

# Sus beneficios de salud y bienestar

## Índice

Sus beneficios de salud y bienestar	
Introducción a sus beneficios de salud y bienestar	1
Resumen de sus beneficios (empleados activos—Clase A)	2
Resumen de beneficios para personas mayores	3
Participación y costo	
Cómo participar en el plan	5
Pago del plan	7
Qué ocurre si se deja de trabajar para un empleador participante	8
Cobertura médica	
Funcionamiento general del programa médico	10
Gastos médicos cubiertos	12
Tratamiento de desórdenes mentales o nerviosos o de abuso de sustancias	15
Cuidados de hospicio	16
Exámenes físicos	16
Cuidado de la audición	17
Beneficios de salud infantil	17
Beneficios de tarjetas de medicamentos recetados	18
Beneficios de cuidado de la vista	19
Beneficios de maternidad	19
El Programa de análisis de cuidado de salud	20
Diez pasos que se pueden dar para mantener bajos los costos de cuidado de salud	22
Cargos que no están cubiertos	23
Coordinación de beneficios	25
Cómo solicitar beneficios	27
Cuándo termina la cobertura	30
Cobertura de continuación COBRA	31
Definiciones del programa médico	33
Cobertura de pérdida de tiempo	
Beneficios por pérdida de tiempo	36
Cómo solicitar beneficios por pérdida de tiempo	36
Cuándo termina la cobertura de pérdida de tiempo	36
Seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento	
Seguro de vida	37
Seguro de muerte accidental y desmembramiento	37
Cómo solicitar beneficios del seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento	38
Cuándo termina la cobertura del seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	38
Beneficios para personas mayores durante su jubilación o por discapacidad	

Participación en el programa de beneficios para personas mayores	39
Participación en el programa de beneficios para personas mayores – Pagos personales	40
Pagos retrasados – Cónyuges supervivientes	40
Pagos retrasados – Participantes discapacitados y jubilados	40
Niveles de beneficios para personas mayores - Clase AS	43
Niveles de beneficios para personas mayores - Clase B	44
Niveles de beneficios para personas mayores - Clase C	45
Niveles de beneficios para personas mayores - Clase CP	46
 Cónyuges supervivientes y niños dependientes	
Clase S	47
 Información administrativa	
Cómo se administra el plan	49
Reclamaciones y apelaciones	52
Sus derechos según la ley ERISA	55

## Sus beneficios de salud y bienestar

### Introducción a sus beneficios de salud y bienestar

Este folleto describe los beneficios de salud y bienestar que ofrece Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Welfare Fund.

Usted, como participante activo en el plan, tiene derecho a recibir cobertura médica, cobertura de pérdida de tiempo y cobertura de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D). El plan médico paga la porción mayor de los gastos cuando usted (o un dependiente) se lesiona o enferma. La cobertura de pérdida de tiempo mantiene parte de su pago si usted no está en capacidad de trabajar debido a discapacidad laboral o total. Los planes de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) pueden pagar beneficios si usted fallece o se lesiona gravemente.

El programa de beneficios cubre a personas que trabajan para un empleador que participa bajo un convenio colectivo negociado por el Laborers International Union of North America State of Indiana District Council.

Este folleto describe los siguientes programas de beneficios—

- - Clase A. Esta clave cubre a los participantes activos

- -Clase AS. Esta clase cubre a personas de 55 a 64 años de edad que están jubiladas (o a personas jubiladas que reciben una pensión no reducida del Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund), participantes menores de 65 años con discapacidad laboral o total (excepto aquéllos que son elegibles para recibir Medicare) y dependientes. Los beneficios de los cónyuges mayores de 65 años o los dependientes que son elegibles para recibir discapacidad bajo Medicare serán coordinados con Medicare.
- -Clase B. Esta clase cubre a personas de 55 a 64 años de edad que están jubiladas (o a personas jubiladas que reciben una pensión no reducida del Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund), participantes menores de 65 años con discapacidad laboral o total (excepto aquéllos que son elegibles para recibir Medicare) y dependientes menores de 65 años (excepto aquéllos que son elegibles para recibir beneficios por discapacidad bajo Medicare). Los beneficios de los cónyuges dependientes que sean elegibles para recibir discapacidad bajo Medicare serán coordinados con Medicare.
- -Clase CP. Esta clase cubre a las personas jubiladas mayores de 65 años de edad, participantes menores de 65 años con discapacidad laboral o total que son elegibles para recibir beneficios por discapacidad bajo Medicare y sus cónyuges de 65 años de edad o mayores. Los cónyuges menores de 65 años que son elegibles para recibir discapacidad bajo Medicare tendrán beneficios de Clase AS coordinados con Medicare. Los dependientes que sean menores de 65 años de edad y no sean elegibles para recibir cobertura por discapacidad bajo Medicare recibirán beneficios de Clase AS.
- -Clase C. Esta clase cubre a las personas jubiladas mayores de 65 años de edad, participantes menores de 65 años con discapacidad laboral o total que son elegibles para recibir beneficios por discapacidad bajo Medicare y sus cónyuges de 65 años de edad o mayores. Los cónyuges menores de 65 años que son elegibles para recibir discapacidad bajo Medicare tendrán beneficios de Clase B coordinados con Medicare. Los dependientes que sean menores de 65 años de edad y no sean elegibles para recibir cobertura por discapacidad bajo Medicare recibirán beneficios de Clase B.
- -Clase S. Esta clase cubre a los cónyuges supervivientes menores de 65 años que no son elegibles para recibir cobertura por discapacidad bajo Medicare y sus hijos dependientes.

Las siguientes páginas resumen las clasificaciones de beneficios para cada clase.

Los planes son dirigidos y administrados por una Junta de Fiduciarios en la cual están representados equitativamente los trabajadores y la administración. La sección "Información administrativa" en la parte posterior de este folleto contiene una lista de los fiduciarios.

Este folleto describe, en términos comunes, la documentación legal que reglamenta el programa de beneficios. La documentación legal tendrá precedencia sobre

cualquier aspecto que accidentalmente haya sido omitido o declarado erróneamente.

Si tiene preguntas relacionadas con este folleto, puede llamar a la oficina del Fondo de Bienestar al teléfono 1-812-238-2551 o a la línea telefónica gratuita 1-800-962-3158 o puede dirigirse al sitio web del Fondo en [www.indianalaborers.org](http://www.indianalaborers.org).

## Resumen de sus beneficios (empleados activos de—Clase A)

### Médicos

El Fondo de Bienestar paga la mayoría de los gastos cubiertos cuando usted o un dependiente se lesiona o enferma. Después de pagar un deducible, el plan paga 75% de la mayoría de los gastos elegibles para los servicios dentro de la red que usted recibe. Usted paga el otro 25%. Los servicios dentro de la red son aquellos que provee la Red de Proveedores Preferidos. Una vez que su porción de 25% de los cargos por servicios dentro de la red durante un año del plan alcanza \$3,000 (lo cual se denomina “pago de efectivo máximo”), el plan paga 100% de los gastos elegibles durante el resto del año del plan, hasta un límite máximo de por vida de \$1,000,000 en beneficios médicos. Si usted tiene cobertura familiar, el pago en efectivo máximo es \$6,000. En el caso de los servicios que se reciben fuera de la red (es decir, aquellos que no se obtienen en la Red de Proveedores Preferidos), su porción de los costos es mayor (50%) y no se aplica un pago en efectivo máximo a lo que usted adeuda.

Aplican disposiciones especiales para algunos cargos. Por ejemplo, existen límites de cobertura para el tratamiento de abuso de alcohol y sustancias tóxicas, desórdenes mentales, disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ), tratamiento quirúrgico de la columna vertebral, cuidados de hospicio, beneficios de salud infantil, beneficios de trasplante y exámenes físicos. Además, algunos cargos no aplican al pago en efectivo máximo.

