto los reciba.

Normalmente, se le notificará la decisión sobre su reclamación posterior al servicio dentro de los *30 días* siguientes a la recepción de la misma por parte de la organización responsable de la determinación de las reclamaciones. Este período puede extenderse una vez por hasta *15 días* si la extensión es necesaria debido a asuntos ajenos al control de la organización responsable de tomar la determinación de reclamaciones. Si hay que hacer una extensión, se le notificará antes del final del período inicial de 30 días sobre las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha en la que la organización espera tomar su decisión.

Si se necesita una extensión por faltar información adicional sobre usted, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En ese caso, tendrá al menos *45 días* a partir de la recepción de la notificación para proporcionar la información adicional. El período normal para tomar una decisión sobre la reclamación se suspenderá hasta la fecha en que usted responda a la solicitud. La organización correspondiente tiene entonces *15 días* para tomar una decisión sobre una reclamación Post Servicio y notificarle la determinación.

NOTIFICACIÓN DE DECISIONES SOBRE RECLAMACIONES

Se le proporcionará un aviso por escrito en caso de la denegación de una reclamación (si se niega en forma total o parcial) o cualquier otra determinación de beneficios adversos. Este aviso indicará:

- La o las razones específicas para tal determinación
- Una referencia a la o las disposiciones específicas del Plan donde se sustenta la determinación
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para perfeccionar la reclamación, y una explicación de por qué los mismos son necesarios
- Una descripción de los procedimientos de apelación y los plazos aplicables
- Una declaración de su derecho a entablar acciones civiles de conformidad con ERISA Sección 502 (a) después de una Determinación de Beneficios adversa luego de la revisión.
- Si se basó una regla interna, guía o protocolo en la decisión de su reclamación, usted recibirá una copia de la norma o una declaración de que las mismas están disponibles a petición sin costo alguno.
- Si la determinación se basó en la ausencia de necesidad médica o por deberse a un tratamiento Experimental o de Investigación u otra exclusión similar, recibirá una explicación del juicio científico o clínico para la determinación de aplicar los términos del Plan a su reclamación, o una declaración de que los mismos están disponibles mediante pedido y sin costo alguno.
- Para las Reclamaciones de Atención de Urgencia, el aviso describirá el proceso de revisión acelerada aplicable a las Reclamaciones de Atención de Urgencia. Para las Reclamaciones de Atención Urgente, la determinación requerida puede ser brindada oralmente y seguida con notificación por escrito.

Para todas las Reclamaciones Preservicio (incluidas las Reclamaciones de Atención de Urgencia), usted recibirá notificación de la determinación incluso cuando la reclamación sea aprobada.

SOLICITUD DE REVISIÓN DE LA RECLAMACIÓN DENEGADA

Si su reclamación es denegada en forma total o parcial, o si se toma una determinación de beneficios adversa con respecto a su reclamación, puede solicitar una revisión de la misma.

Su solicitud de revisión debe hacerse por escrito a la organización aplicable como se indica a continuación:

- **Preservicio, Atención de Urgencia y Reclamaciones Concurrentes**

Las apelaciones que involucren Preservicio, Atención de Urgencia, Atención Concurrente, Atención Hospitalaria para Internación de Pacientes y Salud Mental se pueden hacer oralmente llamando a su Organización de Salud al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de identificación.

- **Apelaciones de Post Servicio, Hospitalarias, Odontológicas, Oftalmológicas y de Medicamentos Recetados**

Las apelaciones deben presentarse por escrito ante la Junta de Patrocinadores, en:

The Board of Trustees
Teamsters Welfare Fund of Northern NJ Local 723
714 Rahway Ave., Suite 3
Union, NJ 07083
908-688-0723

Las apelaciones deben presentarse por escrito a la organización correspondiente dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la notificación de denegación.

PROCESO DE REVISIÓN

El proceso de revisión funciona de la siguiente manera:

Usted tiene el derecho de revisar, sin costo alguno, los documentos pertinentes a su reclamo. Un documento, registro u otra información es relevante si se lo tomó en cuenta al tomar la decisión; si fue presentado, considerado o generado (independientemente de si se basaron en él o no); demuestra el cumplimiento de los procesos administrativos de la Oficina del Fondo o de la organización de salud para asegurar la toma de decisiones consistentes; o constituye una declaración de la política del plan con respecto al tratamiento o servicio denegado.

Si lo solicita, se le proporcionará la identificación de expertos médicos o vocacionales, si los hubiere, que hayan dado asesoramiento a la organización responsable de la reclamación, sin tener en cuenta si su asesoramiento fue tenido en cuenta en la decisión de su reclamo.

Su reclamo será revisado por una persona que no esté subordinada a (y no dará deferencia a) la persona que originalmente hizo la determinación de beneficios adversos. La decisión se tomará sobre la base del expediente, incluidos los documentos adicionales y los comentarios que usted pueda presentar.

Si su reclamación fue denegada en base a un juicio médico (como la determinación de que el tratamiento o servicio no era médicamente necesario, o que fue Investigacional o Experimental), se consultará a un profesional de la salud con la formación y la experiencia adecuadas en un campo de la medicina pertinente.

Calendario de aviso de la decisión sobre la apelación

- **Reclamaciones Preservicio:** Recibirá un aviso con la decisión sobre la revisión dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la apelación.
- **Reclamaciones de atención urgente:** Recibirá una notificación de la decisión dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la apelación.
- **Reclamos Post Servicio:** Normalmente, las decisiones sobre apelaciones que involucran todas las reclamaciones Post Servicio se hacen en la siguiente reunión regularmente programada de la Junta de Patrocinadores del Fondo, después de recibir su solicitud de revisión. Sin embargo, si su solicitud de revisión se recibe dentro de los 30 días de la próxima reunión programada regularmente, su solicitud de revisión será considerada en la segunda reunión programada regularmente después de recibir su solicitud. En circunstancias especiales, puede ser necesario un retraso hasta la tercera reunión programada después de recibir su solicitud de revisión. Se le avisará por escrito en adelantado si será necesario hacer esta extensión. Una vez que se haya alcanzado una decisión sobre la revisión de su reclamo, se le notificará lo antes posible, pero no más tarde de 5 días después de que haber alcanzado la decisión.
- **Reclamaciones de seguros de vida y muerte accidental y desmembramiento:** La decisión se tomará dentro de los 60 días de su solicitud de revisión. Se puede conceder una prórroga de 60 días por razones ajenas al control del operador. Se le avisará por escrito dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión en caso de necesitar un período adicional para llegar a una decisión final sobre sus reclamaciones de seguro de vida o muerte accidental y desmembramiento.

- **Reclamaciones de atención simultánea:** Vea la sección anterior sobre reclamaciones concurrentes.

Notificación de la decisión de revisión

La decisión sobre cualquier revisión de su reclamo le será dada por escrito. La notificación de la denegación de una reclamación en revisión declarará:

- La o las razones específicas para la determinación,
- Referencia a la o las disposiciones específicas del plan en que se basa la determinación,
- Una declaración de su derecho a recibir un acceso razonable y copias de todos los documentos pertinentes a su reclamación, previa solicitud y sin cargo alguno,
- Una declaración de su derecho a entablar acciones civiles de conformidad con ERISA Sección 502 (a) después de una Determinación de Beneficios adversa luego de la revisión.
- Si el Plan se basó una regla interna, guía o protocolo en la decisión de su reclamación, usted recibirá una copia de la norma o una declaración de que las mismas están disponibles a petición sin costo alguno.
- Si la determinación se basó en la necesidad médica o por deberse a un tratamiento Experimental o de Investigación u otra exclusión similar, recibirá una explicación del juicio científico o clínico para la determinación de aplicar los términos del Plan a su reclamación, o una declaración de que los mismos están disponibles mediante pedido y sin costo alguno.

Limitación sobre cuándo iniciar una demanda legal

Usted no puede iniciar una demanda legal para obtener Beneficios hasta haber solicitado una revisión y que se haya alcanzado una decisión definitiva sobre la revisión, o hasta que haya pasado el marco de tiempo adecuado antes descrito desde el momento en que presentó la solicitud de revisión y que no haya obtenido la decisión definitiva o un aviso sobre la necesidad de hacer una extensión para llegar a dicha decisión. La ley también le permite proseguir sus recursos de conformidad con la sección 502(a) de la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado sin agotar estos procedimientos de apelación en caso de que el Plan no los haya seguido. No se puede iniciar ninguna demanda legal pasados los 3 años de la finalización del año en que se brindaron los servicios médicos u odontológicos.

Representantes Autorizados

Un representante autorizado, como su cónyuge, puede completar el formulario de reclamación si usted mismo no puede hacerlo y ha designado previamente a esa persona para que actúe en su nombre. Se puede obtener un formulario de la Oficina del Fondo para designar a un representante autorizado. El Plan puede solicitar información adicional para verificar que la persona esté autorizada para actuar en su nombre. Un profesional de la salud con conocimiento de su condición médica puede actuar como representante autorizado en relación con una Reclamación de Atención de Urgencia (definida más adelante) sin tener que completar el formulario de autorización especial.

Procedimientos de reclamaciones

Los procedimientos de reclamación de Beneficios variarán dependiendo de si su reclamo es para una Reclamación Preservio, una Reclamación de Atención Urgente, una Reclamación de Cuidado Concurrente, una Reclamación Posterior al Servicio, una Reclamación de Seguro de muerte y desmembramiento por accidente, una Reclamación de Seguro de Vida o una solicitud de beneficios que actualmente no son ofrecidos por el Plan de Beneficios del Fondo de Salud. Lea detenidamente cada sección para determinar qué procedimiento es aplicable a su solicitud de beneficios.

