



Fondo de Bienestar de los Trabajadores de Indiana

Combinación de Documento del Plan
y
Resumen de la Descripción del Plan

Edición del 12/1/2009

Este folleto está
disponible en
español. Si desea
una versión en
español, favor de
comunicarse con la
Oficina del Fondo
de Bienestar.

Indiana Laborers Welfare Fund
413 Swan Street
Terre Haute, IN 47807
(812) 238-2551
(800) 962-3158

¡Importante!

Hay varios acontecimientos significativos que pueden ocurrir mientras usted está cubierto por el Plan. Póngase en contacto con la Oficina del Fondo de Bienestar, por escrito, si cualquiera de lo siguiente ocurre:

- **CAMBIOS EN SU DIRECCIÓN O NÚMERO TELEFÓNICO.**
- **SE CASA, SE DIVORCIA U OBTIENE UNA SEPARACIÓN LEGAL DE SU CÓNYUGE.** También debe presentar los documentos legales apropiados (por ejemplo: certificado de matrimonio, decreto de divorcio, acuerdo de custodia).
- **CAMBIA SU BENEFICIARIO.**
- **CAMBIA EL ESTADO DE UN DEPENDIENTE.**
- **USTED ES PADRE.** También debe presentar la partida de nacimiento del hijo certificada por el estado, el decreto de adopción o una Orden Médica de Apoyo de Hijo Calificada.
- **ENTRA AL SERVICIO MILITAR O REGRESA DE ÉSTE.**
- **ES HERIDO EN EL TRABAJO.**
- **ES HERIDO EN UN ACCIDENTE.**
- **ESTÁ ELEGIBLE PARA EL MEDICARE.**
- **SE JUBILA.**
- **CAMBIA SU ESTADO DE INSCRIPCIÓN EN UN PLAN DE DROGA DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICARE.**

Puede comunicarse con la Oficina del Fondo de Bienestar en:

**Indiana Laborers Welfare Fund
P.O. Box 1587
Terre Haute, IN 47808
(812) 238-2551 ó (800) 962-3158
www.indianalaborers.org**

Fondo de Bienestar de los Trabajadores de Indiana

Documento del Plan / Resumen de la Descripción del Plan

Para información adicional o formularios, visite nuestro sitio web o llame o escriba a:

Indiana Laborers Welfare Fund

P.O. Box 1587
Terre Haute, IN 47808
Teléfono: (812) 238-2551
www.indianalaborers.org

Fideicomisarios del Empleador

Edward Hazledine
Douglas Banning, Jr.
Tom Fleenor
Francis Gantner
William Hasse III
Mike McCann
Mark Stern

Fideicomisarios del Empleado

Frank DeGraw
Jack Baker
James Daniels
David Frye
Richard Greene
Brian Krieg
Leland Mallory

Gerente Administrativo

Janetta England

Consultor de Beneficios / Actuario

United Actuarial Services, Inc.

Consejero Legal

Wright, Shagley & Lowery, P.C.

Auditor

Sackrider & Co., Inc.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
PASOS QUE PUEDE TOMAR PARA MANTENER BAJOS LOS COSTOS DE LA ASISTENCIA MÉDICA.....	2
AVISO IMPORTANTE.....	4
PROGRAMA DE REVISIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA	5
ORGANIZACIÓN DE PROVEEDOR PREFERIDA.....	5
UN VISTAZO A LOS EVENTOS DE LA VIDA	6
PRESENTACIÓN DE UNA TARJETA DE REGISTRO	7
UNAS PALABRAS SOBRE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL	8
ARTÍCULO I – DESCRIPCIÓN DE LAS CLASES ELEGIBLES	9
SECCIÓN 1.01 – ACTIVA	9
SECCIÓN 1.02 – JUBILADOS NO ELEGIBLES PARA MEDICARE	9
SECCIÓN 1.03 – JUBILADOS ELEGIBLES PARA MEDICARE	9
SECCIÓN 1.04 – CÓNYUGES SOBREVIVIENTES.....	10
ARTÍCULO II – LISTA DE BENEFICIOS	11
ARTÍCULO III – REGLAS DE ELEGIBILIDAD.....	21
SECCIÓN 3.01 – ELEGIBILIDAD INICIAL.....	21
SECCIÓN 3.02 – ELEGIBILIDAD CONTINUA	23
SECCIÓN 3.03 – CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA CLASE A POR AUTOPAGO	25
SECCIÓN 3.04 – TERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD	27
SECCIÓN 3.05 – CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA BAJO COBRA	28
SECCIÓN 3.06 – EXTENSIÓN DE BENEFICIOS EN CASOS DE FALLECIMIENTO (CLASE A ÚNICAMENTE)	35
SECCIÓN 3.07 – CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA PARA NIÑOS DISCAPACITADOS	35
SECCIÓN 3.08 – LEY DE LICENCIA MÉDICA FAMILIAR	36
SECCIÓN 3.09 – LEY DE DERECHOS DE NUEVO EMPLEO Y EMPLEO DE SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)	36
SECCIÓN 3.10 – ORDEN CAPACITADA PARA APOYO MÉDICO DE UN NIÑO	38
ARTÍCULO IV – DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS – CLASE A	39
SECCIÓN 4.01 – BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA (EMPLEADO ELEGIBLE ÚNICAMENTE)	41
SECCIÓN 4.02 – MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIO POR DESMEMBRACIÓN (EMPLEADO CLASE A O AS ÚNICAMENTE)	42
SECCIÓN 4.03 – BENEFICIO DE PÉRDIDA DE TIEMPO (EMPLEADO CLASE A ÚNICAMENTE)	43
SECCIÓN 4.04 – BENEFICIO MÉDICO GENERAL	43
SECCIÓN 4.05 – BENEFICIO DE QUIROPRACTICO.....	48
SECCIÓN 4.06 – BENEFICIO DE CUIDADO ODONTOLÓGICO	48
SECCIÓN 4.07 – EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE LA DIABETES	50
SECCIÓN 4.08 – BENEFICIO DE CUIDADO VISUAL	50
SECCIÓN 4.09 – BENEFICIO DE AUDICIÓN.....	50
SECCIÓN 4.10 – BENEFICIO DE CUIDADO DE HOSPICIO.....	51
SECCIÓN 4.11 – BENEFICIO POR TRASTORNO MENTAL Y NERVIOSO	51

SECCIÓN 4.12 – BENEFICIO DE TARJETA DE MEDICAMENTO DE PRESCRIPCIÓN	52
SECCIÓN 4.13 – BENEFICIO DE CUIDADO PREVENTIVO RUTINARIO	53
SECCIÓN 4.14 – BENEFICIO DE ABUSO DE SUSTANCIAS.....	54
SECCIÓN 4.15 – BENEFICIO DE DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (TMJ)	55
SECCIÓN 4.16 – BENEFICIO DE TRASPLANTE	55
ARTÍCULO V – EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS	59
ARTÍCULO VI – PROGRAMA PARA LOS ANCIANOS.....	63
SECCIÓN 6.01 – ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA PARA LOS ANCIANOS	63
SECCIÓN 6.02 – TERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD EN EL PROGRAMA PARA LOS ANCIANOS.....	63
SECCIÓN 6.03 – REGISTRO DE PARTICIPANTES DISCAPACITADOS OCUPACIONALMENTE, PARTICIPANTES TOTALMENTE DISCAPACITADOS O JUBILADOS.....	64
SECCIÓN 6.04 – REGISTRO DE DEPENDIENTES	64
SECCIÓN 6.05 – ESTRUCTURA DE COBERTURA DE TRES ETAPAS	65
SECCIÓN 6.06 – TRANSFERENCIAS DE COBERTURA CLASE A A BENEFICIOS MÉDICOS PARA LOS ANCIANOS	66
SECCIÓN 6.07 – AUTOPAGOS PARA MANTENER LA COBERTURA PARA BENEFICIOS MÉDICOS PARA LOS ANCIANOS	66
SECCIÓN 6.08 – COSTO DEL AUTOPAGO	66
SECCIÓN 6.09 – COBERTURA SUMINISTRADA POR LA PORCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS PARA LOS ANCIANOS	67
ARTÍCULO VII – PROGRAMA DE CÓNYUGE SOBREVIVIENTE	68
SECCIÓN 7.01 – ELECCIÓN DE SOBREVIVIENTE.....	68
SECCIÓN 7.02 – BENEFICIOS CLASE S.....	69
SECCIÓN 7.03 – AUTOPAGOS PARA MANTENER LA COBERTURA PARA BENEFICIOS DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE	69
SECCIÓN 7.04 – COSTO DEL AUTOPAGO	69
ARTÍCULO VIII – DISPOSICIONES VARIAS.....	70
SECCIÓN 8.01 – AVISO DE DIRECCIÓN	70
SECCIÓN 8.02 – DELEGACIÓN DE LA AUTORIDAD	71
SECCIÓN 8.03 – SOLICITUD PARA BENEFICIOS Y CUOTAS	71
SECCIÓN 8.04 – PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES	71
SECCIÓN 8.05 – PROCEDIMIENTOS PARA RECLAMACIONES	71
SECCIÓN 8.06 – PROCEDIMIENTOS PARA APELACIONES	77
SECCIÓN 8.07 – SITIO	83
SECCIÓN 8.08 – INDEMNIZACIÓN POR RESPONSABILIDAD	83
SECCIÓN 8.09 – CERTIFICADO DE COBERTURA ACREDITABLE	83
SECCIÓN 8.10 – INTERÉS NO TRANSFERIBLE.....	83
SECCIÓN 8.11 – DERECHOS DE EMPLEO.....	83
SECCIÓN 8.12 – COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	84
SECCIÓN 8.13 – COORDINACIÓN CON MEDICARE	87
SECCIÓN 8.14 – SUBROGACIÓN	87
SECCIÓN 8.15 – OTROS DERECHOS DE RECUPERACIÓN.....	91
SECCIÓN 8.16 – PROGRAMA DE REVISIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA	91
SECCIÓN 8.17 – ORGANIZACIÓN PROVEEDORA PREFERIDA	94
SECCIÓN 8.18 – BENEFICIOS ASEGURADOS	95

SECCIÓN 8.19 – ENMIENDA Y TERMINACIÓN	95
SECCIÓN 8.20 – TERMINACIÓN DEL PLAN POR UN EMPLEADOR.....	95
SECCIÓN 8.21 – ILEGALIDAD DE UNA DISPOSICIÓN EN PARTICULAR.....	95
SECCIÓN 8.22 – LEYES APLICABLES.....	95
SECCIÓN 8.23 – REGLA DE PRIVACIDAD DE HIPAA.....	95
SECCIÓN 8.24 – REGLA DE SEGURIDAD DE HIPAA	99
ARTÍCULO IX – INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN	100
SECCIÓN 9.01 – NOMBRE DEL PLAN	100
SECCIÓN 9.02 – JUNTA DE FIDEICOMISARIOS.....	100
SECCIÓN 9.03 – ADMINISTRADOR DEL PLAN	101
SECCIÓN 9.04 – PATROCINADORES DEL PLAN	101
SECCIÓN 9.05 – NÚMEROS DE IDENTIFICACIÓN.....	101
SECCIÓN 9.06 – AGENTE PARA SERVICIO DE PROCESO LEGAL	102
SECCIÓN 9.07 – CONTRATO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA.....	102
SECCIÓN 9.08 – FUENTE DE CONTRIBUCIONES	102
SECCIÓN 9.09 – MEDIO DE FINANCIACIÓN PARA LA ACUMULACIÓN DE ACTIVOS DEL PLAN.....	102
SECCIÓN 9.10 – PLAN Y AÑO FISCAL	102
SECCIÓN 9.11 – TIPO DE PLAN.....	102
SECCIÓN 9.12 – REGLAS DE ELEGIBILIDAD	102
SECCIÓN 9.13 – CONTRATOS DE RECIPROCIDAD	102
SECCIÓN 9.14 – SI SE TERMINA O SE MODIFICA EL PLAN	103
SECCIÓN 9.15 – PROVEEDORES DE SERVICIOS DEL FONDO	103
ARTÍCULO X – DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS ERISA.....	104
ARTÍCULO XI – DEFINICIONES.....	107
SECCIÓN 11.01 – LEY	108
SECCIÓN 11.02 – CONTRATO	108
SECCIÓN 11.03 – ASOCIACIONES	108
SECCIÓN 11.04 – BENEFICIARIO	108
SECCIÓN 11.05 – BENEFICIOS.....	108
SECCIÓN 11.06 – JUNTA DE FIDEICOMISARIOS	108
SECCIÓN 11.07 – CERTIFICACIÓN DE COBERTURA ACREDITABLE	108
SECCIÓN 11.08 – COSMÉTICO.....	108
SECCIÓN 11.09 – PERIODO DE COBERTURA O PERIODO DE CALIFICACIÓN	108
SECCIÓN 11.10 – GASTOS CUBIERTOS	109
SECCIÓN 11.11 – COBERTURA ACREDITABLE.....	109
SECCIÓN 11.12 – CUIDADO DE CUSTODIA	109
SECCIÓN 11.13 – DEPENDIENTE	110
SECCIÓN 11.14 – CUIDADO DEL DESARROLLO	111
SECCIÓN 11.15 –DISCAPACIDAD O DISCAPACITADO.....	111
SECCIÓN 11.16 – EQUIPO MÉDICO DURADERO	112
SECCIÓN 11.17 – PERSONA ELEGIBLE	112
SECCIÓN 11.18 – EMERGENCIA	112
SECCIÓN 11.19 – EMPLEADO	112
SECCIÓN 11.20 – EMPLEADOR	112
SECCIÓN 11.21 – EXPERIMENTAL	113
SECCIÓN 11.22 – HOSPITAL.....	114

SECCIÓN 11.23 – SEGURO DE VIDA	114
SECCIÓN 11.24 – MATERNIDAD	115
SECCIÓN 11.25 – MÉDICAMENTE NECESARIO	115
SECCIÓN 11.26 – MEDICARE	115
SECCIÓN 11.27 – CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO.....	115
SECCIÓN 11.28 – DISCAPACIDAD OCUPACIONAL U OCUPACIONALMENTE DISCAPACITADO	115
SECCIÓN 11.29 – PARTICIPANTE	116
SECCIÓN 11.30 – MÉDICO	116
SECCIÓN 11.31 – PLAN	116
SECCIÓN 11.32 – AÑO DEL PLAN.....	116
SECCIÓN 11.33 – JUBILADO	116
SECCIÓN 11.34 – AUTOPAGO.....	116
SECCIÓN 11.35 – ENFERMEDAD	117
SECCIÓN 11.36 – MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN DE ESPECIALIDAD.....	117
SECCIÓN 11.37 – CÓNYUGE.....	117
SECCIÓN 11.38 – CENTRO DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS.....	117
SECCIÓN 11.39 – DISCAPACIDAD TOTAL O TOTALMENTE DISCAPACITADO.....	117
SECCIÓN 11.40 – PARTICIPANTE TOTALMENTE DISCAPACITADO.....	118
SECCIÓN 11.41 – CONTRATO DE FIDEICOMISO O FIDEICOMISO	118
SECCIÓN 11.42 – FONDO FIDUCIARIO O FONDO	118
SECCIÓN 11.43 – FIDEICOMISARIO.....	118
SECCIÓN 11.44 – SINDICATO.....	118
SECCIÓN 11.45 – GASTOS HABITUALES, ACOSTUMBRADOS Y RAZONABLES O UCR	118
SECCIÓN 11.46 – PERÍODO DE ESPERA.....	119
SECCIÓN 11.47 – CANTIDAD EN EXCESO DE FONDOS DE BENEFICENCIA.....	119
PÁGINA DE FIRMAS	121

INTRODUCCIÓN

El Fondo de Bienestar de los Trabajadores de Indiana (Plan) es un valioso beneficio suministrado por el Sindicato Local y los Empleadores. En general, los Empleados pueden participar en el Plan cuando trabajan continuamente en un empleo que es cubierto conforme a un acuerdo de negociación colectiva entre su Empleador y el Sindicato Internacional de Trabajadores de Norteamérica, Consejo Distrital del Estado de Indiana.

El Plan está diseñado para proteger a los Participantes contra adversidades financieras en caso de enfermedad o lesión graves. Los beneficios de asistencia médica, incluida la cobertura médica general, son proporcionados tanto a los Dependientes como a los Participantes elegibles.

El Plan es autofinanciado. Cuando los Empleados trabajan en un empleo cubierto, el Empleador hace contribuciones al Plan a nombre del Empleado, según lo requerido por los acuerdos de negociación colectiva. Estas contribuciones se usan para pagar Beneficios y administrar el Plan a nombre del Participante.

Una Junta de Fideicomisarios, que consta de un número igual de representantes del trabajo y de la administración, es responsable de la administración financiera y la operación general del Plan. Para llevar a cabo estas tareas, la Junta de Fideicomisarios contrata los servicios y el consejo de varios profesionales, incluidos contadores públicos certificados, abogados, actuarios y asesores. Los Fideicomisarios emplean un personal de tiempo completo para administrar el Plan y mantener una oficina moderna, bien equipada para la operación diaria del Plan.

Los Fideicomisarios se esfuerzan por mantener y mejorar los Beneficios disponibles a Participantes y sus Dependientes elegibles. Sin embargo, los Fideicomisarios se reservan el derecho a enmendar el Plan de cualquier modo y en cualquier momento en que consideren que es necesario o deseable. Se dará el aviso apropiado de cualquier cambio en el Programa de Beneficios. Los Fideicomisarios además se reservan el derecho a interpretar y aplicar todas las disposiciones del Plan, incluidos aquellos que están relacionados con la elegibilidad para Beneficios y el pago apropiado de Beneficios.

PASOS QUE PUEDE TOMAR PARA MANTENER BAJOS LOS COSTOS DE LA ASISTENCIA MÉDICA

Cuando los gastos de asistencia médica se elevan, usted puede mantener un nivel alto de asistencia médica y ahorrar dinero al ser cuidadoso en la forma de usar sus Beneficios. Las siguientes son algunas maneras en las que puede usar su Plan con eficacia–

- Cuando necesite una prescripción, pregúntele a su Médico o farmacéutico sobre medicamentos sin marca (genéricos). Éstos a menudo pueden reemplazar los medicamentos de marca registrada, a veces a menos de la mitad del costo.
- No reemplace el consultorio de su Médico por un de cuarto de emergencia del Hospital. Un cuarto de emergencia es un lugar caro para tratar dolencias menores. Llame primero a su Médico. Usted paga un deducible separado por visitas a un cuarto de emergencia para condiciones diferentes a lesiones accidentales, admisiones de hospitalización o enfermedades graves que amenazan la vida, según lo verificado por los Médicos.
- Cuando su Médico recomienda una estadía en el Hospital, cirugía de consulta externa u otro tratamiento indicado en la Sección 8.16, es un requisito llamar al programa de revisión de asistencia médica (ver la Sección 8.16 para la información del programa y la Sección 9.15 para la información de contacto). El personal allí puede ayudarle a identificar opciones de asistencia médica y obtener el cuidado más rentable. También pueden contestar cualquier pregunta o preocupaciones que usted tenga en cuanto al procedimiento y el cuidado posterior.
- Evite ser admitido a un Hospital un viernes o un sábado si su afección probablemente no será tratada hasta el lunes y si parece no haber ninguna razón práctica para que sea hospitalizado durante el fin de semana. El Plan puede que no cubra admisiones de fin de semana si su afección no es tratada dentro de 24 horas. Debe llamar al programa de revisión de asistencia médica por cualquier admisión de Hospital, cirugía de consulta externa u otro tratamiento indicado en la Sección 8.16, (ver la Sección 8.16 para la información del programa y la Sección 9.15 para la información de contacto).
- Muchos hospitales realizan una batería de pruebas simplemente por precaución. Algunas de ellas pueden no ser necesarias. Compruebe con su Médico para ver si son necesarias.
- Revise con cuidado su Explicación de Beneficios (EOB, por su sigla en inglés) para estar seguro que usted realmente recibió los servicios y suministros indicados. Es bastante común encontrar errores en las cuentas médicas. Asegúrese de que la fecha del servicio coincide con el día en que incurrió en el gasto y que se proporcionó cada servicio señalado en la reclamación. Si encuentra un error, póngase en contacto con la Oficina de Fondo de Bienestar para obtener ayuda.
- Conviértase en un consumidor inteligente. Haga preguntas. A largo plazo da resultado hacer preguntas sobre los tratamientos que usted no entiende.

- Si necesita asistencia médica durante un período de tiempo extendido, consulte con su Médico sobre la asistencia médica en casa u otras alternativas a la hospitalización. Debe llamar al programa de revisión de asistencia médica por cualquier necesidad médica a largo plazo (véase la Sección 8.16 para la información del programa y la Sección 9.15 para la información de contacto).
- Si usted necesita que una IRM, una exploración TAC o cualquier otro tipo de adquisición de imágenes, consulte para ver si hay una clínica de radiología en su área en lugar de utilizar una instalación de Hospital para este servicio.

AVISO IMPORTANTE

Este Documento de Plan de Combinación y Descripción de Plan de Resumen (Folleto) tienen como objetivo describir los beneficios de vida, odontológicos, cuidado visual, audición, prescripción y de asistencia médica adoptados por los Fideicomisarios. Sólo la junta de Fideicomisarios completa tiene la autoridad para interpretar los Beneficios descritos en este Folleto. Su interpretación será final y obligatoria para todas las personas vinculadas con el Plan o que reclaman un Beneficio del Plan. El Plan contiene procedimientos de apelación que se pueden usar si considera que los Beneficios le han sido negados injustamente. La decisión de los Fideicomisarios puede ser impugnada ante tribunal sólo después de que esos procedimientos son agotados. Ningún Empleador o Sindicato ni ningún representante de cualquier Empleador o Sindicato, en tal capacidad, están autorizados para interpretar este Plan, y tampoco cualquiera de esas personas puede actuar como agente de los Fideicomisarios. Cualquier interpretación formal en cuanto a este Plan debe ser comunicada por escrito firmada a nombre de la Junta de Fideicomisarios ya sea por los Fideicomisarios o, de estar autorizado por los Fideicomisarios por escrito, por el Gerente Administrativo.

Autoridad del Fideicomisario

La Junta de Fideicomisarios, como Administradora del Plan, tiene la autoridad plena para aumentar, reducir o eliminar Beneficios y cambiar las Reglas de Elegibilidad u otras disposiciones del Plan en cualquier momento. Sin embargo, los Fideicomisarios proponen que los términos del Plan, incluidos aquellos relacionados con la cobertura y Beneficios, sean legalmente ejecutables y que el Plan se mantenga para beneficio exclusivo de los Participantes y sus Dependientes elegibles. Los beneficios bajo este Plan serán pagados sólo si el Administrador del Plan decide, a su discreción, que el candidato tiene derecho a ellos.

Los avisos de cambios del Plan serán enviados a la última dirección conocida de cada Participante. Es muy importante que notifique a la Oficina del Fondo de Bienestar, por escrito, de cualquier cambio en la dirección del plan.

Aviso de Cambios del Plan

Los avisos de cualquier cambio serán enviados a la última dirección conocida de cada Participante dentro del tiempo requerido por las regulaciones aplicables. Por lo tanto, es muy importante mantener informada a la Oficina del Fondo de Bienestar en cuanto a cualquier cambio de dirección. Sin embargo, los cambios del plan pueden entrar en vigor antes de que se reciba la notificación. Por lo tanto, antes de recibir un cuidado no crítico, póngase en contacto con la Oficina del Fondo de Bienestar para confirmar los beneficios de salud actuales, si no está seguro acerca de cuáles son.

Términos Definidos

Ciertas palabras tienen un significado específico y están escritas en mayúscula cuando se usan en el Plan. Estas palabras son señaladas en el Artículo XI – Definiciones. Es importante entender el significado de los términos definidos al usar este Folleto.

La firma de revisión de asistencia médica elegida del Plan es Med-Care Management, Inc. Puede ponerse en contacto con Med-Care Management, Inc. en el (800) 367-1934.

PROGRAMA DE REVISIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA

El Plan ha firmado un acuerdo con una firma de revisión de asistencia médica profesional para precertificar todas las hospitalizaciones, cirugías y otros procedimientos y equipos que su Médico puede recomendar. Puede ponerse en contacto con la Oficina del Fondo de Bienestar para una lista completa de los procedimientos, tratamientos y equipos que requieren precertificación por la firma de revisión de asistencia médica. La firma de revisión de asistencia médica preaprueba el Hospital y otros planes de tratamiento, lo cual ayuda a la Persona Elegible y al Plan a evitar gastos médicos innecesarios. Las admisiones de Hospital en una base no crítica para tratamiento o cirugía deben ser

precertificadas tan pronto como se toma la decisión, pero no menos de cinco días antes de la admisión prevista. Las admisiones de Hospital para el tratamiento de Emergencia no deben ser certificadas más tarde que el siguiente día hábil después de la admisión de Emergencia. La firma de revisión de asistencia médica puede ser contactada por la Persona Elegible, Médico o Hospital. Sin embargo, **es en últimas la responsabilidad del Participante asegurarse que ellos han sido contactados.** Consulte la Sección 8.16 para la información del programa y la Sección 9.15 para la información de contacto.

La Organización de Proveedor Preferida del Plan es el Anthem Blue Access. Para la información actualizada del proveedor, visite el sitio Web de Anthem en www.bcbs.com, haga clic en "Encontrar un Doctor", elija su estado y "plan Blue Access (PPO) "

ORGANIZACIÓN DE PROVEEDOR PREFERIDA

El Plan ha negociado contratos especiales con una organización de Médicos y Hospitales de área ("Proveedores Preferidos") conocida, como una Organización de Proveedor Preferida (PPO por su sigla en inglés). En la mayoría de los casos, estos Proveedores Preferidos suministrarán servicios por honorarios que están por debajo de los precios predominantes.

Si la Persona Elegible usa un Proveedor Preferido para las necesidades de asistencia médica de la Persona Elegible, el Plan pagará el 75 % de todos los Gastos Cubiertos, después de que se satisface la Cantidad Deducible anual en Red.

No obstante cualquier otra disposición del Plan, si por alguna razón los honorarios PPO contratados de un servicio cubierto

son mayores que el precio actual del proveedor, entonces el Plan pagará beneficios de modo que la cantidad de copago del Participante sea no más que el 25 % del costo actual del proveedor.

No se requiere que la Persona Elegible use un Proveedor Preferido. La Persona Elegible tiene la libertad completa de elegir cualquier Médico u Hospital. Si un individuo no usa un Proveedor Preferido, el Plan pagará el 50 % de todos los Gastos Cubiertos, después de que la Cantidad Deducible anual en Red sea satisfecha.

Para la información de proveedor más actualizada de Anthem, llame a Anthem al (800) 810-2583, el cual está disponible 7 días por semana, 24 horas por día, visite el sitio Web de Anthem Blue Cross Blue Shield en www.bcbs.com o llame a la Oficina del Fondo de Bienestar al (812) 238-2551 ó (800) 962-3158.

UN VISTAZO A LOS EVENTOS DE LA VIDA

Hay varios eventos significativos que pueden ocurrir mientras usted está cubierto por el Plan. Póngase en contacto con la Oficina del Fondo de Bienestar , por escrito, si cualquiera de lo siguiente ocurre:

- **CAMBIOS EN SU DIRECCIÓN O NÚMERO TELEFÓNICO.**
- **SE CASA, SE DIVORCIA U OBTIENE UNA SEPARACIÓN LEGAL DE SU CÓNYUGE.** También debe presentar los documentos legales apropiados (por ejemplo: certificado de matrimonio, orden de separación legal, decreto de divorcio, acuerdo de custodia).
- **CAMBIA SU BENEFICIARIO.**
- **CAMBIA EL ESTADO DE UN DEPENDIENTE.**
- **USTED ES PADRE.** También debe presentar la partida de nacimiento del hijo certificada por el estado, el decreto de adopción o una Orden Médica de Apoyo de Hijo Calificada.
- **ENTRA AL SERVICIO MILITAR O REGRESA DE ÉSTE.**
- **ES HERIDO EN EL TRABAJO.**
- **ES HERIDO EN UN ACCIDENTE.**
- **ESTÁ ELEGIBLE PARA EL MEDICARE.**
- **SE JUBILA.**
- **CAMBIA SU ESTADO DE INSCRIPCIÓN EN UN PLAN DE DROGA DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICARE.**

PRESENTACIÓN DE UNA TARJETA DE REGISTRO

**SI NO HA PRESENTADO UNA TARJETA DE REGISTRO, ¡HÁGALO AHORA!
USTED NO SERÁ ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS HASTA QUE
PRESENTE UNA TARJETA DE REGISTRO COMPLETAMENTE LLENADA EN
LA OFICINA DEL FONDO DE BIENESTAR.**

Al volverse elegibles por primera vez bajo los términos de la negociación colectiva o acuerdo de participación, los Participantes reciben una "**TARJETA DE REGISTRO**" de la Oficina de Fondo de Bienestar.

La tarjeta solicita cierta información básica que es necesaria para los registros de la Oficina del Fondo de Bienestar. Esta información incluye nombres legales completos de los Participantes y Dependientes elegibles, la dirección, el número de Seguridad Social, las fechas del nacimiento y el Beneficiario del Participante, en caso de muerte.

¡Toda esta información es esencial! Sin ella, la Oficina del Fondo de Bienestar tendrá dificultades para saber a qué tienen derecho usted y su familia bajo el Plan y para mantenerlo informado sobre cambios en el Plan.

Si no está seguro si tiene una Tarjeta de Registro en el archivo de la Oficina del Fondo de Bienestar, póngase en contacto con la oficina. El personal le dirá si tiene una tarjeta en el archivo y verificará que contiene la información actual. Si no tiene la información actualizada en el archivo, le será enviada una tarjeta para que la llene.

**NOTIFIQUE RÁPIDAMENTE LA OFICINA DEL FONDO DE BIENESTAR
CUALQUIER CAMBIO DE DIRECCIÓN, NÚMERO DE TELÉFONO,
BENEFICIARIO, DEPENDIENTES, ESTADO CIVIL, MEDICARE O
ELEGIBILIDAD PARA JUBILACIÓN.**

Cuando hay cambios en el Plan, se enviará la notificación a cada Participante. Esto significa que, a fin de recibir la notificación, la Oficina del Fondo de Bienestar debe tener la información de la dirección actualizada. **SI CAMBIA DE DIRECCIÓN**, asegúrese de notificar a la Oficina del Fondo de Bienestar la nueva dirección. **SI CAMBIA SU ESTADO CIVIL**, no olvide notificar a la Oficina del Fondo de Bienestar. La Oficina del Fondo de Bienestar debe recibir una copia completa, firmada y con fecha de su certificado de matrimonio, decreto de divorcio u Orden de Separación Legal. Estos documentos formarán permanente de su archivo y se guardarán en la Oficina del Fondo de Bienestar. El no enviar las copias de estos documentos retrasará el procesamiento de reclamaciones para recibir Beneficios.

Si desea **CAMBIAR SU BENEFICIARIO, NO SE OLVIDE DE ENVIAR EL CAMBIO A LA OFICINA DEL FONDO DE BIENESTAR, POR ESCRITO**. Si no notifica sus deseos a la Oficina del Fondo de Bienestar por escrito, la Oficina del Fondo de Bienestar sólo puede pagar Beneficios de Seguro de Vida a la persona que aparece en su última notificación **escrita** a la Oficina del Fondo de Bienestar antes del momento de su muerte.

Si necesita **AGREGAR O QUITAR A DEPENDIENTES**, debe notificar la Oficina del Fondo de Bienestar **por escrito**. Debe estar preparado para proporcionar la documentación en forma de una partida de nacimiento, decreto de adopción, licencia de matrimonio, decreto de divorcio, etc. Debido a que el Plan proporciona Beneficios a Dependientes elegibles, la Oficina del Fondo de Bienestar debe saber siempre quiénes son sus Dependientes.

Si el Plan hace algún pago involuntario, equivocado o excesivo de Beneficios, los Fideicomisarios o sus representantes tendrán derecho a recuperar los pagos.

UNAS PALABRAS SOBRE LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por su sigla en inglés) proporciona requisitos rigurosos para el Plan, sus Fideicomisarios y sus proveedores de servicios acerca del uso y la divulgación de la 'Información de Salud Protegida' PHI (por su sigla en inglés) personalmente identificable de los Participantes. En términos generales, la PHI incluye la información personal sobre los Participantes y/o sus Dependientes elegibles, como su nombre, dirección, número de teléfono y número de Seguridad Social, junto con la información acerca del Participante y/o sus Dependientes elegibles, como: (1) la elegibilidad para recibir Beneficios, (2) el tratamiento médico suministrado o (3) el pago de dicho tratamiento médico. De manera específica, el Plan usará y divulgará la PHI sólo para objetivos relacionados con el tratamiento de asistencia médica, el pago de operaciones de asistencia médica y asistencia médica o como se permita o se requiera según la ley.

El uso del Plan y las revelaciones de la PHI son descritos de manera detallada en el Aviso de Privacidad enviado anteriormente a todos los Participantes y también se encuentran en la Sección 8.23 de este Folleto. Póngase en contacto con la Oficina del Fondo de Bienestar para recibir otra copia del aviso.

El Plan y los Fideicomisarios están comprometidos a la observación de estas reglas de privacidad y garantizan la confidencialidad de toda la PHI. Los Fideicomisarios aprecian la cooperación y el entendimiento al trabajar con el Plan de lograr el cumplimiento de estos requisitos federales.

ARTÍCULO I – DESCRIPCIÓN DE LAS CLASES ELEGIBLES

Sección 1.01 – Activa

Clase A

Esta clase representa a Participantes activos que son elegibles por contribuciones del Empleador, horas “en el banco” o Autopagos. Esta clase tiene la Lista de Beneficios para la Clase A - Empleados Activos.

Sección 1.02 – Jubilados no Elegibles para Medicare

Clase AS

Esta clase representa a Empleados jubilados que no son elegibles para Medicare, pero les gustaría mantener la Lista de Beneficios para la Clase A - Empleados Activos con unas cuantas exclusiones. Sus **Dependientes no elegibles para Medicare** también son cubiertos conforme a la Lista de Beneficios para la Clase A - Empleados Activos con unas cuantas exclusiones. Sus **Dependientes que son elegibles para Medicare** son cubiertos bajo la estructura de Beneficios Clase CP que es un Suplemento a las Partes A y B de Medicare con cobertura de prescripción.

Clase B

Esta clase representa a Empleados jubilados que no son elegibles para el Medicare que han elegido una cobertura de "nivel bajo". Las prescripciones no son cubiertas bajo esta clase. Sus **Dependientes no elegibles para Medicare** también tienen la estructura de beneficios inferior y ninguna cobertura de prescripción. Sus **Dependientes que son elegibles para Medicare** son cubiertos bajo la estructura de Beneficios Clase C que es un suplemento a las Partes A y B de Medicare sin la cobertura de prescripción.

Sección 1.03 – Jubilados Elegibles para Medicare

Clase C

Esta clase representa a los Empleados elegibles de Medicare jubilados que quieren complementar las Partes A y B de Medicare, pero no desean la cobertura de prescripción. Sus **Dependientes que no son elegibles para Medicare** son cubiertos bajo la estructura de Beneficios Clase B de nivel bajo. Sus **Dependientes que son elegibles para el Medicare** son cubiertos bajo este Suplemento Clase C a las Partes A y B de Medicare sin cobertura de prescripción.

Clase CP

Esta clase representa a los Empleados elegibles de Medicare jubilados que desean cobertura de prescripción además del Suplemento al Medicare para las Partes A y B. Sus **Dependientes que no son elegibles para Medicare** son cubiertos conforme a la Lista de Beneficios para la Clase A - Empleados Activos con unas cuantas exclusiones. Sus **Dependientes que son elegibles para Medicare** son cubiertos bajo este Suplemento Clase CP a las Partes A y B de Medicare con cobertura de prescripción.

Clase D

Esta clase representa a los Empleados elegibles de Medicare jubilados que desean el Suplemento Clase C a las Partes A y B de Medicare (sin cobertura de prescripción) para ellos. Sus **Dependientes que no son elegibles para el Medicare** son cubiertos conforme a la Lista de Beneficios para la Clase A - Empleados Activos, incluida la cobertura de prescripción, con unas cuantas exclusiones. Sus **Dependientes que son elegibles para Medicare** son cubiertos bajo el Suplemento Clase C a las Partes A y B de Medicare sin cobertura de prescripción.

Sección 1.04 – Cónyuges Sobrevivientes

Clase S

Esta clase representa a los Cónyuges sobrevivientes que no son elegibles para Medicare. La cobertura proporcionada bajo esta clase es la misma que la Lista de Beneficios para la Clase A - Empleados Activos con unas cuantas exclusiones. Los Beneficios de Seguro de Vida no se proporcionan bajo esta clase. Sus **Dependientes no elegibles para Medicare** son cubiertos conforme a la Lista de Beneficios para la Clase A - Empleados Activos con unas cuantas exclusiones. Sus **Dependientes elegibles para Medicare** son cubiertos bajo el Suplemento Clase CP a las Partes A y B de Medicare con cobertura de prescripción.

ARTÍCULO II – LISTA DE BENEFICIOS

Una vez que un Participante es elegible bajo el Plan, tiene derecho a una variedad de Beneficios. La siguiente tabla destaca el Plan de Beneficios. Otros máximos y limitaciones del Plan pueden aplicarse a Beneficios específicos. Consulte las Secciones apropiadas de este Folleto o póngase en contacto con la Oficina del Fondo de Bienestar para obtener más información.

Clase A – Empleados Activos

Empleado Elegible Únicamente

Muerte por accidente y Beneficio por Desmembración
(No Ocupacional únicamente)

Pérdida de:

Vida.....	\$ 10,000
Ambas manos, ambos pies, ambos ojos o combinación de dos cualesquiera	\$ 10,000
Una mano, un pie o un ojo	\$ 5,000

Seguro de Vida \$ 10,000

Pérdida de Tiempo (sujeto a Impuestos de Seguridad Social): Cualquier participante que recibe la Pérdida del Tiempo recibirá un formulario W-2 al final de año.