Este folleto explica detalladamente la cobertura médica.

### Pérdida de tiempo

Si usted está discapacitado, puede recibir los siguientes beneficios por pérdida de tiempo:

- -Laboral—\$54 a la semana (pagaderos cada dos semanas, durante un máximo de 13 semanas) comenzando el octavo día de la discapacidad total
- No laboral —\$228 a la semana (pagaderos cada dos semanas, durante un máximo de 13 semanas) comenzando el primer día de la discapacidad total debido a una lesión accidental o en el octavo día de la discapacidad total debido a enfermedad.

Este folleto explica detalladamente la cobertura por pérdida de tiempo.

### Seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

El seguro de vida paga un beneficio de \$10,000 si usted fallece por cualquier causa.

El seguro AD&D paga un beneficio adicional de \$5,000 si usted fallece debido a un accidente no laboral. El seguro AD&D también paga las siguientes cantidades si usted sufre ciertas lesiones debido a un accidente no laboral:

### Resumen de beneficios para personas mayores

-Clase B—Personas jubiladas de 55 a 64 años de edad, participantes con discapacidad laboral o total y sus cónyuges menores de 65 años e hijos dependientes\*

#### Médicos

-Los beneficios médicos son subsidiados a una tarifa de 2% por cada año de servicio con el Fondo de Bienestar, hasta 60%.

-Cargos de hospitalización hasta por 31 días:

- -Habitación y comidas—\$70 por día.
- Servicios/suministros hospitalarios—\$500.
- -Consultas médicas hospitalarias—\$15 la primera consulta, \$10 en adelante.

-Los beneficios de cuidados de la vista y audición son similares a los de la Clase A.

-No hay beneficios de tarjeta de medicamentos recetados.

-No hay beneficios de trasplante.

-Cirugía—Hasta una cantidad determinada, de acuerdo a la operación, no mayor de \$600.

Anestesiología—\$100 por cirugía.

-Pruebas de laboratorio y radiografías para diagnósticos—\$100 por cada año del plan.

Seguro de vida\*\*

\$10,000

Seguro AD&D \*\*

Ninguno

-Clase AS—Personas jubiladas de 55 a 64 años de edad, participantes con discapacidad laboral o total y sus cónyuges menores de 65 años e hijos dependientes\*

#### Médicos

-Los beneficios médicos son subsidiados a una tarifa de 2% por cada año de servicio con el Fondo de Bienestar, hasta 60%.

-La misma cobertura de la Clase A para empleados activos, pero no se pagan beneficios por pérdida de tiempo, maternidad, salud infantil, cuidado de recién nacidos o exámenes físicos.

-Los beneficios de cuidados de la vista y audición son similares a los de la Clase A.

Seguro de vida\*\*

\$10,000

Seguro AD&D \*\*

\$5,000 (pérdida de vida)

\$10,000 -(pérdida de dos cualquiera: mano, pie, vista en un ojo)

\$2,500 -(pérdida de uno cualquiera: mano, pie, vista en un ojo)

-

Clase S—Cónyuges supervivientes

de hasta 64 años de edad e hijos dependientes de empleados activos, participantes con discapacidad laboral o total, o jubilados

#### Médicos

-Los beneficios médicos son subsidiados a una tarifa de 2% por cada año de servicio con el Fondo de Bienestar, hasta 60%.

-La misma cobertura de la Clase A para empleados activos, pero no se pagan beneficios por pérdida de tiempo, maternidad, salud infantil, cuidado de recién nacidos o exámenes físicos.

-Los beneficios de cuidados de la vista y audición son similares a los de la Clase A.

Seguro de vida\*\*

Ninguno

Seguro AD&D \*\*

Ninguno

-Clase C—Jubilados y cónyuges de 65 años de edad y mayores, y participantes con discapacidad laboral o total menores de 65 años que son elegibles para Medicare

#### Médicos

-Los beneficios médicos son subsidiados a una tarifa de 2% por cada año de servicio con el Fondo de Bienestar, hasta 60%.

Beneficios hospitalarios:

- -Deducible inicial de la Parte A de Medicare
- -Del día 61 al día 90 de la hospitalización, los beneficios diarios equivalen a 25% del deducible de Medicare
- -Del día 91 al día 150 de la hospitalización, los beneficios diarios equivalen a 50% del deducible de Medicare (una vez en la vida de cada persona)

Cargos y honorarios médicos:

- Deducible de la Parte B de Medicare
- -Su porción de 20% de los cargos cubiertos por Medicare

-Los beneficios de cuidados de la vista y audición son similares a los de la Clase A.

-Los beneficios de trasplante están cubiertos para la Clase C.

-No hay beneficios de tarjeta de medicamentos recetados.

Seguro de vida\*\*

\$10,000

Seguro AD&D \*\*

Ninguno

--Clase CP—Jubilados y cónyuges de 65 años de edad y mayores, y participantes con discapacidad laboral o total menores de 65 años que son elegibles para Medicare

#### Médicos

-Los beneficios médicos son subsidiados a una tarifa de 2% por cada año de servicio con el Fondo de Bienestar, hasta 60%.

-La misma cobertura de la Clase C, excepto por un beneficio adicional de tarjeta de medicamentos recetados.

-Los beneficios de cuidados de la vista y audición son similares a los de la Clase A.

Seguro de vida\*\*

\$10,000

Seguro AD&D \*\*

Ninguno

## Participación y costo

### Cómo participar en el plan

#### ¿Quién participa?

Usted puede calificar para participar si trabaja para un empleador que contribuye bajo un convenio colectivo negociado por el Laborers International Union of North America State of Indiana District Council.

Sus dependientes calificados también podrían estar cubiertos bajo el programa médico. Los dependientes que califican son—

- -El cónyuge con quién se está legalmente casado; y
- --Sus hijos dependientes y no casados menores de 19 años de edad. Los hijos pueden estar cubiertos hasta la edad de 24 años si son estudiantes a tiempo completo (12 horas por semestre) en una escuela de bachillerato, escuela de comercio, escuela superior o universidad que califique.
- -“Hijos” se refiere a sus hijos naturales o legalmente adoptados, niños que están a su cuidado para adopción, e hijastros que usted mantiene.

Usted debe presentar una prueba satisfactoria a la oficina del Fondo de Bienestar, si se lo solicitan.

Si usted se divorcia o separa legalmente, se podría exigir una notificación nacional de manutención médica (National Medical Support Notice - NMSN) de una agencia estatal o una orden judicial denominada Qualified Medical Child Support Order (QMCSO) para inscribir a sus hijos elegibles en el plan. El plan cumplirá con un notificación NMSN o una orden QMCSO que sea presentada a la Junta de Fiduciarios si cumple con los requisitos legales NMSN o QMCSO. Usted puede recibir una copia gratuita de los procedimientos del plan que reglamentan las disposiciones de las órdenes QMCSO presentando una solicitud a la oficina del Fondo de Bienestar.

Un dependiente que esté prestando servicio militar no es elegible para recibir cobertura bajo el plan.

Si usted y su cónyuge califican para recibir cobertura como empleados, cada uno puede registrar al otro como dependiente. Sus hijos podrían estar cubiertos como dependientes de usted y su cónyuge. Sin embargo, el plan no puede pagar más de 100% de los gastos cubiertos. (Consultar la sección “Coordinación de Beneficios”).

Un niño se encuentra bajo su cuidado para adopción cuando usted tiene la obligación legal de mantenerlo mientras espera que se apruebe la adopción. El niño debe ser menor de 18 años de edad.