IMPORTANTE: Si usted no precertifica estos servicios, no se pagarán los beneficios.

Incompetencia

En caso de determinar que un reclamante no puede cuidar de sus asuntos debido a una enfermedad, accidente o incapacidad, mental o física, cualquier pago debido puede, a menos que la reclamación haya sido hecha por un tutor debidamente designado, el comité, u otro representante legal, se puede pagar al cónyuge u otro objeto de recompensa natural o al reclamante, según lo determinen los Patrocinadores a su sola discreción.

Derecho de los Patrocinadores a recibir información

Los Patrocinadores tienen el derecho de exigir que un participante o un dependiente produzca y proporcione cualquier evidencia o prueba de cualquier hecho que dichos Patrocinadores, a su discreción, decidan ser relevantes o necesarios. El no proporcionar tal información o evidencia justificará cualquier acción de los patrocinadores para negar cualquier reclamación hecha por tal participante o dependiente. Si cualquier participante o dependiente presenta información o afirmaciones falsas al proveedor o a los Patrocinadores, dichos Patrocinadores tendrán derecho, a su sola discreción, de descalificar a dicho participante o dependiente de la elegibilidad para beneficios por cualquier período determinado apropiado por ellos mismos.

Dirección postal del reclamante

Si un reclamante no informa a los Patrocinadores de un cambio de dirección y los mismos no pueden comunicarse con el reclamante en la última dirección comunicada y se devuelve una carta enviada a dicho reclamante por correo de primera clase, dicho reclamante se mantendrá sin intereses hasta que el pago se efectúe con éxito.

Recuperación de ciertos pagos

Los Patrocinadores tendrán derecho a recuperar los pagos de beneficios hechos en base a declaraciones, información o pruebas presentadas de naturaleza falsa o fraudulenta, así como cualquier pago de beneficios hecho por error a un reclamante o a un tercero en nombre de un reclamante; tal recuperación puede hacerse reduciendo otros pagos de beneficios hechos a favor o en nombre del reclamante, iniciando una acción legal o por otros métodos que los Patrocinadores, a su discreción, determinen apropiados. Los Patrocinadores tienen la autoridad para descalificar a un participante ya sus dependientes de la cobertura o de beneficios futuros, ya sea por un monto en dólares específico o por un período de tiempo especificado.

BENEFICIOS COMPENSATORIOS PARA LOS TRABAJADORES

El Fondo no pagará ningún beneficio por accidentes o enfermedades derivados de o como resultado del empleo. Si usted queda discapacitado por un accidente de trabajo o enfermedad, asegúrese de informar su discapacidad a su empleador en forma inmediata. El Fondo no proporciona beneficios a los afiliados o dependientes por accidentes o enfermedades cubiertos por la legislación de Compensación de Trabajadores.

FACILIDAD DE PAGO

Si usted o sus dependientes no son legalmente capaces de dar un recibo válido por un pago de beneficios, el Plan tiene el derecho (de no haber un tutor legal) a pagar a la parte que el Plan considera con derecho a dicho pago. Una vez realizado dicho pago, el Plan no tiene ninguna obligación adicional con respecto a la cantidad así pagada. Si usted nombra a más de un Beneficiario, pero no dice cuánto debe recibir cada uno de ellos, el monto total será compartido por igual por todos los Beneficiarios sobrevivientes. Si no hay un Beneficiario vivo cuando usted muere, la Compañía o el Supervisor del Plan hará el pago a su cónyuge; de no tenerlo, a sus hijos; de no tenerlos, a sus padres; y de no tenerlos, a sus hermanos y hermanas. Sin embargo, el Plan tiene la opción de realizar el pago a su patrimonio.

EXÁMENES

El Plan tiene derecho a que cualquier persona elegible sea examinada con la frecuencia que pueda razonablemente exigirse mientras esté pendiente una reclamación.

NEGACIÓN O PÉRDIDA DE BENEFICIOS CON AUTORIZACIÓN DE LOS PATROCINADORES

Los Patrocinadores o sus representantes están autorizados a negar beneficios. La siguiente lista esboza algunas circunstancias o razones por las que la totalidad o una parte de la reclamación de una persona puede ser negada por el Fondo, lo que haría que una persona perdiera beneficios o recibiera beneficios reducidos.

- La persona en cuyo nombre usted presentó la reclamación no era elegible para los beneficios en la fecha en que los gastos fueron incurridos (vea la sección "Elegibilidad") o, en el caso de un Dependiente, la persona no cumple con la definición del Plan de un "Dependiente".
- Usted no presentó la reclamación dentro de los límites de tiempo del Plan (12 meses a partir de la fecha en que la reclamación fue incurrida) o no proporcionó, cuando se lo solicitó, información o documentos disponibles que eran necesarios para completar la reclamación dentro de los 60 días de dicha solicitud.
- Los gastos denegados no se consideran Gastos Cubiertos de conformidad con el Plan, o los gastos por los cuales usted presentó la reclamación no fueron realmente incurridos.
- La persona para quien se presentó la reclamación ya había recibido el máximo beneficio permitido para ese tipo de gasto.
- Otro plan era principalmente responsable de pagar los beneficios sobre los gastos.
- No se hizo ningún pago, o se hizo un pago reducido, dado que algunos o todos los gastos se aplicaron contra un Deducible.
- Terminó el Plan de Beneficios.
- Los Patrocinadores modificaron las reglas de elegibilidad del Plan o disminuyeron los beneficios del Plan.
- Los Patrocinadores redujeron o suspendieron temporalmente los pagos del futuro beneficio para una Persona Cubierta a fines de recuperar un sobrepago de beneficios anteriormente efectuado a nombre de esa persona.
- Los Beneficios se redujeron mediante la aplicación de un deducible de incumplimiento a causa de no haber seguido los procedimientos del Programa de Revisión Médica.
- Se usó un Hospital no perteneciente a la Organización de Proveedor Preferido y se pagaron beneficios reducidos.

La lista anterior no es exhaustiva de todas las circunstancias que pueden resultar en una negación de la reclamación o en la pérdida de los beneficios. Representa verazmente los tipos de circunstancias, además de no cumplir con los requisitos de elegibilidad para la cobertura de conformidad con el Plan y que pueden resultar en la negación de la reclamación o la pérdida de los beneficios.

SUBROGACIÓN

(Reclamaciones sobre responsabilidad de terceros)

Esta disposición corresponde a todos los Participantes respecto a todos los beneficios provistos de conformidad con este Plan. Para el propósito de esta disposición, los términos "usted", "su" y "suyo" hacen referencia a todos los Miembros, Cónyuges cubiertos y Dependientes cubiertos.

General

Ocasionalmente, un tercero puede ser responsable por sus gastos médicos. Esto puede ser así si un tercero es responsable de causarle una lesión o enfermedad o es responsable de algún otro modo por sus facturas médicas. Las reglas de esta sección rigen la forma en que el Fondo paga todos los beneficios en tales situaciones.

Estas reglas tienen 2 (dos) objetivos. Primero, asegurar que sus beneficios sean pagados a la brevedad. Usualmente, cuando hay cuestiones de responsabilidad de terceros, pasan muchos meses antes de que el tercero realmente efectúe su pago. Estas reglas le permiten a este Fondo pagar sus gastos cubiertos y brindar cualquier otro beneficio al que tenga derecho hasta que se resuelva su disputa con el tercero.

En segundo lugar, estas reglas protegen al Fondo para que no cargue con la totalidad de los gastos en casos donde un tercero es responsable. De conformidad con estas reglas, en cuanto se determina la responsabilidad de un tercero, de cualquier forma, por las lesiones que ocasionan los gastos, o que el tercero resuelve la reclamación que dio origen a las lesiones sin admisión de culpabilidad, este Plan debe ser reembolsado por los beneficios correspondientes que le adelantó a usted de cualquier indemnización que fuere, que usted reciba y que esté relacionada de cualquier forma con el evento que causó sus gastos médicos. Esto es así tanto si el acuerdo está pormenorizado como si no lo está.

Derechos de subrogación y reembolso

Si usted incurre en gastos cubiertos por los cuales un tercero puede ser responsable, o si tiene derecho a otros beneficios como resultado de los mismos eventos que le ocasionaron incurrir en los gastos cubiertos, usted está obligado a informar al Plan del hecho. Por ley, el Plan adquiere automáticamente todos y cada uno de los derechos que usted pueda tener contra el tercero.

Además de sus derechos de subrogación, el Fondo tiene el derecho de ser reembolsado por los pagos hechos a usted o en su nombre, bajo estas circunstancias. El Plan debe ser reembolsado en su totalidad de cualquier acuerdo, juicio u otro pago que usted obtenga del tercero responsable. Otros gastos, incluyendo honorarios de abogados, no se pueden sacar del pago.

Cesión de la reclamación

Los Patrocinadores, a su sola discreción, pueden requerir que usted asigne su reclamo completo contra el tercero a este Fondo. Si este Fondo recupera del tercero cualquier monto que exceda los beneficios pagados a usted, más los gastos incurridos para hacer la recuperación, entonces le será pagado el exceso.

No revelar y/o cooperar

Si no comunica a este Fondo que tiene una reclamación contra un tercero; si usted no asigna su reclamación contra el tercero a este Fondo cuando tiene obligación de hacerlo (y de cooperar con los esfuerzos de recuperación subsecuentes del Fondo); si usted no requiere a ningún abogado que posteriormente retenga que firme el Acuerdo de Reembolso del Fondo y sus formularios; si usted y/o sus abogados no reembolsan a este Fondo de cualquier pago que usted obtenga del tercero; y/o si usted no reembolsa completamente al Fondo (de cualquier acuerdo que reciba, o de otro modo, incluso si el Fondo reduce el monto de su gravamen o limita de alguna otra manera sus derechos); entonces usted es personalmente responsable ante este Fondo por el reembolso debido a este Fondo por el tercero. El Fondo puede compensar la cantidad que debe de cualquier reclamo de beneficios futuro, o si es necesario, emprender acciones legales contra usted.