Beneficio Máximo	13 semanas por lesión o enfermedad
Lesión No Ocupacional	
Cantidad de Beneficio Semanal (pagadero cada dos semanas)	\$ 228
Período de espera.....	Los beneficios comienzan el 1er día de discapacidad absoluta
Enfermedad No Ocupacional	
Cantidad de Beneficio Semanal (pagadero cada dos semanas)	\$ 228
Período de espera.....	Los beneficios comienzan el 8vo día de discapacidad absoluta
Lesión Ocupacional	
Cantidad de Beneficio Semanal (pagadero cada dos semanas)	\$ 54
Período de espera	Los beneficios comienzan el 8vo día de discapacidad absoluta
Enfermedad Ocupacional	
Cantidad de Beneficio Semanal (pagadero cada dos semanas)	\$ 54
Período de espera	Los beneficios comienzan el 8vo día de discapacidad absoluta

Empleado Elegible y Dependientes Elegibles

Beneficio Médico General (Año del Plan - 1ro de diciembre hasta el 30 de noviembre)	
Beneficio Máximo Perpetuo	\$ 1 millón
Cantidad Deducible	
En red	
Cantidad Deducible Individual (cada Año del Plan)	\$ 300
Cantidad Deducible Máxima de Familia (cada Año del Plan)	\$ 600
Fuera de la red	
Cantidad Deducible Individual (cada Año del Plan)	\$ 600
Límite de Bolsillo	
Individual (En Red únicamente, cada Año del Plan) Sin incluir deducible	\$ 3,000
Familiar (En Red únicamente, cada Año del Plan) Sin incluir deducible.....	\$ 6,000
Copago (Pagos del fondo)	
En red (después del deducible)	75%
Fuera de la red (después del deducible)	50%
Beneficio Quiropráctico	
Copago (Pagos del fondo)	
Servicios no quirúrgicos en red o fuera de la red (después del deducible).....	75%
Beneficio Máximo cada Año del Plan	\$1,000
Servicios después de la cirugía, si son	Bajo Beneficio
Médicamente necesarios	Médico General
Beneficio Odontológico	
Cantidad Deducible Odontológica Individual (cada Año Calendario)	\$ 25
Cantidad Deducible Odontológica Máxima de Familia (cada Año Calendario)	\$ 75
Beneficio Máximo por individuo cada Año Calendario	\$500
Copago (Pagos del fondo)	
Servicios Preventivos	90% de la Cantidad
(no sujeto a Cantidad Deducible Odontológica)	Permitida
Servicios Restaurativos (después del Deducible).....	70% de la Cantidad
	Permitida
Beneficio de Educación y Capacitación en el Manejo de la Diabetes	
Copago (Pagos del fondo)	
En red (después del deducible)	75%
Fuera de la red (después del deducible)	50%
Beneficio Máximo Perpetuo por individuo	\$ 200
Beneficio de Cuidado Visual	
Copago (Pagos del fondo)	
Contactos Optativos – en lugar de marcos y lentes (una vez cada 24 meses)	
En Red	100% hasta \$105
Fuera de la Red	Reembolso hasta \$105
Médicamente necesario	
En Red	100% hasta \$210
Fuera de la Red	Reembolso hasta \$210
Examen Rutinario de los Ojos (una vez cada 12 meses)	
En Red	100%
Fuera de la Red	Reembolso hasta \$35

Marcos (una vez cada 24 meses)		
En Red (proveedores privados).....	100% hasta \$50 al precio mayorista	
En Red (proveedores minoristas).....	100% hasta \$130 al precio al detal	
Fuera de la Red	Reembolso hasta \$80 al precio al detal	
Lentes (una vez cada 24 meses)		
En Red (visión sola, lentes bifocales con línea divisoria o trifocales con línea divisoria)	100%	
Fuera de la Red – Visión Simple	Reembolso hasta \$55	
Fuera de la Red – Visión Bifocal	Reembolso hasta \$80	
Fuera de la Red – Visión Trifocal	Reembolso hasta \$105	

Beneficio de Audición

Copago (Pagos del fondo)

Examen (una vez cada Año del Plan por individuo).....	100% UCR
Beneficio de Examen Máximo	\$60
Ayuda para la Audición (una vez cada 36 meses seguidos por oído por individuo)	85% UCR
Beneficio Máximo de Ayuda para la Audición (por oído)	\$1,000

Beneficio de Cuidado de Hospicio

Copago (Pagos del fondo)

En Red (después del deducible)	75%
Fuera de la Red (después del deducible)	50%
Máximo Perpetuo por individuo	\$10,000

Beneficio de Trastorno Mental y Nervioso

Copago (Pagos del fondo)

Tratamiento de Hospitalización		
En Red (después del deducible)	75%	
Fuera de la Red (después del deducible)	50%	
Tratamiento de Hospitalización limitado a 30 días cada Año del Plan		
Tratamiento de Consulta externa		
En Red (después del deducible)	50%	
Fuera de la Red (después del deducible)	50%	
Tratamiento de Consulta externa limitado a 30 visitas cada Año del Plan		

Beneficio de Tarjeta de Medicamento de Prescripción – Beneficios En Red Únicamente

Copagos (El participante paga)

<u>Farmacias que Participan en Pedidos por correo (suministro de 90 días)</u>		
(véase la Sección 4.12 B para las farmacias al paso que permiten un suministro de 90 días)		
15% del costo del medicamento con \$25 mínimo y \$50 máximo	Genérico	
25% del costo del medicamento con \$50 mínimo y \$100 máximo	Formulario de Marca	
35% del costo del medicamento con \$100 mínimo y \$200 máximo	Formulario No de Marca	
<u>Farmacias Minoristas Participantes (suministro de hasta 30 días)</u>		
20% del costo del medicamento con \$10 mínimo y \$20 máximo.....	Genérico	
30% del costo del medicamento con \$20 mínimo y \$40 máximo.....	Formulario de Marca	
40% del costo del medicamento con \$40 mínimo y \$80 máximo.....	Formulario No de Marca	
<u>Medicamentos Especiales Pedidos por Correo (suministro de hasta 30 días)</u>		
(véase la Sección 4.12 B para las farmacias minoristas aprobadas)		
15% del costo del medicamento con \$8 mínimo y \$16 máximo.....	Genérico	
25% del costo del medicamento con \$16 mínimo y \$33 máximo.....	Formulario de Marca	
35% del costo del medicamento con \$40 mínimo y \$80 máximo.....	Formulario No de Marca	

Beneficio de Cuidado Preventivo Rutinario	
Examen Físico Rutinario (de 2 años de edad en adelante) – Beneficios En Red Únicamente	
Examen Máximo cada Año del Plan	1 examen
Beneficio Máximo cada Año del Plan	100% hasta \$300; saldo bajo Beneficio Médico General
Chequeo de Cáncer Cervical Rutinario (Prueba de Papanicolau) – Beneficios En Red Únicamente	
Chequeos Máximos cada Año del Plan	1 chequeo
Beneficio Máximo	100%; de otra manera bajo Beneficio Médico General
Chequeo de Cáncer de Próstata Rutinario (Prueba PSA) – Beneficios En Red Únicamente	
Chequeos Máximos cada Año del Plan	1 chequeo
Beneficio Máximo	100%; de otra manera bajo Beneficio Médico General
Chequeo de Cáncer de Seno Rutinario (Mamografía) – Beneficios En Red Únicamente	
Edad 40-49: 1 cada 2 Años del Plan	100%; de otra manera bajo Beneficio Médico General
50 años de edad y mayores de 50 años: 1 cada Año del Plan	100%; de otra manera bajo Beneficio Médico General
Chequeo de Cáncer Colorrectal – Beneficios En Red Únicamente	
50 años de edad y mayores de 50 años: 1 sigmoidoscopia cada 5 Años del Plan.....	100%; de otra manera bajo Beneficio Médico General
50 años de edad y mayores de 50 años: 1 colonoscopia cada 10 Años del Plan.....	100%; de otra manera bajo Beneficio Médico General
Examen e Inmunizaciones Rutinarias de Bienestar Infantil – Beneficios En Red Únicamente	
Desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad para todos los exámenes e inmunizaciones, recomendado por el Centro de Control de Enfermedades	100%
Inmunizaciones Rutinarias de Niños y Adultos – Beneficios En Red Únicamente	
2 años de edad y mayores de 2 años, de ser recomendado por un Médico, excluyendo la necesidad de viaje de negocios o de vacaciones, según lo recomendado por el Centro de Control de Enfermedades	100%
Beneficio de Abuso de Sustancias	
Tratamiento <i>combinado</i> de hospitalización Máximo Perpetuo y consulta externa	\$30,000
Copago (Pagos del fondo)	
Tratamiento de hospitalización	
En Red (después del deducible).....	75%
Fuera de la Red (después del deducible).....	50%
Tratamiento de hospitalización limitado a 15 días o hasta \$10,000 cada Año del Plan (sólo dos de por vida)	
Copago (Pagos del fondo)	
Tratamiento de consulta externa	
En Red (después del deducible).....	75%
Fuera de la Red (después del deducible).....	50%
Tratamiento de consulta externa limitado a \$2,000 en beneficios cada Año del Plan	
Beneficio de Disfunción de la Articulación Temporomandibular (TMJ)	
Copago (Pagos del fondo)	
En Red (después del deducible)	75%
Fuera de la Red (después del deducible).....	50%
Tiempo de Vida Máximo por Individuo	\$1,500
Servicios que son de naturaleza odontológica (coronas, puentes, etc.)... Bajo Beneficio Odontológico	

Beneficio de Trasplante	
Máximo Perpetuo por Individuo	\$150,000
Beneficio de Receptor de Trasplante, Hospital y de Cirugía (por cronograma)	*
Segunda Opinión	*
Beneficio de Gasto de Seguimiento deTrasplante	75%
Beneficio Máximo cada Año del Plan	\$10,000
Beneficio Máximo Perpetuo	\$60,000
Beneficio de Donante de Trasplante	*
Beneficio Máximo Perpetuo por receptor.....	\$10,000

* Los beneficios están sujetos a las disposiciones de Beneficio Médico General para los deducibles en la red y fuera de la red, copagos y máximos, según sea aplicable.

Clase AS– Jubilados no elegibles para Medicare, con edades entre 55 y 64, participantes ocupacional o totalmente discapacitados y cónyuges menores de 65 años de edad, y niños dependientes (Los cónyuges y dependientes con Medicare serán cubiertos bajo los beneficios Clase CP)

Participante Elegible Únicamente

Muerte por accidente y Beneficio por Desmembración (*No Ocupacional únicamente*)

Pérdida de:

Vida.....	Lo mismo que la Clase A
Ambas manos, ambos pies, ambos ojos o combinación de dos cualesquiera	Lo mismo que la Clase A
Una mano, un pie o un ojo	Lo mismo que la Clase A

Seguro de Vida Lo mismo que la Clase A

Empleado Elegible y Dependientes Elegibles

Médico General	Lo mismo que la Clase A excluidos beneficios de maternidad, recién nacido y Pérdida de Tiempo
Beneficio Quiropráctico	Lo mismo que la Clase A
Beneficio Odontológico	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Educación y Capacitación en el Manejo de la Diabetes....	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Cuidado Visual	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Audición.....	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Cuidado de Hospicio.....	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Trastorno Mental y Nervioso.....	Lo mismo que la Clase A
Tarjeta de Medicamento de Prescripción	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Cuidado Preventivo Rutinario	Lo mismo que la Clase A
Abuso de Sustancias	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Disfunción de la Articulación Temporomandibular (TMJ) ..	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Trasplante	Lo mismo que la Clase A

Clase B – Jubilados no elegibles para Medicare, con edades entre 55 y 64, participantes ocupacional o totalmente discapacitados y cónyuges menores de 65 años de edad, y niños dependientes (Los cónyuges y dependientes con Medicare serán cubiertos bajo los beneficios Clase C)

Participante Elegible Únicamente

Seguro de Vida Lo mismo que la Clase A

Participante y Dependientes Elegibles

Costos de hospitalización hasta por 31 días de estadía

Cuarto de Hospital y Alimentación.....	\$70
Servicios y Suministros de Hospital	\$500
Costos Quirúrgicos.....	\$600
Honorarios de Anestesiólogos.....	\$100
Rayos X de Diagnóstico y Pruebas de Laboratorio (Paciente externo – por Año del Plan)	\$100
Visitas del Médico en el Hospital	\$15 primera visita, \$10 de allí en adelante

Beneficio Odontológico Lo mismo que la Clase A

Beneficio de Educación y Capacitación en el Manejo de la Diabetes..... Lo mismo que la Clase A

Beneficio de Cuidado Visual Lo mismo que la Clase A

Beneficio de Audición..... Lo mismo que la Clase A

Beneficio de Cuidado Preventivo Rutinario Lo mismo que la Clase A

Clase C – Jubilados elegibles para Medicare y cónyuges de 65 años de edad y mayores, y participantes ocupacional o totalmente discapacitados y dependientes menores de 65 años que son elegibles para Medicare (Los cónyuges y dependientes sin Medicare serán cubiertos bajo los beneficios Clase B)

Participante Elegible Únicamente

Seguro de Vida Lo mismo que la Clase A

Participante y Dependientes Elegibles para Medicare

Beneficios de Hospital..... Deducible Parte A y su coaseguramiento de costos aprobados por Medicare cubiertos por el Plan hasta por 150 días por periodo de beneficio de Medicare

Beneficios de Establecimientos de Enfermería Especializada..... Su coaseguramiento Parte A de costos aprobados por Medicare cubiertos por el Plan hasta por 100 días por periodo de beneficio de Medicare
(En efecto a partir del 1ro de abril, 2010)

Honorarios de los Médicos..... Deducible Parte B y su parte de 20% de costos aprobados por Medicare

Beneficio Odontológico Lo mismo que la Clase A

Beneficio de Educación y Capacitación en el Manejo de la Diabetes..... Lo mismo que la Clase A

Beneficio de Cuidado Visual Lo mismo que la Clase A

Beneficio de Audición..... Lo mismo que la Clase A

Beneficio de Cuidado Preventivo Rutinario Lo mismo que la Clase A

Clase CP – Jubilados elegibles para Medicare y cónyuges de 65 años de edad y mayores, y participantes ocupacional o totalmente discapacitados y dependientes menores de 65 años que son elegibles para Medicare (Los cónyuges y dependientes sin Medicare serán cubiertos bajo los beneficios Clase AS)

Participante Elegible Únicamente

Seguro de Vida	Lo mismo que la Clase A
----------------------	-------------------------

Participante y Dependientes Elegibles para Medicare

Beneficios de Establecimientos de Enfermería Especializada y Hospital	Lo mismo que la Clase C
---	-------------------------

Honorarios de los Médicos.....	Lo mismo que la Clase C
--------------------------------	-------------------------

Beneficio Odontológico	Lo mismo que la Clase A
------------------------------	-------------------------

Beneficio de Educación y Capacitación en el Manejo de la Diabetes.....	Lo mismo que la Clase A
--	-------------------------

Beneficio de Cuidado Visual	Lo mismo que la Clase A
-----------------------------------	-------------------------

Beneficio de Audición.....	Lo mismo que la Clase A
----------------------------	-------------------------

Tarjeta de Medicamento de Prescripción	Lo mismo que la Clase A
--	-------------------------

Beneficio de Cuidado Preventivo Rutinario	Lo mismo que la Clase A
---	-------------------------

Clase D – Jubilados elegibles para Medicare de 65 años de edad y mayores, o participantes ocupacional o totalmente discapacitados con dependientes menores de 65 años que son elegibles para Medicare y con dependientes que no son elegibles para Medicare (Los cónyuges y dependientes sin Medicare serán cubiertos por los beneficios Clase AS)

Participante y Dependientes (Elegibles para Medicare)

Seguro de Vida	Lo mismo que la Clase A
Beneficios de Establecimientos de Enfermería Especializada y Hospital	Lo mismo que la Clase C
Honorarios de los Médicos.....	Lo mismo que la Clase C
Beneficio Odontológico	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Educación y Capacitación en el Manejo de la Diabetes..	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Cuidado Visual	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Audición.....	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Cuidado Preventivo Rutinario	Lo mismo que la Clase A

Clase S – Cónyuges sobrevivientes no elegibles para Medicare, hasta los 64 años de edad, y niños dependientes de empleados activos, participantes ocupacional o totalmente discapacitados, o jubilados

Participante elegible y dependientes elegibles

Médico General	Lo mismo que la Clase AS
Beneficio Quiropráctico	Lo mismo que la Clase A
Beneficio Odontológico	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Educación y Capacitación en el Manejo de la Diabetes....	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Cuidado Visual	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Audición.....	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Cuidado de Hospicio.....	Lo mismo que la Clase A
Trastorno Mental y Nervioso	Lo mismo que la Clase A
Tarjeta de Medicamento de Prescripción	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Cuidado Preventivo Rutinario	Lo mismo que la Clase A
Abuso de Sustancias	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Disfunción de la Articulación Temporomandibular (TMJ) ..	Lo mismo que la Clase A
Beneficio de Trasplante	Lo mismo que la Clase A

ARTÍCULO III – REGLAS DE ELEGIBILIDAD

LOS FIDEICOMISARIOS DEL PLAN TIENEN LA AUTORIDAD Y TODA LA DISCRECIÓN PARA INTERPRETAR Y APLICAR LAS DISPOSICIONES DEL PLAN EN LA DETERMINACIÓN DE SU ELEGIBILIDAD PARA EL DERECHO A BENEFICIOS. LOS BENEFICIOS BAJO ESTE PLAN SERÁN PAGADOS SÓLO SI EL ADMINISTRADOR DEL PLAN DETERMINA QUE EL PARTICIPANTE TIENE DERECHO A ELLOS.

Los siguientes temas son analizados en este Artículo sobre Reglas de Elegibilidad:

- 3.01. Elegibilidad inicial
 - 3.02. Elegibilidad continua
 - 3.03. Continuación de la cobertura Clase A por Autopago
 - 3.04. Terminación de la elegibilidad
 - 3.05. Continuación de la cobertura bajo COBRA
 - 3.06. Extensión de beneficios en casos de fallecimiento (Clase A únicamente)
 - 3.07. Continuación de la cobertura para hijos discapacitados
 - 3.08. Ley de Licencia Médica Familiar
 - 3.09. Ley de Derechos de Nuevo Empleo y Empleo de Servicios Uniformados (USERRA)
 - 3.10. Orden capacitada para apoyo médico de un niño
-

Sección 3.01 – Elegibilidad inicial

Cada nuevo Empleado o Empleado que transfiere el empleo a un Empleador conforme al acuerdo de negociación colectiva con el Sindicato o Sindicato Local bajo la jurisdicción del Sindicato, debe tener una Tarjeta de Registro completada en el archivo con la Oficina del Fondo de Bienestar y puede volverse Participante en el Plan, en cualquiera de los siguientes momentos que suceda más temprano:

- A) el primer día del mes siguiente al mes en el cual se hicieron 600 horas de contribuciones del Empleador a su nombre; o
- B) el primer día del mes del siguiente Periodo de Cobertura en el cual se hicieron 520 horas de contribuciones del Empleador a su nombre en los dos Periodos de Calificación previos (8 meses); o

- C) un Empleado que no acumula las 600 horas requeridas dentro de los seis primeros meses después del empleo, puede volverse Participante en el Plan durante cualquier Período de Cobertura subsecuente si ha acumulado 260 horas de contribuciones del Empleador en el Período de Calificación asociado; o
- D) un Empleado que ha trabajado durante dos Períodos de Calificación y no cumple con los requisitos anteriores, puede volverse Participante en el Plan durante el siguiente Período de Cobertura haciendo Autopagos máximos de 260 horas requeridas o el saldo restante después de las contribuciones del Empleador. Véanse las limitaciones en Autopagos en la Sección 3.03 de este Folleto.

Definiciones

El término "Período de Calificación" incluye el período durante el cual se acreditan las horas para determinar la elegibilidad de un Empleado para participar o la elegibilidad de un Participante para continuar con la participación en el Plan. El Año del Plan es dividido en tres partes iguales o Períodos de Calificación de cuatro meses cada uno:

- Noviembre, diciembre, enero, febrero
- Marzo, abril, mayo, junio
- Julio, agosto, septiembre, octubre

El término "Período de Cobertura" incluye el período de cobertura bajo el Plan que comienza un mes después de completar el número requerido de horas. El número requerido de horas puede ser completado durante uno o varios Períodos de Calificación, como se indica en la Tabla de la Sección 3.02 abajo. El Año del Plan es dividido en tres partes iguales o Períodos de Cobertura de cuatro meses cada uno:

- Abril, mayo, junio, julio
- Agosto, septiembre, octubre, noviembre
- Diciembre, enero, febrero, marzo

Para objetivos de determinar las horas trabajadas durante un Período de Calificación, un Participante recibirá 40 horas del crédito por cada semana que el Participante recibe Beneficios de Pérdida de Tiempo de acuerdo con la Sección 4.03 de este Folleto.

No obstante lo anterior, si un Empleado está ausente del trabajo activo debido a una lesión o enfermedad cuando su cobertura de Seguro de Vida (Sección 4.01), Muerte por Accidente y Beneficio por Desmembración (Sección 4.02) y/o Pérdida del Tiempo (Sección 4.03) entraría originalmente en vigor, esa cobertura entrará en vigor en la fecha en que el Empleado es autorizado por su Médico para volver al trabajo activo, después de la recuperación.

En todos los ejemplos de abajo, el Empleado tiene una Tarjeta de Registro completada en el archivo de la Oficina del Fondo de Bienestar.

Ejemplo A – Requisito de 600 Horas:

John empezó a trabajar el 1ro de julio de 2009 y acumuló 600 horas de trabajo hacia el 15 de noviembre de 2009. John no ha completado 6 meses de trabajo, pero tenía 600 horas de contribuciones de Empleador hechas a su nombre. La fecha de elegibilidad inicial de John para recibir beneficios es el 1ro de diciembre de 2009 y permanecerá elegible hasta el 31 de marzo de 2010.

Ejemplo B – Requisito de 520 Horas en Dos Periodos de Calificación:

John empezó a trabajar el 1ro de julio de 2009 y no acumuló 600 horas hacia el 31 de diciembre de 2009, pero acumuló 520 horas hacia el 10 de febrero de 2010. Debido a que John tenía 520 horas de contribuciones del Empleador remitidas dentro de los dos últimos Periodos de Calificación (julio-octubre y noviembre-febrero) su fecha de elegibilidad inicial para beneficios es el 1ro de abril de 2010 y permanecerá elegible hasta el 31 de julio de 2010.

Ejemplo C – Requisito de 260 Horas en el Periodo de Calificación Asociado:

John empezó a trabajar el 1ro de julio de 2009 y no acumuló 600 horas hacia el 31 de diciembre de 2009, ni acumuló 520 horas dentro de los dos últimos Periodos de Calificación (julio-octubre y noviembre-febrero). Sin embargo, John había trabajado 260 horas en el Periodo de Calificación noviembre-febrero. Su fecha de elegibilidad inicial para beneficios es el 1ro de abril de 2010 y permanecerá elegible hasta el 31 de julio de 2010.

Ejemplo D – Requisito de Autopago:

Los mismos hechos del Ejemplo C anterior, pero en vez de 260 horas en el Periodo de Calificación noviembre-febrero, John sólo tenía 100 horas. John sería elegible para hacer un Autopago de 160 horas a la tasa de contribución actual para ser elegible para beneficios que comienzan el 1ro de abril de 2010 y permanecerá elegible hasta el 31 de julio de 2010.

Sección 3.02 – Elegibilidad Continua

Un Participante puede mantener la elegibilidad en el Plan siempre que trabaje al menos 260 horas en el Periodo de Calificación actual. Si un Participante no cumple el requisito de horas, el Plan "mirará hacia atrás" a los Periodos de Calificación consecutivos anteriores para mantener la elegibilidad continua. En los Periodos de Calificaciones de mirada hacia atrás, un Participante debe haber trabajado 520 horas en los dos últimos Periodos de Calificación o 780 horas en los tres últimos Periodos de Calificación antes de cada Periodo de Cobertura. El Plan no coloca en el "banco" ninguna hora en exceso de los requisitos de horas indicados en la tabla de abajo. Un Participante permanecerá elegible bajo este Plan siempre que se cumplan los requisitos de horas. En caso de que un Participante ya no cumpla con estos requisitos de horas, puede ser elegible para presentar Autopagos de acuerdo con la Sección 3.03 de este Folleto.

Sin embargo, si un Participante ha trabajado al menos tres Periodos de Calificación y no cumple con los requisitos de arriba, el Participante puede mantener la elegibilidad en el Plan durante el siguiente Periodo de Cobertura haciendo un Autopago máximo de 260 horas requeridas o el saldo restante después de las contribuciones del Empleador. Véanse las limitaciones de Autopagos en la Sección 3.03 de este documento.

En caso de que el Empleador no envíe contribuciones al Plan según el Contrato, usted puede presentar hasta dos meses de talones de pago aprobados para mantener la elegibilidad. El crédito por las horas trabajadas no reportadas superiores a dos meses no será aprobado.

Requisitos para la Elegibilidad Continua

Para ser elegible en este período de cobertura	Un empleado debe trabajar		
	260 horas en el Período de Calificación actual:	o 520 horas en los dos Períodos de Calificación anteriores:	o 780 horas en los tres Períodos de Calificación anteriores:
Abr – Jul	Nov – Feb	Jul – Feb	Mar – Feb
Ago – Nov	Mar – Jun	Nov – Jun	Jul – Jun
Dic – Mar	Jul – Oct	Mar – Oct	Nov – Oct

Ejemplo A – Requisito de 260 Horas:

John ha cumplido con los requisitos de elegibilidad iniciales y es elegible actualmente hasta el 31 de marzo de 2010. Él ha seguido trabajando 100 horas cada mes para el Período de Calificación de noviembre de 2009 hasta febrero de 2010. Debido a que John ha tenido al menos 260 horas en el Período de Calificación actual (noviembre-febrero), seguirá siendo elegible para el Período de Cobertura del 1ro de abril de 2010 hasta el 31 de julio de 2010.

Ejemplo B – Requisito de 520 Horas en dos Periodos de Calificación previos:

John ha cumplido con los requisitos de elegibilidad iniciales y es elegible actualmente hasta el 31 de marzo de 2010. Él ha seguido trabajando en el siguiente cronograma:

Meses de Trabajo	Horas Trabajadas
Noviembre 2009 – Febrero 2010	200
Julio 2009 – Octubre 2009	400
Total	600

Debido a que John no tenía al menos 260 horas en el Período de Calificación actual (noviembre-febrero) la siguiente prueba es para determinar si él trabajó 520 horas en los dos Períodos de Calificación anteriores (julio-febrero). Al revisar la historia de trabajo de John, se determinó que trabajó 600 horas en los dos Períodos de Calificación anteriores. John seguirá siendo elegible para el Período de Cobertura del 1ro de abril de 2010 hasta el 31 de julio de 2010.

Ejemplo C – Requisito de 780 Horas en tres Periodos de Calificación previos:

John ha cumplido con los requisitos de elegibilidad iniciales y es elegible actualmente hasta el 31 de marzo de 2010. Él ha seguido trabajando en el siguiente cronograma:

Meses de Trabajo	Horas Trabajadas
Noviembre 2009 – Febrero 2010	200
Julio 2009 – Octubre 2009	300
Marzo 2009 – Junio 2009	340
Total	840

Debido a que John no tenía al menos 260 horas en el Período de Calificación actual (noviembre-febrero) la siguiente prueba es para determinar si trabajó 520 horas en los dos Períodos de Calificación anteriores (julio-febrero). Al examinar la historia de trabajo de John se determinó que no trabajó 520 horas en los dos Períodos de Calificación anteriores, por lo tanto, el siguiente paso es el de determinar si John trabajó al menos 780 horas en los tres Períodos de Calificación pasados. Debido a que John trabajó 840 horas en los tres últimos Períodos de Calificación, seguirá siendo elegible para el Período de Cobertura del 1ro de abril de 2010 al 31 de julio de 2010.

Ejemplo D – Requisito de Autopago:

John ha cumplido con los requisitos de elegibilidad iniciales y es elegible hasta el 31 de marzo de 2010. Él ha seguido trabajando en el siguiente cronograma:

Meses de Trabajo	Horas Trabajadas
Noviembre 2009 – Febrero 2010	0
Julio 2009 – Octubre 2009	100
Marzo 2009 – Junio 2009	90
Total	190

John siguió trabajando, pero no acumuló suficientes horas según lo requerido en uno, dos o tres Períodos de Calificación. John sería elegible para hacer un Autopago de 260 horas a la tasa de contribución actual para volverse elegible para beneficios a partir del 1ro de abril de 2010 y permanecer elegible hasta el 31 de julio de 2010.

Sección 3.03 – Continuación de la cobertura Clase A por Autopago

Un Participante puede hacer Autopagos a fin de retener su elegibilidad y la elegibilidad de sus Dependientes para la participación, si el Participante no trabaja suficientes horas. Sin embargo, los Autopagos no generarán horas del empleo acreditado (que determinan la elegibilidad para participar en cualquier Período de Cobertura subsiguiente). Las cantidades de autopago pueden cambiarse en cualquier momento y por cualquier razón por la Junta de Fideicomisarios a su única discreción.

Los Autopagos Clase A deben hacerse a la Oficina del Fondo y deben ser presentarse antes del último día del último mes del Período de Cobertura actual para la elegibilidad de beneficios plena durante el siguiente período de cobertura. Los autopagos también serán aceptados hasta el décimo día del siguiente Período de Cobertura y la cobertura se suministrará a partir del día que aparece en el matasellos de dicho Autopago; sin embargo, los Beneficios de Seguro de Vida serán pagaderos por el fallecimiento que ocurra desde el primer hasta el día treinta y uno de ese Período de Cobertura aun si no se ha recibido un autopago.

Al grado permitido según la ley, antes del 1ro de abril de 2010, a un Participante cuya cobertura Clase A bajo el Plan ha cesado, le permitirán seguir con la misma cobertura para él y sus Dependientes cubiertos, a condición de que el Participante no sea jubilado y elegible para Medicare. A partir del 1ro de abril de 2010, la opción para continuar con la cobertura Clase A por autopago ya no estará disponible para cualquier Participante jubilado. Si un Jubilado decide seguir con la cobertura del Plan, el Jubilado será trasladado al Programa Senior después de que se termina la elegibilidad basada en horas de trabajo.

A) Autopagos Parciales

En caso de que un Participante no tenga suficientes horas reportadas a su nombre por un Empleador contribuyente, se requerirá que el Participante haga Autopagos parciales a fin de mantener la elegibilidad continua.

1. El Participante hace Autopagos Parciales a la tasa de la diferencia entre las horas reportadas por el Empleador y una suma igual al saldo de horas requerido en la Sección 3.02.
2. No hay ningún límite al número de Autopagos Parciales que un Participante puede hacer para mantener la elegibilidad continua.

B) Autopagos Totales

En caso de que un Participante no tenga ninguna hora reportada a su nombre por un Empleador contribuyente, se requerirá que el Participante haga Autopagos Totales a fin de mantener la elegibilidad continua.

1. El Participante debe haber tenido horas reportadas en uno de los cinco Períodos de Cobertura anteriores a fin de hacer un Autopago Total.
2. El Participante hace Autopagos Totales a razón de las horas mínimas requeridas en la Sección 3.02.
3. Un Participante sólo puede hacer Autopagos Totales durante dos Períodos de Calificación consecutivos. Los dos Períodos de Calificación consecutivos se considerarán usados sin importar si un Autopago Total fue presentado por el Participante. No se requerirá que un Participante remita Autopagos Totales inmediatamente después del Período de Calificación sin horas remitidas; sin embargo, debe hacerse un Autopago Total por el quinto Período de Calificación sin horas remitidas o los beneficios cesarán y se requerirá que el Participante cumpla con los requisitos de Elegibilidad Iniciales según lo definido en la Sección 3.01.

4. Una vez que se agota esta opción de Autopago Total como se explicó en el párrafo 3 anterior, un Participante puede mantener la elegibilidad durante Períodos de Cobertura haciendo Autopagos en una cantidad igual a 40 horas de contribuciones por semana a la tasa de contribución actual, pagaderos en su totalidad antes del principio del Período de Cobertura. Estos pagos deben ser aprobados por el Gerente Administrativo.

Una vez que un Participante haya agotado la opción de Autopagos Totales bajo esta Sección, se requerirá que el Participante cumpla con los requisitos de Elegibilidad Iniciales de la Sección 3.01 a fin de ser elegible para recibir beneficios bajo este Plan.

Sección 3.04 – Terminación de la elegibilidad

Un Empleado que llega a ser Participante en el Plan permanecerá cubierto bajo la Clase A hasta el primer día del Período de Cobertura en el cual ocurra cualquiera de lo siguiente:

- A) el día en que el Participante deja de cumplir con los requisitos de elegibilidad, o
- B) decide no elegir la Continuación de la Cobertura, o
- C) deja de hacer un Autopago requerido para la Continuación de la Cobertura, o
- D) agota el período máximo de cobertura proporcionada bajo las disposiciones de Continuación de la Cobertura, o
- E) se retira y se cambia a otra Clase de la cobertura, o
- F) el Plan se termina.

No obstante lo anterior, si los Beneficios de un Participante se terminan debido al servicio militar, el Participante será elegible otra vez para cobertura en la fecha en que el Participante vuelve al trabajo activo para un Empleador cubierto. Además, el Participante será cubierto para Beneficios para el resto del Período de Cobertura durante el cual el Participante volvió a trabajar para un Empleador cubierto y para el siguiente Período de Cobertura. Para más información en cuanto al servicio militar, véase la Sección 3.09 – Ley de Derechos de Reemplazo y Empleo de Servicios Uniformados (USERRA).

Un Dependiente cubierto que está cubierto bajo el Plan permanecerá cubierto hasta que cualquiera de lo siguiente suceda en última instancia:

- A) el individuo ya no califica como Dependiente tal como se define ese término en la Sección 11.13, o
- B) el Participante deja de estar cubierto por el Plan y el Dependiente no elige la Continuación de la Cobertura, o
- C) el Dependiente deja de hacer un Autopago requerido para la Continuación de la Cobertura, o
- D) el Dependiente agota el período máximo de cobertura proporcionado bajo las disposiciones de Continuación de la Cobertura, o
- E) el Plan se termina.

Un Dependiente cubierto de un Participante puede optar por salirse de la cobertura del Plan debido a la elegibilidad bajo un plan de salud con deducible alto (como una Cuenta de Ahorros de Salud) a través del empleador del Cónyuge, completando el formulario apropiado del Plan con la prueba de que el Cónyuge tiene un plan de asistencia médica con deducible alto. Un Dependiente cubierto de un Participante puede inscribirse de nuevo en este Plan completando el formulario apropiado del Plan con la prueba de que el Cónyuge ya no está siendo cubierto bajo el plan de asistencia médica con deducible alto, teniendo en cuenta que el Participante todavía es elegible bajo este Plan. La elegibilidad comenzará durante el primer día de terminación bajo el plan con deducible alto.

Al momento del fallecimiento del Participante, la cobertura del Dependiente seguirá hasta que cualquiera de lo siguiente suceda en última instancia:

A) se agota la mirada hacia atrás para la elegibilidad continua en Períodos de Calificación anteriores, consecutivos, según se explicó en la Sección 3.02, (en este caso, la cobertura continúa sin ningún costo para el Dependiente); o

B) el último día del Período de Cobertura en el cual ocurrió el fallecimiento del Participante.

Esta disposición se aplica si el Participante completó todas las horas mínimas requeridas en la Sección 3.02 durante el Período de Calificación en el cual ocurrió el fallecimiento del Participante.

Sección 3.05 – Continuación de la cobertura bajo COBRA

Conforme a una ley federal conocida como la Ley de Reconciliación de Presupuesto Omnibus Consolidada de 1985 ("COBRA"), el Plan ofrece a ciertos Empleados y Dependientes elegibles (Cónyuges dependientes y/o hijos dependientes) la oportunidad de seguir con sus beneficios de salud, prescripción, odontológicos y de cuidado visual, cuando sea aplicable, haciendo Autopagos en ciertos casos donde la elegibilidad para estos beneficios se terminaría por otra parte. Esta cobertura es "Cobertura de Continuación." En caso de un conflicto entre las disposiciones de COBRA del Plan y tales estatutos, regulaciones o guía, tales estatutos, regulaciones o guía regirán.

Cada Beneficiario Calificado que de otra manera perdería su participación en el Plan a consecuencia de un Evento Calificador puede decidir, dentro del período de elección aplicable especificado en la Sección 3.05 B, ampliar su participación bajo el Plan inmediatamente antes del Evento Calificador eligiendo la Cobertura de Continuación.

Los Beneficiarios Calificados que eligen la Cobertura de Continuación están sujetos a los mismos límites que los Participantes. Si la elegibilidad de un Beneficiario Calificado para la Cobertura de Continuación comienza antes del final del período prescrito para acumular cantidades hacia un beneficio máximo, el Beneficiario Calificado retiene el crédito por beneficios pagados o gastos incurridos hacia ese límite antes del principio de la Cobertura de Continuación como si el Evento Calificador no hubiera ocurrido.

El límite restante de Cada Beneficiario Calificado, si lo hay, en la fecha en que la Cobertura de Continuación comienza es igual al límite restante de esa persona inmediatamente antes de esa fecha.

No se requiere una prueba de buena salud para obtener la Cobertura de Continuación si el Empleado o el Dependiente Elegible cumplen con los otros requisitos para la Cobertura de Continuación. Sin embargo, el Empleado o el Dependiente Elegible deben tomar ciertas acciones dentro de períodos de tiempo específicos a fin de efectuar y mantener la Cobertura de Continuación.

A) Definiciones de COBRA

“Beneficiario Calificado” significa cualquier individuo que, durante el día antes de un Evento Calificador, es un Participante o un Dependiente cubierto bajo el Plan en virtud de ser durante ese día Empleado o un Dependiente de un Empleado; a condición de que un Dependiente que es nacido o colocado para adopción con el Participante durante un período de participación extendido sea un Beneficiario Calificado. Un individuo no es un Beneficiario Calificado si durante el día antes del Evento Calificador, el individuo:

1. participa en el Plan por razones de la elección de otro individuo para ampliar la participación y ya no es un Beneficiario Calificado por razones de un Evento Calificador previo, o
2. tiene derecho a Medicare.