### Cómo inscribirse

Usted se debe inscribir en el plan antes de que se puede pagar cualquier beneficio. La oficina del Fondo de Bienestar que se encuentra en la sede de su gremio local tiene planillas de inscripción (si usted es un participante que tiene discapacidad laboral o total o está jubilado y desea registrarse para recibir beneficios para personas mayores, consulte las normas de inscripción especiales que aplican tanto a usted como a sus dependientes en la sección “Participación en el programa de beneficios para personas mayores” de este folleto).

Debe identificar a sus dependientes elegibles en la tarjeta de inscripción si desea que tengan cobertura de beneficios médicos. Además, deberá nombrar a un beneficiario para el seguro de vida y el seguro de muerte accidental.

Revise ocasionalmente su tarjeta de inscripción para asegurarse de que esté al día.

### Cuándo comienza la cobertura inicial

Usted debe trabajar 600 horas durante sus primeros seis meses de empleo para participar en el plan. La cobertura comienza inmediatamente cuando cumple el requisito de 600 horas de trabajo dentro del período inicial de seis meses.

Si no califica según esta regla de 600 horas, aún cuenta con una oportunidad para participar. En este caso, debe trabajar por lo menos 260 horas durante un período de calificación.

Períodos de calificación y períodos de cobertura. El plan funciona en base a “períodos de calificación” y “períodos de cobertura”. Si usted trabaja la cantidad de horas requeridas durante un período de calificación, puede participar en el siguiente período de cobertura.

Existen tres períodos de calificación y tres períodos de cobertura durante el año. Cada período de calificación y cada período de cobertura dura cuatro meses.

Los períodos de calificación transcurren del 1° de julio al 31 de octubre, del 1° de noviembre al 28 de febrero (29 de febrero en un año bisiesto) y del 1° de marzo al 30 de junio.

Un período de cobertura comienza un mes después de que concluye un período de calificación. Los períodos de cobertura transcurren del 1° de diciembre al 31 de marzo, del 1° de abril al 31 de julio y del 1° de agosto al 30 de noviembre.

El cuadro de abajo muestra cómo se obtiene la elegibilidad para participar durante el siguiente período de cobertura en base a las horas que se ha trabajado.

Pagos personales. Si usted no cumple estos requisitos de trabajo, aún podrá participar si realiza pagos personales a la oficina del Fondo de Bienestar. (Este folleto explica detalladamente los pagos personales).

Si usted o un dependiente se lesiona o se enferma el día que debe comenzar la cobertura. Si usted se lesiona o se enferma el día que debe comenzar su cobertura, se pospondrán los beneficios de pérdida de tiempo, seguro de vida y AD&D hasta que su médico le autorice a regresar al trabajo una vez concluida su recuperación.

### Continuación de su participación

Su participación pagada por su empleador se mantiene de un período de cobertura al siguiente si usted trabaja por lo menos 260 horas durante cada período de calificación.

Si trabaja menos de 260 horas, el plan estudia las horas que ha trabajado durante los períodos de calificación previos. La elegibilidad continuará si usted ha trabajado la siguiente cantidad de horas—

- -520 horas durante los últimos dos períodos de calificación antes del período de cobertura en cuestión; o
- -780 horas durante los últimos tres períodos de calificación antes del período de cobertura en cuestión; o

Este método de calculo de elegibilidad, denominado horas “ahorradas”, le permite mantener su cobertura de beneficios durante períodos en los que trabaja a tiempo parcial—o no trabaja.

Si usted no tiene la cantidad requerida de horas ahorradas, puede mantener su cobertura realizando pagos personales. Este folleto explica detalladamente los pagos personales. Recuerde que los pagos personales no cuentan como horas ahorradas.

Normas especiales para participantes que están en la fase final de la enfermedad renal

Si usted está cubierto bajo la Clase A y adquiere elegibilidad para Medicare por entrar en la fase final de la enfermedad renal, puede permanecer en la Clase A durante el tiempo que estipula Medicare o se puede transferir a la Clase B o AS. Si su discapacidad continúa al concluir este período, deberá transferirse a la Clase C o CP. Llame a la oficina del Fondo de Bienestar si necesita obtener detalles adicionales.

## El pago del plan

### Contribuciones del empleador/pagos personales

Su empleador debe hacer contribuciones al Fondo de Bienestar por cada hora trabajada. La tasa de contribuciones por horas se define en un convenio colectivo firmado entre su gremio y los empleadores que participan.

Sus contribuciones deben equivaler a por lo menos 260 horas en cada período de calificación, o debe haber acumulado el número de horas “ahorradas” requeridas en períodos de calificación previos a fin de obtener cobertura total. Si usted no tiene la cantidad requerida de horas ahorradas, debe realizar pagos personales a fin de participar.

Los pagos personales deben ser iguales a la diferencia entre el número de horas (si las hubiera) que usted trabajó y 260. Por ejemplo, si sólo ha trabajado 200 horas durante un período de calificación, debe realizar pagos personales por la diferencia de 60 horas.

Los pagos personales se hacen a la oficina del Fondo de Bienestar y el pago se deben realizar a más tardar el último día del último mes del período de cobertura vigente (en, o antes del, 30 de noviembre, 31 de marzo o 31 de julio) a fin de que sea elegible para recibir beneficios completos en el siguiente período de cobertura. Sin embargo, para fines administrativos, los pagos se deben realizar el día 10, o antes, del último mes del período de cobertura vigente (en, o antes del, 10 de noviembre, 10 de marzo o 10 de julio). Esto permite que la oficina del Fondo de Bienestar tenga suficiente tiempo para procesar los pagos y actualizar los expedientes de elegibilidad.

Si los pagos personales se realizan dentro de los primeros diez días del siguiente período de cobertura (del 1º al 10 de diciembre, 1º al 10 de abril, o 1º al 10 de agosto), cualquier gasto en el que se incurra entre el primer día del período de cobertura y el día que se indica en la planilla de pago personal (o el pago realizado personalmente) no será pagado. Los pagos personales fechados después del décimo día del siguiente período de cobertura no serán aceptados y usted no participará en ese período. Sin embargo, los beneficios del seguro de vida podrían pagarse si falleciera durante los primeros 31 días del período de cobertura.

Recuerde que los pagos personales no cuentan como horas ahorradas.

### ¿Qué ocurre con el dinero que hay en el fondo?

Las contribuciones del empleador y los pagos personales entran en un fondo fiduciario. El dinero en el fondo se utiliza para pagar beneficios médicos y de pérdida de tiempo y primas de seguros de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D).

Los beneficios médicos y de pérdida de tiempo se autofinancian. Esto significa que los beneficios se pagan directamente del dinero que hay en el Fondo de Bienestar—y no a través un contrato de seguro. Generalmente es más económico utilizar este método de financiamiento de beneficios que pagar primas de seguros. Esto permite tener más dinero disponible para ofrecer mejores beneficios. Sin embargo, este método también impone una mayor responsabilidad sobre todos nosotros, tanto los fiduciarios como los participantes, para usar el mismo cuidado y sentido de ahorro como si estuviéramos gastando nuestro propio dinero.

El resto del fondo se destina a pagar beneficios de seguros de vida y AD&D y gastos de administración de los planes. Los beneficios de los seguros de vida y AD&D se estipulan en un contrato de seguro. La cantidad que se paga por las primas de los seguros de vida y AD&D se basa en el número de personas que están cubiertas, la composición del grupo cubierto por edad y sexo, y las reclamaciones realizadas contra el programa el año anterior.

### Contribuciones de los empleadores durante una ausencia FMLA

Los beneficios de Clase A se ofrecen de acuerdo a las disposiciones estipuladas en la Ley sobre ausencias por razones familiares y médicas de 1993 (Family and Medical Leave Act of 1993 - FMLA). Si usted disfruta de un permiso de ausencia que está cubierto por la ley FMLA, su empleador más reciente hará contribuciones al fondo fiduciario del plan en su nombre hasta que haya terminado su ausencia o el empleador haya pagado 12 semanas de contribuciones—lo que ocurra primero. Las contribuciones que haga el empleador en su nombre se basan en la tarifa de contribuciones horaria estipulada en el convenio colectivo correspondiente y las 260 horas asumidas por período de calificación.