Si un Participante presenta una reclamación por gastos médicos o por Beneficios de Pérdida de Tiempo y un tercero es legalmente responsable de pagar esos gastos, el Fondo no pagará beneficios sobre la reclamación a menos que se cumplan los requisitos de las Reglas de Subrogación que se establecen a continuación. Un "tercero" es cualquier persona o corporación (o cualquier compañía de seguros obligada a pagar los reclamos resultantes de los actos de dicha persona o corporación) o cualquier otra entidad que sea o pueda ser considerada legalmente responsable de pagar sus gastos médicos. Las reglas de subrogación del Plan no se aplicarán a ninguna cantidad pagada bajo la póliza de seguro del Participante. Además, estas Reglas de Subrogación no se aplican a los beneficios que usted recupera bajo otro plan de salud grupal patrocinado por el empleador si esa cobertura está sujeta a Coordinación de Beneficios (C.O.B).

Reglas de Subrogación

Si un tercero es responsable de pagar los gastos por los cuales el Participante presenta una reclamación, el Fondo sólo pagará los beneficios de la reclamación bajo las siguientes condiciones:

- El Participante debe firmar el Acuerdo de Reembolso del Fondo que incluye, entre otras, las siguientes provisiones:
 - El Participante acuerda reembolsar al Fondo la cantidad de beneficios que dicho Fondo pague por el reclamo de cualquier recuperación de gastos que reciba, independientemente de que la recuperación sea suficiente para reembolsar totalmente la pérdida; y
 - El Participante acuerda que el Fondo tiene derecho a un gravamen de primera prioridad sobre el producto de cualquier compensación, hasta el monto del total de los beneficios pagados, sin importar si dicho Participante es íntegramente resarcido o no por la compensación; y

- El Participante acuerda que si el tercero no paga voluntariamente al Participante por los gastos incurridos y el Participante no demanda al tercero por la recuperación de los gastos, el Fondo tiene derecho a demandar al tercero a nombre del Participante para recuperar la cantidad que pagó. En tal caso, si hay una compensación o liquidación, el Participante acuerda que los gastos del Fondo, los costos y los honorarios de abogados incurridos también serán pagados de la compensación o liquidación; y
- El Participante acuerda no asignar a otra persona su derecho a recuperar dinero de otra fuente y acepta también que obtendrá el consentimiento del Fondo antes de liberar a otra persona o entidad la responsabilidad por cualquier lesión.
- El abogado del Participante también debe firmar el acuerdo si: (1) el Participante entra en un acuerdo de honorarios contingentes con el abogado para proseguir su reclamación contra un tercero o (2) la reclamación se basa en lesiones relacionadas con el trabajo.
- Si el Participante lesionado por un tercero es un adulto Dependiente, dicho Dependiente adulto lesionado debe firmar el Acuerdo de Reembolso junto con el Empleado Elegible o el Jubilado. Si el Participante lesionado por un tercero es un Niño Dependiente menor, el Empleado Elegible o Jubilado, o cualquier otro adulto autorizado para actuar en nombre del Niño, debe firmar el Acuerdo de Reembolso en nombre de dicho Niño.
- El Fondo tendrá derecho a reembolso por cualquier compensación. Una compensación incluirá todos los pagos de otra fuente que el Participante reciba o a que el Participante tenga derecho (incluyendo, entre otros, los montos asignados a un fideicomiso establecido para el Participante o en nombre del Participante). En el caso de un Niño Dependiente menor, el Niño Dependiente menor, su representante legal y el Empleado Elegible están obligados a reembolsar al Fondo cualquier compensación recibida por el Niño Dependiente, su representante legal o el Empleado Elegible.
- Si el Participante obtiene una compensación por los gastos incurridos y no devuelve al Fondo según había acordado al firmar el Acuerdo de Reembolso, el Fondo podrá entablar una demanda contra el Participante para recuperar los gastos pagados sobre la reclamación del Participante y los honorarios del abogado y gastos incurridos en la presentación de tal demanda. El Fondo también tiene el derecho de reducir cualquier beneficio futuro al que el Participante pueda tener derecho en reclamaciones para su beneficio y el de los demás Miembros elegibles de su familia hasta que el Fondo haya recuperado la cantidad adecuada.
- El Fondo no esperará un reembolso que supere los beneficios que pague en la reclamación o que supere la cantidad de la recuperación bruta del Participante.
- El Fondo no será responsable por los honorarios y gastos legales incurridos por el Participante a fines de obtener una recuperación, excepto que, a discreción de los Patrocinadores, el Fondo acuerde pagar una parte razonable de los honorarios y gastos realmente incurridos por el Participante en conexión con la prueba y recuperación de los pagos efectuados por el Fondo.
- Una vez que un Participante haya obtenido una compensación, no se le pagarán otros beneficios del Fondo por ninguna reclamación relacionada con la lesión en cuestión, hasta igualar el total de los Gastos Cubiertos resultantes de la lesión con el importe bruto de la recuperación pagada a o en nombre del participante. Entonces, el Fondo considerará solamente el monto de las reclamaciones que excedan el monto de la recuperación bruta, excepto que la recuperación sea insuficiente para reembolsar en su totalidad los beneficios que el Fondo haya pagado sobre el reclamo, en cuyo caso el Fondo continuará pagando beneficios por Reclamaciones futuras relacionadas con el daño en cuestión hasta obtener una recuperación adicional y suficiente para reembolsar al Fondo en su totalidad.
- El Participante deberá informar al Fondo sobre el progreso de cualquier reclamación, solución o acción legal contra el tercero responsable de la lesión del Participante y deberá responder a cualquier consulta realizada por el Fondo respecto a su progreso. El Participante también debe informar al Fondo cualquier intento de resolver, liberar, despedir o descartar cualquier reclamación, arreglo o acción legal contra el tercero.
- El Participante deberá proporcionar al Fondo, a pedido, todos los papeles, documentos y demás información que posea y resulte necesaria para la correcta compensación de cualquier reclamación, arreglo o acción legal contra el tercero.
- En el caso de que el Participante no firme un Contrato de Reembolso y el Fondo pague beneficios sobre reclamos de los cuales un tercero es legalmente responsable, el Fondo tiene derecho a un gravamen de primer orden sobre cualquier recuperación obtenida por el Participante de manera tal como si el Participante hubiera firmado el Acuerdo de Reembolso.

- Si el Participante sufre una lesión laboral, el Fondo no pagará beneficios hasta: (1) recibir un Acuerdo de Reembolso firmado por el Participante y su abogado, (2) recibir confirmación por escrito de que el empleador o su asegurador de compensación laboral, haya negado responsabilidad por la lesión y (3) que el Participante demuestre estar prosiguiendo una reclamación contra el empleador y/o su asegurador de compensación laboral, a menos que los Patrocinadores determinen, a su discreción, que dicha reclamación no es viable basándose en los hechos y circunstancias que rodean la lesión.
- En caso de que el Fondo acuerde aceptar menos del monto total del gravamen, el Participante y su abogado deben firmar un comunicado de forma consistente con esta sección. Si el Participante y/o el abogado no presentan al Fondo una liberación firmada cuando dicho Fondo así lo solicite, el Fondo podrá exigir el pago del saldo adeudado y/o denegar futuros reclamos hasta recuperar los saldos adeudados.

Restauración de beneficios recuperados

Si una persona tiene una reclamación sujeta a subrogación y el Plan paga los beneficios de la reclamación, los beneficios pagados por el Plan aplican a todas las limitaciones de beneficios máximos aplicables, igual que los beneficios que se pagan por reclamos sin subrogación. Si el Plan paga beneficios bajo las reglas de subrogación y recupera algunos o todos los beneficios pagados a través de subrogación, el monto de los beneficios recuperados puede ser compensado hasta ciertos beneficios máximos. Estas son las reglas que aplican al restablecimiento de beneficios recuperados:

- Los beneficios recuperados no serán compensados para beneficiar máximos que correspondan a un accidente o lesión específicos.
- La restauración tendrá efecto en la fecha en que el plan reciba la compensación.
- Cualquier aumento en un beneficio máximo debido a una compensación se aplicará solamente a reclamos incurridos en y después de la fecha en que el Plan reciba la compensación de subrogación.

CAMBIO O FINALIZACIÓN DEL PLAN

Se prevé que el Plan permanezca vigente en forma indefinida. Sin embargo, los Patrocinadores se reservan el derecho de cambiar o discontinuar (1) los tipos y cantidades de beneficios del Plan y (2) las reglas de elegibilidad.

Esta guía incluye información sobre los beneficios proporcionados por los Patrocinadores del Fondo de Beneficios a los Participantes y sus dependientes y las circunstancias que pueden resultar en descalificación, inelegibilidad, denegación, pérdida, confiscación o suspensión de beneficios que un Participante o dependiente pudiera razonablemente esperar que le proporcione un Plan. Los Patrocinadores han establecido los beneficios y las reglas de elegibilidad aplicables a los Participantes y a sus dependientes. Los Patrocinadores se reservan el derecho de modificar o enmendar las reglas de elegibilidad y el plan de beneficios para Participantes y dependientes de conformidad con el Acuerdo y Declaración del Fideicomiso. La continuación de los beneficios para los Participantes y sus dependientes y las reglas de elegibilidad relacionadas con la calificación, por lo tanto, están sujetas a modificación y revisión por parte de los Patrocinadores de acuerdo con su autoridad delimitada en el Acuerdo y Declaración del Fideicomiso.