Un Empleado puede llegar a ser Beneficiario Calificado sólo en relación con un Evento Calificador que consiste en la terminación de empleo (por motivos diferentes a la mala conducta evidente del Empleado), la reducción de horas de empleo del Empleado con un Empleador, la jubilación o el despido del Empleado.

Un Beneficiario Calificado que no elige la participación ampliada bajo la Sección 3.05 B en relación con un Evento Calificador deja de ser un Beneficiario Calificado al final de período de elección especificado en esa Sección.

“Evento Calificador” significa un evento que satisface los siguientes párrafos (1) (y 2):

1. Un evento satisface este párrafo si es:
 - a. la muerte de un Empleado;
 - b. la terminación (por motivos diferentes a la mala conducta evidente del Empleado) o la reducción en horas de empleo de un Empleado con un Empleador;
 - c. la jubilación o el despido de un Empleado;
 - d. el divorcio o la separación legal ordenada por un tribunal de un Empleado y su Cónyuge;
 - e. un Empleado que empieza a tener derecho a Medicare; o
 - f. un hijo Dependiente que deja de ser un Dependiente elegible.
2. Un evento satisface este párrafo si este hace que la Persona Elegible pierda la cobertura bajo el Plan. Para este fin, “perder cobertura” significa dejar de participar bajo los mismos términos y condiciones que están en efecto inmediatamente antes del Evento Calificador. Si los niveles de beneficio son reducidos o eliminados en previsión

de un Evento Calificador, la reducción o la eliminación no son tenidas en cuenta al determinar si el evento causa una pérdida de cobertura. Además, para los objetivos de este párrafo, una pérdida de cobertura no tiene que ocurrir inmediatamente después del Evento Calificador, siempre que la pérdida de cobertura ocurra antes del final del período de cobertura máximo descrito en la Sección 3.05 C. Sin embargo, si el Participante no pierde la cobertura antes del final de lo que sería el período máximo descrito en la Sección 3.05 C, el evento no es un evento calificador.

B) Elección de la Cobertura de Continuación

La disponibilidad de la Cobertura de Continuación está condicionada a que un Beneficiario Calificado elija esa participación durante el período de elección. El período de elección comienza en o antes de la fecha en que el Beneficiario Calificado perdería la participación debido a un Evento Calificador según se describió en la Sección 3.05 A y finaliza en la fecha que es 60 días después de que cualquier de lo siguiente ocurra en últimas:

1. la fecha en que el Beneficiario Calificado perdería la participación debido al Evento Calificador, o
2. la fecha en que se le envía un aviso al Beneficiario Calificado respecto al derecho de elegir la participación ampliada.

Requisitos y Límites de la Cobertura de Continuación

Evento Calificador	Documentación Requerida	Límites de Tiempo
divorcio	decreto de divorcio o documento del tribunal Estatal equivalente	dentro de 60 días después de que el Beneficiario Calificado pudiera perder la cobertura a consecuencia del divorcio
separación legal	decreto de separación legal o documento del tribunal Estatal equivalente	dentro de 60 días después de que el Beneficiario Calificado pudiera perder la cobertura a consecuencia de la separación legal
fallecimiento del Participante	certificado de defunción	dentro de 60 días después de que el Beneficiario Calificado pudiera perder la cobertura a consecuencia del fallecimiento
Hijo dependiente que deja de calificar como Dependiente bajo el Plan	prueba de mayoría de edad si cumple 19 años de edad, o no suministro de la prueba de elegibilidad continua al tener más de 19 años de edad	dentro de 60 días después de que el Beneficiario Calificado perdería la cobertura a consecuencia de ya no calificar como hijo Dependiente

No obstante el párrafo precedente, cada Participante o Beneficiario Calificado es responsable de notificar a la Junta de Fideicomisarios de que un hijo Dependiente deja de ser Dependiente elegible o del divorcio o la separación legal de un Participante ordenada por el tribunal. Este aviso debe enviarse a la Junta de Fideicomisarios dentro de 60 días después de que cualquiera de lo siguiente ocurra en última instancia:

1. la fecha del Evento Calificador, o
2. la fecha en que el Beneficiario Calificado perdería la participación debido al Evento Calificador.

Si más de un Beneficiario Calificado perdiera la participación debido al divorcio de un Participante, el aviso del divorcio enviado por el Participante o cualquiera de esos Beneficiarios Calificados conservará los derechos de elección de todos los Beneficiarios Calificados.

Si el Beneficiario Calificado decide ampliar la participación durante el período de elección, la participación será proporcionada durante el período de elección; sin embargo, las reclamaciones en las que haya incurrido un Beneficiario Calificado durante el período de elección no serán pagadas antes de la elección y de que se haga el pago.

Un Beneficiario Calificado que, durante el período de elección, renuncia a la participación ampliada puede revocar la renuncia en cualquier momento antes del final del período de elección. Sin embargo, si tal Beneficiario Calificado más tarde revoca la renuncia, los beneficios serán proporcionados retroactivamente a la fecha en que se revoca la renuncia.

Si un Beneficiario Calificado que es un antiguo Empleado decide proveer a cualquier otro Beneficiario Calificado de la participación ampliada, la elección será vinculante para ese otro Beneficiario Calificado. Sin embargo, si dicho Beneficiario Calificado decide renunciar a la participación ampliada para cualquier otro Beneficiario Calificado, esto no será vinculante para el otro Beneficiario Calificado.

Una elección a nombre de un hijo menor puede ser hecha por el padre o custodio legal del hijo. Una elección a nombre de un Beneficiario Calificado que es incapacitado o muere puede ser hecha por el representante legal del Beneficiario Calificado o la herencia del Beneficiario Calificado, según lo determinado bajo la ley estatal aplicable o por el Cónyuge del Beneficiario Calificado.

C) Terminación de la Cobertura de Continuación

La Cobertura de Continuación Elegida comenzará en la fecha de la pérdida de elegibilidad para participar y se terminará en cualquiera de las siguientes fechas que ocurra más temprano:

1. el último día del período de participación máximo tal como se describe abajo;
2. el primer día durante el cual no se hizo el pago oportuno con respecto al Beneficiario Calificado tal como se describe abajo;
3. la fecha en la cual la Junta de Fideicomisarios deja de mantener cualquier plan de salud de grupo (incluidos planes sucesores);

4. la fecha en la cual el Beneficiario Calificado empieza a estar cubierto, después de la fecha de la elección, bajo cualquier otro plan de salud de grupo que no es mantenido por la Junta de Fideicomisarios, (aun si tal plan proporciona beneficios que son menos valiosos que los beneficios proporcionados por el Plan) como Participante o de otra manera, a condición de que no contenga ninguna exclusión o limitación con respecto a cualquier condición preexistente de tal Beneficiario Calificado o con respecto a la cual ese período está satisfecho en virtud de la Cobertura Acreditada del Beneficiario Calificado;
5. la fecha en la que el Beneficiario Calificado tiene derecho a Medicare; o
6. el día antes del día durante el cual el Beneficiario Calificado empieza a estar cubierto bajo el Plan sin relación con el COBRA.

El período de participación máximo finaliza:

1. 18 meses después del Evento Calificador, si el Evento Calificador que da ocasión a derechos de elección de cobertura ampliados es una terminación del empleo (excepto la mala conducta evidente), reducción de horas, jubilación o despido;
2. 36 meses después del Evento Calificador para cualquier otro tipo de Evento Calificador; y
3. 29 meses después del Evento Calificador para Beneficiarios Calificados que se ha determinado (bajo el Título II o XVI de la Ley de Seguridad Social federal) que han sido desactivados dentro de 60 días después del Evento Calificador, si el Evento Calificador que da ocasión a derechos de elección de participación ampliados es la terminación del empleo (excepto la mala conducta evidente), reducción de horas, jubilación o despido.

El final del período de participación máximo es medido a partir de la fecha en que cesa la cobertura.

En caso de que se determine que un Beneficiario Calificado es discapacitado bajo la Ley de Seguridad Social federal, el Beneficiario Calificado debe proporcionar el aviso de tal determinación al Administrador de Plan dentro de 60 días a partir de la fecha en que cualquiera de los siguientes eventos ocurra de último:

1. la fecha de determinación y
2. la fecha del Evento Calificador, y
3. antes del final de los 18 meses originales de la participación ampliada,

a fin de obtener la extensión de 11 meses, dando como resultado una participación total extendida de 29 meses de cobertura COBRA.

La participación ampliada de dicho Beneficiario Calificado discapacitado más allá de 18 meses terminará en el mes que comienza más de 30 días después de la fecha en que se hace la determinación final bajo el Título II o XVI de la Ley de Seguridad Social de que tal persona ya no es minusválida o, si antes, el mes veintinueve después de la fecha en la cual ocurrió tal

terminación del empleo, reducción en horas, jubilación o despido. Los Dependientes cubiertos no discapacitados del Beneficiario Calificado discapacitado también tienen derecho a la extensión de 11 meses de la participación, dando como resultado una participación extendida total de 29 meses de cobertura COBRA.

Si un Evento Calificador que da ocasión a un período de participación de máximo 18 meses es seguido (dentro de ese período de 18 meses) por un segundo Evento Calificador, como un fallecimiento o un divorcio, el período de 18 meses original es ampliado a 36 meses, pero sólo para aquellos individuos que fueron Beneficiarios Calificados bajo el Plan desde el primer Evento Calificador y participaron bajo el Plan en el momento del segundo Evento Calificador.

Ningún Evento Calificador puede dar lugar a un período de participación máximo que termina más de 36 meses después de la fecha del primer Evento Calificador.

D) Costos de la Cobertura de Continuación

Los Beneficiarios Calificados pagarán, en una base oportuna, no más del 102 % de la prima aplicable para cobertura. Para individuos discapacitados que tienen derecho a un máximo de 29 meses de participación ampliada, se cobrará hasta el 150 % de la prima aplicable durante los meses 19 a 29. El pago inicial se debe hacer dentro de los siguientes 45 días después de que se elige la participación ampliada. Después de esto, los pagos se vencen el primer día de cada mes calendario de participación, con un período de gracia de 30 días.

Procedimientos de Notificación

1. Aviso COBRA Inicial (General)

- a. El aviso general requerido según la ley federal se suministra como parte de este Folleto dentro de esta Sección 3.05. Se enviará un Folleto a la dirección de cada nuevo Participante dentro de 90 días después de que comience la cobertura.
- b. Si más tarde el Participante añade un Cónyuge a la cobertura (tal como casándose después de que el Participante ya tiene la cobertura), un Folleto separado estará disponible al nuevo Cónyuge en la Oficina del Fondo o será enviado por correo al nuevo Cónyuge a petición.
- c. Si el Folleto se suministra a los nuevos Participantes de alguna otra manera, se enviará un aviso COBRA inicial independiente a la casa de cada nuevo Participante dentro de 90 días después de que empieza la cobertura y será dirigido al Participante y a todos los Dependientes Elegibles. Si un Dependiente Elegible vive en una dirección diferente a la del Participante, el Folleto y el aviso general le serán enviados a la dirección separada.

2. Aviso de Evento Calificador de Empleador

Bajo este Plan, no se requiere que los Empleadores proporcionen el aviso de Eventos Calificadores al Gerente Administrativo. Este Folleto dispone que el Gerente Administrativo determinará si un Evento Calificador ha ocurrido debido a la terminación del empleo del Empleado o a la reducción de las horas de empleo, el fallecimiento del Empleado o a que el Empleado empieza a tener derecho a Medicare. A fin de hacer tales determinaciones, el Gerente Administrativo usará los registros del

Plan para determinar la pérdida de elegibilidad debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de empleo y se apoyará en el aviso oportuno del Participante de otros Eventos Calificadores.

3. Aviso de Evento Calificador del Empleado

Un Participante debe dar el aviso por escrito al Gerente Administrativo dentro de 60 días después de un Evento Calificador que es un divorcio o separación legal del Empleado (o Participante Jubilado) y Cónyuge o un hijo dependiente deja de cumplir con los requisitos del Plan para el estado Dependiente Elegible.

4. Aviso de Elección de COBRA

El Plan ha adoptado un formulario estándar para el Gerente Administrativo para poder suministrar el aviso de la elegibilidad de un Beneficiario Calificado para la Cobertura de Continuación de COBRA.

El aviso será enviado a cada Beneficiario Calificado dentro de 14 días después del recibo del aviso de un Empleado de un Evento Calificador que es un divorcio o separación legal o de un hijo que deja de calificar como un Dependiente Elegible bajo los términos del Plan.

Cuando un Evento Calificador ocurre que es la terminación del empleo del Empleado, la reducción de horas, el fallecimiento o el empezar a tener derecho a Medicare, el aviso se enviará a cada Beneficiario Calificado dentro de 44 días después de que cualquiera de las siguientes fechas se cumpla primero:

- a. la fecha en la cual el Participante o el Beneficiario perdería la cobertura debido a un Evento Calificador, o
- b. la fecha del Evento Calificador (si la cobertura debe terminarse inmediatamente desde el Evento Calificador en vez de al final del período de cobertura en el cual ocurre el Evento Calificador).

5. Falta de disponibilidad de Aviso de COBRA

- a. Cuando el Gerente Administrativo recibe un aviso de un Empleado o Beneficiario acerca de un Evento Calificador, segundo Evento Calificador o determinación de discapacidad por la Administración de Seguridad Social en cuanto a un Empleado Cubierto, Beneficiario Calificado u otro individuo y el Gerente Administrativo determina que el individuo no tiene derecho a la Cobertura de Continuación de COBRA, el Gerente Administrativo proporcionará un aviso que explica por qué el individuo no tiene derecho a la Cobertura de Continuación de COBRA.
- b. El aviso de falta de disponibilidad será enviado dentro de 14 días del recibo del aviso del Empleado u otro individuo.

6. Terminación Temprana del Aviso de Cobertura de Continuación de COBRA

- a. Siempre que la Cobertura de Continuación de COBRA se termine antes de la última fecha mostrada en el Aviso de Elección, el aviso debe enviarse a todos los Beneficiarios Calificados afectados explicando la razón de la terminación, la fecha de terminación y cualquier derecho que el Beneficiario Calificado pueda tener bajo el Plan o conforme a la ley aplicable para elegir la cobertura alterna de grupo o individual, tal como un derecho de conversión.
- b. El aviso de terminación será proporcionado tan pronto como sea práctico después de la determinación del Administrador de que la cobertura de continuación terminará.

Sección 3.06 – Extensión de beneficios en casos de fallecimiento (Clase A únicamente)

Si un Participante fallece y ha completado todos los requisitos de 260 horas descritos en la Sección 3.02 para el Período de Calificación en el cual ocurrió su deceso, la cobertura para sus Dependientes cubiertos continuará bajo esta Subsección. La extensión de cobertura durará hasta que cualquiera de las siguientes situaciones ocurra primero:

- A) cualesquier horas de empleo acreditadas han sido usadas, o
- B) el Plan se termina.

Sección 3.07 – Continuación de la cobertura para niños discapacitados

Si un hijo Dependiente soltero es incapaz de tener un empleo autónomo por razones de deficiencia mental o física, y

- A) cumple con la definición de Discapacitado según lo definido en la Sección 11.15, y
- B) llegó a ser Discapacitado antes de cumplir los 19 años de edad (o 24 años edad, si se trata de un estudiante de jornada completa descrito en la Sección 11.13 C), y
- C) es principalmente el dependiente del Participante para sustento y mantenimiento, y
- D) si el Participante suministra la prueba debida de tal Discapacidad sin ningún costo a la Oficina del Fondo 120 días después del día en que la cobertura de tal hijo Dependiente termina debido a que cumple la edad especificada en la definición de Dependiente de la Sección 11.13,

la cobertura de tal Dependiente continuará durante el tiempo en que la cobertura del Participante bajo el Plan permanece en vigor y dicho Dependiente permanece Discapacitado.

La Junta de Fideicomisarios puede exigir, a intervalos razonables durante los dos años después de que el Dependiente cumple la edad restrictiva, la prueba subsiguiente de Discapacidad y dependencia del Dependiente. Después de este período de dos años, la Junta de Fideicomisarios puede requerir la prueba subsiguiente de Discapacidad y dependencia de dicho Dependiente una vez cada año. Tal como se describió en la Sección 8.02, la Junta de Fideicomisarios puede delegar la revisión de la prueba de Discapacidad y dependencia.

Sección 3.08 – Ley de Licencia Médica Familiar

La Ley de Licencia Médica y Familiar de 1996 (FMLA) crea un derecho federal para que un Empleado Clase A tome hasta 12 semanas de licencia no remunerada por su enfermedad grave, el nacimiento o la adopción de un hijo, o para cuidar a su Cónyuge, padre o hijo gravemente enfermo. A partir del 28 de enero de 2008, un Cónyuge, hijo, hija, padre, o familiar cercano de un miembro de las Fuerzas Armadas, incluido un miembro de la Guardia Nacional o de las Reservas, que se somete a tratamiento médico, recuperación, o terapia, está en el estado de consulta externa, o está en la lista de jubilados por discapacidad temporal, por una lesión o enfermedad grave, puede tomar hasta 26 semanas laborables de licencia FMLA para cuidar a dicho miembro de la familia.

Además, un empleado puede tomar hasta 12 semanas laborables de licencia FMLA por una "exigencia calificadora" que provenga del hecho de que el Cónyuge del empleado, el hijo, la hija o el padre está en servicio activo en las Fuerzas Armadas o ha sido notificado de una llamada inminente u orden al servicio activo. Una "exigencia" es una situación que hace demandas urgentes según lo definido por la regulación.

La FMLA requiere que los Empleadores mantengan la cobertura de asistencia médica bajo cualquier plan de salud en los mismos términos y condiciones como si usted todavía fuera empleado por la duración del permiso. Además, la FMLA especifica que si un Empleado toma una licencia médica o familiar, no puede perder ningún beneficio que haya acumulado antes del permiso. El Plan reconocerá la elegibilidad para una licencia médica familiar siempre que el Empleador conceda correctamente la licencia bajo la FMLA y el Empleador haga los pagos requeridos al Plan. Estas contribuciones requeridas estarán basadas en la tasa de contribución por horas fijada por el acuerdo de negociación colectiva aplicable entre el Sindicato y las Asociaciones, basadas en las 260 horas mínimas requeridas por período de calificación.

Si usted toma una licencia FMLA y no regresa a trabajar donde su Empleador por cualquier razón después de dicha ausencia, su Empleador tiene derecho a cobrar todas las contribuciones hechas a su nombre durante tal permiso por haber sido ausente. Así, para asegurar su cobertura de continuación bajo el Plan y prevenir el posible reembolso de cualquier contribución a su Empleador, usted debe volver a trabajar al final de su licencia FMLA.

Además, si usted le informó al Empleador que concede su licencia FMLA que usted no tiene la intención de volver a trabajar, entonces el empleador debe notificar a la Oficina del Fondo de Bienestar sobre la fecha en que usted le informó que no tiene intención de volver a trabajar.

Si tiene alguna pregunta sobre la FMLA, debe ponerse en contacto con su Empleador o la oficina más cercana de la División de Hora y Salario, que aparece en la mayoría de guías telefónicas bajo Gobierno estadounidense, Ministerio de Trabajo, Administración de Estándares de Empleo. También puede visitar la página Web FMLA del Ministerio de Trabajo en: www.dol.gov/esa/whd/fmla.

Sección 3.09 – Ley de Derechos de Nuevo Empleo y Empleo de Servicios Uniformados (USERRA)

A) Fecha de Entrada en Vigencia

La Ley de Derechos de Nuevo Empleo y Empleo de Servicios Uniformados de 1994 ("USERRA") fue firmada como ley el 13 de octubre de 1994 para proteger la elegibilidad de un Empleado y ofrecer la continuación de la cobertura (Autopago) al Empleado y sus dependientes después de que el Empleado entra al servicio militar.

B) Disposiciones

1. Cobertura de Retorno al Trabajo Garantizada

La USERRA requiere que un Empleador o un plan de asistencia médica de multiempleador, proteja cualquier beneficio de asistencia médica que un Empleado haya ganado hasta el momento en que el Empleado entra al servicio militar si el Empleado vuelve a presentar la solicitud para el trabajo dentro de períodos de tiempo prescritos después de una descarga honorable.

Conforme a esa ley, la elegibilidad futura acumulada puede usarse inmediatamente o puede ser "congelada" al ingresar al servicio militar. De ser congelada, es totalmente restaurada cuando el Empleado vuelve a presentar la solicitud para trabajar con el mismo Empleador o, en caso de un plan de multiempleador, con cualquier Empleador que sea signatario del acuerdo de negociación colectiva. Si un Empleado entra a los servicios militares, en lugar de tener que hacer esta elección, los Fideicomisarios han consentido en permitir esta extensión tanto inmediatamente después de esta reducción de horas trabajadas como cuando el Empleado regresa del servicio activo y vuelve a presentar la solicitud para el trabajo.

Cuando un Empleado vuelve del servicio, no se puede imponer ninguna exclusión o período de espera en relación con la restauración de la cobertura de asistencia médica que no se aplicaría por otra parte si el Empleado no hubiera entrado en el servicio militar.

2. Continuación de Cobertura Mientras se está en el Servicio Militar

La USERRA requiere que un plan de asistencia médica de grupo ofrezca la cobertura de asistencia médica idéntica **hasta por 24 meses** a las personas que tienen cobertura en relación con su empleo, pero que están ausentes de tal empleo debido al servicio militar. En efecto, el servicio militar es tratado como si fuera un "Evento Calificador" para objetivos de COBRA y se ofrece la cobertura de continuación a los Dependientes Participantes y Elegibles a un costo establecido por los Fideicomisarios.

**USTED DEBE NOTIFICAR LA OFICINA DEL PLAN INMEDIATAMENTE
QUE SEPA QUE VA A ENTRAR AL SERVICIO MILITAR.**

Si la notificación a la Oficina del Fondo de Bienestar es retrasada durante varios meses, la extensión de la cobertura para un máximo de 24 meses comienza con la fecha inicial de la entrada al servicio militar y se puede cobrar un pago retroactivo a esa fecha. Un Participante tiene la obligación de notificar a la Oficina del Fondo de Bienestar tan pronto como sepa que va a entrar al servicio militar si la Persona Elegible desea aprovechar de la cobertura de continuación. El hecho de no notificar la Oficina del Fond de Bienestar puede tomarse como una indicación de que el Participante no desea comprar la cobertura para él mismo o para sus Dependientes Elegibles.

3. Requisitos de Reemplazo al Regresar del Servicio

El período de solicitud de reemplazo se basa en un cronograma de tiempo indexado al tiempo pasado en el servicio militar. *Para el servicio de menos de 31 días, debe presentarse una solicitud de reemplazo con un Empleador signatario a principios del siguiente período de trabajo previsto corriente durante el primer día después de la liberación del servicio, teniendo en cuenta el transporte seguro más un período de descanso de ocho horas. Para el servicio militar de 31 días o más pero menor de 181 días, debe presentarse una solicitud de reemplazo dentro de 14 días (días calendario, no días hábiles) después de la liberación del servicio. Para el servicio de más de 181 días, una solicitud de reemplazo debe presentarse dentro de 90 días (días calendario, no días hábiles) después de una descarga honorable.*

Sección 3.10 – Orden capacitada para apoyo médico de un niño

El término "Orden Capacitada para Apoyo Médico de un Niño" ("QMCSO") significa una Orden para Apoyo Médico de un Niño que crea o reconoce la existencia del derecho de un Receptor Alterno, o asigna a un Receptor Alterno el derecho de recibir beneficios bajo el Plan y que cumple con los requisitos de una QMCSO. Un Receptor Alterno bajo una QMCSO será elegible para recibir beneficios del Plan sólo si el Participante es elegible.

Los beneficios pagados a un Receptor Alterno estarán en el nivel de los beneficios disponibles bajo el Plan al momento en que se incurrió en el Gasto.

En caso de que el Participante pierda la elegibilidad y más tarde recobre la elegibilidad, la elegibilidad de un Receptor Alterno bajo QMCSO no vencida será restituida automáticamente.

El Plan ha establecido procedimientos para la determinación de si una orden para apoyo médico de un niño es una QMCSO y la administración relacionada, de acuerdo con los requisitos de la ley federal.

Los procedimientos seguidos del Plan en el procesamiento de una QMCSO están disponibles gratis en la Oficina del Fondo de Bienestar a petición.

ARTÍCULO IV – DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS – CLASE A

Los Beneficios que aparecen en la tabla de abajo son descritos en esta Sección. Esta tabla sólo tiene como objetivo suministrar un breve resumen de los beneficios médicos disponibles. Consulte la descripción de Beneficios que comienza inmediatamente después de la tabla para entender totalmente el beneficio y cualquier máximo o limitaciones específicos.

El Cuidado Odontológico, el Cuidado Visual, los Beneficios de Audición y de Tarjeta de Medicamentos de Prescripción no están resumidos en esta tabla. Para la información completa, consulte la Sección apropiada dentro de este Artículo.

NO TODOS LOS BENEFICIOS ESTÁN DISPONIBLES A TODAS LAS PERSONAS ELEGIBLES. CONSULTE LA LISTA DE BENEFICIOS PARA DETERMINAR SI USTED O SUS DEPENDIENTES SON ELEGIBLES PARA ALGÚN BENEFICIO PARTICULAR. ADEMÁS, TODOS LOS BENEFICIOS ESTÁN SUJETOS A LA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN, SEGÚN SE DESCRIBIÓ EN LA SECCIÓN 8.16

Descripción del Beneficio Cubierto	Cantidad de Copago del Plan Las cantidades de copago se basan en un porcentaje del Cargo Aprobado		¿Su cantidad de copago le ayuda a cumplir con su límite de bolsillo?	¿Debe cumplir con su Deducible de Año del Plan antes de recibir Beneficios?	¿Este Beneficio se aplica hacia su Máximo Perpetuo?
	En Red	Fuera de la Red			
Beneficio Médico General	75%	50%	Sí	Sí	Sí
Beneficio de Quiropráctico <i>Véase Descripción de Beneficios para las Limitaciones Específicas</i>	75%	75% hasta \$1,000 por Año del Plan	Sí	Sí	Sí
Beneficio de Educación y Capacitación en el Manejo de la Diabetes	75%	50% hasta \$200	Sí	Sí	Sí
		Máximo Perpetuo			
Beneficio de Cuidado de Hospicio <i>Véase Descripción de Beneficios para las Limitaciones Específicas</i>	75%	50% hasta \$10,000	Sí	Sí	Sí
Beneficio de Trastorno Mental y Nervioso					
<i>Hospitalizado</i>	75%	50%	No	Sí	Sí
<i>Paciente externo</i>		50%	No	Sí	Sí
<i>Véase Descripción de Beneficios para las Limitaciones Específicas</i>		hasta 30 días hospitalizado 30 visitas de paciente externo por Año del Plan			

Descripción del Beneficio Cubierto	Cantidad de Copago del Plan		¿Su cantidad de copago le ayuda a cumplir con su límite de bolsillo?	¿Debe cumplir con su Deducible de Año del Plan antes de recibir Beneficios?	¿Este Beneficio se aplica hacia su Máximo Perpetuo?
	En Red	Fuera de la Red			
Beneficio de Cuidado Preventivo Rutinario <i>Véase Descripción de Beneficios para las Limitaciones Específicas</i>	100%	50%	No	No (En Red) Sí (Fuera de la Red)	Sí
Beneficio de Abuso de Sustancias <i>Hospitalizado</i>	75%	50%	No	Sí	Sí
<i>Paciente externo</i> <i>Véase Descripción de Beneficios para las Limitaciones Específicas</i>	75%	50%	No	Sí	Sí
	Hasta un combinado de \$30,000 Máximo Perpetuo				
Beneficio de Disfunción de la Articulación Temporomandibular (TMJ) <i>Véase Descripción de Beneficios para las Limitaciones Específicas</i>	75%	50% hasta \$1,500	Sí	Sí	Sí
	Máximo Perpetuo				
Beneficio de Trasplante <i>Véase Descripción de Beneficios para las Limitaciones Específicas</i>	75%	50% hasta \$150,000 Máximo Perpetuo	Sí	Sí	Sí

Sección 4.01 – Beneficio de Seguro de Vida (Empleado Elegible Únicamente)

Al momento del fallecimiento de un Empleado elegible, el Plan le pagará un Beneficio de Seguro de Vida por la cantidad señalada en la Lista de Beneficios al Beneficiario designado del Empleado difunto, a menos que la muerte fuera intencionadamente autoinfligida a menos que esté asociada con una condición médica. Una condición médica significa cualquier afección, ya sea física o mental, incluida, pero no limitada, a cualquier condición que resulte de una enfermedad, lesión (si la lesión es accidental o no), el embarazo o la malformación congénita. Sin embargo, la información genética no es una condición médica. La política completa está disponible para consultarla en la Oficina del Fondo de Bienestar. El pago de cualquier Beneficio de Seguro de Vida está supeditado al recibo por la Oficina del Fondo de Bienestar de la prueba apropiada de la muerte del Empleado elegible. La prueba apropiada del fallecimiento del Empleado elegible incluye un formulario de reclamación, la copia original o certificada del certificado de defunción y el aviso obituario.

En caso de que el Empleado fallezca sin designar un Beneficiario o en caso de que el Beneficiario designado haya fallecido antes del Empleado, la cantidad del Beneficio de Seguro de Vida será pagada a los primeros aplicables de los siguientes individuos sobrevivientes en partes iguales, en orden descendente:

El Cónyuge sobreviviente del Empleado difunto; hijo o hijos; padres; hermanos; o si no hay ninguno de éstos, a la herencia del Empleado difunto.

Los beneficios pagaderos a los hijos menores pueden pagarse al guardián legal del menor.

Un Empleado elegible puede designar a cualquier persona natural o persona jurídica como Beneficiario de cualquier Beneficio de Seguro de Vida pagadero del Plan, mediante la presentación de la designación, por escrito, ante la Oficina del Fondo de Bienestar. Un Empleado elegible puede designar a un nuevo Beneficiario en cualquier momento presentando un nuevo Formulario de Designación de Beneficiario ante la Oficina del Fondo de Bienestar. Cualquier cambio **NO** entrará en vigor sino hasta que sea recibido en la Oficina del Fondo de Bienestar, y ni el Plan ni los Fideicomisarios estarán obligados a realizar cualquier pago antes de que la Oficina del Fondo de Bienestar o reciba el cambio.

Si un Empleado elegible designa a más de un Beneficiario sin especificar la repartición respectiva, el Beneficio de Seguro de Vida será pagado en partes iguales.

A) Conversión a la Póliza de Seguro Individual

Si un Empleado elegible ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para el Beneficio de Seguro de Vida o si se termina el empleo con el Empleador, el Empleado puede convertir la cobertura del Beneficio del Seguro de Vida de grupo a una póliza de seguros individual con la aseguradora proporcionando la cobertura para el Plan dentro de 31 días después de la terminación de la elegibilidad del empleo. No se requerirá ningún chequeo.

La póliza de seguros individual entrará en vigor y las primas serán pagaderas al final del período de 31 días. Si un Empleado elegible muere durante este período de 31 días, la cobertura del Seguro de Vida será pagada si el Empleado ha solicitado una póliza de seguros individual.

B) Renuncia a la Prima del Seguro de Vida

Si un Empleado llega a ser Totalmente Discapacitado antes de que cumplan los 60 años de edad, la cobertura del Seguro de Vida continuará, sin los Autopagos requeridos, siempre que el Empleado permanezca Totalmente Discapacitado; a condición de que la Póliza de Seguro de Vida de grupo permanezca en vigor y el Empleado haya devuelto un formulario escrito a la Oficina del Fondo dentro de los siguientes 12 meses después de la fecha de la discapacidad.

**Sección 4.02 – Muerte Accidental y Beneficio por Desmembración
(Empleado Clase A o AS únicamente)**

Cuando la lesión corporal causada únicamente por medios accidentales no ocupacionales (independiente de otras causas) da como resultado cualquiera de las siguientes pérdidas dentro de 355 días después de la fecha del accidente, el Plan pagará la cantidad especificada en la Lista de Beneficios. La cantidad por la pérdida de la vida es pagadera al Beneficiario designado. La cantidad por la pérdida de un miembro o miembros, la vista, la audición y/o parálisis es pagadera al Empleado.

El término "Pérdida" como se usa en esta parte en cuanto a las manos o los pies significa la separación completa por o encima de la muñeca o la articulación del tobillo, y en cuanto al ojo significa la pérdida irrecuperable de la vista en el respectivo ojo. Si se sufre más de una pérdida, el Plan pagará el beneficio por la mayor pérdida.

Los beneficios no serán pagaderos por ninguna pérdida que resulta de :

- A) Un accidente de trabajo;
- B) Suicidio o lesiones autoinfligidas intencionadamente mientras estaba sano;
- C) Lesiones debidas al combate durante una guerra o a consecuencia de un acto de guerra; declarado o no declarado;
- D) Servicio militar o naval en cualquier país; o
- E) Lesiones o pérdida de vida de un Empleado que reside fuera de los Estados Unidos.

En caso de que el Empleado fallezca sin designar a un Beneficiario o en caso de que el Beneficiario designado haya fallecido antes que el Empleado, la cantidad del Beneficio por Desmembración o Muerte Accidental será pagada a los primeros aplicables de los siguientes individuos sobrevivientes en partes iguales, en orden descendente:

El Cónyuge sobreviviente del Empleado difunto; hijo o hijos; padres; hermanos; o si no hay ninguno de éstos, a la herencia del Empleado difunto.

Los Beneficios pagaderos a los hijos menores pueden pagarse al guardián legal del menor.

Un Empleado elegible puede designar a cualquier persona natural o persona jurídica como Beneficiario de cualquier Beneficio por Muerte Accidental pagadero del Plan, mediante la presentación de la designación, por escrito, ante la Oficina del Fondo de Bienestar. Un Empleado elegible puede designar a un nuevo Beneficiario en cualquier momento presentando un nuevo Formulario de Designación de Beneficiario ante la Oficina del Fondo de Bienestar.

Cualquier cambio **NO** entrará en vigor sino hasta que sea recibido en la Oficina del Fondo de Bienestar, y ni el Plan ni los Fideicomisarios estarán obligados a realizar cualquier pago antes de que la Oficina del Fondo de Bienestar reciba el cambio.

Si un Empleado elegible designa a más de un Beneficiario sin especificar la repartición respectiva, el Beneficio de Muerte Accidental será pagado en partes iguales.

Sección 4.03 – Beneficio de Pérdida de Tiempo (Empleado Clase A Únicamente)

Cuando un accidente o una enfermedad hace que un Empleado Clase A elegible (quién no es jubilado) quede Totalmente Discapacitado e impide que el Empleado Clase A elegible se dedique a su ocupación corriente, el Plan pagará la Pérdida de Beneficio de Tiempo como se señaló en la Lista de Beneficios.

Cada participante Totalmente Discapacitado que esté bajo el cuidado de un Médico por una lesión o enfermedad recibirá beneficios por ausencia debido a lesión o enfermedad que constituya un período de Incapacidad Absoluta después de solicitar Beneficios y satisfacer el Período de Espera señalado en la Lista de Beneficios. Después del Período de Espera aplicable, un Participante Totalmente Discapacitado recibirá Beneficios pagaderos cada dos semanas por una cantidad especificada en la Lista de Beneficios. Los beneficios por accidente no ocupacional comienzan en el primer día de Incapacidad Absoluta y los subsidios por enfermedad comienzan durante el octavo día de la Incapacidad Absoluta. Para objetivos de este Beneficio, si el tratamiento por una lesión no es solicitado 72 horas después de lesionarse, la discapacidad será tratada como una enfermedad y los Beneficios no comenzarán sino hasta el octavo día.

Si el período de discapacidad excede el tiempo de recuperación esperado para esa condición médica, su caso será enviado a revisión médica, lo cual requerirá el envío de archivos médicos. El tiempo de recuperación esperado será determinado inicialmente de acuerdo con el estándar entonces vigente fijado por el Instituto de Datos de Pérdida de Trabajo. Se permitirá una extensión cuando se tenga la validación de la Necesidad Médica. En ninguna circunstancia el Beneficio se pagará por más del máximo de 13 semanas.

Los períodos sucesivos de discapacidad debido a las mismas causas o a causas relacionadas serán considerados como el mismo período de discapacidad, a menos que sean separados por una liberación para regresar a trabajar, después de la recuperación. Para los objetivos de este beneficio, cualquier lesión que provenga o se dé en el curso de cualquier ocupación o empleo por salario o ganancia será considerada una Discapacidad Ocupacional. Todas las otras discapacidades serán consideradas como Discapacidad No Ocupacional.

Ningún Beneficio será pagadero bajo esta Sección a menos que el Empleado Clase A elegible esté bajo el cuidado frecuente y la atención de un Médico o Cirujano. El Plan requiere la prueba razonable de la discapacidad inicial y continua.

Sección 4.04 – Beneficio Médico General

Los gastos médicos incluidos bajo el Beneficio Médico General serán pagaderos para cuidado Médicamente Necesario y servicios que son pedidos y prescritos por un Médico según la Lista de Beneficios.

A) Cantidad Deducible

Antes de que los beneficios se paguen bajo el Plan, usted debe satisfacer una Cantidad Deducible. Esta es la cantidad en dólares de Gastos Cubiertos que usted paga cada Año del Plan antes de que el Plan pague cualquier Beneficio. Hay una Cantidad Deducible separada para los Servicios en Red, Servicios Fuera de la Red y Visitas de Sala de Emergencias.

1. **Cantidad Deducible En Red**
La Cantidad Deducible en Red es 300 dólares por persona o 600 dólares por familia por Año del Plan. La Cantidad Deducible en Red no se aplica a Beneficios que no están sujetos a un deducible.
2. **Cantidad Deducible Fuera de la Red**
La Cantidad Deducible Fuera de la Red es 600 dólares por persona por Año del Plan sin el máximo de familia. La Cantidad Deducible Fuera de la Red no se aplica a Beneficios que no están sujetos a un deducible.
3. **Cantidad Deducible de Sala de Emergencias**
La Cantidad Deducible de Sala de Emergencias es 50 dólares por persona por visita sin el máximo de familia. El Deducible de Sala de Emergencias es un deducible separado por motivos diferentes a una enfermedad grave que amenaza la vida (según lo verificado por un Médico), accidente (para visitas que ocurren 72 horas después del accidente), o admisión de hospitalizado.