## Qué ocurre si se deja de trabajar para un empleador participante

### Si usted queda totalmente discapacitado

Suponga que usted deja de trabajar para un empleador participante por haber quedado totalmente discapacitado. Si usted tiene derecho a recibir beneficios por pérdida de tiempo, se le acreditarán 40 horas semanales. Si su discapacidad continúa después de haber utilizado todos sus beneficios de pérdida de tiempo, su cobertura continuará mientras sea elegible gracias a sus horas “ahorradas”. Una vez consumidas sus “horas ahorradas”, usted podrá efectuar pagos personales para mantener su cobertura de beneficios regular (excepto la cobertura de pérdida de tiempo) o podría tener la opción de solicitar “beneficios para personas mayores”.

Para mantener su cobertura regular de beneficios, deberá realizar pagos personales basados en la misma tarifa horaria que paga su empleador. Durante los dos primeros períodos de calificación, los pagos personales se basan en 260 horas. Al concluir dichos períodos, se basan en 40 horas a la semana.

Usted puede solicitar su participación en el programa de beneficios para personas mayores en los siguientes casos—

- -Usted se encuentra laboralmente discapacitado;
- -Usted se encuentra totalmente discapacitado;
- -Su empleador ha realizado contribuciones o usted ha realizado pagos personales al Fondo de Bienestar durante los últimos cinco años, y
- -Usted ha sido elegible para participar durante por lo menos cinco períodos de cobertura en los últimos cinco años.

A usted se le considera “laboralmente discapacitado” si tiene una “discapacidad laboral”, de acuerdo a lo estipulado en el Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund. Usted debe cumplir las siguientes condiciones—

- -Se encuentra bajo el cuidado de un médico (según se define posteriormente en la sección de este folleto titulada “Definiciones del programa médico”); y
- -una lesión o enfermedad le impide trabajar en la industria de la construcción; y
- Su discapacidad será permanente y continua durante el resto de su vida

A usted se le considera “totalmente discapacitado” si tiene una “discapacidad permanente y total” de acuerdo a lo estipulado en el Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund. Usted debe cumplir las siguientes condiciones—

- Se encuentra bajo el cuidado de un médico (según se define posteriormente en la sección del este folleto titulada “Definiciones del programa médico”); y
- -Una lesión o enfermedad le impide trabajar en cualquier labor o empleo; y
- -Usted no realiza ningún trabajo a cambio de paga o ganancia; y
- Su discapacidad será permanente y continua durante el resto de su vida.

La Junta de Fiduciarios decide si usted tiene una discapacidad laboral o total de acuerdo a evidencias médicas que se consideren satisfactorias.

Para obtener beneficios para personas mayores, usted debe mantener una cobertura de beneficios regular desde el momento en que sufre una discapacidad laboral o total hasta que comienza su cobertura de personas mayores.

Este folleto explica detalladamente los beneficios para personas mayores.

### Si usted se jubila

Si usted deja de trabajar para un empleador participante y tiene por lo menos 55 años de edad, su cobertura

continuará mientras sea elegible gracias a sus horas “ahorradas”. Después de esto, podrá seguir recibiendo beneficios regulares (excepto la cobertura de pérdida de tiempo) o podrá solicitar “beneficios para personas mayores”.

Para mantener su cobertura regular de beneficios, deberá realizar pagos personales basados en la misma tarifa horaria que paga su empleador. Durante los dos primeros períodos de calificación, los pagos personales se basan en 260 horas. Al concluir dichos períodos, se basan en 40 horas a la semana.

Durante los primeros cuatro períodos de calificación posteriores a la finalización de la cobertura regular podrá dejar de pagar algunos o todos sus pagos personales (claro que no participaría en aquellos períodos en los que no hiciera pagos personales). Sin embargo, al comenzar el quinto período de cobertura, deberá realizar pagos personales regularmente o toda su cobertura terminará. En este caso, usted tendría que cumplir los requisitos de elegibilidad iniciales para que su cobertura comience nuevamente.

Usted puede solicitar su participación en el programa de beneficios para personas mayores en los siguientes casos—

- --Si tiene por lo menos 55 años de edad (o califica para una pensión no reducida bajo las disposiciones del Fondo de Pensiones);
- -Su empleador ha realizado contribuciones o usted ha realizado pagos personales al Fondo de Bienestar durante los últimos cinco años, y
- -Usted ha sido elegible para participar durante por lo menos cinco períodos de cobertura en los últimos cinco años.

### Si su empleo termina por cualquier otra razón

Si usted deja de trabajar para un empleador participante por alguna razón que no sea jubilación, discapacidad laboral o discapacidad total, su cobertura continuará mientras sea elegible gracias a sus horas “ahorradas”. Bajo determinadas condiciones, una vez que ha

consumido su elegibilidad a través de “horas ahorradas” usted podrá seguir disfrutando de los beneficios de su cobertura (excepto por la cobertura de pérdida de tiempo) realizando pagos personales. No contará con beneficios para personas mayores.

Durante los dos primeros períodos de calificación, deberá realizar pagos personales basados en 260 horas. Después de esto, se le permitirá mantener su cobertura si no ha buscado empleo y realiza un pago personal durante el siguiente período de

cobertura de cuatro meses, basado en 40 horas semanales y sujeto a la aprobación del Fondo.

Durante los primeros cuatro períodos de calificación posteriores a la finalización de la cobertura regular podrá dejar de pagar algunos o todos sus pagos personales (claro que no participaría en aquellos períodos en los que no hiciera pagos personales). Además, si usted comienza nuevamente su cobertura, la cobertura médica para cualquier lesión o enfermedad que tuviera el día en que comienza nuevamente la cobertura se podría retrasar hasta 12 meses.

Al comenzar el quinto período de cobertura, deberá realizar pagos personales regularmente o toda su cobertura terminará. En este caso, usted tendría que cumplir los requisitos de elegibilidad iniciales para que su cobertura comience nuevamente.

#### Si usted entra en las fuerzas armadas

Si usted deja su empleo para entrar en las fuerzas armadas, sus beneficios bajo el Fondo de Bienestar durante su servicio militar y al regresar a un empleo se administrarán en base a las normas estipuladas en la Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados de 1994 (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994 - USERRA). Cualquier período de continuación COBRA para el que usted sea elegible transcurrirá paralelamente al período de continuación USERRA para el cual sea elegible.

## Cobertura médica

### Funcionamiento general del programa médico (Clase A)

La cualidad del cuidado de salud actual es mejor de lo que era antes. Actualmente, la investigación médica y la tecnología ofrecen tratamiento y curas que eran inimaginables hace una generación.

Pero estos avances implican mayores costos en cuidado de salud. Hoy en día una enfermedad grave puede agotar los ahorros de una vida entera. Incluso una lesión menor o una cirugía puede generar facturas médicas por cientos de dólares, por lo que es crucial contar con un buen plan médico que proteja nuestras finanzas.

Nuestro plan médico le ofrece una gran protección contra los costos de cuidado de salud. El plan cubre la mayoría de los gastos que usted y su familia podrían experimentar,—incluyendo cargos hospitalarios, servicios médicos, pruebas de diagnóstico, cirugía y suministros médicos. También le permite mantenerse a la par de los aumentos de costos pagando un porcentaje de los cargos elegibles.

Los servicios que proporciona una Organización de Proveedores Preferidos (PPO) se conocen como

“servicios Dentro de la Red”, los cuales reintegra más favorablemente el plan\*.