Ningún empleado tiene un interés personal en los beneficios proporcionados a los Participantes y sus dependientes. Además del derecho a rescindir cualquier beneficio de los Participantes y/o sus dependientes en cualquier momento, los Patrocinadores también se reservan el derecho a su sola y absoluta discreción de terminar el programa de beneficios de los Participantes en cualquier momento y no habrá derechos adquiridos por cualquier Participante o dependiente o beneficiario ni derechos contractuales posteriores. Además, los Participantes y sus dependientes no tendrán prioridad con respecto a la terminación de este Plan.

Los beneficios del plan y las reglas de elegibilidad para los Participantes elegibles se proporcionan bajo un programa autoadministrado y:

- No están garantizados;
- Pueden ser modificados, enmendados o discontinuados por la Junta de Patrocinadores en cualquier momento o eliminados por completo;
- Están sujetos al Acuerdo de Fideicomiso que establece y regula las operaciones del Fondo;

- Son pagaderos sólo en la medida en que, a juicio de los Patrocinadores, se disponga de fondos teniendo en cuenta la conveniencia de mantener otros beneficios.
- Están sujetos a las provisiones de cualquier póliza de seguro grupal comprada por los Patrocinadores.

La naturaleza y el monto de los beneficios del Plan siempre están sujetos a las condiciones reales del Plan de acuerdo con su estado al momento de la reclamación.

Si el Plan es modificado o discontinuado, esto no afectará su derecho o el de su beneficiario a cualquier beneficio asegurado al cual ya tenga derecho.

Los Patrocinadores del Fondo tienen el poder de interpretar y aplicar los términos de esta Descripción resumida del Plan y también el Plan de Beneficios y el Acuerdo de Fideicomiso del Fondo.

LEY ÓMNIBUS DE CONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA CONSOLIDADA DE 1985 (COBRA)

La ley federal llamada Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (COBRA) requiere que la mayoría de los empleadores que patrocinan planes de salud grupal ofrezcan a los empleados y sus familias (*de ser elegibles*) la oportunidad de una extensión temporal de la cobertura de salud a tasas grupales en ciertos casos (llamados "eventos calificadoros") en los cuales la cobertura, de no mediar esta ley, llegaría a su fin. Esta sección describe sus derechos y obligaciones con respecto a la continuación de los beneficios de salud proporcionados de conformidad con el Plan.

Para ser elegible para continuar con la cobertura de conformidad con COBRA, debe estar inscrito en el Plan al momento de terminar su cobertura a causa de un evento calificador.

ELEGIBILIDAD COBRA

Eventos calificadoros para usted

La cobertura COBRA está disponible para usted en caso de que la cobertura finalice si:

- Sus horas programadas regularmente se reducen de manera tal que ya no sea elegible para participar en el programa de beneficios de bienestar del Fondo.
- Usted termina voluntariamente o involuntariamente su empleo por cualquier motivo (incluyendo la jubilación) que no sea una falta de conducta grave.

Eventos calificadoros para sus dependientes

La cobertura COBRA está disponible para sus dependientes elegibles en caso de que la cobertura finalice si:

- Sus horas programadas regularmente se reducen de manera tal que ya no es elegible para participar en el programa de beneficios de bienestar del Fondo.
- Usted (el empleado activo) termina voluntariamente o involuntariamente el empleo por cualquier motivo (incluyendo la jubilación) que no sea una falta de conducta grave.
- Usted (el empleado activo) se jubila.
- Usted (el empleado activo) muere, se divorcia, se separa legalmente o tiene derecho a Medicare.
- Su hijo dependiente deja de ser elegible para la cobertura del Fondo. Por ejemplo, él o ella se casa o alcanza el límite de edad máximo para la cobertura.

CÓMO FUNCIONA LA COBERTURA COBRA

Para tener la oportunidad de elegir Cobertura de Continuación COBRA después de un divorcio, separación legal o dejar de ser un "hijo dependiente" de conformidad con el Plan, usted y/o su miembro de la familia debe notificar por escrito a la Oficina del Fondo no más de 60 días después de que ocurra el evento. La notificación debe enviarse a:

The Board of Trustees
Teamsters Welfare Fund of Northern NJ Local 723
714 Rahway Ave., Suite 3
Union, NJ 07083
908-688-0723

La Oficina del Fondo le enviará información sobre la cobertura COBRA.

Debe notificar a la Oficina del Fondo con prontitud y por escrito la terminación del empleo, la reducción de horas, la jubilación o el derecho a Medicare. Los miembros de su familia deben notificar a la Oficina del Fondo prontamente y por escrito en caso de su muerte.

Bajo la Ley Federal, su empleador debe notificar al Fondo en su nombre en estas circunstancias:

Su terminación voluntaria/involuntaria	30 días
Su reducción de horas	30 días
Su fallecimiento	30 días
Bancarrotta del empleador	30 días
Su elegibilidad para Medicare	14 días de tener conocimiento del evento*
Su divorcio o separación legal	14 días de tener conocimiento del evento*

* **Debe notificar a la Oficina del Fondo dentro de los 60 días posteriores al evento.**

CÓMO ELEGIR LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN COBRA

Cuando termine su empleo o se reduzcan sus horas de trabajo de modo tal que ya no tenga derecho a la cobertura del Plan, o cuando la Oficina del Fondo reciba una notificación oportuna de que usted ha fallecido, se ha divorciado o que un hijo dependiente pierde su condición de tal, la Oficina le proporcionará a usted ya sus dependientes elegibles COBRA un aviso donde figurará la fecha en que terminará su cobertura de conformidad con grupo y sus derechos de elegir la continuación de la cobertura COBRA. De conformidad con esta ley, usted y sus dependientes elegibles tendrán hasta de 60 días inclusive desde el evento calificador o la fecha en que la oficina del Fondo envíe la notificación para elegir la continuación de la cobertura. Si el Fondo no recibe su opción antes del período de 60 días, perderá sus derechos de continuación.

Cada beneficiario calificado tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura. Por ejemplo, el cónyuge del empleado puede elegir la continuación de la cobertura incluso si el empleado no lo hace. La cobertura de continuación puede ser elegida por solo uno, varios o todos los hijos dependientes que sean beneficiarios calificados. Un padre puede elegir continuar la cobertura en nombre de cualquier hijo dependiente. El empleado o su cónyuge pueden elegir la continuación de la cobertura en nombre de todos los beneficiarios calificados.

Al considerar la posibilidad de elegir la continuación de la cobertura, debe tener en cuenta que el hecho de no continuar con la cobertura de su grupo de salud puede afectar sus derechos futuros bajo la ley federal. Debe tener en cuenta que tiene derechos especiales de inscripción bajo la ley federal. Usted tiene el derecho de solicitar inscripción especial en otro plan de salud grupal para el cual usted sea elegible de cualquier otra manera (como un plan patrocinado por el empleador de su cónyuge) dentro de los 30 días después de que su cobertura de salud grupal termine debido al evento calificador antes listado. También tendrá el mismo derecho de inscripción especial al final de la cobertura de continuación si obtiene una cobertura de continuación por el tiempo máximo disponible para usted.

LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA QUE SE PROPORCIONARÁ

Si usted elige Cobertura de Continuación COBRA, tendrá derecho a la misma cobertura de salud que tuvo cuando ocurrió el evento por el cual terminó su cobertura de salud de conformidad con el Plan, pero usted debe pagar por la misma. Consulte la sección sobre el Costo de Cobertura COBRA para obtener información sobre cuánto le costará COBRA y períodos de gracia para el pago de esas cantidades. Si hay un cambio en la cobertura de salud proporcionada por el Plan a empleados activos similares y sus familias, ese mismo cambio se hará en su Cobertura de Continuación COBRA.

COSTO DE COBERTURA COBRA

Las personas que continúan con cobertura completa bajo COBRA pagan el 102% del costo del Plan, después de impuestos, excepto en casos de discapacidad. Vea la siguiente sección titulada Cobertura COBRA de la Seguridad Social en casos de discapacidad para más detalles.

PAGO DE LA COBERTURA COBRA

La cantidad que usted, su cónyuge cubierto y/o sus hijos a cargo cubiertos deban pagar por la cobertura de

COBRA se abonará mensualmente. Se le permite al Plan cobrar el costo total de cobertura para empleados y familias activas similares, más un 2% adicional (por un costo total del 102%). El costo de Cobertura de Continuación COBRA es diferente en casos de cobertura extendida debido a incapacidad del Seguro Social. Vea dicha sección para más información.

La Oficina del Fondo le notificará el costo de la cobertura en el momento en que reciba su notificación de derecho a la cobertura COBRA y de cualquier cambio mensual en la cantidad de la prima COBRA. El costo de la Cobertura de Continuación COBRA puede estar sujeto a aumentos futuros durante el período en que permanezca vigente.

Habrán un período de gracia inicial de 45 días para pagar las primeras cantidades debidas a partir de la fecha en que se haya elegido la cobertura COBRA. Si este pago no se realiza al vencimiento, la Cobertura de Continuación COBRA no surtirá efecto. Después de eso, los pagos deben abonarse el primer día de cada mes. **Si no se recibe el pago dentro de los 31 días después del primer día del mes, su cobertura COBRA terminará retroactivamente a la fecha del último pago recibido. Una vez que se haya terminado la cobertura, perderá su derecho a la cobertura de continuación.**

AVISO IMPORTANTE: USTED DEBE PAGAR A LA OFICINA DEL FONDO MENSUALMENTE!