B) Copago

Ciertos servicios de salud cubiertos requieren que usted pague un "Copago". Los copagos son la parte de los Servicios Cubiertos que el Plan paga después de que se satisface la Cantidad Deducible, de ser aplicable. Los copagos son también la parte de Servicios Cubiertos que usted paga.

C) Límite de Bolsillo

La cantidad que usted paga de su bolsillo en un Año del Plan para Gastos Cubiertos se denomina Límite de Bolsillo. Después de que usted alcanza la cantidad máxima indicada en las Listas de Beneficios en un Año del Plan, el Plan paga el 100 % de sus Gastos médicos Cubiertos hasta los máximos anuales o perpetuos, cualquiera que sea aplicable.

D) Máximos Anuales o Perpetuos

Cada Persona Cubierta en el Plan tiene un máximo perpetuo para todos los pagos de beneficios. Además, hay máximos específicos perpetuos y/o Año del Plan para Cargos Cubiertos relacionados con beneficios particulares. Estos máximos son señalados en las Listas de Beneficios.

E) Gastos Cubiertos

Los gastos médicos incluidos bajo el Beneficio Médico General serán pagaderos para los siguientes cuidados y servicios Médicamente Necesarios que son pedidos y prescritos por un Médico:

1. Gastos de cuarto de hospital y alimentación (cubre la tarifa de cuarto semiprivado si se utiliza un cuarto semiprivado o la tarifa promedia del cuarto semiprivado si se utiliza un cuarto privado; y cubre una Unidad de Cuidados Intensivos u otras unidades de cuidado especializadas).

Si una Persona Elegible es admitida en un Hospital, y tal admisión ocurre el viernes o el sábado, entonces el procedimiento quirúrgico o el tratamiento recomendados por un Médico debe comenzar dentro de 24 horas. Si no se hace así, los gastos para cuarto de Hospital y alimentación, los servicios y los suministros necesarios no serán pagados por el Plan y no contarán hacia ningún máximo de bolsillo. Sin embargo, esto no se aplicará a una admisión de fin de semana que es Médicamente Necesaria y recomendada por un Médico.

2. Otros gastos de Hospital suministrados durante la hospitalización (excluyendo servicios personales como teléfono, televisión, etc.) incluyendo: la sala de operaciones, medicamentos (excluyendo medicamentos comprados usando el Beneficio de Medicamentos de Prescripción descrito en la Sección 4.11), sangre y plasma sanguíneo (incluida la administración de éstos y los gastos asociados con la autodonación de sangre antes de una cirugía planeada, de ser recomendada por el Médico que atiende), los exámenes de rayos X, el tratamiento de radiación, la fisioterapia, las pruebas de laboratorio, los apósitos quirúrgicos y los suministros médicos.
3. Los honorarios del médico, incluidas las visitas en el consultorio y en el hospital, pero excluyendo los gastos que están relacionados con procedimientos quirúrgicos.
4. Gastos de UCR por procedimientos quirúrgicos realizados por un Médico y conforme a la Ley de Derechos de Cáncer y Salud Femenina, el Plan cubrirá los Gastos de UCR en los que incurran los Participantes o los Dependientes cubiertos con respecto a una mastectomía, incluso, si la Persona Elegible elige la reconstrucción del seno, la siguiente asistencia médica y dispositivos protésicos en una manera determinada en la consulta con el Médico que atiende al Participante, y la Persona Elegible:
 - a. la reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
 - b. cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico; y
 - c. prótesis y complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluidos linfedemas.
5. Los servicios de una enfermera graduada licenciada o enfermera práctica licenciada, diferente a una persona que generalmente reside en la casa del Participante o Dependiente cubierto o que es miembro de su familia inmediata (que consta del Cónyuge del Participante y los hijos, hermanos y padres de tal Participante o el Cónyuge del Participante).
6. El tratamiento por un fisioterapeuta diferente a una persona que generalmente reside en la casa del Participante o Dependiente cubierto o que es miembro de su familia inmediata (que consta del Cónyuge del Participante, y los hijos, hermanos y padres de tal Participante o el Cónyuge del Participante).
7. El tratamiento dental por un médico o un odontólogo autorizado o cirujano dental, para una mandíbula fracturada o para una lesión en dientes naturales buenos a consecuencia de un accidente, incluido el reemplazo de tales dientes a condición de que el tratamiento sea completado dentro de seis meses después de la fecha del accidente o para los siguientes procedimientos:

- a. retiro quirúrgico de dientes impactados;
 - b. alveoectomía;
 - c. gingivectomía;
 - d. apicoectomía;
 - e. estomatoplastia;
 - f. frenectomía;
 - g. torus mandibularis;
 - h. retiro de quistes;
 - i. retiro de quistes dentígeros;
 - j. osteoplastia;
 - k. ostectomía; y
 - l. cirugía ósea
 - m. torus palatinus
8. Tratamiento de rayos X o de radio.
 9. Diagnóstico de rayos X y pruebas de laboratorio que se realizan como parte de un examen de salud rutinario o que son necesarios para diagnosticar una lesión o enfermedad aparente. También, los rayos X dentales no serán cubiertos, a menos que estén asociados con un procedimiento quirúrgico oral cubierto o prestado dentro de los siguientes seis meses después de la fecha de un accidente para el tratamiento dental de una mandíbula fracturada o de una lesión a dientes naturales.
 10. Servicio de ambulancia profesional local y ambulancia aérea en situaciones de emergencia, excepto servicio por ferrocarril, barco, autobús, aeroplano u otra empresa de transporte público. Los viajes en aeronaves médicamente necesarios pueden ser cubiertos si son aprobados de antemano.
 11. Suministros médicos, limitados a: las drogas y las medicinas que legalmente requieren una prescripción, legalmente obtenida de un farmacéutico autorizado y prescrita por un Médico actualmente autorizado (pero no anticonceptivos o dispositivos o drogas compradas usando el Beneficio de Tarjeta de Medicamento de Prescripción descrito en la Sección 4.11), sangre y plasma sanguíneo; miembros y ojos artificiales, y el costo inicial y el reemplazo de prótesis de ser requerido a consecuencia de crecimiento, cambios patológicos o desgaste (incluidas prótesis externas de seno); apósitos quirúrgicos; yesos; tablillas; bragueros; brackets; muletas; y alquiler hasta el precio de compra de Equipo Médico Duradero como una silla de ruedas, cama de hospital o pulmón de acero y oxígeno, y equipos para su administración.
 12. El primer par de lentes de contacto o gafas prescritas y obtenidas dentro de un año después de la cirugía de cataratas.
 13. Una segunda opinión cuando un Médico ha recomendado una cirugía optativa.
 14. Maternidad y Cuidado del Recién nacido: los Beneficios de Maternidad incluyen todos los servicios médicos relacionados con la maternidad para cuidado prenatal, cuidado postnatal, parto y cualquier otra complicación relacionada. Cuando un embarazo (incluido el correspondiente parto o posibles complicaciones de éste) hace que un Empleado elegible o el Cónyuge Dependiente incurra en gastos, incluido el costo de comadronas autorizadas y centros para dar a luz, el Plan pagará beneficios para el embarazo en la misma base que cualquier otro accidente o enfermedad. Los pagos del

Beneficio de Pérdida de Tiempo se harán a la Empleada o elegible de acuerdo con las disposiciones de Pérdida de Tiempo explicadas en la Sección 4.03 de este Folleto.

LOS BENEFICIOS DE MATERNIDAD SON PAGADEROS BAJO EL BENEFICIO MÉDICO GENERAL ÚNICAMENTE Y ESTÁN SUJETOS A LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y LIMITACIONES QUE RIGEN LOS BENEFICIOS INDIVIDUALES PARA CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O LESIÓN BAJO EL PLAN.

El Plan cumple con una ley federal conocida como la Ley de Protección de Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996 ("Ley de los Recién Nacidos") la cual exige que el Plan no puede restringir ninguna permanencia de Hospital en relación con el parto para la madre o hijo recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, el Plan puede pagar una permanencia más corta si el proveedor de asistencia (p.ej, el Médico, comadrona enfermera o ayudante del Médico), después de la consulta con la madre, está de acuerdo con una fecha del alta más temprana para una madre y su recién nacido.

Bajo la Ley de los Recién nacidos, el Plan **NO** puede fijar el nivel de beneficios o gastos corrientes de modo que cualquier parte posterior de las 48 horas de permanencia (o 96 horas para una operación cesárea) sea tratada de una manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier otra parte de la permanencia.

Además, bajo la Ley de los Recién nacidos, el Plan puede no requerir que un Médico u otro proveedor de asistencia médica obtenga la autorización para prescribir una duración de la permanencia de hasta 48 horas (o 96 horas para una operación cesárea). Sin embargo, el Plan puede requerir la precertificación para usar ciertos proveedores o instalaciones, o reducir gastos corrientes.

Los beneficios de maternidad **NO** son pagaderos a nombre de hijos Dependientes elegibles por gastos incurridos debido a embarazo, parto o aborto espontáneo.

15. Anestésicos y su administración.

16. Gastos de esterilización quirúrgica optativa y dispositivos de control de la natalidad incluidos (pero no limitados a) IUDs, implantes anticonceptivos y cualquier dispositivo similar u otros métodos de control de la natalidad y todos los gastos relacionados, pero sin incluir gastos de abortos electivos usando drogas como RU-486 o abortos quirúrgicos u otras drogas, dispositivos, métodos o procedimientos abortivos. Los anticonceptivos orales de prescripción son cubiertos bajo el Beneficio de Tarjeta de Droga de Prescripción en la Sección 4.11 de este Folleto.

17. Los Gastos Incurridos para zapatos diabéticos y rellenos de dedo del pie si la necesidad de tales artículos es Médicamente Necesaria y es el resultado de diabetes. La cobertura es limitada a no más de un par de zapatos moldeados de manera personalizada (incluidos insertos suministrados con los zapatos y tres pares de insertos, sin incluir los insertos móviles no personalizados suministrados con tales zapatos) por Participante o Dependiente por Año del Plan.

Sección 4.05 – Beneficio de Quiropráctico

Cuando una Persona Elegible incurre en gastos por servicios quiroprácticos no quirúrgicos y ha cumplido con la Cantidad Deducible, el Plan pagará Beneficios según la Lista de Beneficios, hasta un límite de Año del Plan anual de 1,000 dólares en Beneficios por Persona Elegible. Los gastos para visitas de consulta iniciales o rayos X requeridos no se aplicarán al límite de Año del Plan de 1,000 dólares. Los servicios de quiropráctico después de la cirugía serán pagados bajo los Beneficios Médicos Generales, si son Médicamente Necesarios.

Sección 4.06 – Beneficio de Cuidado Odontológico

Cuando una Persona Elegible incurre en gastos por cuidado dental, el Plan pagará beneficios según la Lista de Beneficios, mediante un acuerdo con Delta Dental. No se requiere la aprobación por adelantado de los planes de tratamiento dentales, pero se recomienda. Si tiene preguntas en cuanto al estado de su proveedor de cuidado odontológico, póngase en contacto con Delta Dental en el (800) 524-0149 o en www.deltadental.com.

A) Beneficios Cubiertos

Los servicios odontológicos cubiertos consisten en lo siguiente:

1. Servicios Preventivos

- a. Exámenes periódicos rutinarios, dos veces en cualquier Año Calendario;
- b. Rayos X de Bitewing, una vez en cualquier Año Calendario;
- c. Rayos X de boca completos, una vez en cualquier período de tres años;
- d. Profilaxis dental (limpieza, raspado y pulimento, incluidas visitas de mantenimiento periodontal), dos veces en cualquier Año Calendario;
- e. Aplicación de fluoruro tópica actual para pacientes menores de 15 años de edad una vez en cualquier Año Calendario; y
- f. Selladores, uno por diente por tiempo de vida para superficie oclusal de los primeros molares permanentes hasta los nueve años de edad y segundos molares permanentes hasta los quince años de edad. La superficie debe estar libre de caries y de restauraciones.

2. Otros Servicios Odontológicos

- a. Tratamiento paliativo de emergencia según sea necesario (procedimientos menores para reducir temporalmente el dolor o eliminarlo);
- b. Servicios de restauración usando material de amalgama. Las resinas compuestas y las coronas de porcelana no son cubiertas en dientes posteriores;
- c. Inmovilización provisional una vez cada tres años;
- d. Revestimientos y reparaciones a puentes y dentaduras postizas, una vez en cualquier período de cinco años;

- e. Espaciadores hasta los 14 años de edad, una vez por área por tiempo de vida;
- f. Coronas de acero inoxidable; e
- g. Inyecciones de antibióticos.

B) Limitaciones de los Beneficios Odontológicos

El Beneficio Odontológico tiene las siguientes limitaciones:

1. El Plan es responsable de no más que la cantidad que hubiera sido responsable si sólo un odontólogo hubiera suministrado el servicio, si una Persona Cubierta se traslada del cuidado de un odontólogo a ese de otro odontólogo en el transcurso del tratamiento, o si más de un odontólogo suministra servicios para un procedimiento odontológico.
2. El Plan es responsable únicamente por el tratamiento que tiene la menor prestación en todos los casos en los cuales hay técnicas opcionales del tratamiento que tienen prestaciones diferentes.
3. El Plan se reserva el derecho de obtener opiniones consultivas de un asesor o asesores en la especialidad bajo consideración antes de tomar una decisión en cuanto a unos servicios que involucran reclamación que el Plan determina que son odontológicamente innecesarios. En las reconsideraciones de las reclamaciones de necesidad odontológica negadas, el Plan se reserva adicionalmente el derecho de remitir tales casos a un comité de revisión odontológica apropiado para obtener una opinión consultiva antes de que el Plan tome su determinación final sobre tales reclamaciones.
4. Hasta dos tratamientos de profilaxis adicionales por Año Calendario pueden estar disponibles para pacientes con ciertas condiciones médicas de riesgo elevado como:
 - a. Personas con diabetes y enfermedad periodontal (encía)
 - b. Mujeres embarazadas que tienen enfermedad periodontal (encía);
 - c. Personas con falla renal o que son sometidas a diálisis; o
 - d. Personas con sistemas inmunológicos suprimidos debido a quimioterapia y/o tratamiento de radiación, estado positivo de VIH, trasplante de órganos y/o trasplante de célula troncal (médula ósea)
5. Un tratamiento de fluoruro adicional puede estar disponible cada Año Calendario para pacientes que son sometidos a radiación de cuello o de cabeza.

C) Exclusiones de los Beneficios Odontológicos

El Plan no cubre, en su totalidad o en parte, ningún servicio odontológico o beneficio que no sea considerado Médicamente Necesario. El hecho de que un odontólogo puede prescribir, ordenar, recomendar o aprobar un servicio no implica que éste sea un gasto aceptable, incluso si el servicio no está señalado expresamente como una exclusión.

La autoridad final para determinar si los servicios están cubiertos es determinada por los Fideicomisarios del Plan. Los siguientes servicios no están cubiertos bajo el Beneficio Odontológico:

1. Cualquier servicio superior a las limitaciones indicadas arriba;
2. El reemplazo de cualquier tipo de aparatos perdidos o robados;
3. Un servicio no razonablemente necesario o que por regla general no se realiza para el cuidado dental de la Persona Elegible;
4. Costos por no acudir a una cita prevista;
5. Odontología cosmética;
6. Un servicio no suministrado por un odontólogo, a menos que el servicio sea realizado por un asistente de odontólogo autorizado bajo la supervisión de un odontólogo o si son rayos X pedidos por un odontólogo;
7. Prótesis desprendible o maxilofacial;
8. Cualquier procedimiento odontológico cubierto bajo el Beneficio Médico General, incluido: el retiro de dientes impactados, alveolectomía, gingivectomía, apicoectomía, estomatoplastia, frenectomía, torus mandibular, retiro de quistes dentígeros, osteoplastia, ostectomía, cirugía ósea; o
9. Tratamiento de Ortodoncia.

Sección 4.07 – Educación y Capacitación en el Manejo de la Diabetes

Cuando una Persona Elegible incurre en gastos por educación y capacitación para el manejo de la diabetes, el Plan pagará beneficios según la Lista de Beneficios.

Sección 4.08 – Beneficio de Cuidado Visual

Cuando una Persona Elegible incurre en gastos por servicios de cuidado visual o suministros, el Plan pagará beneficios según la Lista de Beneficios. El Proveedor Preferido para el cuidado visual es UnitedHealthcare Vision. Si tiene preguntas en cuanto al estado de su proveedor de cuidado visual, póngase en contacto con UnitedHealthcare Vision en el (800) 638-3120 o en www.myuhcvision.com. Los servicios suministrados por Wal-Mart y Sam's Club no están cubiertos bajo el Plan.

Sección 4.09 – Beneficio de Audición

Cuando una Persona Elegible incurre en gastos por un examen de audición rutinario hecho por un Médico, en el cual la Persona Elegible no está confinada en un Hospital como hospitalizada durante el tiempo en que se hace tal examen, el costo de tal examen será pagadero según la Lista de Beneficios, hasta un máximo de 60 dólares por Persona Elegible por Año del Plan.

Además, si a consecuencia de un examen de audiencia rutinario hecho por un Médico o un técnico calificado, el Médico o técnico calificado recomienda la compra de un audífono, el Plan reembolsará al Participante según la Lista de Beneficios, hasta un reembolso máximo de 1,000 dólares por oído (2,000 dólares en total) para cualquier Persona Elegible, limitado a un reembolso por oído por 36 meses seguidos por Persona Elegible.

Limitaciones

En ningún caso se suministrará reembolso por la reparación de un audífono (si fue cubierto o no por el Beneficio de Audición) o para la compra de pilas para el audífono.

Sección 4.10 – Beneficio de Cuidado de Hospicio

Los beneficios a nombre de una Persona Elegible por servicios cubiertos para el Cuidado de Hospicio después de que se ha satisfecho la Cantidad Deducible serán pagaderos como se indica en la Lista de Beneficios aplicable, sujetos a un máximo de toda la vida de 10,000 dólares por Persona Elegible.

Un programa de hospicio suministra cuidados para los enfermos en fase terminal en la casa o en una instalación donde son cuidados en un ambiente hogareño cómodo y que brinda apoyo. A menudo, los Hospitales reservan un piso o un ala como un centro de hospicio. El objetivo de un programa de cuidado de hospicio es tener cómodo al paciente, en lugar de tratar de curarlo. El diseño de la instalación y las regulaciones son menos restrictivos que en otras instalaciones de hospitalización.

Los servicios de hospicio incluyen el suministrar a la persona agonizante servicios paliativos y de cuidados médicos de apoyo, y otros servicios de salud a través del cuidado en casa o en un hospital.

Los Gastos Permitidos incluyen:

Por servicios proporcionados durante confinamiento en una instalación de hospicio:

1. Cuarto y alimentación;
2. Los honorarios del médico;
3. Cuidado por enfermeras;
4. Servicios médicos y suministros proporcionados por la instalación;

Para el cuidado de hospicio proporcionado en casa:

1. Cuidados por enfermeras y otros cuidados proporcionados por la agencia de hospicio;

Los beneficios de Cuidado de hospicio sólo serán pagados para pacientes que no se espera que vivan más de seis meses, según lo determinado por el médico del paciente, y para servicios proporcionados por un programa de hospicio que esté acreditado por Medicare.

Sección 4.11 – Beneficio por Trastorno Mental y Nervioso

Cuando un trastorno mental o nervioso hace que una Persona Elegible incurra en gastos de hospitalización o de honorarios médicos o costos de consulta externa, el Plan pagará beneficios según la Lista de Beneficios después de que se haya satisfecho la Cantidad Deducible. Los servicios deben ser proporcionados por un doctor en medicina (MD) o bajo la supervisión directa de un doctor en medicina (MD).

Limitaciones

Para **tratamiento de hospitalización** por trastornos mentales o nerviosos: un límite de Año del Plan de 30 días de cuidados.

Para **tratamiento de consulta externa** por trastornos mentales o nerviosos: un límite de Año del Plan de 30 visitas, con un Copago del 50 %.

Sección 4.12 – Beneficio de Tarjeta de Medicamento de Prescripción

Cuando una lesión o enfermedad no ocupacional hacen que una Persona Elegible necesite medicamentos de prescripción, el Plan pagará los beneficios según la Lista de Beneficios. Los medicamentos de prescripción deben obtenerse legalmente de un farmacéutico autorizado en una Farmacia Participante y deben ser prescritos por un Médico autorizado. El Fondo no tiene ningún contrato con las Farmacias WalMart, Walgreen's o Sam's Club. El Plan actualmente utiliza SavRx como su administrador de beneficios de prescripción. Si tiene preguntas en cuanto al estado de su proveedor de farmacia, póngase en contacto con SavRx en el (800) 228-3108 o www.savrx.com.

A) Definiciones

“**Farmacia Participante**” significa una farmacia al paso (incluida una farmacia de Hospital) o farmacia de venta por correo que ha firmado un acuerdo con el proveedor de servicios para proporcionar medicamentos de prescripción según lo descrito en la Sección 4.12.

B) Farmacias Participantes Minoristas

Las Farmacias Participantes Minoristas permiten prescripciones para un suministro de hasta 30 días. Cada nuevo despacho de fórmula tiene derecho al Copago del 100% por el Plan **después** del pago de la cantidad aplicable por la Persona Elegible según se indica en la Lista de Beneficios.

C) Farmacias Participantes en Pedidos por Correo

Las Farmacias Participantes en Pedidos por Correo permiten prescripciones para un suministro de hasta 90 días. Cada nuevo despacho de fórmula tiene derecho al Copago del 100% por el Plan **después** del pago de la cantidad aplicable por la Persona Elegible como se indica en la Lista de Beneficios. Las Farmacias Participantes en Pedidos por Correo también incluyen las siguientes farmacias al paso que permiten prescripciones de 90 días: CVS, Nations Medicine, Farmacia de Canterbury, Farmacia de Keltsch y Centro de Cuidado Comunitario. Las Drogas de Especialidad no pueden ser despachadas o vueltas a despachar en una Farmacia Participante en Pedidos por Correo.

D) Gastos Cubiertos

1. Todas las drogas de Leyenda Federales;
2. Inyectables Autoadministrados;
3. Jeringuillas para inyectables autoadministrados;
4. Medicación compuesta que contiene al menos un ingrediente de Leyenda Federal;
5. Vitaminas prenatales prescritas durante el embarazo.

6. Suministros para diabéticos disponibles por el Beneficio de Tarjeta de Medicamento de Prescripción. El costo de tales suministros sólo es pagadero a través de este Beneficio de Tarjeta de Medicamento de Prescripción y no será pagadero bajo ninguna otra parte del Plan.

E) Exclusiones y Limitaciones

No se pagarán beneficios por cualquiera de lo siguiente:

1. Cualquier prescripción despachada por las farmacias Walgreen's, WalMart o Sam's Club;
2. El Plan no pagará más para una droga de marca registrada cuando un equivalente genérico está disponible. El Plan pagaría para el equivalente genérico, a menos que el Médico o el Cirujano indiquen "dispensar como está escrito" en la prescripción;
3. Medicamentos en investigación o experimentales;
4. Otros medicamentos de venta libre;
5. Vitaminas (prescripción y de venta libre, excepto vitaminas prenatales prescritas durante el embarazo);
6. Agentes o tratamiento relacionado con la calvicie o el adelgazamiento del pelo (prescripción o de venta libre);
7. Drogas de fertilidad;
8. Todos los productos inyectables, excepto aquellos que pueden ser autoadministrados o aquellos preaprobados por el Plan; o
9. Dispositivos o aparatos terapéuticos.
10. Cualquier gasto en el que se haya incurrido para Drogas de Prescripción de Especialidad que excede el límite de 30 días.

NO OBSTANTE CUALQUIER OTRA DISPOSICIÓN DEL PLAN, EL BENEFICIO DE MEDICAMENTO DE PRESCRIPCIÓN NO ESTÁ DISPONIBLE PARA LAS PERSONAS INSCRITAS EN MEDICARE PARTE D.

Sección 4.13 – Beneficio de Cuidado Preventivo Rutinario

Cuando una Persona Elegible incurre en gastos para servicios cubiertos en red como puesto en una lista abajo, los Beneficios serán pagados según la Lista de Beneficios. Los servicios en red serán pagados bajo el Beneficio Médico General y serán sujetos a la Cantidad Deducible aplicable y Copagos.

Lista de Cuidado Preventivo Rutinario

Procedimiento	Beneficio
Examen Físico Rutinario	2 años de edad y mayores: Máximo 1 visita por Año del Plan en 100% hasta \$300, saldo bajo el Beneficio Médico General. (se permitirá una visita rutinaria adicional al GINECÓLOGO, sujeta al mismo máximo de \$300.)
Detección de Cáncer Cervical Rutinaria (Prueba de Papanicolaou)	1 por Año del Plan cubierta al 100% si es realizada por el médico de cuidado primario o GINECÓLOGO, de otra manera bajo el Beneficio Médico General.
Prueba PSA Rutinaria (Detección de Cáncer de Próstata)	1 por Año del Plan cubierta al 100%, de otra manera bajo el Beneficio Médico General.
Mamografía (Detección de Cáncer del Seno)	Edad 40-49: 1 cada 2 Años del Plan al 100% 50 años de edad y mayores: 1 por Año del Plan al 100% De otra manera bajo el Beneficio Médico General.
Detección del Cáncer Colorrectal	50 años de edad y mayores: 1 sigmoidoscopia cada 5 Años del Plan al 100% 50 años de edad y mayores: 1 colonoscopia cada 10 Años del Plan al 100% De otra manera bajo el Beneficio Médico General.
Examen de Bienestar del Niño e Inmunizaciones	100% desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad para visitas rutinarias de bienestar del niño y todas las inmunizaciones recomendadas por el Centro de Control de Enfermedades.
Inmunizaciones Rutinarias de Adultos y Niños	100% excluyendo aquellas requeridas por viajes de negocios o de vacaciones, según lo recomendado por el Centro de Control de Enfermedades (2 años de edad y mayores).

Limitaciones

El Beneficio de Cuidado Preventivo Rutinario no incluye el costo de los exámenes físicos hechos en relación a deportes, empleo o transporte; salvo que los exámenes en relación con la obtención o mantenimiento de un Permiso de Conducir Comercial (CDL) serán cubiertos para el Empleado Elegible y Cónyuge. También, este beneficio no incluye exámenes físicos con un diagnóstico diferente a un examen de bienestar (tales pruebas excluidas *pueden* ser cubiertas bajo el Beneficio Médico General en la Sección 4.04 E 9).

Sección 4.14 – Beneficio de Abuso de Sustancias

Cuando el alcoholismo, la dependencia de químicos o el abuso de sustancia hacen que una Persona Elegible incurra en gastos de hospitalización o tratamiento de consulta externa en un Centro o Hospital para el Tratamiento del Abuso de Sustancias, el Plan pagará los beneficios según la Lista de Beneficios después de que se haya satisfecho la Cantidad Deducible. A partir del 1ro de abril de 2010, el paciente debe presentar la prueba de haber completado el programa de tratamiento prescrito a fin de ser elegible para este Beneficio.

Ciertos Sindicatos Locales participantes tienen un programa de ayuda al empleado disponible a través del Sindicato sin costo para la Persona Elegible. Póngase en contacto con su Sindicato Local para obtener más información en cuanto a estos programas.

Limitaciones

Para **tratamiento de hospitalización** por alcoholismo, dependencia química o abuso de sustancias: un límite de Año del Plan de 15 días de cuidados o hasta 10,000 dólares. Para el tratamiento de hospitalización, sólo se cubrirán dos cursos del tratamiento de hospitalización en el tiempo de vida. Para objetivos de este Beneficio, un “curso del tratamiento de hospitalización” significa un período que consiste en días consecutivos de confinamiento en un Centro o Hospital de Tratamiento contra el Abuso de Sustancias como un hospitalizado.

Para **tratamiento de consulta externa** por alcoholismo, dependencia química o abuso de sustancias: un máximo de Año del Plan de 2,000 dólares.

Tanto para **hospitalizado como para tratamiento de consulta externa**, un máximo de toda la vida combinado de 30,000 dólares por individuo se aplicará.

Exclusiones

Los Beneficios de Abuso de Sustancia no serán pagados para un tratamiento ordenado por un tribunal, según la exclusión indicada en Exclusiones y Limitaciones de Beneficio número 38.

Sección 4.15 – Beneficio de Disfunción de la Articulación Temporomandibular (TMJ)

Si una Persona Elegible incurre en gastos debidos a la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ), el Plan pagará beneficios según la Lista de Beneficios, hasta un límite perpetuo de 1,500 dólares por persona después de que se ha satisfecho la Cantidad Deducible. El tratamiento de TMJ incluye servicios asociados con la TMJ, excluyendo servicios considerados de naturaleza odontológica (como la modificación o el movimiento de dientes usando coronas, puentes, dentaduras postizas o brackets).

Sección 4.16 – Beneficio de Trasplante

Si una Persona Elegible incurre en gastos debidos a un trasplante de órgano, el Plan pagará los beneficios después de que se hayan satisfecho las Cantidades Deducibles, de la siguiente manera:

A) Beneficio de Cirugía y Hospital para el Receptor de Trasplante

Los Gastos de UCR por trasplantes serán cubiertos, pero en ningún caso la cantidad cubierta excederá los máximos, de la siguiente manera:

Lista de Beneficios de Trasplante	
Procedimiento	Beneficio Hospital y Quirúrgico Máximo
Hígado	\$150,000
Corazón- Pulmón	\$150,000
Pulmón	\$150,000
Corazón	\$110,000
Médula ósea	\$ 95,000
Célula troncal	\$ 95,000
Riñón	\$ 40,000
Páncreas	\$ 35,000
Córnea	\$ 6,000

Los gastos de trasplante cubiertos incluyen los siguientes (a ser contados hacia los máximos en la mencionada lista):

1. El uso del equipo mecánico temporal, pendiente de la adquisición de una parte de cuerpo humano u órgano compatibles.
2. Trasplantes múltiples durante una sesión operativa.
3. Reemplazo o trasplantes subsiguientes.

Los beneficios de hospital y cirugía del receptor del trasplante comienzan el día en que empieza la evaluación y finalizan cuando la persona es dada de alta del hospital y/o instalación de rehabilitación intensiva.

El Beneficio de Hospital y Cirugía del Receptor del Trasplante máximo perpetuo para todos los trasplantes combinados no excederá el límite del Beneficio de Cirugía y Hospital del Receptor del Trasplante de 150,000 dólares por tiempo de vida del receptor.

Este límite de Beneficio de Hospital y Cirugía del Receptor del Trasplante perpetuo es separado del Beneficio de Gasto de Seguimiento del Trasplante perpetuo y de los límites de Beneficio de Donante perpetuo descritos en esta Sección.

El Beneficio de Cirugía y Hospital de Receptor del Trasplante se tiene en cuenta para el Límite de Bolsillo y el Máximo de Tiempo de Vida de Plan general.

B) Segunda Opinión

Puede obtenerse una segunda opinión antes del procedimiento de trasplante. La segunda opinión debe ser dada por un Médico que:

1. Está calificado para dar tal opinión por su experiencia, formación de especialista o educación; y
2. No tiene ninguna relación con el médico que realizará la cirugía de trasplante.

C) Beneficio de Gasto de Seguimiento de Trasplante

Se cubrirán los costos para la asistencia postoperatoria rutinaria del receptor del trasplante, incluida, entre otras, la terapia inmunosupresora y las visitas del Médico; a condición de que el Beneficio de Gasto de Seguimiento de Trasplante no exceda ninguno de los siguientes límites:

1. 10,000 dólares por Año del Plan; o
2. 60,000 dólares por tiempo de vida.

Este límite de Beneficio de Gasto de Seguimiento de Trasplante perpetuo es separado de los límites de Beneficio de Cirugía y Hospital del Receptor del Trasplante perpetuo y de Beneficio de Donante perpetuo descritos en esta Sección.

El Beneficio de Gasto de Seguimiento de Trasplante se tiene en cuenta para el Límite de Bolsillo y el Máximo Perpetuo del Plan general.

D) Beneficio de Donante de Trasplante

Cuando el receptor del trasplante es cubierto por el Plan, se cubrirán los siguientes gastos del donante del trasplante:

1. Las pruebas para identificar a un donante compatible;
2. Los gastos para la adquisición de órganos o tejidos del cuerpo del donante;
3. Gastos para apoyo de vida de un donante pendiente del retiro de un órgano o tejido del cuerpo utilizable; y
4. Transporte de un órgano o tejido corporal, o de un donante en apoyo de vida.

El Beneficio de Donante de Trasplante no excederá el límite de Beneficio de Donante de Trasplante de 10,000 dólares perpetuo del receptor.

Este límite de Beneficio de Donante de Trasplante perpetuo es separado de los límites de Beneficio de Cirugía y Hospital del Receptor del Trasplante perpetuo y de Beneficio de Gasto de Seguimiento de Trasplante descritos en esta Sección.

El Beneficio de Donante de Trasplante de Hospital se tiene en cuenta para el Límite de Bolsillo y el Máximo Perpetuo del Plan general.

E) Limitaciones

Los Beneficios de Donante de Trasplante están supeditados a que el receptor esté cubierto por el Plan. El Beneficio de Donante de Trasplante no se aplica cuando el donante, pero no el receptor, está cubierto por el Plan. En caso de que tanto el donante como el receptor estén cubiertos por el Plan, los beneficios pagaderos y los límites aplicables son los beneficios y los límites del receptor, no del donante.

Los servicios y los suministros para el donante cuando los beneficios de donante están disponibles por otra cobertura de grupo no excederán el 100 % de los Gastos Cubiertos.

F) Exclusiones de Beneficio de Trasplante

No obstante cualquier cosa en contrario en este Plan, el Plan no cubre los gastos siguientes:

1. Servicios o suministros experimentales.
2. Los gastos cuando se suministra cualquier clase de financiación del gobierno.
3. Los costos de alojamiento, alimentación o transporte.

4. Receptor, donante y servicios de consecución y los costos incurridos fuera de los Estados Unidos.
5. Cualquier órgano o tejido animal o dispositivo mecánico o equipo que no se considera Médicamente Necesario según lo determinado por el Plan.

G) Requisito de Notificación

Antes del tratamiento, todos los receptores y donantes de trasplante potenciales deben ponerse en contacto con el Programa de Revisión de Utilización del Plan, el cual ayudará al receptor y/o al donante a recibir el tratamiento más rentable. La información de contacto del Programa de Revisión de Utilización del Plan puede encontrarse en la Sección 9.15.

ARTÍCULO V – EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LOS BENEFICIOS

El Plan proporciona Beneficios sólo para aquellos servicios y gastos cubiertos Médicamente Necesarios expresamente descritos en el Plan. **Se supondrá que cualquier omisión de servicio o gasto será una exclusión aunque no esté expresamente declarada como tal.**

SI NO ESTÁ SEGURO SI UN SERVICIO O PROCEDIMIENTO MÉDICO ESTÁ CUBIERTO, PÓNGASE EN CONTACTO CON LA OFICINA DEL FONDO DE BIENESTAR PARA LA ACLARACIÓN. SI NO LO HACE, ASÍ PODRÍA DARSE LA POSIBILIDAD DE QUE DEBA ASUMIR CUALQUIER GASTO NO CUBIERTO O EXCLUIDO EN EL QUE INCURRA.