Generalmente, las cantidades que usted adeuda son mayores cuando recibe servicios Fuera de la Red (es decir, los servicios que proporciona una organización que no es una Organización de Proveedores Preferidos). En resumen, el plan funciona de la siguiente forma—

1. Cada año del plan usted paga un deducible.
2. -El plan paga 75% de la mayoría de los cargos cubiertos por servicios Dentro de la Red. Usted paga el otro 25%. (En el caso de los servicios Fuera de la Red, el plan paga 50% de la mayoría de los cargos cubiertos y usted paga el otro 50%).
3. -Cuando sus gastos en efectivo por servicios Dentro de la Red alcanzan determinada cantidad, el plan paga 100% de la mayoría de los gastos cubiertos por el resto del año, hasta un límite máximo de por vida. No hay un límite máximo de gastos en efectivo por servicios Fuera de la Red.

\* -Nota importante: Ciertos servicios y proveedores, según lo determine la Junta de Fiduciarios, se consideran beneficios Dentro de la Red, incluso si no los provee una Organización de Proveedores Preferidos. De esta forma, el deducible individual de \$300, el deducible familiar máximo de \$600 y la cobertura del plan al 75% (o 100% después de alcanzar el nivel máximo para los gastos en efectivo) también aplicarán a estos beneficios, hasta límites especiales donde corresponda.

Aplican límites y reglas especiales para determinados cargos, como para abuso de sustancias tóxicas, desórdenes mentales y nerviosos, exámenes físicos, cuidado de la audición, tratamiento no quirúrgico de la columna vertebral, disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ), cuidados de hospicio, beneficios de salud infantil y beneficios de trasplante.

### El deducible

En el caso de servicios Dentro de la Red, cada año del plan usted paga los primeros \$300 de gastos elegibles—denominados el “deducible”. El deducible de \$300 aplica por separado a usted y a cada dependiente cubierto en cada año del plan. Sin embargo, hay un deducible familiar máximo de \$600. De esta forma, por ejemplo, sólo será necesario que dos personas satisfagan el deducible de \$300 antes de que comiencen los beneficios, o cinco miembros familiares pueden satisfacer el deducible familiar, cada uno con gastos elegibles de \$120. En el caso de los servicios Fuera de la Red, el deducible anual es de \$600 por persona. No hay un deducible máximo por familia por servicios Fuera de la Red, por lo que cada familiar debe satisfacer su deducible de \$600 cada año del plan antes de que el plan comience a pagar beneficios por servicios Fuera de la Red. (Nota: Un “año del plan” comienza el 1° de diciembre y termina el 30 de noviembre).

### Deducible por sala de emergencias

El plan exige un deducible separado de \$50 por ingreso en una sala de emergencias por razones que no sean una enfermedad peligrosa para la vida (según lo compruebe un médico), accidente (por ingresos que ocurran en un lapso de 72 horas del accidente), o admisión hospitalaria. Este deducible es adicional al deducible regular anual.

### Copagos

En el caso de servicios Dentro de la Red, una vez que se satisface el deducible, el plan paga 75% de la mayoría de los gastos que están cubiertos. Usted paga el otro

25%. En el caso de servicios Fuera de la red, el plan paga 50% de la mayoría de los gastos cubiertos después de satisfacer el deducible, y usted paga el otro 50%. Las cantidades que usted y el plan pagan se conocen como “copagos”.

#### Límite máximo de gastos en efectivo--

En el caso de servicios Dentro de la Red, si en algún momento su porción de 25% de los gastos cubiertos para una persona supera \$3,000 en un año del plan, el plan pagará 100% de la mayoría de los gastos cubiertos de dicha persona durante el resto del año del plan, hasta un límite máximo de por vida de \$1,000,00. En el caso de servicios Dentro de la Red, también hay un límite máximo de gastos en efectivo familiares de \$6,000,00. Por ejemplo, sólo dos miembros familiares cuyas porciones de gastos cubiertos sean equivalentes a \$3,000 cada uno podrán satisfacer el límite máximo de gastos en efectivo de la familia. Sin embargo, no hay un límite máximo de gastos en efectivo individuales o familiares por servicios Fuera de la Red. Por lo tanto, si la porción de 50% de los servicios cubiertos Fuera de la Red de una persona supera \$3,000 en un año del plan, la persona tendrá que pagar el 50%.

El nivel máximo de \$3,000 (individual) y \$6,000 (familiar) de gastos en efectivo para servicios Dentro de la Red le protege contra facturas médicas muy costosas al limitar la cantidad de gastos cubiertos que usted paga en cualquier año del plan. El nivel máximo aplica a cada persona cubierta durante cada año del plan. Una vez que usted o un miembro familiar alcanza el nivel máximo de gastos en efectivo, el plan paga 100% de los gastos elegibles para dicha persona durante el resto del año del plan, hasta el límite máximo de por vida del plan.

Los siguientes cargos no se toman en cuenta para el máximo de gastos en efectivo para servicios Dentro de la Red—

- -El deducible individual de \$300 o familiar de \$600 al año.
- -Cualquier gasto que no esté cubierto por el plan, incluyendo cualquier cargo por encima de los cargos usuales, acostumbrados y razonables. El término “usuales, acostumbrados y razonables” se define en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.
- -Los cargos relacionados con la admisión en un hospital un fin de semana si la admisión no está cubierta por el plan.
- -El deducible de \$50 por tratamiento no relacionado con un accidente en una sala de emergencias.
- -Beneficios de la audición, exámenes físicos, abuso de sustancias o beneficios de desórdenes mentales o nerviosos, beneficios de salud infantil, beneficios de cuidado de la vista, vacunas contra la influenza y beneficios de tarjetas de medicamentos recetados.
- -Cargos que sobrepasan los límites anuales, de por vida u otros (por ejemplo, para beneficios de audición).

#### Beneficios máximos de por vida

Usted y cada uno de sus dependientes cubiertos pueden recibir hasta \$1,000,000 por persona en gastos médicos cubiertos durante su vida.

## Gastos médicos cubiertos

Una vez que usted satisface el deducible, el plan paga 75% de los siguientes cargos, hasta el límite máximo de gastos en efectivo por servicios Dentro de la Red. El plan paga 50% de los siguientes cargos por servicios Fuera de la Red:

- -Sala de hospitalización o habitación semiprivada y comidas. (Si usted se queda en una habitación privada, el plan cubre cargos equivalentes al precio promedio de una habitación semiprivada).

Llame al Programa de análisis de cuidado de salud (Care Review Program) antes de ser admitido. Este folleto describe detalladamente dicho programa.

Evite ser admitido en un hospital durante un fin de semana (el viernes o sábado) si es poco probable que su condición sea tratada hasta el siguiente lunes. Los beneficios generalmente no se pagan si le admiten un viernes o sábado y su condición no requiere intervención quirúrgica en un lapso de 24 horas. Sin embargo, los beneficios sí se pagan si se le admite debido a una emergencia o es médicamente necesario y recomendado por su médico o se trata de un parto. “Emergencia” y “médicamente necesario” se definen en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.

- -Habitación y comidas durante la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos u otras unidades de cuidado especializado.
- -Servicios y suministros provistos por el hospital durante una hospitalización.
- -Tratamiento brindado por un médico por lesión o enfermedad, incluyendo consultas en el hospital o consultorio. (Aplican límites especiales para el tratamiento de desórdenes nerviosos mentales y abuso de sustancias, TMJ, cuidado de la audición, tratamiento no quirúrgico de la columna vertebral, cuidados de hospicio, beneficios de salud infantil, beneficios de trasplante y exámenes físicos).
- Tratamiento por un fisioterapeuta.
- -Servicios prestados para el tratamiento no quirúrgico de la columna vertebral, hasta un máximo de \$1,000 en beneficios por persona cada año del plan. (El plan considera el tratamiento no quirúrgico de la columna vertebral como servicios “Dentro de la Red”).
- -Cargos por el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular (TMJ), hasta un límite máximo de por vida de \$1,500 en beneficios. No se cubren los cargos si el tratamiento se realiza solamente para fines cosméticos. “Cosmético” se define en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.
- -Los cargos usuales, acostumbrados y razonables en los que incurre usted o un dependiente cubierto para una mastectomía, incluyendo cualquier cuidado médico posterior y prótesis asociada con la reconstrucción de senos.
- -Honorarios médicos usuales, acostumbrados y razonables por procedimientos quirúrgicos.