El Fondo no está obligado a emitir avisos de pago. El pago debe realizarse el primer día del mes. El retraso en el pago causará el rechazo de los beneficios de pago directo. Si tiene alguna pregunta acerca de la cobertura de continuación COBRA, comuníquese con la Oficina del Fondo.

COBRA EN UN VISTAZO

La cobertura COBRA puede continuar para:	Si ocurre el evento siguiente y se pierde la cobertura:	Duración máxima de cobertura COBRA:
Usted y sus dependientes elegibles	<ul style="list-style-type: none"> Su empleo termina (por ejemplo, usted renuncia) por cualquier razón excepto mala conducta Sus horas regulares se reducen de manera tal que ya no es elegible para participar en el programa de beneficios de bienestar del Fondo 	18 meses a partir de la fecha de la pérdida de cobertura (29 meses si usted o su dependiente elegible es discapacitado del Seguro Social*).
Sus dependientes elegibles solamente	<ul style="list-style-type: none"> Usted fallece Usted se divorcia o separa legalmente Su(s) hijo(s) ya no califica como dependiente elegible de conformidad con el Plan 	36 meses a partir de la fecha de pérdida de cobertura

*Ver cobertura COBRA en casos de discapacidad de la Seguridad Social para más detalles.

DURACIÓN DE LA COBERTURA COBRA

Su cobertura COBRA puede continuar hasta 18, 24, 29 ó 36 meses, dependiendo del evento calificador.

El período de Cobertura de Continuación comienza en la fecha en que usted y/o sus dependientes pierden la cobertura (en lugar de la fecha del evento calificador).

18 meses

La cobertura de salud COBRA puede continuar por hasta 18 meses si pierde la cobertura de salud del Fondo debido a:

- Una reducción de horas.
- Su cambio de estado de trabajo activo a inactivo debido a su:
 - Renuncia.
 - Despido (excepto por mala conducta grave)
 - Discapacidad.
 - Huelga.
 - Despido.
 - Jubilación.
 - Licencia (con excepción de la licencia según la Ley de Licencia Médica y Familiar).

24 meses

La cobertura de salud COBRA puede continuar hasta por un total de 24 meses si usted y/o sus dependientes elegibles eligen la cobertura mientras está realizando el servicio militar de acuerdo con la Sección de USERRA de este SPD.

29 meses

La cobertura de salud COBRA puede continuar hasta por un total de 29 meses si usted o un dependiente elegible se convierte en incapacitado permanente (según lo determina la Administración del Seguro Social) dentro de los primeros 60 días de COBRA y usted o su dependiente notifica su determinación a la Oficina del Fondo a más tardar 60 días después de su recepción y antes del final del período inicial de 18 meses.

36 meses

La cobertura de salud de COBRA para sus dependientes puede continuar hasta un total de 36 meses a partir de la fecha en que ocurra cualquiera de los siguientes eventos calificadoros:

- Su fallecimiento.
- Su divorcio.
- Su dependiente ya no es elegible para la cobertura del Fondo.

COBERTURA COBRA EN CASOS DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL

Si usted, su cónyuge o alguno de sus hijos a cargo cubiertos tienen derecho a recibir cobertura COBRA por un período de 18 meses, ese período puede ser extendido para la persona cubierta que se determina con derecho a beneficios del Seguro Social por Incapacidad, y para cualquier otro miembro de la familia cubierto, por hasta 11 meses adicionales (por un total de 29 meses) si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- La incapacidad ocurrió en o antes del inicio de la cobertura COBRA, o dentro de los primeros 60 días de cobertura COBRA.
- La persona cubierta discapacitada recibe una determinación de derecho a los beneficios de Ingreso por Incapacidad del Seguro Social de la Administración del Seguro Social.
- El Plan debe recibir una notificación por escrito de parte suya o de la persona cubierta incapacitada u otro miembro de la familia indicando que la determinación fue recibida:
 - No más de 60 días después de su recepción; y
 - Antes de que finalice el período de continuación COBRA de 18 meses.

Este período extendido de cobertura de COBRA terminará en el primero de los casos:

- El último día del mes, 30 días después de que el Seguro Social haya determinado que usted y/o sus dependientes no están incapacitados.
- El término de 29 meses a partir de la fecha del evento calificador COBRA.
- La fecha en que el individuo discapacitado tiene derecho a Medicare.

Debe notificar al Plan cuando ya no esté incapacitado.

COSTO DE COBERTURA COBRA EN CASOS DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL

Si el período de 18 meses de la Cobertura de Continuación COBRA se amplía debido a una discapacidad, el Plan cobrará a los empleados y sus familias el 150% del costo de cobertura de la unidad familiar COBRA que incluye a la persona discapacitada durante el período de 11 meses después del 18° mes de Cobertura de Continuación COBRA. Cualquier unidad familiar que no incluya a la persona discapacitada se cobrará al 102% del costo de la cobertura.

ADQUISICIÓN DE UN NUEVO DEPENDIENTE(S) MIENTRAS ESTÁ CUBIERTO POR COBRA U OTRA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD

Si adquiere un nuevo dependiente a través del matrimonio, el nacimiento o la colocación para la adopción mientras está inscrito en la cobertura de continuación COBRA, puede agregar a ese dependiente a su cobertura hasta la finalización de su período de cobertura COBRA.

Para inscribir a su nuevo dependiente para la cobertura COBRA, debe notificarlo por escrito a la Oficina del Fondo. Puede haber un cambio en el monto de su prima COBRA para cubrir al nuevo dependiente.

Si la cobertura de COBRA cesa para usted antes de que finalice el período máximo de cobertura de COBRA de 18, 29 ó 36 meses, la cobertura COBRA también terminará para su cónyuge recién agregado. Sin embargo, la cobertura COBRA puede continuar para su recién nacido, adoptado o niño colocado para la adopción recién agregados hasta el final del período máximo de cobertura de COBRA si se pagan a tiempo las primas requeridas. Consulte con el Fondo para obtener más información sobre cuánto tiempo puede durar la cobertura COBRA.

PÉRDIDA DE COBERTURA DE OTRO PLAN DE SALUD GRUPAL U OTRA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD

Si, mientras usted (el miembro) está inscrito en Cobertura de Continuación COBRA, su cónyuge o dependiente elegible pierden su cobertura bajo otro plan de salud grupal, puede inscribirlos en su COBRA por el resto del período de continuación de la cobertura. Sin embargo, agregar un cónyuge o un hijo a cargo puede causar un aumento en la cantidad que usted debe pagar por la Cobertura de Continuación COBRA.

La pérdida de la otra cobertura debe responder al agotamiento de la Cobertura de Continuación COBRA bajo otro plan, la terminación como resultado de la pérdida de elegibilidad para la cobertura, o la terminación como resultado de cesar las contribuciones del empleador hacia la otra cobertura. La pérdida de elegibilidad no incluye una pérdida debida a la falta de pago de las primas en su momento oportuno o la terminación de la cobertura por causa justificada.

AVISO DE NO DISPONIBILIDAD DE COBERTURA COBRA

En caso de que el Plan sea notificado de un evento calificado pero determine que un individuo no tiene derecho a la cobertura COBRA solicitada, la Oficina del Fondo le enviará una explicación indicando por qué no está disponible la cobertura COBRA. Este aviso de la no disponibilidad de cobertura COBRA se enviará de acuerdo con los mismos plazos que un aviso de elección de COBRA.

MÚLTIPLES EVENTOS CALIFICADORES MIENTRAS ESTÁ CUBIERTO POR COBRA

Si, durante un período de 18 meses de Cobertura de Continuación COBRA resultante de la pérdida de cobertura por su terminación de empleo o reducción en horas, usted muere, se divorcia o se separa legalmente o si un niño cubierto deja de ser un Hijo Dependiente de conformidad con el Plan, el período máximo de continuación COBRA para el cónyuge y/o hijo afectado se extiende a 36 meses a partir de la fecha de su terminación del empleo o reducción de horas.

Por ejemplo, suponga que pierde su trabajo (el primer evento calificador de COBRA) y usted y su cónyuge cubierto se inscriben para la cobertura COBRA. Tres meses después de que comienza su cobertura COBRA, usted y su cónyuge se divorcian y su cónyuge ya no es elegible para la cobertura del Plan. Su cónyuge puede continuar la cobertura COBRA por un período adicional de 33 meses, por un total de 36 meses de cobertura COBRA.

Este período extendido de Cobertura de Continuación COBRA no está disponible para una persona que se haya convertido en su cónyuge después de la terminación del empleo o la reducción en horas. Sin embargo, este período prolongado de Cobertura de Continuación COBRA está disponible para cualquier hijo nacido, adoptado o colocado para adopción con usted (el empleado activo) durante el período de 18 meses de Cobertura de Continuación COBRA.

En ningún caso usted tiene derecho a Cobertura de Continuación COBRA por más de un total de 18 meses si su empleo es terminado o tiene una reducción en horas (a menos que tenga derecho a un período adicional de Cobertura de Continuación COBRA debido a incapacidad del Seguro Social). Como resultado, si usted experimenta una reducción en las horas seguidas de la terminación del empleo, la terminación del empleo no es tratada como un segundo evento calificador y COBRA no puede extenderse más allá de 18 meses del evento calificador inicial.

CUÁNDO PUEDE SER TERMINADA LA COBERTURA COBRA

Una vez que se elija la cobertura COBRA, la misma puede ser terminada en la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos:

- El primer día del período de tiempo respecto al cual usted no paga las primas de COBRA dentro del período de tiempo requerido.
- La fecha de terminación del Plan.
- La fecha, después de la fecha de la elección de COBRA, en la cual usted o sus dependientes elegibles quedan inicialmente cubiertos por otro plan de salud grupal y dicho plan no contiene ninguna exclusión o

limitación legalmente aplicable con respecto a una condición preexistente que pudiera tener la persona cubierta.