Además de cualquier otra limitación, específica o general, señalada en el Plan, los beneficios **NO** son pagaderos por ninguna pérdida causada, incurrida o resultante de :

1. El tratamiento, los servicios o los suministros que no son Médicamente Necesarios, a menos que estén expresamente cubiertos por el Plan;
2. Gastos quirúrgicos superiores al precio habitual, acostumbrado y razonable;
3. Cirugía cosmética o reconstructiva, excepto: 1) para reparar daños causados por un accidente o que son resultado de éste; 2) para reparar un defecto congénito Médicamente Necesario; 3) para la reconstrucción de un seno en el cual se ha realizado una mastectomía; 4) para la cirugía y reconstrucción de un seno no afectado a fin de producir un aspecto simétrico; 5) para cobertura para prótesis; y, 6) para complicaciones físicas de todos los estados de la mastectomía (incluidos edemas de linfa) en una manera determinada en consulta con el Médico que atiende y el paciente;
4. Costos duplicados por el mismo servicio o suministro donde dos o más operaciones quirúrgicas se hacen a través de la misma incisión o durante la misma sesión operativa;
5. Medicamentos que no son de prescripción o drogas y medicaciones sin receta médica, aunque estén prescritos por un Médico;
6. Gastos incurridos por abortos electivos, uso de drogas, dispositivos, métodos o procedimientos, incluidos, entre otros, RU-486 o abortos quirúrgicos y todos los gastos relacionados;
7. El tratamiento, los servicios o los suministros que son considerados experimentales o que no son proporcionados de acuerdo con normas médicas profesionales generalmente aceptadas;
8. Los gastos incurridos para el diagnóstico o el tratamiento de fertilidad o infertilidad o promoción de la fertilidad incluidas (pero no limitadas a) las pruebas y procedimientos de fertilidad, la inversión de la esterilización quirúrgica y cualquier intento de causar el embarazo mediante terapia hormonal, inseminación artificial, fertilización in vitro y transferencia de embrión o cualquier otro tratamiento o método;

9. La lesión o la enfermedad que proviene u ocurre en el curso de cualquier ocupación o empleo por salario o ganancia, o que daría derecho al individuo a beneficios bajo la Compensación del Trabajador o ley de enfermedad ocupacional; excepto bajo la parte de Beneficios de Pérdida de Tiempo del Plan conforme a la Sección 4.03 y bajo la parte de Seguro de Vida del Plan según lo descrito en la Sección 4.01;
10. Las lesiones o enfermedades sufridas o contraídas mientras en las Fuerzas Armadas de cualquier país;
11. Las lesiones o enfermedades sufridas o contraídasn debido a la guerra o cualquier acto de guerra, declarada o no declarada;
12. Las lesiones, enfermedades u otras condiciones intencionadamente autoinfligidas, o el intento de autodestrucción, a menos que la lesión o enfermedad sean un resultado de "una condición médica". *Una condición médica* significa cualquier condición, o física o mental, incluyendo, entre otras, cualquier condición que resulta de la enfermedad, lesión (si la lesión es accidental o no), el embarazo o la malformación congénita. Sin embargo, la información genética no es una condición.
13. Los gastos incurridos durante el confinamiento en un Hospital que es propiedad y es operado por el gobierno de los Estados Unidos o cualquier agencia de éste, excepto como se requiera por otra parte según la ley;
14. Tratamiento, servicios o suministros proporcionados por o bajo la dirección del gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias, incluida la Administración de Veteranos, a menos que se requiera de otra manera según la ley;
15. Los gastos incurridos durante el confinamiento en un hospital que es propiedad y es operado por un estado, provincia o subdivisión política, a menos que haya un requisito incondicional de parte del individuo cubierto bajo este Plan de pagar tales gastos sin hacer caso de cualquier responsabilidad contra otros, ya sean contractuales u otras;
16. Tratamiento, servicios o suministros proporcionados fuera de los Estados Unidos de América, excepto por Emergencias;
17. Gobierno de la casa o Cuidado de Custodia, sin tener en cuenta dónde o por quién es proporcionado;
18. Cuidado del Desarrollo, según lo definido en este Plan, sin tener en cuenta dónde o por quién es proporcionado;
19. Gastos incurridos para zapatos ortopédicos, ortótica u otros dispositivos de soporte para los pies, excepto los gastos Médicamente Necesarios incurridos para zapatos de diabéticos y rellenos de dedo del pie necesarios a consecuencia de la diabetes, tal como se señala en la Sección 4.04 E 17;
20. Gastos incurridos para transformación sexual o tratamientos relacionados con la disfunción sexual;

21. Los gastos incurridos relacionados con trastornos mentales y nerviosos que son clasificados como desviaciones o trastornos sexuales;
22. Los gastos incurridos principalmente para la educación, formación o desarrollo de las habilidades del individuo necesarias para afrontar una lesión o enfermedad;
23. Los gastos incurridos relacionados con dejar de fumar;
24. Gastos incurridos para acupuntura; excepto cuando se usa en lugar de un agente anestésico para cirugía cubierto;
25. Artículos de higiene personal y de conveniencia (para la conveniencia del individuo cubierto, su familia, proveedor de cuidados, médico u otro proveedor médico), tales como, entre otros, acondicionadores de aire, humidificadores, tinas calientes o jacuzzis, camas de rayos ultravioletas, saunas, baños de vapor, camas de agua, equipo de buena forma física o artículos similares, membresías a clubes de salud o clubes campestres, o servicios por una masajista o terapeuta de masajes, incluso si un médico puede prescribirlos;
26. Gastos por consultas telefónicas, por no acudir a una cita programada, por finalización de un impreso de demanda o por obtener archivos médicos u otra información;
27. Los gastos incurridos por aumento o reducción de senos que no tienen que ver con el cáncer del seno u otra condición Médicamente Necesaria;
28. Excepto en cuanto a la Clase A, los gastos incurridos por cuidados de Maternidad y de Recién nacido;
29. Gastos de maternidad incurridos por hijos dependientes;
30. Gastos de Cuidado de Recién nacidos o cualquier gasto incurrido por un hijo nacido, adoptado por o colocado para adopción con hijos dependientes;
31. Una lesión o enfermedad que proviene de o en el curso de cualquier incidente que implica a un tercero, donde el tercero puede ser responsable de la lesión;
32. Gastos incurridos por exámenes físicos rutinarios, exámenes prematrimoniales, detección, estudios, chequeos o inoculaciones preventivas excepto conforme al Plan.
33. Cualquier gasto o cargo por ejercicios visuales o entrenamiento de la visión;
34. Exámenes de la visión, refracciones o adaptación de gafas o costo de los recursos visuales, terapia de visión, queratotomía radial cirugía similar hecha para el tratamiento de la miopía, excepto injerto córneo (excepto según lo permitido bajo Beneficio de Cuidado Visual);
35. Cualquier tratamiento de la obesidad (incluida, entre otras, la cirugía para pérdida de peso) o pérdida, gasto o cargo que resulta del control del apetito, adicciones de alimento, trastornos de la alimentación (excepto los casos documentados de bulimia o

36. anorexia que cumplen con los criterios de diagnóstico estándar según lo determinado por la Junta de Fideicomisarios y que presentan problemas médicos sintomáticos significativos);
37. Tratamiento odontológico, excepto lo expresamente dispuesto en la Sección 4.06.
38. Gastos incurridos por orientación matrimonial;
39. Lesión o enfermedad que ocurra durante una tentativa de cometer o la comisión de un delito de menor cuantía o crimen o la participación voluntaria en una perturbación pública o disturbio y lesiones presentadas como un resultado directo de conducir mientras se está legalmente afectado, o los gastos incurridos debido a o relacionados con el tratamiento contra el abuso de sustancias ordenado por un tribunal;
40. Los gastos incurridos por suministros diabéticos comprados sin usar el Beneficio de Tarjeta de Medicamento Droga de Prescripción cuando tales suministros están disponibles bajo el Beneficio de Tarjeta de Medicamento de Prescripción;
41. Admisiones de hospital de fin de semana (viernes, sábado o domingo) a menos que se deban a una Emergencia médica o cuando una cirugía está programada para el día siguiente, a menos que sea Médicamente Necesaria y recomendada por un Médico;
42. Los gastos incurridos por Drogas de Prescripción de Especialidad que exceden el límite de 30 días.

ARTÍCULO VI –PROGRAMA PARA LOS ANCIANOS

(Clases AS, B, C, CP y D)

Los siguientes temas son analizados en este Artículo sobre el Programa para los Ancianos:

-
- 6.01. Elegibilidad para Participar en el Programa para los Ancianos
 - 6.02. Terminación de la Elegibilidad en el Programa para los Ancianos
 - 6.03. Registro de Participantes Discapacitados Ocupacionalmente, Participantes Totalmente Discapacitados o Jubilados
 - 6.04. Registro de Dependientes
 - 6.05. Estructura de Cobertura de Tres Etapas
 - 6.06. Transferencias de Cobertura Clase A a Beneficios Médicos para los Ancianos
 - 6.07. Autopagos para Mantener la Cobertura para Beneficios Médicos para los Ancianos
 - 6.08. Costo del Autopago
 - 6.09. Cobertura Suministrada por la Porción del Plan de Beneficios Médicos para los Ancianos
-

Sección 6.01 – Elegibilidad para Participar en el Programa para los Ancianos

Cada Participante que cesa el empleo de jornada completa activo debido a jubilación, Discapacidad Ocupacional o Discapacidad Absoluta con todos los Empleadores, será elegible para registrarse en esta parte del Plan a condición de que las contribuciones hayan sido hechas a nombre del Participante por los Empleadores al Plan o el Participante haya hecho Autopagos al Plan por un periodo de no menos de cinco años que preceden inmediatamente a la petición de Beneficios para los Ancianos y el Participante ha sido elegible durante al menos cinco Periodos de Cobertura bajo el Plan durante el mismo período de cinco años y,

- A) el Participante está Ocupacionalmente Discapacitado o Totalmente Discapacitado y recibe actualmente o anteriormente recibió un beneficio de pensión del Fondo de Pensiones de Trabajadores de Indiana; o
- B) el Participante está recibiendo beneficios por discapacidad o por jubilación de la Administración de Seguridad Social; o
- C) el Participante está recibiendo un beneficio de pensión bajo los términos del plan de jubilación aplicable de un Empleador.

Sección 6.02 – Terminación de la Elegibilidad en el Programa para los Ancianos

Un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado que llega a ser elegible para participar bajo esta parte del Plan, permanecerá elegible para participar hasta la fecha en que deja de hacer un Autopago oportuno para la cobertura. Un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado que deja de hacer un Autopago oportuno para la cobertura sólo puede participar otra vez en el Plan si regresa al trabajo activo y cumple con los requisitos para la elegibilidad inicial según lo señalado en la Sección 3.01. La participación no puede recobrase mediante Autopagos.

Un Dependiente cubierto que está cubierto bajo esta parte del Plan permanecerá cubierto hasta que cualquiera de lo siguiente ocurra más temprano:

- A) el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado elige (1) un miembro únicamente o (2) miembro y Cónyuge o un tipo de cobertura Dependiente nombrado que no cubre al Dependiente cubierto aplicable,
- B) el individuo ya no califica como Dependiente, o
- C) el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado deja de ser cubierto por el Plan.

Sección 6.03 – Registro de Participantes Discapacitados Ocupacionalmente, Participantes Totalmente Discapacitados o Jubilados

Un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado que cumple con los requisitos de elegibilidad señalados en la Sección 6.01 debe registrarse para la cobertura en la Clase apropiada bajo esta parte del Plan en cualquier momento durante el período de 90 días inmediatamente después de que cualquiera de lo siguiente ocurra más tarde:

- A) su Discapacidad Ocupacional, Discapacidad Absoluta o jubilación, o
- B) la terminación de su cobertura bajo la Clase A.

En el momento del registro, el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado debe elegir uno de los tipos de cobertura de Tres Etapas descritos en la Sección 6.05. Si el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado se registra, pero no hace una selección de cobertura de Tres Etapas afirmativas, se pensará que el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado ha decidido tener cobertura únicamente para los miembros.

Si un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado no se registra durante este período, no se le permitirá registrarse en cualquier fecha posterior excepto mediante el regreso al trabajo activo y el cumplimiento de los requisitos para la elegibilidad inicial como se indica en la Sección 3.01.

Sección 6.04 – Registro de Dependientes

A un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado que se registra para Beneficios Médicos para los Ancianos se le permitirá registrar a sus Dependientes durante el período de tiempo especificado en la Sección 6.03. Además, si un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado es cubierto por la Asistencia médica y tiene un Cónyuge u otro Dependiente que no está cubierto por la Asistencia médica, tal Cónyuge u otro Dependiente puede ser registrado para cobertura en la Clase apropiada.

En el momento del registro, el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado debe elegir uno de los tipos de cobertura de Tres Etapas descritos en la Sección 6.05. Si el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado registra a Dependientes, pero no hace una

selección afirmativa de cobertura de Tres Etapas, se pensará que el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado ha elegido la cobertura para miembros únicamente y el registro de Dependientes no tendrá fuerza legal.

Sección 6.05 – Estructura de Cobertura de Tres Etapas

Al momento de la aprobación de la elegibilidad para el Programa para los Ancianos, el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado debe elegir una de las etapas siguientes de cobertura y Autopago:

- A) miembro únicamente: esta etapa proporcionará la cobertura sólo para el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado; o
- B) miembro y el Cónyuge o un Dependiente nombrado: esta etapa proporcionará la cobertura sólo para el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado y (1) su Cónyuge o (2) un Dependiente identificado por el nombre; o
- C) familia: esta etapa proporcionará cobertura para el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado, su Cónyuge (si lo tiene) y cualquier Dependiente registrado.

El costo del Autopago variará según la clase de cobertura aplicable bajo la Sección 6.09 y la etapa de cobertura elegida. La Oficina del Fondo de Bienestar mantiene una lista de tasas de Autopago, que puede ser enmendada de vez en cuando.

Excepto según lo descrito en el párrafo de abajo, la selección bajo esta Sección es una selección por una sola vez. Los cambios de futuras circunstancias, como un individuo que ya no califica como Dependiente o Cónyuge, provocarán una reducción automática del tipo de cobertura. Sin embargo, excepto según lo descrito en el párrafo de abajo, en ningún caso aumentará la cobertura (de la A de arriba a la B o C de arriba; o de la B de arriba a la C de arriba) respecto a la cobertura elegida durante el período de elección por una sola vez. A condición de que, además, no obstante algo al contrario en este Plan, el Cónyuge o Dependiente de un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado que no es cubierto después de esta selección por una sola vez, o el cambio de cobertura aceptable conforme al siguiente párrafo no sea elegible para beneficios de sobreviviente bajo el Artículo VII – Programa de Cónyuge Sobreviviente.

En caso de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción que ocurren después de la elección por una sola vez, el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado pueden cambiar el tipo de cobertura para reflejar la adición del nuevo Cónyuge u otro Dependiente, a condición de que el cambio sea solicitado dentro de un período de 30 días que comienza en la fecha del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción.

Además, si un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado se registra para Beneficios Médicos para los Ancianos y tiene un Cónyuge o Dependiente que es por otra parte elegible para la cobertura bajo los términos de los Beneficios Médicos para los Ancianos entonces, pero rehusa la cobertura por estar cubierto por otro plan de salud, incluso tener la cobertura Activa bajo este Plan, tal Cónyuge o Dependiente puede ser añadido a la cobertura de Beneficios Médicos para los Ancianos de ser

solicitada por el Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado cubierto a más tardar 30 días después de la pérdida de cobertura del Cónyuge o Dependiente bajo el otro plan.

No obstante lo anterior, a un Participante que renuncia a la cobertura de droga de prescripción de este Plan para inscribirse en la cobertura de droga de prescripción Parte D de Medicare se le permitirá terminar la cobertura de la Parte D y reelegir la cobertura de droga de prescripción de este Plan una vez, pero sólo si el Participante reelige la cobertura de droga de prescripción de este Plan dos años después de la primera inscripción en la cobertura de la Parte D.

Sección 6.06 – Transferencias de Cobertura Clase A a Beneficios Médicos para los Ancianos

Un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado puede mantener su elegibilidad para una Lista completa de Beneficios, excluyendo los Beneficios de Pérdida de Tiempo, conforme al programa de Clase A por medio del Autopago según la Sección 3.03, sin renunciar a sus derechos de elegibilidad a Beneficios Médicos para los Ancianos más tarde. Además, un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado (pero no un antiguo Participante que termina el servicio con un Empleador por otros motivos) pueden trasladarse al programa de Beneficios Médicos para los Ancianos (incluida la parte de Seguro de Vida del Plan y, en algunos casos, la parte de Seguro por Muerte Accidental y Desmembración del Plan, según lo descrito en la Sección 4.02) dentro de 90 días después de la expiración de la cobertura conforme al programa de Clase A. Sin embargo, dicho Participante Ocupacionalmente Discapacitado, Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado no pueden regresar del programa de Beneficios Médicos para los Ancianos al programa de Clase A a menos que esa persona vuelva a trabajar y cumpla de nuevo con los requisitos para la participación inicial indicados en la Sección 3.01. Los autopagos para el programa de Beneficios Médicos para los Ancianos se describen en la Sección 6.07.

Sección 6.07 – Autopagos para Mantener la Cobertura para Beneficios Médicos para los Ancianos

Un Participante Totalmente Discapacitado, un Participante Ocupacionalmente Discapacitado o Jubilado pueden hacer Autopagos para Beneficios Médicos para los Ancianos (Clases AS, B, C, CP o D) por una cantidad determinada por la Junta de Fideicomisarios, pagadera por adelantado. Los autopagos para la cobertura de elegibilidad inicial en la parte de Beneficios Médicos para los Ancianos del Plan deben hacerse antes del décimo día del mes que precede al primer mes del siguiente Período de Cobertura. Sin embargo, los Jubilados no elegibles para Medicare pueden agotar sus horas de mirada hacia atrás hasta por dos Períodos de Cobertura antes de que se requieran los Autopagos. Los autopagos que no se hagan de manera oportuna no serán aceptados y la cobertura será terminada. En tal caso, el Participante sólo puede participar otra vez en el Plan mediante el regreso al trabajo activo y el cumplimiento de los requisitos para la participación inicial señalados en la Sección 3.01. Los autopagos para la cobertura en los Beneficios Médicos para los Ancianos pueden ser descontados del cheque de pensión mensual si el Participante Totalmente Discapacitado, Jubilado o Cónyuge reciben una pensión del Fondo de Pensiones de Trabajadores de Indiana o del Fondo Fiduciario de Pensión de Obreros de la Construcción del Condado Lake y Cercanías.

Sección 6.08 – Costo del Autopago

El Plan subvencionará el costo de Beneficios Médicos para los Ancianos a una tasa del 2 % para cada año del servicio con el Plan hasta una subvención máxima del 60 %. Un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado hará un

Autopago por la diferencia entre el costo subvencionado y el costo total de la cobertura. El costo total de la cobertura variará según la ataoa de cobertura elegida bajo la Sección 6.05 y la clase de cobertura aplicable bajo la Sección 6.09. La Oficina del Fondo de Bienestar mantiene una lista de costos que puede ser enmendada de vez en cuando.

Sección 6.09 – Cobertura Suministrada por la Porción del Plan de Beneficios Médicos para los Ancianos

Los Participantes y/o los Dependientes que pueden ser elegibles para la cobertura de Beneficios Médicos para los Ancianos y las Clases aplicables de cobertura son indicados en las Secciones 1.02 y 1.03 de este Folleto. La Clase que se aplica a un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado y sus Dependientes depende de la edad y el estado de dependiente, y en algunos casos, de la selección por parte del Participante Ocupacionalmente Discapacitado, del Participante Totalmente Discapacitado o del Jubilado, de una Clase aplicable. Las cinco Clases proporcionan cobertura en las cantidades especificadas en la Lista de Beneficios.

Los Beneficios Médicos para los Ancianos para aquellos Participantes elegibles para Medicare complementarán el pago de Medicare y pagarán hasta el 100 % de la cantidad permitida de Medicare para aquellos servicios elegibles bajo la Parte A o la Parte B de Medicare. No se pagará ningún Beneficio por servicios no cubiertos por Medicare a menos que el servicio aparezca expresamente en la Lista de Beneficios. Aquellos servicios serán pagados conforme a la Lista de Beneficios Clase A.

ARTÍCULO VII – PROGRAMA DE CÓNYUGE SOBREVIVIENTE

(CLASE S o Elección de CLASE B, C, CP o D)

Los siguientes temas son analizados en este Artículo sobre el Programa de Cónyuge Sobreviviente:

-
- 7.01. Elección de Sobreviviente
 - 7.02. Beneficios Clase S
 - 7.03. Autopagos para Mantener la Cobertura para Beneficios del Cónyuge Sobreviviente
 - 7.04. Costo del Autopago
-

Sección 7.01 – Elección de Sobreviviente

El Cónyuge sobreviviente elegible de un Participante, Participante Ocupacionalmente Discapacitado, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado puede elegir continuar por sí mismo y por los hijos Dependientes cubiertos del Participante difunto, Participante Ocupacionalmente Discapacitado, Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado, en una base de Autopago:

- A) de ser elegible para Medicare, el sobreviviente puede elegir la cobertura Clase C, CP o D, o
- B) si no es elegible para Medicare, el sobreviviente puede elegir los beneficios Clase B o S.

Si no hay ningún Cónyuge sobreviviente elegible en el momento del fallecimiento, los Dependientes no serán elegibles para la cobertura bajo este Artículo VII.

Los beneficios del sobreviviente bajo las Clases B, C, CP, D o S cesarán para un Dependiente sobreviviente si los Autopagos cesan (o se retardan) o si el Dependiente sobreviviente es cubierto bajo otro plan de salud de grupo (a menos que tal plan de salud de grupo limite la cobertura debido a una cláusula de condición preexistente, en cuyo caso la cobertura bajo este Plan puede continuar para la condición excluida sólo hasta el final del período de exclusión de la condición preexistente).

No obstante algo al contrario en este Plan, el Cónyuge o Dependiente de un Participante Ocupacionalmente Discapacitado, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado que no esté cubierto después de que la selección por una vez de un cambio de cobertura aceptable bajo la Sección 6.05, no será elegible para recibir beneficios de sobreviviente bajo el Artículo VII a la muerte del Participante Ocupacionalmente Discapacitado, Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado.

La elegibilidad para Beneficios de Sobreviviente comienza inmediatamente después de la terminación de la cobertura de beneficio que se debe al momento de la muerte del Participante Ocupacionalmente Discapacitado, del Participante Totalmente Discapacitado o del Jubilado. Un Cónyuge sobreviviente debe elegir la cobertura dentro de 60 días después de que su cobertura termine. Los hijos dependientes serán cubiertos siempre que cumplan con la definición de Dependiente.

Sección 7.02 – Beneficios Clase S

Los beneficios Clase S son los mismos que los beneficios Clase A, pero no incluirán Beneficios de Maternidad, Cuidado de Recién nacido o de Bienestar Infantil; los Beneficios de Pérdida de Tiempo; o los Beneficios de Seguro de Vida por Muerte Accidental y Desmembración.

En caso de que un Cónyuge sobreviviente Clase S sea elegible para recibir indemnizaciones por discapacidad de Medicare, entonces tal Cónyuge debe trasladarse a la Clase C, la Clase CP o la Clase D.

La cobertura Clase S cesará para un Cónyuge sobreviviente y los Dependientes cubiertos si:

- A) Los autopagos cesan (o se retrasan); o
- B) El Cónyuge sobreviviente es cubierto por otro plan de salud de grupo (a menos que tal plan de salud de grupo limite la cobertura debido a una cláusula de exclusión de condición preexistente, en cuyo caso la cobertura bajo este Plan puede continuar seguida para la condición excluida sólo hasta el final del período de exclusión de la condición preexistente); o
- C) El Cónyuge sobreviviente se vuelve elegible para Medicare y no se traslada a la Clase C, la Clase D o la Clase CP.

Los Dependientes que pueden ser elegibles para cobertura de Beneficios de Sobreviviente (Clase S) son señalados en la Sección 1.04 de este Folleto.

Sección 7.03 – Autopagos para Mantener la Cobertura para Beneficios del Cónyuge Sobreviviente

Un sobreviviente elegible bajo el Artículo VII puede hacer Autopagos para Beneficios de Cónyuge Sobreviviente en una cantidad determinada por la Junta de Fideicomisarios de vez en cuando, pagaderos por adelantado. Los autopagos para la cobertura de elegibilidad inicial en la parte de Cónyuge Sobreviviente del Plan deben hacerse dentro de 60 días después de la fecha en que expira la cobertura del Cónyuge. La cobertura inicial será suministrada a partir del primer día del siguiente Período de Cobertura después de que expira la cobertura del Cónyuge. Para participar durante Períodos de Cobertura subsiguientes, los Autopagos deben hacerse hasta el décimo día del mes que precede al primer mes del siguiente Período de Cobertura. La cobertura se terminará si no se reciben los Autopagos.

Sección 7.04 – Costo del Autopago

La subvención aplicable al Participante, al Participante Discapacitado Ocupacionalmente o al Participante Totalmente Discapacitado para Beneficios Médicos para los Ancianos como se describió en la Sección 6.08 también será aplicada a un Cónyuge sobreviviente elegible que elige beneficios Clase S o decide seguir en las Clases B, C, CP o D.

Esta subvención del Plan es a una tasa del 2 % para cada año de servicio con el Plan hasta una subvención máxima del 60%. El Cónyuge sobreviviente hará un Autopago por la diferencia entre el costo subvencionado y el costo total de la cobertura. El costo total de la cobertura variará según la etapa de cobertura elegida (si es aplicable) y la Clase de cobertura elegida. La Oficina del Fondo de Bienestar mantiene una lista de costos, que puede ser enmendada de vez en cuando.

ARTÍCULO VIII – DISPOSICIONES VARIAS

Los siguientes temas son analizados en este Artículo sobre Disposiciones Varias:

- 8.01. Aviso de Dirección
 - 8.02. Delegación de la Autoridad
 - 8.03. Solicitud para Beneficios y Cuotas
 - 8.04. Presentación de Reclamaciones
 - 8.05. Procedimientos para Reclamaciones
 - 8.06. Procedimientos para Apelaciones
 - 8.07. Sitio
 - 8.08. Indemnización por Responsabilidad
 - 8.09. Certificado de Cobertura Acreditable
 - 8.10. Interés No Transferible
 - 8.11. Derechos de Empleo
 - 8.12. Coordinación de Beneficios
 - 8.13. Coordinación con Medicare
 - 8.14. Subrogación
 - 8.15. Otros Derechos de Recuperación
 - 8.16. Programa de Revisión de Asistencia Médica
 - 8.17. Organización Proveedora Preferida
 - 8.18. Beneficios Asegurados
 - 8.19. Enmienda y Terminación
 - 8.20. Terminación del Plan por un Empleador
 - 8.21. Ilegalidad de una Disposición en Particular
 - 8.22. Leyes Aplicables
 - 8.23. Regla de Privacidad de HIPAA
 - 8.24. Regla de Seguridad de HIPAA
-

Sección 8.01 – Aviso de Dirección

Cada titular de un derecho a beneficios bajo cualquier parte de este Plan debe presentar a la Junta de Fideicomisarios, por escrito, su dirección de correos y cada cambio en la dirección de correos. Cualquier comunicación, declaración o aviso dirigido a tal persona a su última dirección de correos reportada serán obligatorios para él para todos los objetivos del Plan y ni a la Junta de Fideicomisarios ni a cualquier Empleador lo puede obligar a buscar o averiguar su paradero.

Sección 8.02 – Delegación de la Autoridad

La Junta de Fideicomisarios puede designar una o varias personas, incluidas, entre otras, abogados, auditores, organizaciones de proveedores preferidas, gerentes de inversión, asesores, firmas de revisión de utilización u otras entidades calificadas y delegar aquellos poderes y deberes que considere deseable a cualquiera de estas personas, en cuyo caso se considerará que cada referencia que se hace aquí a la Junta de Fideicomisarios significará o incluirá a aquellas personas también en cuanto a los asuntos dentro de su jurisdicción, ya sea que se haga o no una referencia específica a la delegación aquí.

Sección 8.03 – Solicitud para Beneficios y Cuotas

Todas las personas que reclaman beneficios bajo cualquier parte de este Plan deben hacer la solicitud y suministrar a la Junta de Fideicomisarios o a su agente designado, tales documentos, pruebas o información, escrita en inglés, que la Junta de Fideicomisarios o su agente designado consideren necesarios o deseables para la administración del Plan. Tales reclamaciones de beneficios no deben presentarse más tarde que el último de los 18 meses a partir de la fecha en que se incurrió en la reclamación, a condición de que, en caso de beneficios coordinados con Medicare o con cualquier Otro Plan del Grupo (según lo definido en la Sección 8.12), la reclamación para beneficios deba presentarse a más tardar 18 meses después de la fecha en que el pagador principal pagó los beneficios.

Además, cada persona que reclama beneficios debe suministrar tal información prontamente y firmar aquellos documentos que la Junta de Fideicomisarios o su agente designado puedan requerir antes de que se vuelva pagadero cualquier beneficio.

Sección 8.04 – Presentación de Reclamaciones

En la mayoría de casos, el proveedor presentará reclamaciones electrónicamente a la red PPO apropiada. Si usted tiene que presentar su propia reclamación, los impresos de demanda y las instrucciones pueden obtenerse en la Oficina del Fondo de Bienestar. De ser posible, llame a la Oficina del Fondo de Bienestar para solicitar un impreso de demanda unos días antes de que usted o su Dependiente necesite el formulario. Después de completar el formulario, presente todas las reclamaciones por escrito a la Junta de Fideicomisarios en la siguiente dirección: Welfare Fund Office, P.O. Box 1587, Terre Haute, IN 47808-1587.

Además, cada persona que reclama beneficios debe suministrar tal información rápidamente y firmar los documentos que la Junta de Fideicomisarios o su agente designado pueda requerir antes de que se vuelva pagadero cualquier beneficio.

Sección 8.05 – Procedimientos para Reclamaciones

Las regulaciones de reclamaciones federales clasifican todas las reclamaciones en Reclamaciones de Preservicio (urgente y no urgente), Reclamaciones de Postservicio y Reclamaciones de Discapacidad. Según el tipo de reclamación, el plan aplica intervalos de tiempo diferentes para tomar una decisión sobre la reclamación. Si su reclamación es negada, se aplican los siguientes intervalos de tiempo. Después de la tabla de abajo (que resume estos intervalos de tiempo) se encuentran las definiciones especiales que se aplican para las reclamaciones de beneficios, el tiempo para los avisos de denegación de reclamación de beneficios y la manera en la cual se requiere que se den tales avisos y el contenido requerido de tales avisos.

Límites de Tiempo	Tipo de Reclamación			
	Asistencia médica urgente	Asistencia médica de Pre-servicio (no urgente)	Asistencia médica de Post-servicio	Discapacidad
LA ACCIÓN INDICADA DEBE OCURRIR DENTRO DE ESTOS LÍMITES DE TIEMPO				
Para que el Plan tome una determinación inicial sobre la reclamación (apruebe o niegue la reclamación)	72 horas (según las circunstancias médicas)	15 días (según las circunstancias médicas)	30 días (más pronto si es razonable)	45 días
Para que el Plan obtenga una extensión de tiempo (si el aviso apropiado dado al demandante y tardanza están más allá del control del Plan)	Ninguna	15 días	15 días	30 días, más otros 30 días
Para que el Plan solicite información faltante al demandante después de que el Plan reciba la reclamación	24 horas	15 días	30 días	45 días
Para que el demandante proporcione la información faltante después de que el Plan solicite información	48 horas	45 días	45 días	45 días

DEFINICIONES

Los siguientes términos son aplicables a los procedimientos que se aplican a una Denegación de Reclamación y las apelaciones a las Denegaciones de Reclamación y tendrán los significados señalados abajo. Usted o su Beneficiario que hacen una reclamación son llamados un "demandante".

Denegación de Reclamación o Denegación de la Reclamación

El término "**Denegación de Reclamación**" o "**Denegación de la Reclamación**" significa cualquiera de lo siguiente: una denegación, reducción, terminación, o el no suministrar o no hacer un pago (completo o en parte) de un beneficio, incluida cualquier denegación, reducción, terminación, o el no suministrar o no hacer un pago debido a una determinación de la elegibilidad de un Participante o de su Beneficiario para participar en un Plan, incluyendo una denegación, reducción, terminación, o el no suministrar o no hacer un pago (completo o en parte) de un beneficio que resulte de la solicitud de cualquier revisión de utilización, así como el no cubrir un artículo o servicio para el cual los beneficios son por otra parte proporcionados debido a que se determinó que es experimental o en investigación, o no es médicamente necesario o apropiado.

Reclamación que Implica Cuidado Urgente

Una "**Reclamación que Implica Cuidado Urgente**" es cualquier reclamación para asistencia médica o tratamiento con respecto a la cual la aplicación de los períodos de tiempo para hacer determinaciones de **cuidado no urgente**:

- A) Podría poner en peligro seriamente la vida o la salud del demandante o la capacidad del demandante de recobrar su estado óptimo, o,

- B) En opinión de un Médico con conocimiento de la condición médica del demandante, sometería al demandante a dolor severo que no puede ser manejado de manera adecuada sin el cuidado o tratamiento que es el asunto de la reclamación.

Si una reclamación es una "Reclamación que Implica Cuidado Urgente", ésta debe ser determinada por un individuo que actúa de parte del Plan aplicando el juicio de un lego prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina. Excepto que cualquier reclamación que un Médico con el conocimiento de la condición médica del demandante determina que es una "Reclamación que Implica Cuidado Urgente" dentro del sentido de esta Sección, será tratada como una "Reclamación que Implica Cuidado Urgente" para los objetivos de esta Sección.

Plan de Salud de Grupo

El término "**Plan de Salud de Grupo**" significa un Plan de beneficio social de empleado dentro del sentido de la Sección 3(1) del ERISA al grado en que tal Plan proporcione "asistencia médica" dentro del sentido de la Sección 733 (a) del ERISA. Su cobertura de asistencia médica es considerada cobertura del "Plan de Salud de Grupo" conforme a esta definición.

Profesional de Asistencia médica

El término "**Profesional de Asistencia Médica**" significa un médico u otro profesional de asistencia médica licenciado, acreditado, o certificado para desempeñar servicios de salud especificados consecuentes con la Ley estatal.

Aviso o Notificación

El término "**Aviso**" o "**Notificación**" significa la entrega o el suministro de información a un individuo en una manera que satisface los estándares de 29 CFR 2520.104b-1(b), según sea apropiado, con respecto al material que se requiere se suministre o se ponga a disposición de un individuo.

Reclamación de Preservicio

El término "**Reclamación de Preservicio**" significa cualquier reclamación para un beneficio bajo un Plan de Salud de Grupo con respecto al cual los términos del Plan condicionan el recibo del beneficio, completo o en parte, a la aprobación del beneficio antes de la obtención de la asistencia médica.

Reclamación de Postservicio

El término "**Reclamación de Postservicio**" significa cualquier reclamación para un beneficio bajo un Plan de Salud de Grupo que no es una Reclamación de Preservicio.

Relevante

Un documento, registro, u otra información serán considerados "**Relevantes**" a la reclamación de un demandante si tal documento, registro, u otra información:

- A) Se utilizó como soporte para tomar la determinación del beneficio;
- B) Fue presentado, considerado, o generado en el curso de la toma de la determinación de beneficio, sin hacer caso a si tal documento, registro, u otra información sirvieron de soporte para tomar la determinación de beneficio;
- C) Demuestra la conformidad con los procesos administrativos y salvaguardas requeridos de acuerdo con 29 CFR 2560.503-1 (m)(b)(5) en la toma de la determinación de beneficio; o

- D) En caso de un Plan de Salud de Grupo o un Plan que proporciona beneficios por discapacidad, constituye una declaración de política o dirección con respecto al Plan acerca de la opción de tratamiento denegada o beneficio para el diagnóstico del demandante, sin hacer caso de si tal consejo o declaración sirvieron de soporte para la toma de la determinación de beneficio.

OPORTUNIDAD DE NOTIFICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIO

En General: Reclamaciones Diferentes a Reclamaciones de Discapacidad o de Asistencia Médica de Grupo

Si una reclamación es denegada total o parcialmente, el Administrador del Plan notificará al demandante de los Procedimientos de Apelación del Plan dentro de un período de tiempo razonable, pero no más tarde de 90 días después de que el Plan recibe la reclamación, a menos que el Administrador del Plan determine que las circunstancias especiales requieren una extensión de tiempo para procesar la reclamación. Si el Administrador del Plan determina que se requiere una extensión de tiempo para el procesamiento, el Aviso escrito de la extensión será suministrado al demandante antes del final del período inicial de 90 días. En ningún caso esta extensión excederá un período de 90 días a partir del final del período inicial. El Aviso de extensión indicará las circunstancias especiales que requieren una extensión de tiempo y la fecha en la cual el Plan espera dar la determinación de beneficio.

Reclamaciones de Asistencia médica

En caso de una reclamación para beneficios de asistencia médica, el Administrador del Plan notificará al demandante de la determinación de beneficios del Plan, según sea apropiado tal como se muestra abajo:

A) Reclamaciones de Cuidados Urgentes

En caso de una **Reclamación que Implica Cuidado Urgente**, el Administrador del Plan notificará al demandante de la determinación de beneficios del Plan (ya sea una aprobación o denegación) cuanto antes, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero no más tarde que 72 horas después de que el Plan reciba la reclamación, a menos que el demandante no proporcione información suficiente para determinar si, o hasta qué punto, los beneficios son cubiertos o pagaderos bajo el Plan. En caso de que esto ocurra, el Administrador del Plan notificará al demandante cuanto antes, pero no más tarde que 24 horas después de que el Plan reciba la reclamación, de la información específica necesaria para completar la reclamación. Al demandante se le dará una cantidad razonable de tiempo, teniendo en cuenta las circunstancias, pero no menos de 48 horas, para proporcionar la información especificada. El Administrador del Plan notificará al demandante sobre la determinación de beneficios del Plan cuanto antes, pero en ningún caso más tarde que 48 horas después de que cualquiera de lo siguiente ocurra más temprano:

1. El Plan recibe la información especificada, o
2. El final del período suministrado al demandante para proporcionar la información adicional especificada.

B) Decisiones de Cuidado Concurrentes

Si el Plan ha aprobado un curso de tratamiento actual para ser proporcionado durante un período de tiempo o número de tratamientos:

1. Cualquier reducción o terminación por el Plan del curso del tratamiento (diferente a la realizada mediante enmienda o terminación del Plan) antes del final del período de tiempo o número de tratamientos, constituirán una Denegación de Reclamación. El Administrador del Plan notificará al demandante de la Denegación en un tiempo suficientemente antes de la reducción o terminación para permitir que el demandante apele y obtenga una determinación sobre la revisión de esa Denegación antes de que el beneficio sea reducido o terminado.
2. Cualquier petición por un demandante para ampliar el curso del tratamiento más allá del período de tiempo o número de tratamientos que es una Reclamación que Implica Cuidado Urgente, será decidida cuanto antes, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, y el Administrador del Plan notificará al demandante sobre la determinación de beneficio, ya sea de aprobación o denegación, dentro de 24 horas después de que el Plan recibe la reclamación, a condición de que cualquier reclamación se haga al Plan al menos 24 horas antes de la expiración del período prescrito de tiempo o número de tratamientos. La notificación de cualquier Denegación de Reclamación acerca de una petición para ampliar el curso del tratamiento, ya sea que implique cuidado urgente o no, será dada al demandante, y cualquier apelación se regirá por los procedimientos conforme a las reglas de apelaciones.

C) Otras Reclamaciones

En caso de una reclamación no descrita arriba, el Administrador del Plan notificará al demandante sobre la determinación de beneficios del Plan, según sea apropiado.

1. Reclamaciones de Preservicio

En caso de una Reclamación de Preservicio, el Administrador del Plan notificará al demandante sobre la determinación de beneficios del Plan (ya sea aprobación o denegación) dentro de un período razonable del tiempo apropiado a las circunstancias médicas, pero no más tarde que 15 días después de que el Plan recibe la reclamación. Este período puede ser ampliado una vez por el Plan hasta por 15 días, a condición de que el Administrador del Plan determine que tal extensión es necesaria debido a asuntos más allá del control del Plan y notifique al demandante, antes de la expiración del período de 15 días inicial, de las circunstancias que requieren la extensión del tiempo y la fecha en la cual el Plan espera dar una decisión. Si tal extensión es necesaria debido a que el demandante no presentó la información necesaria para que se tomara una decisión sobre la reclamación, el Aviso de extensión describirá expresamente la información requerida, y al demandante se le otorgarán al menos 45 días a partir del recibo del Aviso para proporcionar la información especificada.