- -Anestésicos y su administración.
- -Servicios de un profesional de enfermería registrado o acreditado que no vive usualmente en su hogar y no es un miembro de su familia o la de su cónyuge.
- -Fármacos y medicamentos que legalmente requieren una receta médica, pero no medicamentos comprados a través del beneficio de tarjeta de medicamentos recetados. (Nota: Pregúntele a su médico si cualquiera de sus recetas médicas se pueden satisfacer con medicamentos genéricos. A menudo se puede sustituir por medicamentos de marca obteniéndose ahorros considerables).
- -Fármacos o dispositivos anticonceptivos y gastos de cirugía de esterilización voluntaria, pero no los gastos para aborto voluntario, incluyendo abortos quirúrgicos o abortos que requieren dispositivos o fármacos como RU-486.
- Sangre y plasma sanguíneo. (El plan también cubre los cargos para la donación personal de sangre antes de una cirugía si lo recomienda su médico).
- -Miembros artificiales, ojos y otras prótesis, incluyendo prótesis externas de senos. El plan cubre tanto la prótesis inicial y su reemplazo cuando se requiere debido a crecimiento, desgaste o cambios patológicos.
- -Radiografías y pruebas de laboratorio que forman parte de un examen físico o se requieren para diagnosticar una lesión o enfermedad aparente. Sin embargo, no se cubren las radiografías dentales a menos que—
  - Se relacionen con un procedimiento quirúrgico oral que esté cubierto; o bien
  - Se tomen para tratamiento dental o una mandíbula fracturada o por lesiones en los dientes naturales, en los siguientes seis meses del accidente que causó la fractura o lesión.
- --Radiografías y tratamiento con radio.
- -Los siguientes procedimientos dentales—
  - Tratamiento de una mandíbula fracturada o una lesión en dientes naturales saludables debido a un accidente (incluyendo el reemplazo de dientes naturales), si el tratamiento concluye en los siguientes seis meses del accidente. (También se cubren las radiografías dentales relacionadas con estos tratamientos).
    - Extracción quirúrgica de dientes impactados.
    - Alveolectomía, durante las extracciones, por cuadrante.
    - Alveolectomía, como un procedimiento independiente, por cuadrante.
    - Gingivectomía, por cuadrante.
    - Apicoectomía.
    - Estomatoplastia, por arco.
    - Frenectomía.
    - Torus palatinus, extirpación.
    - Torus mandibularis, unilateral.
    - Torus mandibularis, bilateral.
    - Quistes, extirpación de—

- pequeños (menos de 2 cm); y
- grandes (involucran tres o más dientes).
- Quistes dentígeros, extirpación de.
- Osteoplastia.
- Ostectomía, por cuadrante.
- Cirugía ósea, por cuadrante.
- Servicio de ambulancia profesional local de o hacia un hospital en situaciones de emergencia. “Emergencia” se define en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.
- -Yesos, férulas, fajas abdominales, muletas y aparatos ortopédicos.
- -Vendajes quirúrgicos.
- -Alquiler o compra aprobada de equipo médico duradero. “Equipo médico duradero” se define en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.
- -Oxígeno y alquiler o compra aprobada de equipo para su administración.
- -El primer par de lentes de contacto o anteojos recetados en el lapso de un año de una cirugía de cataratas.
- -Una segunda opinión cuando un médico recomienda una cirugía electiva.
- -Cirugía de trasplante. Los beneficios de la “cirugía de trasplante” se explican en la siguiente sección titulada “Cirugía de trasplante”.

### Cirugía de trasplante (Clases A, AS, C, CP, S)

Tanto usted como sus dependientes elegibles tienen derecho a beneficios de cirugía de trasplante. El plan pagará hasta un beneficio máximo de por vida del receptor de \$150,000, el cual se descuenta del beneficio máximo de por vida del plan de \$1,000,000. Existen máximos separados para los gastos relacionados con el cuidado de seguimiento y los gastos relacionados con el donante del órgano que se recibe. Todos los beneficios de trasplantes están sujetos al deducible anual, los límites del plan y los copagos por servicios Dentro de la Red, si usted recibe servicios de un Proveedor Preferido. Si usted recibe beneficios de cirugía de trasplante de un proveedor Fuera de la Red, aplicarán los deducibles y copagos Fuera de la Red. El siguiente cuadro muestra el esquema de beneficios para trasplante.

#### Esquema de beneficios para trasplantes

Procedimiento Beneficio hospitalario y quirúrgico máximo

Hígado	\$ 150,000
Corazón-pulmón	\$ 150,000
Pulmón	\$ 150,000
Corazón	\$ 110,000
Médula ósea	\$ 95,000
Célula embrionaria	\$ 95,000
Riñón	\$ 40,000
Páncreas	\$ 35,000
Córnea	\$ 6,000

Antes de comenzar su tratamiento para un trasplante, debe notificarlo al gerente de casos del plan en el Health Care Review Program (tal como se describe detalladamente en este folleto), quien le ayudará a obtener el tratamiento más económico y efectivo. Usted puede solicitar una segunda opinión de otro médico

antes de someterse a cualquier procedimiento de trasplante. El médico que proporcione la segunda opinión debe estar calificado para hacerlo (según su experiencia, capacitación especializada o nivel de educación) y no puede estar afiliado en ninguna forma al médico que realizará la cirugía. Los beneficios de trasplante comienzan el día en que comienza la evaluación y terminan cuando le dan de alta del hospital y/o la instalación de rehabilitación intensiva.

Los beneficios de trasplante incluirán:

- Uso de equipo mecánico temporal mientras espera por partes humanas u órganos humanos adecuados
- -Trasplantes múltiples durante una operación
- -Reemplazo o trasplantes posteriores

Los “beneficios de seguimiento” comienzan el día en que le dan de alta del hospital y/o la instalación de rehabilitación intensiva. Una vez que usted recibe el trasplante, sus beneficios de seguimiento por cuidado rutinario están cubiertos, incluyendo terapia con inmunosupresores y las consultas médicas, hasta un beneficio máximo de \$10,000 por año del plan o \$60,000 de por vida. Estos beneficios de seguimiento máximos se descuentan del beneficio de por vida máximo de \$1,000,000.

Los “gastos del donante” se pagan hasta un beneficio máximo de por vida de donante de \$10,000. El beneficio máximo de donante de órganos se descuenta del beneficio máximo de por vida de \$1,000,000 del plan. Los gastos cubiertos relacionados con la donación de órganos son:

- -Pruebas para identificar donantes adecuados
- -Gastos de adquisición de órganos humanos y tejidos de un donante
- -Gastos de mantenimiento de vida de donantes mientras se espera la extracción de órganos o tejidos corporales utilizables
- -Transporte de órganos humanos y tejidos de un donante cuya vida se mantiene artificialmente

Los servicios y suministros para el donante cuando recibe beneficios de donante a través de otra cobertura de grupo no debe ser más de 100% de sus gastos cubiertos. El beneficio de donante de un trasplante no aplica cuando el donante, pero no el receptor, está cubierto por el plan. Si tanto el donante como el receptor están cubiertos por el plan, los beneficios pagaderos y los niveles máximos de los beneficios aplican solamente al receptor.