- La fecha, después de la fecha de la elección de COBRA, en la cual usted o sus dependientes elegibles obtengan derecho a Medicare (por lo general, 65 años de edad).
- Cuando la cobertura de los empleados activos termine por causa justificada (por ejemplo, usted presenta reclamaciones fraudulentas al Fondo).
- Cuando el empleador que lo empleó antes del evento calificador deja de contribuir al Plan y (1) el empleador establece uno o más planes de salud grupales que cubren a un número significativo de empleados anteriormente cubiertos bajo este Plan, o (2) el empleador Comienza a contribuir a otro plan multiempleador que es un plan de salud grupal.

AVISO DE TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN COBRA

El Plan notificará a un beneficiario calificado si la cobertura de COBRA termina antes del final del período máximo de cobertura aplicable al evento calificador que originó el derecho a la cobertura COBRA. Esta notificación por escrito explicará la razón por la cual COBRA termina antes del período máximo, la fecha en que termina dicha cobertura de COBRA y cualquier derecho que el beneficiario calificado pueda tener bajo el Plan para elegir cobertura alternativa o de conversión. La notificación se proporcionará tan pronto como sea posible después de que la Oficina del Fondo determine que la cobertura de COBRA terminará anticipadamente.

CUÁNDO FINALIZA LA COBERTURA COBRA

Su cobertura COBRA termina en la fecha más temprana de la fecha que:

- Se produce cualquiera de los eventos mencionados anteriormente.
- El período COBRA (18, 29 ó 36 meses) finaliza.

LEY DE REAUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE SEGURO DE SALUD INFANTIL (CHIPRA)

La Ley de Reautorización del Programa de Seguro de Salud Infantil de 2009 (CHIPRA) requiere que los planes de salud grupal y los emisores de seguros de salud colectivos permitan que un empleado o dependiente elegible pero no inscrito en el plan se inscriba cuando dicho empleado o dependiente están cubiertos por Medicaid o CHIP y pierden su cobertura a resultado de la pérdida de elegibilidad o al convertirse en elegibles para la asistencia de Medicaid o CHIP con respecto a la cobertura del plan de salud grupal. CHIPRA también creó nuevos requerimientos de notificación relacionados con estos derechos especiales de inscripción.

Derechos de los empleados. La Ley otorga a los empleados varios derechos importantes. Entre ellos, están el derecho de recibir información sobre sus planes de pensión o beneficios de salud, participar en procesos oportunos y justos para reclamaciones de beneficios, elegir continuar temporalmente la cobertura de salud grupal después de perder la cobertura, recibir certificados donde se verifique la cobertura de salud de conformidad con un plan y recuperar los beneficios debidos bajo el plan.

LEY DE LICENCIA MÉDICA Y FAMILIAR (FMLA)

La FMLA otorga un derecho de hasta 12 semanas de permiso no remunerado con trabajo protegido durante cualquier período de 12 meses por las siguientes razones:

- Nacimiento y cuidado del hijo del empleado, o colocación para adopción o crianza de un niño con el empleado;
- Cuidado de un miembro de la familia inmediata (cónyuge, hijo, padre) con un problema de salud grave; o
- Cuidado del propio estado de salud grave del empleado.

El beneficio de licencia de emergencia (de hasta 12 semanas) ahora estará disponible para miembros de la familia de miembros del servicio activo en las Fuerzas Armadas que son emplazadas en un país extranjero.

Además, en virtud de la Ley, el beneficio por licencia para el cuidador (hasta 26 semanas) incluye ahora la licencia para cuidar a un hijo, cónyuge, padre o pariente que: (1) es veterano, (2) está recibiendo tratamiento médico, recuperación o terapia por lesión o enfermedad grave, y (3) fue miembro de las Fuerzas Armadas (incluyendo un miembro de la Guardia Nacional o Reservas) en cualquier momento durante los cinco años anteriores a la fecha del tratamiento. El tratamiento médico debe estar relacionado con una lesión o enfermedad grave que se haya incurrido estando en servicio activo en las Fuerzas Armadas o que existía antes del comienzo del servicio militar y fue agravada por dicho servicio en el cumplimiento del deber mientras se estaba en deber activo.

Si un empleado recibía beneficios de salud grupales al momento de comenzar la licencia, el empleador debe mantenerlos al mismo nivel y de la misma manera durante los períodos de licencia FMLA como si el empleado hubiera continuado trabajando. Por lo general, un empleado puede elegir (o el empleador puede requerir) el uso de cualquier licencia pagada devengada (vacaciones, enfermedad, personal, etc.) por períodos de licencia sin pagar de la FMLA.

Los empleados pueden tomar licencia FMLA en bloques de tiempo menores a las 12 semanas completas sobre una base de licencia intermitente o reducida cuando sea médicamente necesario. El permiso intermitente para la colocación, adopción o cuidado de crianza de un niño está sujeto a la aprobación del empleador. La licencia intermitente tomada para el nacimiento y el cuidado de un niño también está sujeta a la aprobación del empleador, excepto por el permiso relacionado con el embarazo que implique licencia para una condición de salud grave.

Cuando la necesidad de permiso sea previsible, el empleado debe dar al empleador con un aviso de 30 días como mínimo, o con la mayor cantidad de aviso posible. Cuando el permiso no es previsible, el empleado debe proporcionar dicha notificación lo antes posible.

Un empleador puede requerir la certificación médica de una enfermedad grave al proveedor de atención médica del empleado. Un empleador también puede requerir informes periódicos durante el período de licencia sobre el estado del empleado y su intención de volver al trabajo, así como la certificación de "aptitud para el deber" al regresar al trabajo en las situaciones apropiadas.

Un empleado que regrese de la licencia de FMLA tiene derecho a ser restaurado al mismo trabajo o a un trabajo equivalente (definido como uno con pago, beneficios, responsabilidades, etc. equivalentes). El empleado no tiene derecho a percibir beneficios durante los períodos sin licencia de FMLA, pero el empleador debe devolverlo al empleo con los mismos beneficios en los mismos niveles que existían cuando comenzó la licencia.

Los empleadores están obligados a publicar un aviso para los empleados delineando las disposiciones básicas de FMLA y están sujetos a una multa de 100 dólares por delito por faltar deliberadamente a publicar tal notificación. Se prohíbe a los empleadores discriminar o interferir con los empleados que toman licencia FMLA.

Derechos de los empleados

La FMLA establece que los empleados elegibles de los empleadores cubiertos tienen derecho a tomar hasta 12 semanas de permiso con trabajo protegido en cualquier período de 12 meses por eventos calificadores sin interferencias o restricciones de parte de sus empleadores. La FMLA también otorga a los empleados el derecho de presentar una queja ante la División de Salarios y Horas de la Administración de Normas de Empleo del Departamento de Trabajo, presentar una demanda privada bajo la Ley (o hacer que se presente una reclamación o demanda) y testificar o cooperar de otras maneras con una investigación o pleito sin ser despedido o discriminado de cualquier otra manera.

Asistencia de cumplimiento disponible

La División de Salarios y Horas de la Administración de Normas de Empleo administra FMLA. Encontrará información más detallada, incluyendo copias de los folletos explicativos, comunicándose con su oficina local de la División. Además, la División de Salarios y Horas ha desarrollado un [Consejero de la Ley de Licencia Médica y Familiar](#), un recurso en línea que responde a una variedad de preguntas frecuentes sobre FMLA, incluyendo la elegibilidad de los empleados, las razones válidas para licencias y las responsabilidades de notificación de empleadores y empleados, más sus derechos y beneficios. También se puede obtener información sobre asistencia de cumplimiento en el [sitio web de la División Salarios y Horas](#). Para obtener ayuda adicional, comuníquese con la División de Salarios y Horas al 1-866-4USWAGE.

LEY DE RESPONSABILIDAD Y MOVILIDAD DEL SEGURO DE SALUD DE 1996 (HIPAA)

La ley HIPAA enmendó la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado (ERISA) para brindar nuevos derechos y protecciones para los participantes y los beneficiarios de los planes de salud grupal. Comprender esta enmienda es importante para las decisiones que tome sobre su futura cobertura médica. La ley HIPAA contiene protecciones para la cobertura médica, las cuales se ofrecen en conexión con este Plan.

Si usted encuentra un nuevo trabajo que ofrece cobertura de salud, o si es elegible para cobertura dentro del plan de salud del empleo de un miembro de su familia, la ley HIPAA incluye protecciones para la cobertura dentro de los planes de salud grupal que:

- Limitan las exclusiones para enfermedades preexistentes;
- Prohíben discriminar a empleados y dependientes a causa de su estado de salud;
- Ofrecen una oportunidad de inscripción especial al nuevo plan para los individuos que pasan por ciertas circunstancias;
- Si usted opta por solicitar una póliza individual para usted o para su familia, la ley HIPAA incluye protecciones para las pólizas individuales que:
 - Garantizan el acceso a pólizas individuales para las personas que califican;
 - Garantizan la renovabilidad de las pólizas individuales.

¿Qué es una enfermedad preexistente?

Una enfermedad preexistente es una enfermedad médica presente antes de la fecha de su inscripción en cualquier nuevo plan de salud grupal.

La Ley de Asistencia Asequible prohíbe cualquier exclusión de la cobertura a causa de una enfermedad preexistente.

LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La Ley de Paridad de Salud Mental y Adicciones de 2008 (MHPAEA) requiere que los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud se aseguren de que los requisitos financieros (tales como copagos, deducibles) y limitaciones de tratamiento (MH/SUD) no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes aplicados a prácticamente todos los beneficios médicos/quirúrgicos. MHPAEA complementa las disposiciones anteriores de la Ley de Paridad en la Salud Mental de 1996 (MHPA, por sus siglas en inglés), que exigía paridad con respecto a los límites anuales vitalicios y los límites anuales en dólares para los beneficios de salud mental.

REGLAS DE SERVICIO MILITAR

Si un Empleado activo termina un empleo cubierto debido al servicio militar cubierto por la Ley de los Derechos del Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA) y posteriormente es reemplazado por un Empleador, él o ella inmediatamente reanudará la cobertura bajo el Plan como si nunca se hubiera ido.

Cuando se le da de alta (no menos que honrosamente) de los servicios uniformados, su elegibilidad completa será restablecida el día en que regrese a trabajar con un Empleador, siempre y cuando regrese al empleo:

- Dentro de los noventa (90) días de la fecha de alta, si el período de servicio fuese mayor a los 180 (ciento ochenta) días; o
- Dentro de 14 (catorce) días a partir de la fecha de alta, si el período de servicio fue de más de 30 (treinta) días pero menos de 180 (ciento ochenta) días; o

- Al comienzo del primer período completo de trabajo regular programado el primer día calendario siguiente a la dada de baja (más el tiempo de viaje y ocho horas adicionales) si el período de servicio fue de menos de 30 (treinta) días.

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

Si deja su trabajo para cumplir con el servicio militar, tiene derecho a elegir continuar con la cobertura de su plan de seguro de salud para usted y sus dependientes por hasta 24 meses mientras esté en el ejército (ver Sección COBRA de este SPD para más detalles).

Si un empleado activo termina un empleo cubierto debido al servicio militar más allá del período permitido por USERRA y posteriormente es reemplazado por un Empleador, la cobertura del Plan no se restablece inmediatamente al regresar al trabajo. El empleado anteriormente empleado será tratado como un nuevo Empleado con el propósito de determinar la elegibilidad para la cobertura o los beneficios del Plan y deberá satisfacer los requisitos de elegibilidad resumidos en este folleto o en el Acuerdo de Negociación Colectiva.

Si tiene alguna pregunta acerca de las licencias, por favor hable directamente con su empleador. Si tiene alguna pregunta sobre cómo la licencia afectará sus beneficios, comuníquese con la Oficina del Fondo.

LEY DE PROTECCIÓN DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS (NMHPA)

La Ley de Protección de Madres y Recién Nacidos de 1996 (NMHPA) afecta la cantidad de tiempo que usted y su recién nacido están cubiertos para una hospitalización después del parto. Esta ley se aplica a ambas personas cubiertas por este Plan. En general, este plan NO puede restringir los beneficios de hospitalización en relación con el parto a menos de 48 horas después de un parto vaginal o 96 horas después de un parto por cesárea.

Si usted da a luz en el hospital, el período de 48 horas (o 96 horas) comienza en el momento del parto. Si usted da a luz fuera del hospital y después es admitida en el hospital en relación con el parto, el período comienza en el momento de la admisión.

Aunque la ley NMHPA le prohíbe a este Plan restringir la duración de una internación hospitalaria relacionada con el parto, este Plan no tiene que cubrir la totalidad de 48 o 96 horas en todos los casos. Si un proveedor asistente, después de hablar con usted, determina que usted o su hijo pueden ser dados de alta antes del período de 48 horas (o 96 horas), este Plan no tiene que continuar cubriendo la estadía para cualquiera de ustedes que está listo para el alta. Un proveedor asistente es un individuo, licenciado bajo la ley estatal, directamente responsable de proveer cuidado de maternidad o pediátrico a usted o a su hijo recién nacido. Además de un médico, puede ser proveedor asistente una persona como una enfermera partera, asistente médico o enfermera. Este Plan, hospital, compañía de seguros, o HMO NO serían un proveedor asistente.

Los beneficios del Plan relacionados con esta Ley se encuentran en la sección de beneficios de este SPD. Su cobertura de salud proporcionada por este Fondo cumple con las normas de NMHPA.

DECLARACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Esta sección describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a dicha información. Por favor revise las prácticas cuidadosamente.

Los Patrocinadores y la oficina del Fondo siempre han hecho de la protección de su información personal una prioridad muy importante. Queremos que tenga una comprensión clara de cómo usamos y salvaguardamos su información.

Esta sección describe cómo el Fondo de Bienestar puede usar y divulgar su Información Protegida de Salud (PHI), definida a continuación, para realizar operaciones de tratamiento, pago y atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. También describe los derechos de acceso y control de la PHI.

La legislación federal conocida como Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud (HIPAA) requiere que el Fondo establezca una política formal y procedimientos para mantener la privacidad de su PHI.

Esta sección entrará en vigor a partir de abril de 2003, y el Fondo de Bienestar deberá cumplir con sus términos. Sin embargo, el Fondo de Bienestar se reserva el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad o esta sección y de aplicar los cambios a cualquier PHI recibido o mantenido por el Fondo de Bienestar antes de esa fecha. Si se modifica sustancialmente una práctica de privacidad, se proporcionará a los empleados y a todas las demás personas que lo soliciten una versión revisada de esta sección a través de correo de primera clase. Cualquier versión revisada de esta sección será distribuida dentro de los 60 días de la fecha efectiva de cualquier cambio sustancial en las políticas del Fondo de Bienestar.

INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

El término "Información Protegida de Salud" incluye toda la información de salud identificable individualmente relacionada con la condición de salud física o mental de un individuo, presente o futura, o con sus pagos por la atención médica. La PHI incluye información mantenida por el Fondo de Bienestar en forma oral, escrita o electrónica.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE SALUD

La divulgación de su PHI generalmente requiere su autorización escrita.

Salvo lo dispuesto por la ley, cualquier uso y divulgación de PHI se hará solamente con su autorización por escrito.

SUS DERECHOS A LA PRIVACIDAD INDIVIDUAL

Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su PHI contenida en un "conjunto de registros designados", definido abajo, mientras el Fondo de Bienestar (Fondo) mantenga la PHI. Usted o su representante personal deberán solicitar por escrito el acceso a la PHI de su expediente designado. Se puede cobrar una tarifa razonable por las copias. Las solicitudes de acceso a la 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 60 días si la información se mantiene fuera del sitio. Se permite una prórroga única de 30 días si el Fondo no puede cumplir con el plazo.

Si se niega el acceso, se le proporcionará a usted o a su representante personal una negativa por escrito donde se establezca la causa 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 de Bienestar y el HHS.

Un "conjunto de registros designados" incluye sus registros médicos o de facturación mantenidos por el Fondo. Los registros incluyen la inscripción, el pago, la facturación, la adjudicación de reclamaciones y los sistemas de registro de manejo médico o de casos mantenidos por el Fondo u otra información utilizada en su totalidad o en parte por dicho Fondo para tomar decisiones sobre su persona. No se incluye información utilizada para el análisis de control de calidad o análisis por pares ni se utiliza la información para tomar decisiones sobre su persona.

Si usted cree que cualquier PHI mantenida por el Fondo es incorrecto o incompleto, puede solicitar que el Fondo lo modifique sujeto a ciertas excepciones. La PHI no está sujeta a modificación si no fue creada por el Fondo o no forma parte del conjunto de registros designados que usted tiene permitido inspeccionar y copiar, o si no es mantenida por el Fondo. El Fondo tiene 60 días después de recibir su solicitud para actuar en consecuencia. El Fondo tiene derecho a una prórroga única de 30 días si no puede cumplir con el plazo de 60 días. Si el Fondo rechaza su solicitud en su totalidad o en parte, debe proporcionarle una negativa por escrito donde se expliquen las causas de la decisión. Usted o su representante personal pueden presentar una declaración por escrito en desacuerdo con la denegación y hacer que dicha declaración sea incluida en cualquier revelación futura de esa PHI. Deberá hacer su solicitud para enmendar la PHI al Oficial de Privacidad del Fondo, por escrito, en la dirección que se indica a continuación.

A su solicitud, el Fondo también le proporcionará una lista de ciertas revelaciones hechas por el Fondo de su PHI después del 14 de abril de 2003. Esta rendición de cuentas no está obligada a incluir las revelaciones relacionadas con el tratamiento, el pago por tratamiento, las operaciones de atención médica o las revelaciones hechas a usted o autorizadas por usted por escrito. El Fondo tiene 60 días para proporcionar la rendición de cuentas. El Fondo dispone de un plazo adicional de 30 días si le comunica por escrito las razones del retraso y la fecha en que se proporcionará la rendición de cuentas. La primera rendición de cuentas que solicite en un período de 12 meses se proporcionará de forma gratuita. Si solicita más de una rendición de cuentas dentro de un período de 12 meses, el Fondo cobrará una comisión razonable basada en el costo para cada rendición de cuentas subsiguiente. Usted o su representante personal deben presentar su solicitud de restricciones sobre usos y divulgaciones de su PHI

por escrito al Oficial de Privacidad del Fondo en la dirección que se indica a continuación.

Usted puede solicitar que el Fondo restrinja los usos y revelaciones de su PHI para realizar operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Además, puede restringir los usos y divulgaciones a familiares, familiares, amigos u otras personas identificadas por usted que estén involucradas en su cuidado.

El Fondo no está obligado a aceptar su solicitud. Usted o su representante personal deben presentar su solicitud de restricciones sobre usos y divulgaciones de su PHI por escrito al Oficial de Privacidad del Fondo en la dirección que se indica a continuación.