2. Reclamaciones de Postservicio

En caso de una Reclamación de Postservicio, el Administrador del Plan notificará al demandante, dentro de un período razonable del tiempo, pero no más tarde que 30 días después del recibo de la reclamación. Este período puede ser ampliado un tiempo por el Plan hasta por 15 días, a condición de que el Administrador del Plan determine que tal extensión es necesaria debido a asuntos más allá del control del Plan y notifique al demandante, antes de la expiración del período inicial de 30 días, de las circunstancias que requieren la extensión del tiempo y la fecha en la cual el Plan espera dar una decisión. Si tal extensión es necesaria debido a que el demandante no presentó la información necesaria para que se tomara una decisión sobre la reclamación, el Aviso de extensión describirá expresamente la información

requerida, y al demandante se le otorgarán al menos 45 días a partir del recibo del Aviso para proporcionar la información especificada.

D) Reclamaciones de Discapacidad

En caso de una reclamación para beneficios por discapacidad, el Administrador del Plan notificará al demandante de la Apelación de Procedimientos de Denegación de Reclamaciones del Plan dentro de un período razonable de tiempo, pero no más tarde que 45 días después de que el Plan recibe la reclamación. Este período puede ser ampliado por el Plan hasta por 30 días, a condición de que el Administrador del Plan determine que tal extensión sea necesaria debido a asuntos más allá del control del Plan y notifique al demandante, antes de la expiración del período inicial de 45 días, de las circunstancias que requieren la extensión del tiempo y la fecha en la cual el Plan espera dar una decisión. Si, antes del final del primer período de extensión de 30 días, el Administrador determina que, debido a asuntos más allá del control del Plan, no puede dar una decisión dentro de ese período de extensión, el período para tomar la determinación puede ser ampliado hasta por 30 días adicionales, a condición de que el Administrador del Plan notifique al demandante, antes de la expiración del primer período de extensión de 30 días, de las circunstancias que requieren la extensión y la fecha en la cual el Plan espera dar una decisión. En caso de cualquier extensión conforme a este párrafo, el Aviso de extensión explicará expresamente los estándares en los cuales se basa el derecho a un beneficio, los asuntos no resueltos que impiden que se tome una decisión sobre la reclamación, y la información adicional necesaria para resolver esos asuntos, y al demandante se le otorgarán al menos 45 días para proporcionar la información especificada.

E) Cálculo de Períodos de Tiempo

Para objetivos de esta Sección, el período de tiempo dentro del cual se requiere que se tome una determinación de beneficio comenzará al momento en que se presente la reclamación de acuerdo con los procedimientos de un Plan, sin hacer caso de si toda la información necesaria de tomar una determinación de beneficio acompaña la presentación. En caso de que se amplíe un período de tiempo según lo permitido debido a que un demandante no presentó la información necesaria para que se tomara una decisión sobre una reclamación, el período para hacer la determinación de beneficios será sometido a una pausa o se detendrá ampliado a partir de la fecha en la cual la Notificación de la extensión es enviada al demandante hasta la fecha en la cual el demandante responde a la petición de información adicional.

MANERA Y CONTENIDO DE LA NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS

El Administrador del Plan proveerá a un demandante una Notificación escrita o electrónica de cualquier Denegación de la Reclamación. La Notificación señalará, en una manera calculada para ser entendida por el demandante:

- A) La razón específica o motivos de la Denegación;
- B) La referencia a las disposiciones específicas del Plan sobre las cuales se basó la determinación;
- C) Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para que el demandante perfeccione la reclamación y una explicación de por qué tal material o información son necesarios;

- D) Una descripción de los procedimientos de revisión del Plan y los límites de tiempo aplicables a tales procedimientos, incluida una declaración del derecho del demandante a iniciar un proceso civil bajo la Sección 502 (a) de ERISA después de una Denegación sobre una revisión;
- E) En caso de una Denegación de asistencia médica o beneficios por discapacidad por parte de un Plan de Salud de Grupo o un Plan que proporciona beneficios por discapacidad,
1. Si una regla interna, pauta, protocolo, u otro criterio similar fuera utilizado como soporte para realizar la Denegación, esta regla específica, pauta, protocolo, u otro criterio similar será proporcionado al demandante; o una declaración de que dicha regla, pauta, protocolo, u otro criterio similar se utilizará como soporte para la realización de la Denegación y que una copia de dicha regla, pauta, protocolo, u otro criterio será proporcionada de manera gratis al demandante a solicitud; o
 2. Si la Denegación se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión similar o límite, una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del demandante será proporcionada al demandante, o una declaración de que esta explicación será proporcionada gratuitamente a petición.
- F) En caso de una Denegación por un Plan de Salud de Grupo respecto a una Reclamación que Implica Cuidado Urgente, una descripción del proceso de revisión acelerada aplicable a tales reclamaciones.

En caso de una Denegación por un Plan de Salud de Grupo respecto a una Reclamación que Implica Cuidado Urgente, la información descrita arriba puede proporcionarse al demandante oralmente dentro del intervalo de tiempo prescrito, a condición de que una Notificación escrita o electrónica se suministre al demandante a más tardar tres días después de la Notificación oral.

Si su reclamación para beneficios es denegada, usted debería usar primero los procedimientos de apelación del Plan que se encuentran en la Sección 5.21 antes de presentar la demanda ante el tribunal. La no presentación de la apelación bajo la Sección 5.21 podría hacer que cualquier acción de tribunal que usted pueda presentar sea considerada prematura y podría hacer que su caso sea desestimado de tal manera que se impida cualquier otra acción del tribunal. Si su reclamación para beneficios es denegada otra vez en la apelación bajo la Sección 5.21, usted puede proceder entonces al tribunal ya que habrá agotado entonces los procedimientos de revisión administrativos de este Plan.

Sección 8.06 – Procedimientos para Apelaciones

APELACIÓN DE DETERMINACIONES DE BENEFICIO ADVERSAS

Las reclamaciones federales y las regulaciones de apelaciones clasifican todas las reclamaciones y apelaciones de Denegaciones de Reclamaciones en Reclamaciones de Preservicio (urgente y no urgente), Reclamaciones de Postservicio y Reclamaciones de Discapacidad. Diferentes intervalos de tiempo para que el Plan tome una decisión sobre la apelación de una Denegación de Reclamación se aplican a cada tipo de reclamación. Si su reclamación es denegada, y usted presenta una apelación o revisión de la Denegación de Reclamación, se aplican los siguientes intervalos de tiempo. Después de la tabla de abajo (que

resume los intervalos de tiempo) se encuentran secciones sobre: las reglas que rigen una apelación, el tiempo de los avisos de Denegación de Reclamaciones, la manera en que se dan tales avisos y el contenido requerido de los avisos.

Límites de Tiempo	Tipo de Reclamación			
	Asistencia médica urgente	Asistencia médica de Pre-servicio (no urgente)	Asistencia médica de Post-servicio	Discapacidad
LA ACCIÓN INDICADA DEBE OCURRIR DENTRO DE ESTOS LÍMITES DE TIEMPO				
Para que el demandante solicite la apelación después de la Denegación	180 días	180 días	180 días	180 días
Para que el Plan tome la Determinación sobre la apelación	72 horas (según las circunstancias médicas)	30 días	La apelación será oída en la siguiente reunión trimestral de la Junta de Fideicomisarios después de que el demandante presentó la apelación (o si la apelación es presentada 30 días después de la siguiente reunión prevista, la apelación será oída en la segunda reunión trimestral) el Demandante será notificado 5 días después de la decisión del Plan.	La apelación será oída en la siguiente reunión trimestral de la Junta de Fideicomisarios después de que el demandante presentó la apelación (o si la apelación es presentada 30 días después de la siguiente reunión prevista, la apelación será oída en la segunda reunión trimestral) el Demandante será notificado 5 días después de la decisión del Plan
Para que el Plan obtenga una extensión de tiempo (si el aviso apropiado dado al demandante y tardanza están más allá del control del Plan)	Ninguna	Ninguna	El plan puede ampliar la audiencia de la apelación por una reunión trimestral adicional si el demandante es notificado antes de la reunión determinada arriba.	El plan puede ampliar la audiencia de la apelación por una reunión trimestral adicional si el demandante es notificado antes de la reunión determinada arriba.

APELACIÓN DE RECLAMACIONES DENEGADAS

Revisión Completa y Justa de Reclamaciones Diferentes a las Reclamaciones de Discapacidad o Asistencia Médica

Como parte de sus derechos de apelación de una denegación de una reclamación diferente a una reclamación de Beneficios de Asistencia Médica o beneficios por discapacidad:

- A) Los demandantes tendrán 60 días después de recibo de una Notificación de una Determinación de Beneficios Adversa para apelar la determinación;
- B) Los demandantes tendrán la oportunidad de presentar comentarios escritos, documentos, archivos, y otra información acerca de la reclamación para beneficios;
- C) A los demandantes se les proporcionará, a petición y sin costo alguno, acceso razonable y copias de todos los documentos, archivos, y otra información Relevante a la reclamación de beneficios del demandante.
- D) La revisión de la apelación tendrá en cuenta todos los comentarios, documentos, archivos, y otra información presentada por el demandante acerca de la reclamación, sin hacer caso de si tal información fue presentada o considerada en la determinación de beneficio inicial.

Beneficios de Asistencia médica

Como parte de sus derechos de apelación de una Denegación de una Reclamación para Beneficios de Asistencia Médica:

- A) Los demandantes tendrán al menos 180 días después de recibir una notificación de Denegación de la Reclamación para apelar la Denegación;
- B) La revisión de la Denegación en la apelación no se sustentará en ningún aspecto de la Denegación inicial y será realizada por un fiduciario apropiado nombrado por el Plan, el cual no es ni la persona que hizo la Denegación que es el asunto de la apelación, ni un subordinado de tal persona;
- C) En la decisión de una apelación de cualquier Denegación que se basa en su totalidad o en parte en un juicio médico, incluidas las determinaciones en cuanto a si un tratamiento particular, droga, u otro artículo son experimentales, en investigación, o no médicamente necesarios o apropiados, el fiduciario apropiado nombrado consultará con un Profesional de Asistencia Médica que tenga la formación apropiada y la experiencia en el campo de la medicina implicado en el juicio médico;
- D) El Plan proporcionará al demandante la identificación de cualquier experto médico o profesional cuyo consejo fue obtenido de parte del Plan en relación con la Denegación de un demandante, sin hacer caso de si el consejo sirvió de soporte o no para tomar la determinación en cuanto al beneficio;

- E) El proceso de revisión de la apelación dispondrá que el Profesional de Asistencia Médica contratado para los objetivos de una consulta será un individuo que no es ni un individuo a quien consultaron en relación con la Denegación que es el asunto de la apelación, ni un subordinado de dicho individuo; y
- F) Provea, en caso de una **Reclamación que Implica Cuidado Urgente**, un proceso de revisión acelerado de acuerdo con el cual:
1. Una petición de una apelación acelerada de una Denegación puede ser presentada oralmente o por escrito por el demandante; y
 2. Toda la información necesaria, incluida la determinación de beneficios del Plan bajo revisión, será transmitida entre el Plan y el demandante por teléfono, facsímile, u otro método disponible expedito similar.

Planes que Proporcionan Beneficios por Discapacidad

El proceso de apelaciones de una reclamación de Beneficios por Discapacidad debe cumplir con los requisitos para la apelación de una reclamación para Beneficios de Asistencia Médica o Beneficios por Discapacidad y los párrafos A) hasta E) de la mencionada sección sobre apelaciones de Beneficios de Asistencia Médica.

OPORTUNIDAD PARA LA NOTIFICACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS EN REVISIÓN

En General, Reclamaciones Diferentes a las Reclamaciones por Discapacidad o Salud

El fiduciario apropiado nombrado tomará una determinación de beneficios no más tarde que la fecha de la reunión del comité o junta que inmediatamente sigue al recibo por parte del Plan de una petición de revisión, a menos que la petición de la revisión se presente dentro de 30 días que preceden a la fecha de tal reunión. En este caso, una determinación de beneficio puede hacerse a más tardar en la fecha de la segunda reunión después de que el Plan recibe la petición de revisión. Si circunstancias especiales (como la necesidad de realizar una audiencia) requieren una extensión adicional de tiempo para el procesamiento, una determinación de beneficios se dará a más tardar en la tercera reunión del comité o junta después de que el Plan recibe la petición de revisión. Si tal extensión de tiempo para la revisión se requiere debido a circunstancias especiales, el Administrador del Plan proveerá al demandante el aviso escrito de la extensión, describiendo las circunstancias especiales y la fecha en la cual se tomará la determinación de beneficios, antes de que empiece la extensión. El Administrador del Plan notificará al demandante de la determinación de beneficios cuanto antes, pero a más tardar cinco días después de que se toma la determinación de beneficios.

Reclamaciones de Asistencia médica

En caso de una apelación de una Denegación de Reclamación para Beneficios de Asistencia Médica, el Administrador del Plan notificará al demandante de la determinación de beneficios del Plan en la revisión tal como se señala abajo, según sea apropiado.

A) Reclamaciones de Cuidados Urgentes

En caso de una **Reclamación que Implica Cuidado Urgente**, el Administrador del Plan notificará al demandante de la determinación de beneficios del Plan en la revisión en apelación cuanto antes, teniendo en cuenta las circunstancias médicas, pero a más tardar 72 horas después de que el Plan recibe la petición del demandante de la revisión en la apelación de una Denegación.

B) Reclamaciones de Preservicio

En caso de una Reclamación de Preservicio, el Administrador del Plan notificará al demandante de la determinación de beneficios del Plan en la revisión en la apelación dentro de un período razonable del tiempo apropiado para las circunstancias médicas. Tal notificación se proporcionará a más tardar 30 días después de que el Plan reciba la petición del demandante de la revisión de una Denegación.

C) Reclamaciones de Postservicio

En caso de una Reclamación de Postservicio, el fiduciario apropiado nombrado tomará una determinación de beneficios no más tarde que la fecha de la reunión del comité o junta que inmediatamente sigue al recibo por parte del Plan de una petición de revisión, a menos que la petición de la revisión se presente dentro de 30 días que preceden a la fecha de tal reunión. En este caso, una determinación de beneficio puede hacerse a más tardar en la fecha de la segunda reunión después de que el Plan recibe la petición de revisión. Si circunstancias especiales (como la necesidad de realizar una audiencia) requieren una extensión adicional de tiempo para el procesamiento, una determinación de beneficios se dará a más tardar en la tercera reunión del comité o junta después de que el Plan recibe la petición de revisión. Si tal extensión del tiempo para la revisión se requiere debido a circunstancias especiales, el Administrador del Plan notificará al demandante por escrito de la extensión, describiendo las circunstancias especiales y la fecha en la cual se tomará la determinación de beneficio, antes del comienzo de la extensión. El Administrador del Plan notificará al demandante de la determinación de beneficios cuanto antes, pero más tardar cinco días después de que se toma la determinación de beneficios.

Reclamaciones de Discapacidad

En caso de una Reclamación de Discapacidad, el fiduciario apropiado nombrado tomará una determinación de beneficios no más tarde que la fecha de la reunión del comité o junta que inmediatamente sigue al recibo por parte del Plan de una petición de revisión, a menos que la petición de revisión se presente dentro de 30 días que preceden a la fecha de tal reunión. En tal caso, una determinación de beneficios puede hacerse a más tardar en la fecha de la segunda reunión después de que el Plan recibe la petición de revisión. Si circunstancias especiales (como la necesidad de realizar una audiencia, si los procedimientos del Plan disponen que se haga una audiencia) requieren una extensión adicional de tiempo para el procesamiento, una determinación de beneficios se dará a más tardar en la tercera reunión del comité o junta después de que el Plan recibe la petición de revisión. Si tal extensión de tiempo para la revisión se requiere debido a circunstancias especiales, el Administrador del Plan notificará al demandante por escrito de la extensión, describiendo las circunstancias especiales y la fecha en la cual se tomará la determinación de beneficios, antes de que empiece la extensión. El Administrador del Plan notificará al demandante de la determinación de beneficios cuanto antes, pero más tardar cinco días después de que se toma la determinación de beneficios.

Cálculo de Períodos de Tiempo

Para los objetivos de esta sección, el período de tiempo dentro del cual se requiere que se tome una determinación de beneficios en la revisión en la apelación empezará al momento en que se presente la apelación de acuerdo con los procedimientos razonables de un Plan, sin tener en cuenta si se anexa toda la información necesaria para tomar una determinación de beneficios en la revisión. En caso de que un período de tiempo se amplíe según lo permitido debido a que un demandante no presenta la información necesaria para tomar la decisión sobre una reclamación, el período para tomar la determinación de beneficios en la revisión será sometido a una pausa o detenido a partir de la fecha en la cual la notificación de la extensión es enviada al demandante hasta la fecha en la cual el demandante responde a la petición de información adicional.

Suministro de Documentos

En caso de una Denegación en la revisión en la apelación, el Administrador del Plan proporcionará al demandante acceso y copias de documentos, archivos, y otra información según sea apropiado.

MANERA Y CONTENIDO DE LA NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS EN REVISIÓN

El Administrador del Plan proveerá al demandante la notificación escrita o electrónica sobre la determinación de beneficios de un Plan en la revisión. En caso de una Denegación, la notificación debe contener, en una manera tal que sea entendida por el demandante:

- A) La razón específica o motivos de la Denegación en apelación;
- B) La referencia a las disposiciones específicas del Plan sobre las cuales se basa la Denegación;
- C) Una declaración de que el demandante tiene derecho a recibir, a petición y de manera gratuita, acceso razonable y copias de todos los documentos, archivos y otra información relevante a la reclamación del demandante para beneficios.
- D) Una declaración que describe cualquier procedimiento de apelación voluntario ofrecido por el Plan y el derecho del demandante de obtener la información sobre tales procedimientos, y una declaración del derecho del demandante de entablar una demanda bajo la Sección 502 (a) del ERISA; y
- E) En caso de una Denegación de Beneficios de Asistencia Médica o Beneficios por Discapacidad:
 - 1. Si una regla interna, pauta, protocolo, u otro criterio similar fuera utilizado como soporte para realizar la Denegación, esta regla específica, pauta, protocolo, u otro criterio similar será proporcionado al demandante; o una declaración de que dicha regla, pauta, protocolo, u otro criterio similar se utilizará como soporte para la realización de la Denegación y que una copia de dicha regla, pauta, protocolo, u otro criterio será proporcionada de manera gratis al demandante a solicitud;

2. Si la Denegación se basa en una necesidad médica o tratamiento experimental o exclusión similar o límite, una explicación del juicio científico o clínico para la determinación, aplicando los términos del Plan a las circunstancias médicas del demandante será proporcionada al demandante, o una declaración de que esta explicación será proporcionada gratuitamente a petición.

Sección 8.07 – Sitio

Cualquier pleito presentado por un demandante que ha agotado las reclamaciones y el proceso de apelación indicado en este documento, y este pleito involucra el Plan, la Junta de Fideicomisarios o a cualquier administrador relacionado con el Plan, será presentado en un tribunal de la jurisdicción competente en la ubicación de las oficinas administrativas del Plan en el Condado de Vigo, Indiana.

Sección 8.08 – Indemnización por Responsabilidad

El Plan indemnizará a cada miembro del consejo de administración de Fideicomisarios contra cualquiera y todas las reclamaciones, pérdidas, daños, gastos, incluidos honorarios de consultor, en los que haya incurrido la Junta de Fideicomisarios y cualquier responsabilidad, incluida cualquier cantidad pagada en el arreglo con la aprobación de la Junta de Fideicomisarios, que provengan de la acción o de la falta de acción del Fideicomisario o de la Junta de Fideicomisarios en relación con deberes y responsabilidades de los Fideicomisarios bajo este Plan, excepto conforme a la ley. El Plan, a todo momento y asumiendo los costos comprará y mantendrá vigentes seguros de responsabilidad civil para cada Fideicomisario de la Junta de Fideicomisarios a fin de cubrir todas las reclamaciones, pérdidas, daños y gastos que provengan de cualquier acción o falta de acción en relación con la ejecución de sus deberes como Fideicomisario de la Junta de Fideicomisarios.

Sección 8.09 – Certificado de Cobertura Acreditable

Si se presenta cualquiera de los eventos descritos que causan una terminación de la cobertura bajo el Plan o si una Persona Elegible por otra parte empieza a tener cobertura bajo COBRA, la Junta de Fideicomisarios expedirá una Certificación de Cobertura Acreditable al Participante o Beneficiario Calificado. La Cobertura Acreditable será el número de meses, no superior a 18, durante los cuales esa persona fue cubierta bajo el Plan y, si se eligió la cobertura de COBRA, un Beneficiario Calificado bajo el Plan, sin hacer caso a los beneficios específicos cubiertos durante esos meses, a condición de que los meses como Participante antes del 1ro de julio de 1996, no sean Acreditables para Cobertura, y a condición adicionalmente de que cualquier mes como Participante o Beneficiario Calificado que ocurra antes de un período de al menos 63 días donde haya habido un lapso continuo en cualquier Cobertura Acreditable, no será Acreditable para Cobertura. Para solicitar un Certificado de Cobertura Acreditable, favor póngase en contacto con la Oficina del Fondo de Bienestar en P.O. Box 1587, Terre Haute, IN 47808-1587 o en el (812) 238-2551 o (800) 962-3158.

Sección 8.10 – Interés No Transferible

Ningún derecho o interés de cualquier Participante en la parte de Beneficios de Pérdida de Tiempo del Plan será asignable o transferible. Los derechos bajo los Beneficios Médicos, Beneficios Médicos para los Ancianos y Beneficios de Sobreviviente pueden ser asignados al proveedor de servicios médicos.

Sección 8.11 – Derechos de Empleo

El establecimiento del Plan no será interpretado como que confiere cualquier derecho legal sobre cualquier Empleado o cualquier otra persona para la continuación del empleo, y tampoco

esto interferirá con los derechos de cualquier Empleador de despedir a cualquier Empleado y/o tratarlo sin hacer caso del efecto que tal tratamiento podría tener sobre él como un Participante.

Sección 8.12 – Coordinación de Beneficios

Todos los beneficios pagaderos por este Plan serán coordinados con los beneficios pagaderos bajo cualquier Otro Plan de Grupo si los gastos cubiertos son para un Participante, un Participante Totalmente Discapacitado, Jubilado o Cónyuge Dependiente y/o hijos Dependientes cubiertos, según lo definido en la Sección 11.13 de este Folleto.

Si un Participante, un Participante Totalmente Discapacitado, Jubilado o Dependiente cubierto es cubierto por Otro Plan de Grupo, los beneficios bajo este Plan y el Otro Plan de Grupo serán coordinados. Esto significa que un plan paga sus beneficios completos primero, luego el otro plan paga hasta su beneficio completo, a condición de que los beneficios totales de este Plan y el Otro Plan de Grupo no sean más del 100 % de los Gastos Cubiertos incurridos.

Los beneficios pagados bajo esta Sección serán pagados en el siguiente orden:

- A) Si el Otro Plan de Grupo no tiene una disposición de coordinación de beneficios, pagará sus beneficios primero.
- B) Cuando el Otro Plan de Grupo tiene una disposición de coordinación de beneficios, se aplicarán las siguientes reglas:
 - 1. El plan que cubre a la persona como empleado, miembro o no dependiente pagará sus beneficios primero.
 - 2. Si la regla 1 no es determinativa debido a que uno o varios planes cubren a la persona como empleado, el plan que cubre a la persona como trabajador activo al momento en que incurre en el gasto pagará sus beneficios primero. Si el Otro Plan de Grupo no tiene la regla descrita en este subpárrafo 2 y si, en consecuencia, los planes no llegan a un acuerdo sobre el orden de beneficios, se ignora esta regla.
 - 3. Si la regla 1 de arriba no se aplica, el plan que cubre a la persona como dependiente del padre cuyo cumpleaños se celebra más temprano en un año pagará sus beneficios antes del plan del padre cuyo cumpleaños se celebra más tarde en el año, excepto como se describió bajo la regla 4 que implica una reclamación para un hijo dependiente de padres divorciados o separados. Si ambos padres cumplen años el mismo día, los beneficios del plan que cubrió al padre durante más tiempo son pagados antes de aquellos del plan que cubrió al padre durante un período de tiempo más corto. La palabra "cumpleaños" se refiere sólo al mes y día en un año calendario, no al año en el cual la persona nació. Sin embargo, si el Otro Plan de Grupo no contiene la regla descrita en este subpárrafo 3, pero en cambio tiene una regla basada en el género del padre y si, en consecuencia, los planes no llegan a un acuerdo sobre el orden de beneficios, la regla en el Otro Plan de Grupo determinará el orden de beneficios.
 - 4. Si se hace una reclamación para un hijo dependiente de padres divorciados o separados, el plan que cubre a un hijo como dependiente de un padre que por decreto del tribunal debe proporcionar la asistencia médica pagará sus beneficios primero.

Si no hay ningún decreto de tribunal que requiera que un padre suministre la asistencia médica a un hijo dependiente:

- a. El plan que cubre al padre que no se ha vuelto a casar y que tiene la custodia del hijo pagará sus beneficios primero.
- b. Si un padre que tiene la custodia del hijo ha vuelto a casarse, el plan de tal padre pagará sus beneficios primero; el plan del padrastro pagará sus beneficios después; y el plan del padre sin la custodia pagará sus beneficios de tercero.

Si un decreto de tribunal requiere que ambos padres suministren la asistencia médica a un hijo dependiente, la regla del cumpleaños, como se describió en el subpárrafo 3 de arriba, se usará para determinar la cobertura primaria y secundaria. Si el padre con la custodia ha vuelto a casarse, el plan del padrastro con la custodia será el siguiente en pagar sus beneficios; y el plan del padrastro con la custodia pagará sus beneficios después; y el plan del padre con la custodia pagará sus beneficios de último.

Si el Otro Plan de Grupo no tiene la regla descrita en este subpárrafo 4 y si, en consecuencia, los planes no llegan a un acuerdo sobre el orden de los beneficios, se ignora esta regla.

5. Si una persona cuya cobertura es proporcionada bajo un derecho de continuación de acuerdo con la ley federal (COBRA) o la ley estatal, también es cubierta bajo algún Otro Plan de Grupo, el plan que cubre a la persona como empleado o miembro (o como Dependiente de esa persona) pagará sus beneficios primero y el plan que provee los beneficios bajo la cobertura de continuación pagará sus beneficios de segundo.

Si el Otro Plan de Grupo no tiene la regla descrita en este subpárrafo 5 y si, en consecuencia, los planes no llegan a un acuerdo sobre el orden de beneficios, se ignora esta regla.

6. Si ninguna de las reglas precedentes 1 a 5 se aplica, el plan que ha cubierto a la persona durante un período más largo de tiempo pagará sus beneficios primero.

Cuando parte de un Otro Plan de Grupo coordina beneficios y otra parte no, cada parte será tratada como un plan separado.

No obstante el indicado arriba, cuando el Otro Plan de Grupo es un producto asegurado (como ciertos beneficios de visión) proporcionado por este Plan, el Otro Plan de Grupo pagará sus beneficios primero. Si los beneficios que este Plan debería haber pagado son en cambio pagados por Otro Plan de Grupo, este Plan puede reembolsar al Otro Plan de Grupo. Las cantidades reembolsadas serán tratadas como cualquier otro beneficio del Plan al cumplir con las obligaciones de este Plan.

Si este Plan paga más por un Gasto Cubierto de lo que es requerido por esta Sección, entonces este Plan puede recuperar tal pago en exceso de:

- A) cualquier persona a la cual se hizo el pago; o
- B) cualquier compañía de seguros, plan de servicio o cualquier otra organización que debería haber hecho el pago.

Definiciones

Para los objetivos de esta Sección, los términos siguientes tendrán los siguientes significados:

Otro Plan de Grupo

El término “Otro Plan de Grupo” significa programas que proporcionan pagos de beneficios o servicios a un Participante, un Participante Totalmente Discapacitado, Jubilado o Dependientes cubiertos para asistencia de hospital, médica, quirúrgica, odontológica, medicamento de prescripción, visión, audición, o cualquier otra asistencia médica bajo:

- seguro de grupo;
- grupo Blue Cross y/o Blue Shield y otra cobertura de prepago en una base de grupo, incluidas Organizaciones de Mantenimiento de la Salud;
- cobertura bajo planes de fideicomiso de administración de la mano de obra, planes de bienestar de sindicato, planes de organización del empleador o planes de beneficios de empleados;
- cobertura conforme a programas del gobierno y cualquier otra cobertura requerida según la ley;
- otros arreglos de cobertura de grupo asegurada o autoasegurada; o
- Cobertura de COBRA.

A condición de que:

- los planes de seguro médico comprados individualmente no sean tratados como “Otro Plan de Grupo” para propósitos de la coordinación de beneficios; y
- cuando tanto el Empleado como uno o varios de sus Dependientes son elegibles para participar debido al empleo con un Empleador, este Plan también será tratado como “Otro Plan de Grupo” para propósitos de la coordinación de beneficios.
- En caso de que este Plan proporcione un producto asegurado además de la cobertura no asegurada, el producto asegurado también será tratado como “Otro Plan de Grupo” para propósitos de la coordinación de beneficios.

Período de Reclamación

El término “Período de Reclamación” significa parte o todo el Año Calendario durante el cual el Participante, un Participante Totalmente Discapacitado, Jubilado o Dependiente cubierto es elegible para recibir beneficios bajo el Plan.

Gasto Cubierto

El término “Gasto Cubierto” significa cualquier gasto Habitual, Acostumbrado y Razonable incurrido que es cubierto por al menos Otro Plan de Grupo durante un Período de Reclamación y cuando Otro Plan de Grupo proporciona beneficios en forma de servicio en lugar de pagos en efectivo, el valor en efectivo razonable del servicio durante un Período de Reclamación también será considerado como un Gasto Cubierto.

Sección 8.13 – Coordinación con Medicare

No obstante cualquier disposición al contrario en este Plan, el Plan pagará beneficios secundarios a Medicare para las Partes A y B al máximo grado permitido por la Sección 1862 (b) de la Ley de Seguridad Social. En ningún caso los gastos cubiertos bajo el Plan, cuando se agreguen a los beneficios de Medicare, excederán la cantidad que el Plan hubiera pagado si el individuo cubierto por este Plan no hubiera tenido derecho a beneficios de Medicare. Para los objetivos de esta Sección, se supondrá que tal individuo está cubierto por Medicare al grado en que el individuo haya cumplido con todas las reglas de elegibilidad y por otra parte tiene derecho a Medicare sin tener en cuenta si el individuo realmente se haya inscrito en Medicare. Para los Participantes, los Participantes Totalmente Discapacitados, Jubilados y/o sus Dependientes cubiertos que son elegibles para Medicare, el Plan requiere el envío de una explicación de beneficios de Medicare antes de que los gastos cubiertos sean pagados por el Plan.

Sección 8.14 – Subrogación

Si una Persona Elegible es herida en un accidente del cual alguien más puede ser responsable, esa persona o su seguro puede ser responsable por pagar los gastos médicos relacionados y estos gastos no serían cubiertos bajo el Plan. Sin embargo, la espera para que un tercero pague por esas lesiones puede ser difícil; la recuperación de un tercero puede tardar mucho (usted puede tener que acudir a los tribunales) y sus acreedores no pueden esperar pacientemente. A causa de esto, como un servicio al Participante, el Plan adelantará pagos de Beneficios relacionados con tal accidente con base en los derechos de restitución y subrogación del Plan. Esto significa que el Participante debe reembolsar al Plan si alguna persona o entidad hace el respectivo desembolso.

El Plan recibirá la restitución de todos los pagos de Beneficio hechos como resultado de las lesiones o enfermedades que son causadas por las acciones de un tercero y que dan como resultado que un tribunal ordene un pago monetario o un arreglo extrajudicial a la Persona Elegible por parte de un tercero, persona o entidad considerado culpable.

Este Plan proporcionará Beneficios, por otra parte no pagaderos bajo este Plan, a la Persona Elegible o a nombre de ésta, sólo en los siguientes términos y condiciones:

- A) En caso de cualquier pago bajo este Plan, el Plan será subrogado a todos los derechos de recuperación de la Persona Elegible contra cualquier persona u organización.

Esto significa que el Plan tiene el derecho independiente de entablar una demanda en relación a tal lesión o enfermedad a nombre de la Persona Elegible y también tiene derecho a intervenir en cualquier demanda similar presentada por la Persona Elegible, incluyendo cualquier acción contra una aseguradora bajo cualquier póliza de automóviles no asegurada o infraasegurada.

- B) Consecuente con los derechos del Plan señalados en esta Sección, si la Persona Elegible presenta reclamaciones o recibe algún pago de Beneficio del Plan por una lesión o enfermedad que puede dar ocasión a cualquier reclamación contra cualquier tercero, se requerirá que el representante de la Persona Elegible ejecute una "Asignación de Subrogación de Derechos, y Contrato de Restitución" afirmando los derechos de restitución y subrogación del Plan con respecto a tales pagos y reclamaciones de Beneficios. Esta forma asistirá al Plan en la recuperación de Beneficios pagados de un tercero que fue responsable de las lesiones que dan ocasión a las reclamaciones. Este Contrato también debe ser ejecutado por el abogado de la Persona Elegible, de ser aplicable.

Como los pagos de Beneficios no son pagaderos a menos que usted firme un Contrato de Subrogación, las reclamaciones de la Persona Elegible no serán pagadas sino hasta que el Plan reciba el Contrato totalmente firmado.

Esto significa que, si una Persona Elegible presenta una reclamación y un Contrato de Subrogación no es recibido puntualmente, la reclamación no será pagada.

- C) La Persona Elegible hará todo lo que sea necesario para asegurar los derechos de subrogación del Plan y no hará nada después de la pérdida para perjudicar tales derechos. La Persona Elegible no debe hacer nada para afectar o perjudicar los derechos del Plan. Por ejemplo, si la Persona Elegible decide de no perseguir la responsabilidad de un tercero, la Persona Elegible no puede renunciar a cualquier derecho que cubra cualquier condición bajo la cual podría recibirse cualquier recuperación. Cuando la Persona Elegible decide de no perseguir la responsabilidad de un tercero, la aceptación de Beneficios del Plan autoriza al Plan de pleitear o arreglar sus reclamaciones contra el tercero. Si el Plan emprende acciones legales para recuperar lo que ha pagado, la aceptación de Beneficios obliga a la Persona Elegible (y a su abogado, si es aplicable) a cooperar con el Plan en el proceso de petición de la recuperación, y en el suministro de la información relevante con respecto al accidente.
- D) La Persona Elegible consentirá en cooperar con el Plan y/o cualquier representante del Plan en completar tales formularios y en dar la información que rodea cualquier accidente y que el Plan o sus representantes consideren necesaria para investigar totalmente el incidente. La no ejecución de los formularios necesarios dará como resultado que no se pague ningún Beneficio.
- E) El Plan también tiene el derecho de restitución de los cantidades de cualquier arreglo, juicio u otro pago obtenido por la Persona Elegible. Este derecho de restitución es acumulativo y no excluye el derecho de subrogación concedido en el párrafo A de arriba, pero sólo hasta el punto de los Beneficios pagados por el Plan.
- F) Los derechos de restitución y subrogación del Plan proveen al Plan la primera prioridad sobre cualquier recuperación en relación con la lesión o enfermedad, sin importar si tal recuperación es completa o parcial y sin importar cómo se caracteriza la recuperación, por qué o por quién es pagada, o el tipo de gasto para el cual es especificada. Tal recuperación incluye importes a pagar bajo el propio seguro de motorista no asegurado de la Persona Elegible, el seguro de motorista infraasegurado, o cualquier pago médico o beneficios sin falta pagaderos.

Este derecho de subrogación es expresa e inequívocamente una subrogación pro tanto, es decir una subrogación desde el primer dólar recibido por la Persona Elegible, y la subrogación pro tanto debe entrar en vigor antes de que se pague la deuda completa a la Persona Elegible. Además de sus derechos pro tanto, el Plan tiene derecho a la restitución de la cantidad completa de Beneficios pagados, sin tener en cuenta si la Persona Elegible es compensada en su totalidad por el tercero por todos los daños.

- G) Los derechos de restitución y subrogación del Plan se aplican sin tener en cuenta los términos de la reclamación, demanda, derecho de recuperación, causa de acción, sentencia, adjudicación, arreglo, compromiso, seguro u orden, sin tener en cuenta si el tercero es encontrado responsable de la lesión o enfermedad, y sin tener en cuenta si la

Persona Elegible realmente obtiene la cantidad completa de tal sentencia, adjudicación, arreglo, compromiso, seguro u orden.

El Plan, por el pago de cualquier beneficio, se le concede un embargo preventivo equitativo sobre los beneficios de cualquier arreglo, sentencia u otro pago recibido por la Persona Elegible, y la Persona Elegible consiente en dicho embargo preventivo y consiente en tomar todas las medidas necesarias de ayudar al Administrador del Plan a asegurar tal embargo preventivo.

El Plan tendrá un embargo preventivo sobre cualquier cantidad recibida por la Persona Elegible o un representante de la Persona Elegible (incluyendo su abogado) que se le debe al Plan bajo esta Sección, y se considerará que cualquier tal cantidad será mantenida en fideicomiso por la Persona Elegible a beneficio del Plan hasta que le sea pagada en su totalidad al Plan.

H) Los derechos de subrogación y de restitución, y los embargos preventivos se aplican a cualquier recuperación hecha por la Persona Elegible a consecuencia de las Lesiones padecidas o la enfermedad sufrida, incluyendo, entre otras, las siguientes:

1. Pagos hechos directamente por el tercero que tuvo la culpa o por cualquier compañía de seguros a nombre del tercero que tuvo la culpa, o cualquier otro pago a nombre del tercero que tuvo la culpa.
2. Cualquier pago, arreglo, fallo o adjudicación de arbitraje pagados por cualquier compañía de seguros bajo una póliza de motorista no asegurado, sub-asegurado o disposiciones de pagos médicos a nombre del asegurado; y
3. Cualquier pago de cualquier fuente diseñado o destinado a compensar un asegurado por enfermedad, lesión, afección o discapacidad como el resultado de la negligencia o acción equivocada o negligencia alegada o acción incorrecta de otra persona.