Los beneficios de trasplante del plan no incluyen lo siguiente: servicios o suministros experimentales, gastos cuando se utiliza un fondo gubernamental de cualquier tipo; costos de hospedaje, comidas o transporte; costos y servicios de procura en los que incurren receptor y el donante fuera de los Estados Unidos; cualquier órgano o tejido animal o dispositivo mecánico o equipo que no se considere médicamente necesario, según lo determine el plan.

## Tratamiento de desórdenes mentales o nerviosos o de abuso de sustancias

Se ofrecen diversas coberturas para el tratamiento de desórdenes mentales o nerviosos y de abuso de sustancias; sin embargo, un médico debe proveer los servicios o se deben obtener bajo su supervisión directa.

### Desórdenes mentales y nerviosos

El plan cubre confinamiento en un hospital por un desorden mental o nervioso. Una vez que se satisface el deducible, el plan paga 75% de los cargos Dentro de la Red—habitación, comidas, servicios, suministros y consultas médicas. Los cargos por servicios Fuera de la Red se cubren al 50%. Los beneficios pagan un máximo de 30 días de confinamiento hospitalario cada año del plan. Tal como ocurre con cualquier hospitalización, se debe llamar al proveedor de cuidado de salud administrado antes de ser admitido.

En el caso de tratamiento ambulatorio de desórdenes mentales o nerviosos, el plan paga 50% de los honorarios de médicos Dentro de la Red, hasta un máximo de 30 consultas cada año del plan. Para tratamiento ambulatorio Fuera de la Red, el plan paga 50% una vez que se satisface el deducible de \$600 hasta el límite máximo de visitas autorizadas.

Estos beneficios no contribuyen para satisfacer el pago en efectivo máximo.

### Abuso de sustancias

El plan también paga beneficios de cuidado hospitalario que se reciben en un hospital autorizado o un centro de tratamiento por abuso de sustancias para tratar abusos de drogas y alcohol. Una vez que se satisface el deducible, el plan paga 75% de los cargos Dentro de la Red por habitación, comidas, servicios, suministros y consultas médicas. Los cargos por servicios Fuera de la Red se cubren al 50%. Usted puede recibir beneficios hasta por 15 días de confinamiento o hasta \$10,000 en un año del plan. Sólo se cubren dos instancias de tratamiento hospitalario durante la vida de una persona. Tal como ocurre con cualquier hospitalización, debe llamar a su proveedor de cuidado de salud antes de ser admitido. Los términos “hospital” y “centro de tratamiento por abuso de sustancias” se definen en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.

El plan también paga 75% de los cargos para el tratamiento ambulatorio de abuso de drogas y alcohol después de satisfacer el deducible. Usted puede recibir un máximo de \$2,000 en beneficios cada año del plan. Para tratamiento ambulatorio Fuera de la Red, el plan paga 50% una vez que se satisface el deducible de \$600 hasta el límite máximo.

Existe un límite máximo combinado de por vida de \$30,000 por persona para el tratamiento hospitalario y ambulatorio de abuso de sustancias.

Estos beneficios no contribuyen para satisfacer el pago en efectivo máximo.

## Cuidados de hospicio

Un programa de hospicio provee cuidado para personas con enfermedades terminales en su hogar o en una instalación donde se cuidan pacientes en un entorno cómodo y asistido similar al de un hogar. A menudo los hospitales reservan un piso o un ala como un centro de hospicio.

Un hospicio tiene la finalidad de que los pacientes estén cómodos en lugar de intentar curarlos. El diseño y las regulaciones de estas instalaciones son menos agobiantes que en otras instalaciones hospitalarias.

El plan paga beneficios de hospicio para pacientes cuya expectativa de vida es menos de seis meses, según lo determine su médico. Una vez que se satisface el deducible, el plan paga 75% de los cargos de un hospicio Dentro de la Red, hasta un beneficio máximo de por vida de \$10,000. El plan cubre 50% de los cargos de un hospicio Fuera de la Red hasta que se alcanza el beneficio máximo.

Si se provee cuidado durante el confinamiento en las instalaciones de un hospicio, los cargos cubiertos incluyen habitación, comidas, honorarios médicos, cuidado de enfermería y los servicios y suministros médicos que se proveen en la instalación. Si el cuidado de hospicio se ofrece en el hogar, los cargos cubiertos incluyen servicio de enfermería y otros cuidados que ofrece la agencia correspondiente. En cualquier caso, otros gastos médicamente necesarios, como servicios médicos no relacionados, podrían estar cubiertos bajo otras partes del plan.

El programa de hospicio debe estar acreditado por Medicare para que los beneficios sean pagados.

## Exámenes físicos (Clase A solamente)

El programa médico también paga un beneficio especial para ayudar a compensar el costo de exámenes físicos. Usted y su cónyuge pueden recibir un beneficio cada uno de hasta \$50 cada año del plan (del 1° de diciembre al 30 de noviembre) para que un médico le haga un examen médico. No es necesario pagar ningún deducible antes de que se paguen estos beneficios.

Los beneficios no se pagan—

- Si usted está hospitalizado cuando se le hace el examen en un hospital.
- Para exámenes de dependientes que no sean su cónyuge.
- Para exámenes para fines educativos, deportivos, laborales o de transporte, a menos que tengan la finalidad de obtener o mantener una licencia de conducir comercial (CDL).

- Para exámenes relacionados con un diagnóstico específico que no sea su bienestar general.  
(Sin embargo, los exámenes relacionados con una lesión o enfermedad, o pruebas de laboratorio y radiografías para diagnósticos, están cubiertos en otras partes del plan).

Estos beneficios no contribuyen para satisfacer el pago en efectivo máximo.

## Cuidado de la audición (todas las clases)

El programa médico también cubre cargos por exámenes de audición y audífonos.

Si usted o un dependiente necesita un examen de audición, el programa pagará los honorarios para que un médico u otro técnico calificado realice el examen, hasta un límite máximo de \$60. No se requiere un deducible. Se cubre un examen cada Año del Plan de 12 meses. Los exámenes de audición no están cubiertos durante una hospitalización.

Si el examen revela que usted o un dependiente requiere un audífono, el plan pagará 85% del costo, hasta un beneficio máximo de \$1,000 por oído. Los beneficios de audífonos se tratan como servicios Dentro de la Red. También se cubre el reemplazo de audífonos una vez cada 36 meses. No se pagan beneficios por pilas y reparación de audífonos.

Estos beneficios no contribuyen para satisfacer el pago en efectivo máximo.

## Beneficios de salud infantil (Clase A solamente)

A fin de promover cuidado preventivo, el programa médico proporciona beneficios de salud infantil.

En el caso de dependientes menores de 19 años, el plan paga 100% del costo de las inmunizaciones infantiles y los exámenes físicos de bienestar infantil, hasta \$250 por cada año del plan. Los exámenes deben ser realizados por un médico, y el dependiente cubierto no debe estar hospitalizado cuando se realiza el examen. Además, este beneficio no cubre exámenes físicos para fines deportivos, laborales o de transporte.

Estos beneficios no están sujetos al deducible y no contribuyen para satisfacer el pago en efectivo máximo.

## Beneficios de tarjetas de medicamentos recetados (Clases A, AS, CP, S)

El programa médico ofrece cobertura para medicamentos recetados a través de una red de farmacias participantes que han firmado un acuerdo con un proveedor de servicio elegido por la Junta de Fiduciarios. El Fondo de Bienestar puede suministrarle una lista de las farmacias que participan en su área.