También puede solicitar recibir comunicaciones de PHI en forma confidencial por medios alternativos o únicamente en un lugar alternativo (por ejemplo, enviar información de correo a algún lugar distinto de su domicilio) si esto es factible y razonable. Usted o su representante personal deberán solicitar por escrito las comunicaciones confidenciales de su PHI. Tales solicitudes se deben hacer a la atención del Funcionario de Privacidad del Fondo en la dirección que figura a continuación. Tenga en cuenta que el Plan debe conceder esta solicitud sólo si el individuo declara estar en peligro.

Usted puede ejercer sus derechos a través de un representante personal. Excepto lo estipulado a continuación en relación con los padres de hijos menores no emancipados, su representante personal deberá presentar pruebas 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 en su representación. El Fondo tiene discreción para negar el acceso a su PHI a un representante personal a fines de brindar protección a aquellas personas vulnerables que dependen de otros para ejercer sus derechos de conformidad con 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 representante personal de un menor no emancipado a menos que la ley estatal aplicable exija lo contrario. Sin embargo, los menores no emancipados pueden solicitar que el Fondo restrinja la información que llega a los miembros de la familia si lo mismo está permitido por las leyes estatales aplicables. Otra documentación que puede sustituir a este formulario incluiría otra documentación legal oficial que demuestre que bajo la ley estatal pertinente el representante está autorizado a tomar decisiones de atención médica en su representación (por ejemplo, una cita como tutor legal o un poder de cuidado de la salud).

DEBERES DEL FONDO DE BIENESTAR

El Fondo de Bienestar está obligado por ley a mantener la privacidad de su PHI y a proporcionarle este aviso de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una reclamación ante el Fondo de Bienestar al cuidado del Oficial de Privacidad en la siguiente dirección:

Robin A. Modzelewski, Oficial de Privacidad
Teamsters Welfare Fund of Northern NJ Local 723
714 Rahway Ave., Suite 3
Union, NJ 07083

También puede presentar una reclamación ante:

Secretary of the U.S. Department of Health & Human Services
Hubert H. Humphrey Building
200 Independence Ave. S.W.
Washington, D.C. 20201

El Fondo de Bienestar no tomará represalias contra usted por presentar una reclamación.

Si tiene alguna pregunta relacionada con esta sección o con los temas tratados en ella, puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de la oficina del Fondo de Bienestar.

PROCEDIMIENTOS PARA LA ORDEN DE MANUTENCIÓN MÉDICA INFANTIL CALIFICADA

Una Orden de Manutención Médica Infantil Calificada (QMCSO) es un fallo, decreto u orden generalmente emitida como parte de un acuerdo o decreto de divorcio por parte de un tribunal de jurisdicción competente (o mediante un proceso administrativo establecido de acuerdo con la ley estatal) que brinda apoyo o cobertura de atención médica para el hijo de un participante del Plan. Mientras un QMCSO cumpla con los requisitos legales, los hijos nombrados en el QMCSO serán elegible para la cobertura.

Si el Fondo recibe una orden judicial que exija que el Plan proporcione cobertura de salud a un hijo, el Fondo seguirá la orden sólo si se determina que la orden es una orden QMCSO. Cuando el Fondo recibe una orden de manutención médica por parte de un tribunal, el Administrador del Fondo deberá notificar prontamente y por escrito al participante y a cada uno de los hijos nombrados en la orden recibida por dicho Administrador del Fondo y deberá entregar una copia de los procedimientos del Plan para determinar si el pedido es una orden QMCSO a las direcciones enumeradas en el pedido. El Fondo también notificará a cada hijo nombrado en la orden su derecho a designar a un representante para recibir copias de todas las notificaciones relacionadas con dicha orden.

Dentro de un período de tiempo razonable, el Fondo determinará si el pedido es una orden QMCSO y notificará por escrito al participante y a cada hijo nombrado en la orden de la determinación. Si las reclamaciones son presentadas al Plan en nombre de el o los hijos nombrados en el pedido mientras el Fondo está determinando si el pedido es una orden QMCSO, el Plan suspenderá el pago de cualquier beneficio debido hasta que se determine que el pedido es una orden QMCSO. Si se determina que la orden es una QMCSO, los hijos cubiertos por la misma pasarán a ser Dependientes cubiertos del participante nombrado en la QMCSO a partir de la primera fecha a la cual se aplica la QMCSO, como si el participante los inscribiera en el Plan y hubiese abonado cualquier pago requerido a partir de esa fecha.

Para obtener una copia gratuita de los procedimientos QMCSO del Plan, comuníquese con la Oficina del Fondo de Bienestar.

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

La Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA) requiere que los planes de salud de grupo y las compañías de seguros que proporcionan cobertura para mastectomías proporcionen ciertos beneficios o servicios relacionados con la mastectomía a los participantes y beneficiarios del plan. El Plan provee los beneficios requeridos bajo la WHCRA y pone estos beneficios a disposición de los participantes elegibles y dependientes.

Bajo la WHCRA, un participante del plan de salud grupal o un beneficiario que está recibiendo beneficios en relación con una mastectomía, y que elige la reconstrucción mamaria en relación con la mastectomía tiene derecho a la cobertura de lo siguiente:

- Reconstrucción del seno en el que se ha realizado la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico; y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo edema linfático.

La cobertura de estos beneficios o servicios se proporcionará de la manera determinada en la consulta con el médico participante del participante o beneficiario.

Si usted es participante del Plan, y actualmente está recibiendo, o recibirá en el futuro beneficios de conformidad con el Plan relacionados con una mastectomía, tiene derecho a la cobertura de los beneficios y servicios descritos anteriormente en el caso de elegir la reconstrucción mamaria. Sus dependientes elegibles también tienen derecho a la cobertura de estos beneficios o servicios en los mismos términos. La cobertura de los servicios o beneficios relacionados con la mastectomía requeridos bajo la WHCRA estará sujeta a los mismos deducibles y coseguro o disposiciones de copago que se aplican con respecto a otros beneficios médicos o quirúrgicos proporcionados por el Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre la WHCRA, comuníquese con la Oficina del Fondo.

DECLARACIÓN DE DERECHOS ERISA

Como participante usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones de conformidad con la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los participantes del plan tienen derecho a:

Recibir información sobre su plan y sus beneficios

Examinar sin costo alguno en la oficina del Administrador del Plan y en otros lugares especificados, tales como sitios de trabajo y la Oficina del Fondo, todos los documentos que rigen el Plan, incluyendo contratos de seguro y convenios colectivos y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.

Obtener, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los contratos de seguro y los convenios colectivos y copias del último informe anual (Formulario 5500) y una descripción actualizada del plan resumido. El Administrador del Plan puede cobrar un costo razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este resumen del informe anual.

Continuar la cobertura del plan de salud grupal

Continuar la cobertura de atención médica para usted o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el Plan como resultado de un evento calificador. Usted o sus dependientes pueden tener que pagar por dicha cobertura. Revisar esta descripción resumida del plan y los documentos que rigen dicho Plan respecto a las reglas que rigen sus derechos de cobertura de continuación COBRA.

Deben entregarle un certificado de cobertura acreditable de su Plan o emisor de seguro de salud al perder la cobertura del Plan, al tener derecho a elegir la cobertura de continuación COBRA o al cesar su cobertura de continuación de COBRA, si así lo solicita antes de perder la cobertura, o si lo solicita hasta 24 meses después de perder la cobertura.

Acciones prudentes de los Patrocinadores del Plan

Además de crear derechos para los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación del Plan. Las personas que operan su Plan, llamadas "patrocinadores" del Plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés de usted y de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluido su Empleador, su Sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de alguna manera para evitar que obtenga un beneficio de bienestar o que ejerza sus derechos de conformidad con ERISA.

Haga cumplir sus derechos

Si se niega o se ignora su solicitud de beneficios de bienestar, en forma total o parcial, tiene derecho a saber las causas, a obtener copias de los documentos relacionados con la decisión en forma gratuita y a apelar cualquier denegación, todo dentro de ciertos plazos.

De conformidad con ERISA, hay pasos que puede tomar para hacer cumplir los derechos arriba mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o el último informe anual del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigirle al Administrador del Plan que proporcione los materiales y le pague hasta \$ 110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no hayan sido enviados debido a razones fuera del control del Administrador del Plan. Si su reclamo por beneficios es negado o ignorado en forma total o parcial, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión o falta de decisión por parte del Plan respecto al estatus calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden médica de manutención de menores, también puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Si los Patrocinadores del Plan abusan del dinero del Plan, o si usted es discriminado por ejercer sus derechos, puede solicitar ayuda del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si usted tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona que ha demandado a pagar estos costos y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si considera que su reclamo es frívolo.

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, comuníquese con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o acerca de sus derechos bajo ERISA, o si necesita ayuda para obtener los documentos del Administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los EE.UU., que figura en su directorio telefónico de la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios a los Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 200 Constitution Avenue, NW, Washington, DC 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades de conformidad con ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleados.

Los beneficios disponibles para usted de conformidad con este Plan de Bienestar están generalmente destinados a estar libres de impuestos y se describen en esta Descripción resumida del Plan (SPD). Cualquier incoherencia dentro de este SPD será regida por la interpretación de los Patrocinadores del Plan.

Todas las provisiones de los beneficios asegurados están contenidas en las pólizas emitidas por las distintas compañías de seguros. Dado que las normativas contienen detalles completos, la interpretación final de cualquier disposición específica se rige por ellas.

Cuando esté asegurado, recibirá una tarjeta de identificación o un certificado donde se resumirán las disposiciones de la póliza de grupo que le afectan principalmente.

Los Patrocinadores del Fondo tienen el poder de interpretar y aplicar los términos de esta Descripción resumida del Plan y también el Plan de Beneficios y el Acuerdo de Fideicomiso del Fondo.

NOTAS

NOTES