I) Es obligación de la Persona Elegible:

1. Notificar al Plan dentro de diez días después de cualquier accidente o lesión de la cual alguien más puede ser responsable;
2. Notificar al Plan por escrito de cualquier lesión, enfermedad, afección o discapacidad por la cual el Plan haya pagado gastos médicos de parte de la Persona Elegible que puede ser atribuible a los actos incorrectos o negligentes de otra persona;
3. Notificar al Plan por escrito si la Persona Elegible contrata los servicios de un abogado, y de cualquier demanda o pleito presentados a nombre de la Persona Elegible, y de cualquier oferta, arreglo propuesto, arreglo de aceptación, sentencia o adjudicación de arbitraje;
4. La Persona Elegible debe notificar al Plan antes de aceptar cualquier pago antes de la iniciación de un pleito. Si la Persona Elegible no notifica al Plan y acepta un pago que es menor que la cantidad completa de los Beneficios que el Plan ha adelantado, todavía se requerirá que la Persona Elegible reembolse al Plan, en su totalidad, cualquier Beneficio que éste haya pagado al nombre de la Persona Elegible;

5. La Persona Elegible debe notificar al Plan diez días después de la iniciación de cualquier pleito que sea resultado del accidente, y de la conclusión de cualquier arreglo, sentencia o pago relacionado con el accidente en cualquier pleito iniciado para proteger las reclamaciones del Plan;
 6. Proveerle al Plan o a sus agentes la información que solicita acerca de las circunstancias que pueden implicar la subrogación, proporcionar cualquier ayuda razonable solicitada en asimilar tal información y cooperar con el Plan o sus agentes en la definición, verificación o protección de su derecho de subrogación y restitución; y
 7. Rápidamente proporcione la restitución al Plan por Beneficios pagados a nombre de la Persona Elegible atribuibles a enfermedad, lesión, afección o discapacidad, una vez la Persona Elegible haya obtenido el dinero por arreglo, sentencia, adjudicación u otro pago.
- J) La Persona Elegible no hará ningún arreglo que expresamente excluye o intenta excluir los gastos médicos pagados por el Plan.
- K) El derecho de recuperación del Plan será un derecho de retención preventivo previo contra cualquier beneficio recuperado por la Persona Elegible. Este derecho no será revocado, ni reducido por la aplicación de cualquiera de las llamadas "Doctrina de Hacerlo Todo", "Doctrina Rimes" o cualquier otra doctrina que pretenda anular los derechos de recuperación del Plan asignando los beneficios exclusivamente a los daños de gastos no médicos.
- L) La Persona Elegible no incurrirá en ningún gasto a nombre del Plan en la búsqueda de los derechos del Plan, y específicamente, ningunas costas de tribunal ni honorarios de abogado pueden ser descontados de la recuperación del Plan sin el consentimiento escrito expresado previo del Plan. Este derecho no será anulado por ninguna de las llamadas "Doctrina de Fondo", "Doctrina de Fondo Común", "Doctrina de Fondo de Abogados", o cualquier otra doctrina que pretenda reducir la cantidad de la recuperación del Plan.
- M) Si la Persona Elegible no notifica al Plan, tal como se requiere, entonces al momento en que se haga la recuperación, ya sea mediante pleito, sentencia, arreglo, compromiso u otros, por la Persona Elegible, el Plan tendrá derecho a la restitución hasta el grado de los Beneficios pagados por el Plan, inmediatamente después de la demanda, y tendrá el derecho a la recuperación de éstos, mediante pleito o de otra manera.
- N) Si la Persona Elegible se niega a proporcionar la restitución al Plan de cualquier recuperación o se niega a cooperar con el Plan en cuanto a su subrogación o derechos de restitución, el Plan tiene derecho a recuperar la cantidad completa de todos los Beneficios pagados mediante métodos que incluyen, pero no necesariamente están limitados a, compensación de las cantidades pagadas contra los futuros pagos de Beneficios a la Persona Elegible bajo el Plan. La "no cooperación" incluye la no ejecución de una Subrogación, Asignación de Derechos y Contrato de Restitución, y la falta de respuesta de cualquier parte a las preguntas del Plan acerca del estado de cualquier reclamación o cualquier otra lesión relacionada con los derechos de restitución y subrogación del Plan.

- O) Si la Persona Elegible es compensada por su lesión o enfermedad, la Persona Elegible es responsable de cualquier y todos los futuros beneficios médicos que son un resultado de esta lesión o enfermedad.

El no cumplimiento de cualquiera de estos requisitos puede dar como resultado:

- A) La retención por parte del Plan del pago de futuros Beneficios;
- B) La obligación de la Persona Elegible de pagar los gastos, honorarios de abogados y otros gastos incurridos por el Plan en la obtención de la información requerida o restitución.

Este programa de subrogación y restitución es un servicio a la Persona Elegible. Asegura el pago temprano de Beneficios y también ahorra dinero al Plan (lo que le ahorra dinero a usted también) asegurándose de que la parte responsable paga las lesiones.

No obstante cualquier otra disposición o Sección de este Plan, en caso de que una Persona Elegible es herida en un accidente del cual alguien más es responsable, el Plan pagará Beneficios a consecuencia de las mencionadas lesiones en un 75 % de gastos descontados para beneficios en red y en un 50 % de gastos aprobados para beneficios fuera de la red. La Cantidad Deducible y la regla de Bolsillo no se aplicarán a estas reclamaciones.

Sección 8.15 – Otros Derechos de Recuperación

Siempre que los pagos de beneficios que se hagan bajo el Plan excedan los gastos elegibles u otros límites del Plan (incluidos pagos equivocados), la Junta de Fideicomisarios tendrá derecho a recuperar la cantidad pagada en exceso o la cantidad pagada de manera equivocada, de

- A) la persona o agencia que la recibió, o
- B) el Participante, el Participante Totalmente Discapacitado, Jubilado o Dependiente cubierto.

En el caso del Participante, del Participante Totalmente Discapacitado, Jubilado o Dependiente cubierto, la Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de reducir futuros pagos de beneficios bajo el Plan a fin de corregir un pago excesivo previo.

Sección 8.16 – Programa de Revisión de Asistencia Médica

El Plan ha firmado un acuerdo con una firma de revisión de asistencia médica profesional para precertificar que todas las estadías de hospitalización, cirugías y otros procedimientos y equipos que su Médico puede recomendar. La firma de revisión de asistencia médica profesional contratada preaprueba los planes de tratamiento y asiste a la Persona Elegible para evitar gastos médicos innecesarios.

La cooperación del participante es esencial para el éxito de esta sociedad de administración de costos médicos. El no contactar a la firma de revisión de asistencia médica cuando un Médico recomienda una hospitalización o cirugía puede dar como resultado estadías de hospitalización más largas de lo necesario o tratamientos médicos innecesarios que podrían no ser cubiertos y por lo tanto causar gastos médicos más altos al Participante. La firma de revisión de asistencia médica también actúa como un abogado del paciente para asistir al Participante en la administración de su condición.

El proceso de precertificación no es una garantía de beneficios. Otras exclusiones del Plan pueden prohibir su reclamación bajo el Plan. La siguiente es una lista de procedimientos que se requiere sean precertificados, desde la fecha de vigencia de esta Combinación de Documento del Plan y Resumen de Descripción del Plan:

- Todas las admisiones de hospitalización
- Todas las cirugías
- Tratamientos de diálisis
- Equipo Médico Duradero
- Procedimientos de endoscopia
- Equipos y suministros de alimentación enteral
- Inyecciones espinales epidurales
- Tratamiento con hormona de crecimiento
- Asistencia médica de casa
- Cuidado de hospicio
- Terapia de infusión
- Antibióticos intravenosos (IV)
- Quimioterapia de consulta externa
- Terapia de radiación de consulta externa
- Terapia ocupacional
- Escanografía por Tomografía de Emisión de Positrones (PET)
- Certificación de embarazo cuando se determine
- Terapia física
- Escanografía por Tomografía Computarizada de Emisión de Fotones Simples (SPECT)
- Visitas de enfermería expertas
- Estudios de sueño
- Terapia del Lenguaje
- Inyecciones de Synagis
- Tratamiento para el Trastorno de Articulación Temporomandibular (TMJ)
- Procedimientos de várices
- Terapia de la visión

LA JUNTA DE FIDEICOMISARIOS PUEDE ENMENDAR LA LISTA DE SERVICIOS QUE REQUIEREN PRECERTIFICACIÓN. PÓNGASE EN CONTACTO CON LA OFICINA DEL FONDO DE BIENESTAR SI NO ESTÁ SEGURO SI SE REQUIERE PRECERTIFICACIÓN PARA SU TRATAMIENTO PROPUESTO.

Cómo Funciona el Programa de Revisión de Asistencia Médica

El programa de revisión de asistencia médica está diseñado para trabajar con la Persona Elegible y su Médico para mantener los gastos de asistencia médica tan bajos como sea posible, consecuentes con la buena asistencia médica. En muchos casos, la revisión de la necesidad de hospitalización y exploración de alternativas disponibles indicará que la admisión al Hospital puede evitarse y que el tratamiento de calidad puede suministrarse mejor en un ambiente menos estresante. Este programa está incluido en el Plan para ayudar a la Persona Elegible y al Médico a usar alternativas con eficacia, a fin de evitar completamente la molestia de una estadía de Hospital, o pasar un poco de tiempo de recuperación en un entorno menos restrictivo.

Para obtener el mejor resultado para el Participante y el Plan, usted debe usar el programa correctamente.

Cuando se Recomienda la Hospitalización para Casos No Críticos

Si un Médico recomienda una admisión de Hospital en una base no crítica para tratamiento o cirugía, es necesario ponerse en contacto con el programa de revisión de asistencia médica tan pronto como se toma la decisión para la hospitalización y no menos de siete días antes de la admisión prevista. El programa de revisión de asistencia médica debe examinar todas las hospitalizaciones (no críticas) propuestas antes de la admisión al Hospital.

El personal del programa de revisión de asistencia médica examinará la información clínica presentada por el Médico y trabajará con el Médico durante toda la estadía en el Hospital para asegurar que las necesidades de cuidado continuo son satisfechas del modo más eficaz posible.

Cuando se Recomienda la Hospitalización para Casos de Emergencia

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, BUSQUE LA ASISTENCIA MÉDICA Y LLAME AL PROGRAMA DE REVISIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA A MÁS TARDAR EL SIGUIENTE DÍA HÁBIL.

Si una Persona Elegible es hospitalizada para tratamiento de Emergencia, es necesario que la Persona Elegible, el Médico o el Hospital se ponga en contacto con el programa de revisión de asistencia médica dentro de las siguientes 48 horas después de la admisión de Emergencia o en el primer día hábil después del fin de semana (viernes, sábado o domingo) o de la admisión de día festivo. **En una situación de Emergencia, la Persona Elegible debe buscar primero el tratamiento médico apropiado** y luego ponerse en contacto con el programa de revisión de asistencia médica dentro del margen de tiempo dado.

Extensiones de Tiempo

Si se presentan complicaciones y llega a ser Médicamente Necesario para una Persona Elegible quedarse en el hospital más tiempo que el autorizado originalmente, se expedirá una extensión de la autorización por el programa de revisión de asistencia médica.

Casos de Maternidad

Cuando un Médico confirma el embarazo del Participante o su Cónyuge, el Médico debe ponerse en contacto con el programa de revisión de asistencia médica cuanto antes de modo que el programa pueda coordinar cualquier servicio que podría requerirse durante el embarazo.

Cuando se Recomienda Cirugía

Cuando un Médico recomienda un procedimiento quirúrgico no crítico (hospitalizado o paciente externo), es necesario ponerse en contacto con el programa de revisión de asistencia médica. La petición de la cirugía no crítica debe ser examinada y autorizada al menos cinco días antes de la cirugía prevista. Al finalizar el proceso de revisión, la Persona Elegible, el Médico y la instalación quirúrgica recibirán la autorización escrita por la duración de la estadía y el entorno apropiado (hospitalización, instalación de consulta externa o consultorio del Médico). Cualquier procedimiento quirúrgico realizado en una base de Emergencia no requerirá la autorización escrita previa del programa de revisión de asistencia médica.

Cuando se Recomienda Otro Cuidado

Cuando un Médico recomienda Asistencia Médica de Casa o Equipo Médico Duradero, la Persona Elegible o el Médico debe ponerse en contacto con el programa de revisión de asistencia médica antes del arreglo de las visitas o de la compra del equipo.

AUNQUE LA PERSONA ELEGIBLE, MÉDICO O HOSPITAL PUEDA PONERSE EN CONTACTO CON EL PROGRAMA DE REVISIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA, EL PARTICIPANTE ES EN ÚLTIMAS EL RESPONSABLE DE ASEGURAR QUE EL PROGRAMA DE REVISIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA HA SIDO CONTACTADO DENTRO DEL MARCO DE TIEMPO APROPIADO.

CONSULTE LA SECCIÓN 9.15 PARA LA INFORMACIÓN DE CONTACTO.

Sección 8.17 – Organización Proveedor Preferida

La Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de firmar acuerdos para los niveles de honorarios negociados con organizaciones de proveedor preferidas. El uso de un proveedor preferido puede dar como resultado Cantidades Deducibles inferiores, más altos Copagos del Plan, la solicitud del Límite de Bolsillo y otras características favorables. Sin embargo, el uso es voluntario y será iniciado por el Participante.

La Junta de Fideicomisarios puede enmendar estos acuerdos en cualquier momento, incluyendo, pero no limitado, a la terminación de cualquier acuerdo y celebración de nuevos acuerdos. Todos estos acuerdos están en el archivo de la Oficina del Fondo de Bienestar.

No obstante cualquier otra disposición del Plan, si por alguna razón los honorarios PPO contratados de un servicio cubierto son superiores al precio actual del proveedor, entonces el Plan pagará beneficios de modo que la cantidad de copago del Participante no sea más de lo que habría sido si la cantidad cubierta hubiera sido el precio actual.

Sección 8.18 – Beneficios Asegurados

La Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de firmar acuerdos para beneficios asegurados con proveedores externos o proveedores. El uso de beneficios ofrecido bajo este tipo de arreglos es voluntario y será iniciado por el Participante.

La Junta de Fideicomisarios puede enmendar estos acuerdos en cualquier momento, incluyendo, pero no limitado, a la terminación de cualquier acuerdo y la celebración de nuevos acuerdos.

Todos estos acuerdos son incorporados por referencia en este Plan y están archivados en la Oficina del Fondo de Bienestar.

Sección 8.19 – Enmienda y Terminación

La Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de enmendar, modificar o terminar el Plan o cualquier parte del Plan (incluidos, pero no limitados a Beneficios para los Ancianos) en cualquier momento y por cualquier razón, incluso, pero no limitada a tales modificaciones o enmiendas al Plan que son necesarias o apropiadas para calificar o mantener el Plan como un plan que cumple con los requisitos de cualquier agencia gubernamental apropiada. Tal enmienda, modificación o terminación será llevadas a cabo por una Resolución de la Junta adoptada mediante consentimiento escrito o por un voto de la Junta de Fideicomisarios en una reunión de la junta directiva.

Sección 8.20 – Terminación del Plan por un Empleador

Al terminar el Plan con respecto a cualquier Empleador individual, la cobertura de los Participantes de ese Empleador y de Participantes Totalmente Discapacitados, Jubilados y Dependientes cubiertos quedará sin fuerza legal a partir de entonces.

Sección 8.21 – Ilegalidad de una Disposición en Particular

La ilegalidad de cualquier disposición particular de este Plan no afectará las otras disposiciones de éste, pero el Plan será interpretado en todos los aspectos como si se hubiera omitido dicha disposición inválida.

Sección 8.22 – Leyes Aplicables

Al grado en que las leyes estatales no tengan prelación por la Ley o por cualquier otra ley federal, el Plan será regido e interpretado según las leyes del Estado de Indiana. Si cualquier Contrato de Fideicomiso es celebrado por la Junta de Fideicomisarios, cualquier tal Contrato de Fideicomiso será regido e interpretado según las leyes del estado en el cual está ubicado el Fideicomiso.

Sección 8.23 – Regla de Privacidad de HIPAA

A) Designación por parte del Plan de una Persona o Entidad para Actuar a su Nombre

El Plan ha determinado que es un "plan de salud de grupo" dentro del significado de la Regla de Privacidad HIPAA, y el Plan designa al patrocinador del Plan, la Junta de Fideicomisarios, para emprender todas las acciones que requieren ser tomadas por el Plan en relación con la Regla de Privacidad (*p.ej.*, celebrar contratos con Asociados de Negocios; aceptar la certificación del Patrocinador del Plan). Tal responsabilidad puede ser delegada por la Junta al Administrador del Plan.

B) Definiciones

Todos los términos definidos en la Regla de Privacidad tendrán el significado señalado allí. Las siguientes definiciones adicionales se aplican a las disposiciones señaladas en esta Sección.

1. "Plan" significa este Plan.
2. "Documentos del Plan" significa los documentos e instrumentos que rigen el Plan (es decir, los documentos conforme a los cuales se estableció y se mantiene el Plan), incluyendo pero no limitado a este Documento del Plan.
3. "Patrocinador del Plan" significa la Junta de Fideicomisarios de este Plan.

C) La Divulgación por parte del Plan de la Información de Salud Protegida al Patrocinador del Plan - Certificación Requerida de Conformidad por el Patrocinador del Plan

Excepto como está previsto abajo con respecto a la divulgación del Plan de la información de salud sumaria, el Plan: (i) divulgará la Información de Salud Protegida al Patrocinador del Plan o (ii) dispondrá o permitirá la divulgación de la Información de Salud Protegida al Patrocinador del Plan con respecto al Plan, *sólo si* el Plan ha recibido una certificación (firmada a nombre del Patrocinador del Plan) de que:

1. Los Documentos del Plan han sido enmendados para establecer los usos permitidos y requeridos, y la divulgación de tal información por el Patrocinador del Plan, consecuente con las disposiciones "504";
2. Los Documentos del Plan han sido enmendados para incorporar las disposiciones del Plan señaladas en esta Sección; y
3. El Patrocinador del Plan consiente en cumplir con las disposiciones del Plan según las modificaciones de esta Sección.

D) Divulgación Permitida de la Información de Salud Protegida de los Individuos al Patrocinador del Plan

1. El Plan (y cualquier Asociado de Negocios que actúa a nombre del Plan, o cualquier emisor de seguro médico, HMO, PPO, proveedor de asistencia médica, etc., según sea aplicable, que presta servicios al Plan) divulgará la Información de Salud Protegida de los individuos al Patrocinador del Plan sólo para permitirle al Patrocinador del Plan que lleve a cabo funciones de administración del Plan. Tal divulgación será consecuente con las disposiciones de esta Sección.
2. Todas las divulgaciones de Información de Salud Protegida de los individuos del Plan por parte del Asociado de Negocios del Plan, emisor de seguro médico, HMO, PPO, proveedor de asistencia médica, etc., según sea aplicable, al Patrocinador del Plan cumplirán con las restricciones y los requisitos señalados en esta Sección y en las disposiciones "504".
3. El Plan (y cualquier Asociado de Negocios que actúa a nombre del Plan) no puede permitir a un emisor de seguro médico, HMO, PPO, proveedor de asistencia médica, etc., según sea aplicable, que divulgue la Información de Salud Protegida de los

individuos al Patrocinador del Plan para acciones o decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios del empleado del Patrocinador del Plan, a menos que esté autorizado por el individuo o según lo permitido por la ley.

4. El Patrocinador del Plan no usará ni divulgará adicionalmente la Información de Salud Protegida de los individuos fuera de lo que se describe en los Documentos del Plan y lo permitido por las disposiciones "504".
5. El Patrocinador del Plan asegurará que cualquier agente, incluso un subcontratista, a quien le proporciona la Información de Salud Protegida de los individuos recibida del Plan (o del emisor de seguro médico del Plan, HMO, PPO, proveedor de asistencia médica, etc., según sea aplicable), está de acuerdo con las mismas restricciones y condiciones que se aplican al Patrocinador del Plan con respecto a tal Información de Salud Protegida.
6. El Patrocinador del Plan no usará ni divulgará la Información de Salud Protegida de los individuos para acciones y decisiones relacionadas con el empleo o en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios de empleado del Patrocinador del Plan, a menos que esté autorizado por el individuo o según lo permitido por la ley.
7. El Patrocinador del Plan reportará al Plan cualquier uso o divulgación de la Información de Salud Protegida que es inconsecuente con los usos o divulgaciones previstos en los Documentos del Plan (según la enmienda) y en las disposiciones "504", de las cuales el Patrocinador del Plan tiene conocimiento.

E) Divulgación de la Información de Salud Protegida de los Individuos - Divulgación por el Patrocinador del Plan

1. El Patrocinador del Plan pondrá la Información de Salud Protegida del individuo que es la materia de la Información de Salud Protegida a disposición de tal individuo de acuerdo con 45 C.F.R. §164.524.
2. El Patrocinador del Plan pondrá la Información de Salud Protegida de los individuos a disposición para la enmienda e incorporará cualquier enmienda a la Información de Salud Protegida de los individuos de acuerdo con 45 C.F.R. §164.526.
3. El Patrocinador del Plan hará y mantendrá un registro de modo que pueda poner a disposición esas divulgaciones de Información de Salud Protegida de los individuos de las que es responsable de acuerdo con 45 C.F.R. §164.528.
4. El Patrocinador del Plan pondrá sus prácticas internas, libros y archivos acerca del uso y la divulgación de la Información de Salud Protegida de los individuos recibidas del Plan a disposición del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para objetivos de determinar la conformidad por parte del Plan con la Regla de Privacidad HIPAA.

5. El Patrocinador del Plan, de ser factible, devolverá o destruirá toda la Información de Salud Protegida de los individuos recibida del Plan (o de un emisor de seguro médico, HMO, PPO, proveedor de asistencia médica, etc., según sea aplicable, con respecto al Plan) que el Patrocinador del Plan todavía mantiene en cualquier forma después de que tal información ya no es necesaria para el objetivo para el cual se aprobó el uso o la divulgación. Además, el Patrocinador del Plan no retendrá copias de tal Información de Salud Protegida después de que tal información ya no es necesaria para el objetivo para el cual se aprobó el uso o la divulgación. Si, sin embargo, tal devolución o destrucción no es factible, el Patrocinador del Plan limitará adicionalmente los usos y divulgaciones a aquellos objetivos que hacen la devolución o la destrucción de la información no factible.
6. El Patrocinador del Plan asegurará que la separación adecuada requerida, descrita en el párrafo F abajo, es establecida y mantenida.

F) Separación Requerida entre el Plan y el Patrocinador del Plan

1. De acuerdo con las disposiciones "504", esta sección describe los empleados o clases de empleados de miembros del personal bajo control del Patrocinador del Plan a quienes se les puede dar acceso a la Información de Salud Protegida de los individuos recibida del Plan o de un emisor de seguro médico, HMO, PPO, etc., según sea aplicable, que prestan servicios al Plan.
 - a. Administrador del Plan
 - b. Supervisores de reclamaciones, procesadores y personal de apoyo administrativo
 - c. Personal de Tecnología de Información
2. Esta lista refleja los empleados, las clases de empleados, u otros miembros del personal del Patrocinador del Plan que reciben la Información de Salud Protegida de los individuos acerca del pago, las operaciones de asistencia médica, u otros asuntos relacionados con las funciones de administración del Plan que el Patrocinador del Plan suministra al Plan. Estos individuos tendrán acceso a la Información de Salud Protegida de las personas únicamente para realizar estas funciones identificadas, y serán sometidos a medidas disciplinarias y/o sanciones (incluida la terminación del empleo o de la afiliación con el Patrocinador del Plan) por cualquier uso o divulgación de la Información de Salud Protegida de las personas que violen o no cumplan con las disposiciones de esta Sección.
3. El Patrocinador del Plan reportará prontamente cualquier infracción, violación, o incumplimiento al Plan y cooperará con el Plan para corregir la violación o el incumplimiento, imponer medidas disciplinarias y/o sanciones apropiadas, y mitigar cualquier efecto dañino de la violación o incumplimiento.

Sección 8.24 – Regla de Seguridad de HIPAA

El Fondo de Beneficencia (según lo definido en la Sección 8.24 E) pondrá en práctica salvaguardias administrativas, físicas y técnicas que razonable y apropiadamente protejan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información de Salud Protegida Electrónica que crea, reciba, mantenga o transmita de parte del Plan, consecuente con los requisitos de los Estándares para la Seguridad de la Información de Salud protegida electrónica como se indica en las 45 CFR Partes 160 y 162 y Parte 164, Subparte C ("Estándares de Seguridad"). Para este fin, el Fondo de Beneficencia será considerado una entidad híbrida bajo los Estándares de Seguridad y las disposiciones de este Artículo serán administradas e interpretadas para aplicar sólo a aquella parte del Fondo de Beneficencia que constituye una Entidad Cubierta bajo los Estándares de Seguridad.

A) **Apoyo de Requisito de Separación Adecuado por Medidas de Seguridad**

El Fondo de Beneficencia asegurará que el requisito de separación adecuado indicado en 45 CFR §164.504(f)(2)(iii) es apoyado por medidas de seguridad razonables y apropiadas, consecuentes con los requisitos de los Estándares de Seguridad.

B) **Agentes y Subcontratistas**

El Fondo de Beneficencia tomará medidas razonables para asegurar que cualquier agente, incluidos subcontratistas, a quienes proporcione la Información de Salud Protegida Electrónica, consienten en poner en práctica medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger tal información.

C) **Obligación de Reportes**

El Sindicato y las Asociaciones reportarán al Fondo de Beneficencia cualquier Incidente de Seguridad del cual tengan conocimiento.

D) **Política**

El Plan y esta Sección 8.24 serán interpretados y administrados de acuerdo con los Estándares de Seguridad, cualquier Ley Federal o Estatal aplicable y cualquier otra regulación aplicable u otra orientación oficial emitida al respecto. En caso de un conflicto entre este Artículo del Plan y los Estándares de Seguridad, estatuto, regulación u orientación, tales Estándares de Seguridad, estatuto, regulación u orientación regirán. El Fondo de Beneficencia adoptará políticas escritas y procedimientos para poner en práctica las disposiciones de esta Sección 8.24.

E) **Definiciones**

Los términos escritos con mayúscula usados en la Sección 8.24 y no definidos en el Plan tendrán el significado indicado en los Estándares de Seguridad. No obstante cualquier disposición al contrario, para los objetivos de este Artículo, el Fondo de Beneficencia se refiere al Plan y al Fondo Fiduciario y a la administración relacionada.

ARTÍCULO IX – INFORMACIÓN IMPORTANTE DEL PLAN

Sección 9.01 – Nombre del Plan

Este Plan es conocido como el Fondo de Beneficencia de Trabajadores de Indiana.

Sección 9.02 – Junta de Fideicomisarios

La Junta de Fideicomisarios es responsable de la operación del Plan. La Junta de Fideicomisarios consiste en un número igual de representantes del Empleador y del Sindicato que han firmado los acuerdos de negociación colectiva relacionados con este Plan.

Fideicomisarios del Empleador	Fideicomisarios del Empleado
Edward T. Hazledine Presidente 1301 Eagle Street Terre Haute, IN 47807	Frank DeGraw Secretario-Tesorero 425 S. 4th Street Terre Haute, IN 47807
Douglas Banning, Jr. P.O. Box 34141 Indianapolis, IN 46234	Jack Baker P.O. Box 38 Richmond, IN 47375
Tom Fleenor P.O. Box 6327 Evansville, IN 47719	David Frye 425 S. 4th Street Terre Haute, IN 47807
Francis Gantner P.O. Box 477 Goshen, IN 46527-0477	James W. Daniels 1520 East Riverside Drive Indianapolis, IN 46202
William A. Hasse III P.O. Box 300 Calumet City, IL 60409	Richard W. Greene 6415 Kennedy Avenue Hammond, IN 46323
Mike McCann 1850 W. 15th Street Indianapolis, IN 46202	Brian Krieg 2015 W. Western Avenue, Ste 140 South Bend, IN 46629
Mark J. Stern P.O. Box 64616 Gary, IN 46401	Leland Mallory 1734 Main St. Lafayette, IN 47904

Puede ponerse en contacto con la Junta de Fideicomisarios en la siguiente dirección de la Oficina del Fondo de Bienestar y número de teléfono:

Indiana Laborers Welfare Fund
P.O. Box 1587
Terre Haute, IN 47808-1587
(812) 238-2551
(800) 962-3158

Sección 9.03 – Administrador del Plan

El Plan es administrado por una Junta conjunta de Fideicomisarios, la mitad de los cuales son designados por el Sindicato y la otra mitad son designados por la Asociación.

Como administradora del plan, la Junta de Fideicomisarios tendrá la autoridad absoluta y discrecional de analizar e interpretar las disposiciones del plan, los documentos de plan, el resumen de la descripción del plan, así como cualquier comunicación relacionada con el plan. La Junta de Fideicomisarios tomará todas las determinaciones factuales, incluida la determinación de los derechos o la elegibilidad de los empleados o participantes, dependientes y cualquier otra persona, y las cantidades de sus beneficios bajo el plan. La Junta de Fideicomisarios solucionará las ambigüedades, inconsistencias u omisiones y tales determinaciones serán vinculantes para todas las partes. Los beneficios sólo serán pagados si la Junta de Fideicomisarios, en su única discreción, determina que el Participante o el Beneficiario tiene derecho a ellos. La Junta de Fideicomisarios tiene la autoridad para delegar cualquiera de sus poderes bajo el plan (incluyendo, sin limitaciones, su poder de administrar reclamaciones y apelaciones) a cualquier otra persona o comité. Tal persona o comité puede delegar adicionalmente sus poderes a otra persona o comité. Cualquier delegación o delegación subsiguiente incluirá la misma autoridad única discrecional y final que la Junta de Fideicomisarios tiene, según se describió en este párrafo y cualquier decisión, acciones o interpretaciones hechas por cualquier delegado tendrán el mismo efecto obligatorio último como si fueran tomadas por la Junta de Fideicomisarios. Ningún Empleador, Sindicato o representante de cualquier Empleador o Sindicato está autorizado para interpretar las disposiciones del Plan o del Contrato de Fideicomiso.

Los Fideicomisarios han contratado a un Gerente Administrativo para realizar las operaciones cotidianas del Plan, como el mantenimiento de archivos, hacer pagos de Beneficios y manejar asuntos administrativos generales. El Gerente Administrativo es:

Ms. Janetta England
413 Swan Street
Terre Haute, IN 47807
(812) 238-2551
(800) 962-3158

Sección 9.04 – Patrocinadores del Plan

Los Participantes del Plan y los Beneficiarios pueden escribir al Administrador del Plan a la dirección de la Sección 9.03 para averiguar si un Empleador o Sindicato en particular es patrocinador de este Plan y, de ser así, averiguar la dirección de ese patrocinador del Plan.

Sección 9.05 – Números de Identificación

El Número de Identificación del Empleador asignado a la Junta de Fideicomisarios por la IRS es 35-0923209. El Número del Plan es 501.

Tomado juntos, el nombre y número del Plan y el Número de Identificación del Empleador identifican al Plan ante las agencias federales que rigen la operación del plan de beneficios del empleado.

Sección 9.06 – Agente para Servicio de Proceso Legal

Junta de Fideicomisarios

Indiana Laborers Welfare Fund
[Fondo de Bienestar de los Trabajadores de Indiana]
P.O. Box 1587
Terre Haute, IN 47808-1587

El servicio puede hacerse en la Junta de Fideicomisarios colectivamente o en cualquier Fideicomisario individual en la dirección de la Oficina del Fondo de Bienestar.

Sección 9.07 – Contrato de Negociación Colectiva

El Plan se mantiene bajo los Contratos entre el Sindicato Internacional de Trabajadores del Ayuntamiento Distrital del Estado de Indiana, Norteamérica, y asociaciones de contratistas participantes. Usted puede examinar los Contratos en su Oficina del Sindicato Local o puede solicitar una copia escribiendo a la Oficina del Fondo de Bienestar.

Sección 9.08 – Fuente de Contribuciones

Los beneficios del Plan para Empleados elegibles son proporcionados mediante contribuciones del Empleador. Se requiere que los empleadores hagan una contribución al Fondo Fiduciario por cada hora trabajada por cada Empleado. La tasa de contribución por hora es fijada por los acuerdos de negociación colectiva entre el Sindicato y las Asociaciones.

Sección 9.09 – Medio de financiación para la Acumulación de Activos del Plan

Todas las contribuciones y las ganancias de inversión del Plan son acumuladas en un Fondo Fiduciario que es utilizado para pagar Beneficios a individuos elegibles y sufragar gastos razonables de administración.

Sección 9.10 – Plan y Año Fiscal

Los archivos fiscales del Plan son guardados durante un periodo de tiempo que va desde el 1ro de diciembre hasta el 30 de noviembre.

Sección 9.11 – Tipo de Plan

Este Plan es mantenido para propósitos de suministrar beneficios por muerte, muerte accidental y beneficios por desmembración, la pérdida semanal de ingresos de tiempo, gastos médicos, beneficios de prescripción, odontológicos y de visión. Una descripción escrita detallada de los beneficios del Plan se encuentra en este Folleto.

Sección 9.12 – Reglas de Elegibilidad

Las reglas en cuanto a la elegibilidad para cobertura, terminación de elegibilidad y pago directo de contribuciones se encuentran en las Secciones aplicables de este Folleto.

Sección 9.13 – Contratos de Reciprocidad

El Plan ha firmado acuerdos de reciprocidad con otros fondos. Si usted trabaja bajo más de un fondo y no es elegible bajo su fondo original, debe comprobar con la Oficina del Fondo de Bienestar para ver si se puede establecer la elegibilidad bajo la reciprocidad. Póngase en contacto con la Oficina del Fondo de Bienestar para obtener información adicional.

Sección 9.14 – Si se Termina o se Modifica el Plan

La Junta de Fideicomisarios reserva el derecho de cambiar, suspender o terminar el Plan en cualquier momento y por cualquier razón, en su totalidad o en parte. Además, los beneficios pueden ser suspendidos en cualquier momento para cualquier grupo de participantes (incluidos los participantes inactivos o jubilados). Este documento no es una promesa de proporcionar siempre cualquier beneficio particular. En general, si un plan se termina, a usted no se le concederá ningún beneficio del plan ni tendrá ningún derecho. En caso de que el Plan sea suspendido o terminado, en su totalidad o en parte, los beneficios serán pagados sólo por servicios recibidos hasta la fecha de la terminación del Plan. Sin embargo, la cantidad y la forma de cualquier beneficio final que usted pueda recibir dependerán de los activos del plan, de cualquier contrato o disposiciones de seguros que afectan al Plan y de las decisiones tomadas por la Junta de Fideicomisarios. Usted será notificado si el Plan es enmendado.

Sección 9.15 – Proveedores de Servicios del Fondo

Gerente Administrativo

Janetta England
413 Swan Street
Terre Haute, IN 47807
(812) 238-2551
(800) 962-3158

Asesor legal

Wright, Shagley & Lowery, P.C.
P.O. Box 8448
Terre Haute, IN 47808-8448

Aseguradora de Vida y de Muerte Accidental y Desmembración

MetLife Insurance Company
Group Life Claim
P.O. Box 6100
Scranton, PA 18505-6100

Asesor de Beneficios / Actuario

United Actuarial Services, Inc.
11590 N. Meridian Street, Suite 610
Carmel, IN 46032

Programa de Revisión de la Utilización

Med-Care Management, Inc.
P.O. Box 20564
West Palm Beach, FL 33416-0564
(800) 367-1934

Red PPO Médica

Anthem Blue Cross and Blue Shield
220 Virginia Avenue
Indianapolis, IN 46204
(317) 488-6000
www.bsbs.com

Red PPO de Cuidado Visual

UnitedHealthcare Vision
Liberty 6, Suite 200
6220 Old Dobbin Lane
Columbia, MD 21045
(800) 638-3120
www.myuhcvision.com

Red PPO Odontológica

Delta Dental of Indiana
P.O. Box 9085
Farmington Hills, MI 48333-9085
(800) 524-0149
www.deltadental.com

Gerente de Beneficios de Prescripción

SavRx
224 N. Park Avenue
Fremont, NE 68025
(800) 228-3108
www.savrx.com

ARTÍCULO X – DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS ERISA

Sus Derechos

Como Participante en el Fondo de Beneficencia de Trabajadores de Indiana usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA). ERISA dispone que todos los Participantes del Plan tendrán derecho a:

Recibir Información Sobre Su Plan y Beneficios

Examinar, sin costo alguno, en la oficina del Administrador del Plan y en otros sitios especificados, como sitios de trabajo y salones de sindicato, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos contratos de seguros y acuerdos de negociación colectiva y una copia del último informe anual (Formulario Serie 5500) archivado por el Plan en el Ministerio de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en el Cuarto de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

Obtener, a petición escrita al Administrador del Plan, las copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguros y los acuerdos de negociación colectiva y copias del último informe anual (Formulario Serie 5500) y Resumen de la Descripción del Plan actualizado. El Administrador puede cobrar un precio razonable por las copias.

Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. Se requiere que el Administrador del Plan según la ley suministre a cada Participante una copia del resumen del informe anual.

Ser informado que bajo la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA), el Plan debe proveerle con un "Certificado de Cobertura Acreditable" si usted pierde la cobertura de asistencia médica bajo el Plan por alguna razón. Este Certificado reporta datos sobre períodos previos de cobertura de salud bajo el Plan compilados de acuerdo con las regulaciones federales. Los participantes deberían retener este "Certificado de Cobertura Acreditable" y presentarlo a un nuevo empleador si el nuevo empleador mantiene un plan de asistencia médica de grupo. Se puede requerir que el nuevo empleador conforme a la ley federal acredite tal cobertura hacia cualquier período de espera para la cobertura de condiciones preexistentes bajo el plan del nuevo empleador.

Ser informado que el Plan cumple con los requisitos de no discriminación indicados en la Sección 2590.701-2 de las regulaciones HIPAA del DOL. Estas regulaciones declaran que un plan de asistencia médica de grupo no puede establecer Reglas de Elegibilidad basadas en cualquiera de los siguientes factores: (1) estado de salud; (2) condición médica (incluyendo tanto enfermedades físicas como mentales); (3) experiencia de reclamaciones previas; (4) recibo actual de asistencia médica; (5) historia médica; (6) información genética; (7) pruebas de asegurabilidad (incluidas condiciones que provienen de violencia doméstica); o, (8) discapacidad.

Ser informado que bajo la Ley de Protección de Salud de los Recién nacidos y Madres, los planes de salud de grupo y los emisores de seguros médicos que ofrecen cobertura de seguro médico de grupo generalmente no pueden restringir beneficios para cualquier estadía de Hospital en relación al parto para la madre o el hijo recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal o menos de 96 horas después del parto por cesárea. Sin embargo, el Plan, o el emisor, puede pagar una estadía más corta si el proveedor de asistencia (p.ej, su Médico, comadrona de enfermera o ayudante de Médico), después de consultar con la madre, da de

alta a la madre o al recién nacido antes. Conforme a la ley federal, los planes y los emisores no pueden fijar el nivel de beneficios o gastos de bolsillo de modo que cualquier parte posterior de la estadía de 48 horas o de 96 horas sea tratada de una manera menos favorable para la madre o el recién nacido que cualquier parte más temprana de la estadía. Además, un plan o el emisor no pueden, conforme a la ley federal, requerir que un Médico u otro proveedor de asistencia médica obtenga la autorización para prescribir una duración de la estadía de hasta 48 horas o 96 horas, según sea aplicable. Sin embargo, para usar ciertos proveedores o instalaciones, o reducir sus gastos de bolsillo, puede requerirse que usted obtenga la precertificación. Para la información sobre la precertificación, póngase en contacto con su Administrador del Plan.

Ser informado que bajo la Ley de Derechos de Cáncer y Salud Femenina, los planes de salud de grupo y los emisores de seguro médico que ofrecen cobertura de seguro médico de grupo que incluye beneficios médicos y quirúrgicos con respecto a mastectomías deben incluir beneficios médicos y quirúrgicos para la cirugía reconstructiva de seno como parte de un procedimiento de mastectomía. Los beneficios de cirugía reconstructiva de seno en relación con una mastectomía proporcionarán como mínimo cobertura para: (1) reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía; (2) cirugía y reconstrucción del otro seno para producir un aspecto simétrico; (3) prótesis; y, (4) complicaciones físicas para todas las etapas de la mastectomía, incluidas linfedemas. Tal cirugía será en una manera determinada en la consulta con el Médico que atiende y el paciente. Como parte de la Lista de Beneficios del Plan, tales beneficios están sujetos a las disposiciones de control de costos apropiadas del Plan, como deducibles y copagos.

Cobertura Continua del Plan de Saludo de Grupo

Cobertura de asistencia médica continua para usted, su Cónyuge o dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el Plan a consecuencia de un Evento Calificador. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar tal cobertura. Examine esta descripción del plan sumaria y los documentos que rigen el Plan sobre las reglas que gobiernan sus derechos de cobertura de continuación de COBRA.

La reducción o la eliminación de períodos de exclusión de la cobertura para condiciones preexistentes bajo su Plan de salud de grupo, si usted tiene Cobertura Acreditable de otro plan. Le deben proporcionar un Certificado de cobertura Acreditable, gratuitamente, de su Plan de salud de grupo o emisor de seguro médico cuando usted pierde la cobertura bajo el Plan, cuando usted empieza a tener derechos para elegir la cobertura de continuación de COBRA, cuando su cobertura de continuación de COBRA cesa, si usted la solicita antes de perder la cobertura, o si usted la solicita hasta 24 meses después de perder la cobertura. Sin pruebas de Cobertura Acreditable, usted puede estar sujeto a una exclusión de condición preexistente durante 12 meses (18 meses para inscritos tardíos) después de la fecha de inscripción en su cobertura.

Acciones Prudentes por los Fiduciarios del Plan

Además de la creación de derechos para los Participantes de Plan, la ERISA impone deberes sobre la gente responsable de la operación del plan de beneficios de empleado. Las personas que operan su Plan, llamados "fiduciarios" del Plan, tienen el deber de hacerlo prudentemente y en el interés de usted y otros Participantes y Beneficiarios de Plan. Nadie, incluyendo su Empleador, su Sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo a usted de cualquier modo a fin de impedirle obtener un beneficio social o ejercer sus derechos bajo la ERISA.

Haga Valer Sus Derechos

Si su reclamación para un beneficio social es denegada o ignorada, en su totalidad o en parte, usted tiene derecho de saber por qué se hizo esto, obtener gratis copias de los documentos relacionados con la decisión y apelar cualquier denegación, todos dentro de ciertos cronogramas de tiempo.

Bajo la ERISA, hay pasos que usted puede tomar para hacer cumplir los mencionados derechos. Por ejemplo, si usted solicita una copia de documentos de Plan o el último informe anual del Plan y no los recibe dentro de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal Federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el Administrador del Plan proporcione los materiales y le pague hasta 110 dólares por día hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no fueran enviados debido a motivos más allá del control del Administrador. Si usted tiene una reclamación para beneficios que es denegada o ignorada, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o Federal. Además, si usted discrepa de la decisión del Plan o considera que en ésta falta el estado de una orden capacitada para apoyo médico de un niño, puede presentar la demanda ante un tribunal Federal. Si resulta que los fiduciarios del Plan emplean mal el dinero del plan o si usted es discriminado y le impiden afirmar sus derechos, puede solicitar la ayuda del Ministerio de Trabajo de los Estados Unidos, o puede presentar una demanda ante un tribunal Federal. El tribunal decidirá quién debe pagar las costas del tribunal y los honorarios de abogado. Si usted tiene éxito, el tribunal puede pedirle a la persona que usted ha demandado que pague estos gastos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos gastos y honorarios, por ejemplo, si encuentra que su reclamación es frívola.

Asistencia con sus Preguntas

Si tiene alguna pregunta acerca de su Plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo la ERISA, o si necesita ayuda en la obtención de documentos del Administrador del Plan, debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Ministerio de Trabajo de los Estados Unidos, que aparecen en la guía telefónica o la División de Asistencia Técnica y Preguntas, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Ministerio de Trabajo de los Estados Unidos, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo la ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado en el (866) 444-3272.

ARTÍCULO XI – DEFINICIONES

LAS SIGUIENTES PALABRAS TIENEN SIGNIFICADOS ESPECÍFICOS CUANDO SE USAN EN EL PLAN. ES IMPORTANTE ENTENDER EL SIGNIFICADO DE ESTOS TÉRMINOS DEFINIDOS MIENTRAS SE USA ESTE FOLLETO.

A MENOS QUE SE INDIQUE ALGO DISTINTO, CUALQUIER TERMINOLOGÍA MASCULINA USADA INCLUYE EL FEMENINO Y CUALQUIER DEFINICIÓN USADA EN SINGULAR TAMBIÉN INCLUYE EL PLURAL.

-
- | | |
|--|---|
| 11.01. Ley | 11.28. Discapacidad Ocupacional u
Ocupacionalmente Discapacitado |
| 11.02. Contrato | 11.29. Participante |
| 11.03. Asociaciones | 11.30. Médico |
| 11.04. Beneficiario | 11.31. Plan |
| 11.05. Beneficios | 11.32. Año del Plan |
| 11.06. Junta de Fideicomisarios | 11.33. Jubilado |
| 11.07. Certificación de Cobertura Acreditable | 11.34. Autopago |
| 11.08. Cosmético | 11.35. Enfermedad |
| 11.09. Periodo de Cobertura o Periodo de
Calificación | 11.36. Medicamentos de Prescripción de
Especialidad |
| 11.10. Gastos Cubiertos | 11.37. Cónyuge |
| 11.11. Cobertura Acreditable | 11.38. Centro de Tratamiento de Abuso de
Sustancias |
| 11.12. Cuidado de Custodia | 11.39. Discapacidad Total o Totalmente
Discapacitado |
| 11.13. Dependiente | 11.40. Participante Totalmente Discapacitado |
| 11.14. Cuidado del Desarrollo | 11.41. Contrato de Fideicomiso o
Fideicomiso |
| 11.15. Discapacidad o Discapacitado | 11.42. Fondo Fiduciario o Fondo |
| 11.16. Equipo Médico Duradero | 11.43. Fideicomisario |
| 11.17. Persona Elegible | 11.44. Sindicato |
| 11.18. Emergencia | 11.45. Gastos Habituales, Acostumbrados y
Razonables o UCR |
| 11.19. Empleado | 11.46. Período de Espera |
| 11.20. Empleador | 11.47. Cantidad en Exceso de Fondos de
Beneficencia |
| 11.21. Experimental | |
| 11.22. Hospital | |
| 11.23. Seguro de Vida | |
| 11.24. Maternidad | |
| 11.25. Medicamento Necesario | |
| 11.26. Medicare | |
| 11.27. Cuidado del Recién Nacido | |
-

Sección 11.01 – Ley

"Ley" significa la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA), según la enmienda.

Sección 11.02 – Contrato

"Contrato" significa un acuerdo de negociación colectiva o el acuerdo de participación entre el Sindicato, o un cuerpo subordinado de eso y un Empleador o la asociación de Empleadores, que requieren contribuciones al Fondo de Beneficencia de Trabajadores de Indiana.

Sección 11.03 – Asociaciones

"Asociaciones" quiere decir las Asociaciones de Empleadores participantes que son parte del Contrato de Fideicomiso que financia el Plan.

Sección 11.04 – Beneficiario

"Beneficiario" quiere decir una persona designada por un Participante, un Participante Totalmente Discapacitado, Jubilado, o por los términos del Plan, que tiene o puede empezar a tener derecho a un beneficio.

Sección 11.05 – Beneficios

"Beneficios" significan el Médico General, Quiropráctico, Cuidado Odontológico, Cuidado Visual, Audición, Cuidado de Hospicio, Trastorno Mental y Nervioso, Tarjeta de Droga de Prescripción, Cuidado Preventivo Rutinario, Abuso de Sustancias, Disfunción de la Articulación Temporomandibular (TMJ), Trasplante, Seguro de Vida, Muerte Accidental y Desmembración y Beneficio de Pérdida de Tiempo a ser proporcionados de acuerdo con el Plan junto con cualquier enmienda, modificación o interpretación adoptadas por la Junta de Fideicomisarios.

Sección 11.06 – Junta de Fideicomisarios

"Junta de Fideicomisarios" significa la Junta que mantiene y administra el Plan según se describió en la Sección 9.03 del presente documento, que está constituida por un número igual de Fideicomisarios del Empleador y Fideicomisarios del Empleado colectivamente designados bajo los términos del Contrato de Fideicomiso.

Sección 11.07 – Certificación de Cobertura Acreditable

"Certificación de Cobertura Acreditable" significa la certificación descrita en la Sección 8.09.

Sección 11.08 – Cosmético

"Cosmético" significa cualquier procedimiento o servicio realizado principalmente para:

- A) mejorar el aspecto físico o cambiar o restaurar la forma física sin corregir materialmente un funcionamiento defectuoso corporal; o
- B) prevenir o tratar un trastorno mental o nervioso mediante un cambio de forma corporal.

Sección 11.09 – Periodo de Cobertura o Periodo de Calificación

"Período de Cobertura" o "Período de Calificación" significa los períodos durante los cuales un Participante, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado es elegible para la cobertura, o acumula horas acreditadas para volverse elegible para la cobertura, respectivamente, según se describió en la Sección 3.02 (b) de este Folleto.

Sección 11.10 – Gastos Cubiertos

"Gastos Cubiertos" significan sólo aquellos gastos hechos para servicios y provisiones que los Fideicomisarios considerarían que tiene precios razonables (véase UCR en la Sección 11.45 de este Folleto) y Medicamento Necesario a la luz de la lesión o enfermedad tratada.

Sección 11.11 – Cobertura Acreditable

"Cobertura Acreditable" significa el período de cobertura descrito en la Sección 8.09.

Sección 11.12 – Cuidado de Custodia

"Cuidado de Custodia" significa servicios o suministros, sin tener en cuenta dónde o por quién son proporcionados, que:

- A) una persona sin habilidades o conocimientos médicos podría proveer o podría ser entrenada para proveer; o
- B) son proporcionados principalmente para ayudar al individuo cubierto con actividades de la vida diaria, incluyendo (pero no limitadas a):
 - 1) caminar, acostarse y/o levantarse, ejercitar y mover al individuo cubierto;
 - 2) bañarse, utilizar los servicios, administrar enemas, vestir y asistir con cualquier otra necesidad de higiene física u oral;
 - 3) ayuda para la alimentación mediante utensilio, tubo o gastrostomía;
 - 4) trabajos domésticos, como preparación de comidas o dietas especiales y limpieza de la casa;
 - 5) actuar como compañía o cuidador; o
 - 6) supervisar la administración de medicaciones que pueden ser por lo general autoadministradas, incluyendo recordatorios de cuándo tomar tales medicaciones; o
 - 7) proporcionar un ambiente protector; o
 - 8) forman parte de un plan de tratamiento de mantenimiento o no forman parte de un plan de tratamiento activo que tiene como objetivo o del que se espera razonablemente que mejora las lesiones, las enfermedades o la capacidad funcional; o
 - 9) son proporcionados para conveniencia o porque los arreglos de casa no son apropiados o adecuados.

Sección 11.13 – Dependiente

"Dependiente" significa la siguiente categoría de individuos:

- A) El Cónyuge con quien el Participante, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado está legalmente casado (no divorciado o legalmente separado).
- B) Los hijos solteros del Participante, del Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado (incluidos hijastros e hijos legalmente adoptados e hijos puestos para adopción desde la fecha en que son puestos para adopción) que sean menores de 19 años de edad.
- C) Los hijos solteros del Participante, del Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado (incluidos hijastros e hijos legalmente adoptados e hijos puestos para adopción desde la fecha en que son puestos para adopción) que tengan al menos 19 años de edad, pero no más de 24 años de edad, a condición de que el hijo sea estudiante de jornada completa (12 horas por semestre) en cualquier escuela secundaria acreditada, escuela comercial, colegio o universidad.
- D) Los hijos solteros del Participante, del Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado (incluidos hijastros e hijos legalmente adoptados e hijos puestos para adopción desde la fecha en que son puestos para adopción) que se hayan vuelto física o mentalmente incapaces de auto sostenerse antes de alcanzar los 19 años de edad (o 24 años de edad, si es un estudiante de jornada completa descrita en C arriba), quiénes viven en el hogar del Participante, del Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado y quiénes son principalmente dependientes del Participante, del Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado para el apoyo, a condición de que la prueba de la Discapacidad sea presentada de vez en cuando según se describió en la Sección 3.07 o tal como lo requiera de otra manera la Junta de Fideicomisarios.
- E) Los hijos solteros descritos en B, C o D arriba respecto a los cuales un tribunal de los Estados Unidos de la jurisdicción competente le ordena a un Participante, Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado que les suministren cobertura médica de acuerdo con una "orden capacitada para apoyo médico de un niño" expedida por un tribunal.
- F) "Principalmente dependiente del Participante, del Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado para el apoyo" quiere decir que el Participante, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado directamente proporciona el 50 % o más del apoyo financiero del hijo, o que el Participante, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado ha tomado la responsabilidad paternal plena y el control del hijo, o está criando al niño como un hijo propio. El Participante, el Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado proveerá la prueba de dependencia que sea solicitada por la Junta de Fideicomisarios, incluyendo, entre otras, las declaraciones de renta o las declaraciones juradas escritas.
- G) Tales Dependientes serán cubiertos de acuerdo con las disposiciones del Plan establecidas para cada Clase de cobertura.

- H) El dependiente no incluirá a un individuo que esté en el servicio militar.
- I) Como se usa en este Plan, el “hijo puesto para adopción” significa un individuo que no ha alcanzado todavía los 18 años de edad desde la fecha de la asunción y retención por un Participante, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado de una obligación legal para el apoyo total o parcial de tal hijo en previsión de la adopción de tal hijo. La colocación del hijo con un Participante, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado se termina al momento en que finalice esa obligación legal.

Sección 11.14 – Cuidado del Desarrollo

“Cuidado del Desarrollo” significa servicios o suministros, sin tener en cuenta dónde o por quién son provistos, que:

- A) son proporcionados a un individuo cubierto que no ha alcanzado antes el nivel de desarrollo esperado para su edad en las áreas siguientes de las actividades principal de la vida:
- 1) intelectual;
 - 2) físico;
 - 3) lenguaje receptivo y expresivo;
 - 4) aprendizaje;
 - 5) movilidad;
 - 6) autodirección;
 - 7) capacidad para vivir de manera independiente; o
 - 8) autosuficiencia económica; o
- B) por su naturaleza no son rehabilitables (restauración de habilidades totalmente desarrolladas que se perdieron o afectaron debido a lesión o enfermedad); o
- C) son de naturaleza educativa.

Sección 11.15 – Discapacidad o Discapacitado

"Discapacidad" o "Discapacitado" significa, sobre la base de pruebas médicas satisfactorias ante la Junta de Fideicomisarios, un Dependiente cubierto o Jubilado a los cuales una lesión o enfermedad les impide dedicarse a casi o considerablemente todas las actividades normales de una persona del mismo sexo y edad similar con buena salud.

Sección 11.16 – Equipo Médico Duradero

“Equipo Médico Duradero” significa el equipo que:

- A) puede resistir el uso repetido;
- B) es principalmente y por regla general usado para un objetivo médico;
- C) no es generalmente útil a una persona en ausencia de una lesión o enfermedad; y
- D) es adecuado para uso en casa.

El Equipo Médico Duradero no incluye suministros para tratar la diabetes que están disponibles mediante el Beneficio de Tarjeta de Medicamento de Prescripción.

Las peticiones de Equipo Médico Duradero deben ser acompañadas por la declaración de un Médico que describe la Necesidad Médica y la duración del uso. El costo de estos artículos será limitado al Costo de UCR. El alquiler del Equipo Médico Duradero es cubierto hasta el precio de compra.

Sección 11.17 – Persona Elegible

El término "Persona Elegible" significa a cualquier persona que es actualmente elegible o puede volverse elegible para recibir Beneficios bajo este Plan de acuerdo con las Reglas de Elegibilidad adoptadas por los Fideicomisarios.

Sección 11.18 – Emergencia

"Emergencia" significa una condición severa que:

- A) resulta de síntomas que ocurren de repente y de improviso; y
- B) requiere que el cuidado inmediato del Médico prevenga la muerte o un deterioro grave de la salud; o
- C) plantea una amenaza grave inminente para el individuo cubierto o para otros.

Sección 11.19 – Empleado

"Empleado" significa aquellas categorías de personas que son designadas por la Junta de Fideicomisarios como empleados por un Empleador.

Sección 11.20 – Empleador

“Empleador” significa:

- A) Un Empleador que es miembro, o es representado por la Asociación y que está obligado por un acuerdo de negociación colectiva con el Sindicato a asegurar el establecimiento y el mantenimiento de un Plan de Fondo de Beneficencia y Fondo Fiduciario y al pago de contribuciones al Fondo Fiduciario.

- B) Un Empleador que no es un miembro de la Asociación, pero cuyos Empleados son representados por el Sindicato y que satisface los requisitos para la participación en el Plan según lo establecido por la Junta de Fideicomisarios. Tal Empleador será considerado, al hacer un pago al Fondo Fiduciario de parte de un Empleado, como una de las partes de un acuerdo entre el Sindicato y la Asociación.
- C) El Sindicato, que será considerado como el Empleador de los Empleados del Sindicato para los cuales el Sindicato contribuye al Fondo Fiduciario.
- D) La Junta de Fideicomisarios, que serán considerados como el Empleador de los Empleados del Plan para los cuales la Junta de Fideicomisarios contribuye al Fondo Fiduciario.

Sección 11.21 – Experimental

“Experimental” significa un servicio o suministro que la Junta de Fideicomisarios (a menos que sea delegada según se describió en la Sección 8.02) determina que cumple con uno o varios de los siguientes criterios:

- A) una droga o dispositivo que no puede ser legítimamente mercadeado sin la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) y que no ha sido aprobado para el mercadeo al momento en que la droga o dispositivo es suministrado; o
- B) una droga, dispositivo, tratamiento o procedimiento que fue examinado y aprobado (o que la ley federal requiere que sea examinado y aprobado) por el comité examinador institucional de la instalación que suministra el tratamiento u otro cuerpo que presta una función similar, o una droga, dispositivo, tratamiento o procedimiento que se usa con un documento de consentimiento informado del paciente que fue examinado y aprobado (o que la ley federal requiere que sea examinado y aprobado) por el comité examinador institucional de la instalación que suministra el tratamiento u otro cuerpo que presta una función similar; o
- C) una droga, dispositivo, tratamiento o procedimiento que Pruebas Confiables muestran son la materia de estudios clínicos de fase I, II o III en curso o están bajo estudio para determinar su máxima dosis tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o eficacia comparado con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico; o
- D) una droga, dispositivo, tratamiento o procedimiento para el cual la opinión predominante entre expertos, según lo demostrado por Pruebas Confiables, es que se necesitan estudios o estudios clínicos adicionales para determinar su máxima dosis tolerada, su toxicidad, su seguridad, o su eficacia o eficacia cuando es comparado con un medio estándar de tratamiento o diagnóstico.
- E) Una droga, dispositivo, tratamiento o procedimiento para una condición o tratamiento no expresamente aprobado por la FDA a menos que los profesionales médicos del Plan determinen que es un estándar apropiado de cuidado para esa condición.

Para los objetivos de esta definición, “Pruebas Confiables” significan informes y artículos que solamente han sido publicados en la literatura médica y científica autoritaria; el(los) protocolo(s) escritos usados por la instalación que suministra el tratamiento, o el (los) protocolo(s) de otra instalación que estudian sustancialmente la misma droga, dispositivo, tratamiento o procedimiento; o el consentimiento informado escrito usado por la instalación suministra el tratamiento o por otra instalación que estudia sustancialmente la misma droga, dispositivo, tratamiento o procedimiento. Para los objetivos de este párrafo, "autoritario" significa que la opinión predominante dentro de la especialidad apropiada de la profesión médica de los Estados Unidos es que la literatura médica y científica tiene derecho a crédito y aceptación, tal como, por ejemplo, The New England Journal of Medicine.

Sección 11.22 – Hospital

"El hospital" quiere decir una institución que es licenciada como hospital y funciona de acuerdo con la ley y está principal y continuamente dedicada a suministrar u operar, en su local o en instalaciones controladas por el hospital, bajo supervisión de un personal de Médicos, servicios médicos, de diagnóstico, y cirugías de alto nivel para la asistencia médica y el tratamiento de heridos y enfermos en una base de hospitalización, por lo cual se cobran honorarios, con servicio de enfermería de 24 horas o bajo supervisión de enfermeras profesionales graduadas certificadas (R.N.s).

Para el pago de beneficios por trastornos mentales o nerviosos, "Hospital" también quiere decir el confinamiento en:

- A) un hospital licenciado por una Junta de Salud o Departamento de Salud Mental, o
- B) un hospital que es propiedad de un estado o es operado por éste, que está específicamente destinado al diagnóstico, cuidado y tratamiento de trastornos psiquiátricos, mentales o nerviosos.

El término “Hospital” no incluirá ningún hospital militar o hospital de veteranos o la casa de un soldado, a menos que por otra parte legalmente se exijan pagos. El término “Hospital” tampoco incluirá un hospital o institución o parte de un hospital o institución que es licenciada o se usa principalmente como clínica, clínica de reposo, casa de reposo, clínica de ancianos, casa para el anciano, casa de paso intermedio, instalación donde se suministran alimentación y cuidados, o que principalmente suministran cuidados de custodia, educativos o de rehabilitación.

Sección 11.23 – Seguro de Vida

“Seguro de Vida” significa los siguientes beneficios asegurados, según se describió en la Sección 4.01 y la Sección 4.02:

- A) **Seguro de Vida:** aquellos beneficios pagaderos como resultado del fallecimiento de un Participante, un Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado que ocurre como resultado de una lesión corporal accidental o enfermedad por cualquier razón. Los Beneficios de Seguro de Vida serán pagados a un Beneficiario en tal forma o formas como está previsto en la Sección 4.01.
- B) **Seguro por Muerte Accidental y Desmembración:** aquellos beneficios pagaderos como resultado del fallecimiento u otra pérdida de un Participante, Participante Totalmente Discapacitado Clase AS o Jubilado Clase AS que ocurre dentro de los siguientes 90 días después de una lesión corporal accidental como resultado de un accidente no ocupacional.

“Pérdida de una mano y/o pie” significa la separación en o encima de la muñeca o tobillo.
“Pérdida de la vista” significa la pérdida total y permanente de la vista.

Sección 11.24 – Maternidad

"Maternidad" significa los gastos relacionados con el embarazo y el parto.

Sección 11.25 – Medicamento Necesario

“Medicamento Necesario” significa un servicio o suministro que es pedido por un Médico y es:

- A) suministrado para el diagnóstico o tratamiento directo de una lesión o enfermedad;
- B) apropiado y consecuente con los síntomas y conclusiones o diagnóstico y tratamiento de la lesión o enfermedad del individuo cubierto;
- C) suministrado de acuerdo con la práctica médica generalmente aceptada en una base nacional; y
- D) el suministro o nivel de servicio más apropiado que se puede proporcionar de manera rentable (incluyendo, pero no limitado a, cuidado de hospitalización vs. cuidado de consulta externa, silla de ruedas eléctrica vs. manual, quirúrgico vs. médicos u otros tipos de cuidado).

El hecho de que un Médico prescriba servicios o suministros no significa automáticamente que tales servicios o provisiones son Medicamento Necesarios y cubiertos por el Plan. La Junta de Fideicomisarios determinará si un servicio o suministro en particular es Medicamento Necesario (a menos que sea delegada según se describió en la Sección 8.02).

Sección 11.26 – Medicare

"Medicare" significa el programa de seguro médico patrocinado federalmente para ancianos y discapacitados, como se indica en el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social, según la enmienda.

Sección 11.27 – Cuidado del Recién Nacido

“Cuidado del Recién nacido” significa gastos rutinarios incurridos por un recién nacido Dependiente con buen estado de salud, pero confinado en un hospital, pero sólo mientras la madre esté confinada en el hospital como el resultado del parto de tal hijo, incluidos gastos incurridos por habitación y alimentación proporcionadas por un Hospital al niño recién nacido y los gastos incurridos para exámenes rutinarios y objetivos de "chequeo". “Cuidado del Recién Nacido” no significa gastos incurridos a consecuencia del nacimiento prematuro, lesión sufrida, enfermedad contraída o un defecto de nacimiento congénito.

Sección 11.28 – Discapacidad Ocupacional u Ocupacionalmente Discapacitado

“Discapacidad Ocupacional” u “Ocupacionalmente Discapacitado” significa una discapacidad ocupacional que cumple con:

- A) la definición de Discapacidad Ocupacional de la Sección 2.1 (y-1) del Fondo de Pensiones de Trabajadores de Indiana; y

- B) todos los requisitos para el pago de la Indemnización por Discapacidad Ocupacional descrita en el Artículo 7A del Fondo de Pensiones de Trabajadores de Indiana, como existe hoy y como sean enmendados de aquí en adelante.

Sección 11.29 – Participante

El término "Participante" significará cualquier Empleado, antiguo Empleado de un Empleador, Jubilado, Participante Totalmente Discapacitado o Cónyuge sobreviviente, que ha cumplido con los requisitos de elegibilidad para participar en el Plan y es cubierto por el Plan o cuyos Beneficiarios pueden volverse elegibles para recibir dicho Beneficio.

Sección 11.30 – Médico

"Médico" significa cualquiera de los siguientes profesionales en ejercicio autorizados que actúan dentro del ámbito de su licencia y realizan un servicio pagadero bajo el Plan:

- A) un doctor en medicina (MD), osteopatía (DO), podiatría (DPM) o quiropráctico (DC); o
- B) cuando se requiera cubrir según la ley, un psicólogo clínico doctoral autorizado, un consejero a nivel de un Master, un trabajador social licenciado o certificado, un asistente de un médico autorizado (PA) o cualquier otro practicante autorizado que:
- 1) actúa bajo supervisión de un doctor en medicina (MD); y
 - 2) realiza un servicio que es pagadero bajo la política cuando es realizado por un doctor en medicina (MD).

Sección 11.31 – Plan

"Plan" significa el Fondo de Beneficencia de Trabajadores de Indiana según se describió aquí y como se enmienda de aquí en adelante.

Sección 11.32 – Año del Plan

"Año del Plan" significa el período de doce meses que comienza el 1ro de diciembre y termina el 30 de noviembre del año siguiente.

Sección 11.33 – Jubilado

"Jubilado" quiere decir a un individuo que se ha retirado del empleo con su Empleador.

Sección 11.34 – Autopago

"Autopago" significa la cantidad que debe ser contribuida por un Participante, un Participante Totalmente Discapacitado, Jubilado o Dependiente a fin de conservar su elegibilidad para recibir Beneficios bajo el Plan; a condición de que:

- A) no obstante algo al contrario en las Secciones ya mencionadas, en caso de cualquier Participante, Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado cuya terminación, discapacidad absoluta o jubilación ocurre en o después del 1ro de enero de 1997, los Autopagos que habrían sido requeridos de tal individuo en ausencia de esta Subdivisión A para cualquier Período de Cobertura serán reducidos por su Cantidad en Exceso del Fondo de Beneficencia;

- B) la Cantidad en Exceso del Fondo de Beneficencia estará disponible únicamente para reducir la cantidad del Autopago que se requiere del Participante, del Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado;
- C) en caso de que la Cantidad en Exceso del Fondo de Beneficencia exceda el Autopago que se le exige al Participante, al Participante Totalmente Discapacitado o Jubilado durante un Período de Cobertura aplicable, el monto por el cual la Cantidad en Exceso del Fondo de Beneficencia excede el Autopago requerido no será llevado a futuros Períodos de Cobertura; y
- D) Los autopagos no generarán horas del empleo acreditado (también conocidas como horas “en el banco”), que determinan la elegibilidad para participar en un Período de Cobertura subsiguiente.

Sección 11.35 – Enfermedad

"Enfermedad" significa una enfermedad, trastorno o condición que requiere tratamiento por un Médico. Para un Empleado femenino o esposa dependiente, "Enfermedad" incluye el parto, el embarazo o una condición relacionada. El término "Enfermedad" también incluirá una enfermedad no causada por un accidente.

Sección 11.36 – Medicamentos de Prescripción de Especialidad

“Medicamentos de Prescripción de Especialidad” significan una categoría de drogas creadas mediante avances en la investigación, la tecnología y el diseño. Estas están conformadas por moléculas complejas e incluyen proteínas sometidas a bioingeniería y derivados de la sangre. Los Medicamentos de Prescripción de Especialidad son dirigidos y tratan condiciones complejas o enfermedades específicas incluyendo, entre otras: cáncer, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, hepatitis C y VIH/SIDA. Los Medicamentos de Prescripción de Especialidad requieren la medicación específica para el paciente, la administración clínica cuidadosa y son administrados al paciente por inyección o infusión en el consultorio del Médico, auto inyección o en algunos casos, oralmente. Los Medicamentos de Prescripción de Especialidad comprados en una farmacia de venta al por menor o en una farmacia de venta por correo serán cubiertos bajo el Beneficio de Tarjeta de Medicamento de Prescripción. Los Medicamentos de Prescripción de Especialidad obtenidos a través de un Médico u Hospital serán pagados bajo el Beneficio Médico General.

Sección 11.37 – Cónyuge

"Cónyuge" significa una persona del sexo opuesto en un matrimonio reconocido por la Ley de Defensa Federal del Matrimonio.

Sección 11.38 – Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias

“Centro de Tratamiento de Abuso de Sustancias” significa un Hospital o clínica licenciada para tratamiento de hospitalización o consulta externa para el abuso de drogas o alcohol.

Sección 11.39 – Discapacidad Total o Totalmente Discapacitado

"Discapacidad Total" o “Totalmente Discapacitado” significa, sobre la base de pruebas satisfactorias a la Junta de Fideicomisarios (a menos que sea delegado según se describió en la Sección 8.02), un Participante que:

- A) está bajo el cuidado de un Médico,
- B) está impedido, por lesión o enfermedad, de dedicarse a su ocupación regular o acostumbrada y
- C) no está realizando ningún trabajo de ninguna clase por compensación o ganancia.

Sección 11.40 – Participante Totalmente Discapacitado

"Participante Totalmente Discapacitado" quiere decir un individuo que se volvió Totalmente Discapacitado mientras era un Participante.

Sección 11.41 – Contrato de Fideicomiso o Fideicomiso

"Contrato de Fideicomiso" o "Fideicomiso" significa cualquier acuerdo con naturaleza de fideicomiso establecido para formar parte del Plan para recibir, mantener, invertir y disponer del Fondo Fiduciario.

Sección 11.42 – Fondo Fiduciario o Fondo

"Fondo fiduciario" o "Fondo" significa todos los activos que son mantenidos por los Fideicomisarios para los objetivos de este Plan.

Sección 11.43 – Fideicomisario

"Fideicomisario" significa los Fideicomisarios del Empleador y los Fideicomisarios del Empleado, designados bajo el Contrato de Fideicomiso, para actuar como Fideicomisario o Fideicomisarios de los activos de este Plan.

Sección 11.44 – Sindicato

"Sindicato" significa el Sindicato Internacional de Trabajadores de Norteamérica, el Ayuntamiento Distrital del Estado de Indiana o Sindicatos Locales bajo jurisdicción del Ayuntamiento Distrital del Estado de Indiana que tienen vigentes con las Asociaciones o con otros Empleadores participantes, acuerdos de bienestar o acuerdos de negociación colectiva que aseguran el establecimiento de un Plan de Fondo de Beneficencia y Fondo Fiduciario, y para el pago de contribuciones a tal Fondo.

Sección 11.45 – Gastos Habituales, Acostumbrados y Razonables o UCR

"Gastos habituales, Acostumbrados y Razonables" o "UCR" significan el precio habitual, acostumbrado y razonable para los servicios o procedimientos prestados y los suministros proporcionados, según lo determinado por la Junta de Fideicomisarios con base en los datos recolectados de la industria de seguro médico para el área geográfica donde tales servicios son dados o los suministros son proporcionados.

A condición de que asimismo, en algunas situaciones, el gasto médico cubierto sea limitado a un porcentaje específico del precio habitual, acostumbrado y razonable. Estas situaciones incluyen, entre otras, las siguientes:

- A) Para cirugías múltiples o bilaterales realizadas durante la misma sesión operativa que no son secundarios, o no forman parte de algún otro procedimiento y que añaden tiempo significativo o complejidad (todo esto según lo determinado por la Junta de Fideicomisarios) al procedimiento completo, los gastos médicos cubiertos serán:

- 1) El 100 % del precio habitual, acostumbrado y razonable para el procedimiento primario; y
- 2) El 50 % del precio habitual, acostumbrado y razonable para cada procedimiento cubierto adicional (incluido cualquier procedimiento bilateral).

Esto se aplica a todos los procedimientos quirúrgicos excepto según lo determinado por la Junta de Fideicomisarios.

- B) Para la asistencia quirúrgica por un Médico, el gasto médico cubierto será el 20 % del precio habitual, acostumbrado y razonable para la cirugía correspondiente.
- C) Para tratamientos no quirúrgicos realizados durante una visita al consultorio, el gasto médico cubierto será limitado al precio habitual, acostumbrado y razonable para el tratamiento no quirúrgico solo.
- D) Para Beneficios Odontológicos, el gasto cubierto será limitado al precio habitual, acostumbrado y razonable según lo determinado por Delta Dental con base en una lista de honorarios para proveedores en la red y fuera de la red.

Sección 11.46 – Período de Espera

“Período de Espera” significa el número de días de enfermedad o incapacidad que un Participante en la parte de Beneficio de Pérdida de Tiempo de este Plan debe acumular para cada período de Incapacidad Absoluta que resulta de una lesión o enfermedad antes de que los beneficios sean pagaderos.

Sección 11.47 – Cantidad en Exceso de Fondos de Beneficencia

“Cantidad en Exceso de Fondos de beneficencia” significa un tercio del valor actual de la cantidad de exceso 415. Para los objetivos de esta Sección:

- A) la cantidad de exceso 415 significa la cantidad por la cual el beneficio acumulado pagadero como una anualidad vitalicia sola del Fondo de Pensiones de Trabajadores de Indiana (el "Fondo de Pensiones"), comenzando desde el primer día del mes después de la terminación, discapacidad absoluta o jubilación, es reducida debido a la aplicación de la Sección 415 del Código de la IRS,
- B) A partir del 1ro de abril de 2000, la cantidad de exceso 415 también significa la cantidad por la cual el beneficio acumulado pagadero como una anualidad vitalicia sola del Fondo Fiduciario de Pensión de Obreros de la Construcción de Condado de Lake y Cercanías, que comienza durante el primer día del mes después de terminación, discapacidad absoluta o jubilación, es reducido debido a la aplicación de la Sección 415 del Código de la IRS, y
- C) cuando se calcula el valor actual de la cantidad de exceso 415 bajo las Subdivisiones A o B anteriores, la equivalencia actuarial será determinada usando los factores del Fondo de Pensiones, incluyendo cualquier subvención de jubilación anticipada aplicable a los jubilados tempranos.

Se han hecho todos los esfuerzos para asegurar que la información contenida en esta Combinación de Documento del Plan y Resumen de la Descripción del Plan (Folleto) es exacta y actualizada desde el momento de su impresión. Usted será notificado, por escrito, de cualquier cambio del Plan que puede afectar sus beneficios o derechos bajo el Plan.

PÁGINA DE FIRMAS

EN FE DE LO CUAL, nosotros, la Junta de Fideicomisarios, hemos colocado nuestras firmas y aprobado esta Combinación de Documento del Plan y Resumen de la Descripción del Plan este _____ de _____ de 2010.

APROBADA:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____