Cuando un médico le receta un medicamento, usted lleva la receta a una de las farmacias participantes. Una vez en la farmacia, le muestra la tarjeta al farmacéutico para que verifique su elegibilidad. Si usted es elegible y el medicamento recetado está cubierto por el plan, el farmacéutico le entregará sus medicamentos. Usted podrá reponer sus medicamentos las veces que sea necesario. Al recoger su medicamento recetado o la reposición tendrá que realizar un copago y el proveedor facturará la diferencia al Fondo de Bienestar. Pregunte siempre a su médico si se puede obtener una versión genérica del medicamento ya que generalmente es la versión más económica y probablemente tiene mejor cobertura. Tenga en cuenta que el copago del plan para un medicamento dado nunca será más que el copago para su versión genérica. (Existe una excepción cuando la receta médica contiene la frase “DAW” o “dispense as written” [“dispensar según se receta”]). Los medicamentos “formulados” son aquéllos que se prefieren para terapias particulares, de acuerdo a una lista aprobada por el plan.

Si usted obtiene sus medicamentos recetados a través de una farmacia participante que envía medicamentos por correo postal cualquier Osco Drug Store, Albertsons, o cualquier farmacia autorizada que apruebe el Fondo, su copago será:

- -15% del costo del medicamento recetado genérico, para un suministro de hasta 90 días, con un copago mínimo de \$25 y máximo de \$50;
- -25% del costo del medicamento recetado formulado (preferido), para un suministro de hasta 90 días, con un copago mínimo de \$50 y máximo de \$100; y
- -35% del costo del medicamento recetado no formulado (no preferido), para un suministro de hasta 90 días, con un copago mínimo de \$100 y máximo de \$200.

Si usted obtiene sus medicamentos recetados en cualquier otra farmacia local, su copago será:

- -20% del costo del medicamento recetado genérico, para un suministro de hasta 30 días, con un copago mínimo de \$10 y máximo de \$20;
- -30% del costo del medicamento recetado formulado (preferido), para un suministro de hasta 30 días, con un copago mínimo de \$20 y máximo de \$40; y
- -40% del costo del medicamento recetado no formulado (no preferido), para un suministro de hasta 30 días, con un copago mínimo de \$40 y máximo de \$80.

Su costo por los medicamentos que compra valiéndose de su beneficio de tarjeta de medicamentos recetados no genera ningún pago bajo ninguna otra parte del plan. Además, los beneficios de tarjetas de medicamentos recetados no están sujetos al deducible y no contribuyen para satisfacer el límite de pagos en efectivo o el límite máximo de por vida.

## Beneficios de cuidado de la vista (todas las clases)

Además de la cobertura de cuidado de la vista que se ofrece bajo su programa médico, el plan ofrece un programa de cuidado de la vista que ofrece los siguientes servicios a través de una red en la organización de proveedores participantes (PPO).

- -Exámenes de cuidado de la vista: están 100% cubiertos una vez cada 12 meses;
- -Lentes y marcos (o lentes de contacto); están 100% cubiertos una vez cada 24 meses.

Si el optometrista que usted prefiere no pertenece a la red, tendrá que pagar la tarifa completa a su proveedor. El asegurador del plan le reintegrará posteriormente los servicios que ha recibido (menos los copagos correspondientes), hasta las siguientes provisiones máximas:

- -Examen Hasta \$ 35.00
- Lentes de monovisión Hasta \$ 55.00
- -Lentes bifocales Hasta \$ 80.00
- Lentes trifocales Hasta \$105.00
- Lentes lenticulares Hasta \$105.00
- Marcos Hasta \$ 80.00
- Lentes de contacto electivos Hasta \$ 15.00
- Lentes de contacto necesarios Hasta \$210.00

Cualquier pago y copago que se realice bajo el Plan de beneficios de cuidado de la vista no contribuye para satisfacer el deducible anual del programa médico ni el límite de pagos en efectivo.

Los servicios que se ofrecen bajo el Plan de beneficios de cuidado de la vista no duplican la cobertura bajo el programa médico.

## Beneficios de maternidad (Clase A solamente)

Los beneficios de maternidad y los beneficios de cuidado de recién nacidos sólo están disponibles para empleados cubiertos y sus cónyuges. Los gastos relacionados con el embarazo se cubren en la misma forma que cualquier otro gasto elegible. Bajo la ley “Newborns’ and Mothers’ Health Protection Act”, la hospitalización de una madre o un niño recién nacido que se relacione con un parto, no se puede restringir a menos de 48 horas después del parto vaginal o menos de 96 horas después del parto por cesárea. Nunca es necesario solicitar autorización del plan para una hospitalización de 48 horas (o 96 horas, cuando corresponda) debido a un parto. Sin embargo, las leyes federales generalmente no prohíben que el proveedor que asiste a la madre o el recién nacido dé de alta a la madre o el recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, cuando corresponda), después de consultarlo con la madre.

Los recién nacidos de empleados que están cubiertos participan en el plan al momento de nacer. La habitación y comida en el hospital y el cuidado de bienestar

rutinario del recién nacido están cubiertos durante la hospitalización de la madre para dar a luz.

## El Programa de análisis de cuidado de salud

El Programa de análisis de cuidado de salud le ofrece consejos sobre cirugías y tratamientos médicos y le ayuda a evitar hospitalizaciones médicamente innecesarias. Trabajamos conjuntamente con una organización de cuidado de salud para proporcionar análisis de cuidado de salud.

Cuando su médico recomienda una cirugía o una hospitalización, la organización de análisis de cuidado de salud puede ayudarle a decidir—

- -Si necesita ser hospitalizado;
- -Si es adecuado el período de hospitalización propuesto;
- -Si le conviene la cirugía; y
- -Si conviene considerar tratamientos alternos.

Le recomendamos que llame a la organización de análisis de cuidado de salud—

- -Diez días antes de ser admitido en un hospital (o en cualquier otra instalación) para una admisión electiva;
- -En las siguientes 24 horas o un día hábil después de una admisión por emergencia en un hospital (o cualquier otra instalación) debido a una emergencia médica; o
- -Seis meses antes de la fecha prevista de su parto y nuevamente en un lapso de 24 horas o un día hábil después del parto.

El Programa de análisis de cuidado de salud se ha diseñado para ayudarle a tomar decisiones estudiadas sobre su cuidado médico y no tiene la finalidad de tomar decisiones por usted. Sin embargo, usted sólo puede obtener ayuda si hace la llamada.

Si necesita comunicarse con un gerente de casos del Programa de análisis de cuidado de salud, llame al Programa al siguiente teléfono gratuito: 1--800-726-1886.

### Si se recomienda su hospitalización

Si se recomienda una hospitalización electiva, usted debe llamar al Programa de análisis de cuidado de salud 10 días antes de ser hospitalizado. El Programa le ayudará a determinar si la admisión y la hospitalización continuada son realmente necesarias. Evitar una hospitalización innecesaria—o reducir su duración—podría resultar más conveniente, cómodo y económico.

El personal del Programa de análisis de cuidado de salud discutirá su caso con su médico. Esto podría incluir el plan de tratamiento propuesto y la duración anticipada de su hospitalización. Ellos también podrían identificar sus opciones de cuidado de salud y obtener el cuidado más económico. Por ejemplo, podrían sugerir que se le hagan pruebas de diagnóstico antes de ir al hospital, cuando sea apropiado.

En una emergencia, podría resultar imposible llamar al Programa de análisis de cuidado de salud antes de ser admitido. En este caso, usted debe llamar en un lapso

de 24 horas o el día hábil posterior su admisión; su médico, el hospital, un familiar o un amigo pueden hacer la llamada por usted.

En casos de maternidad, debe comunicarse con el Programa de análisis de cuidado de salud seis meses antes de la fecha prevista de su parto y nuevamente en un lapso de 24 horas o un día hábil después del parto.

### Algunos puntos importantes

A pesar de que le recomendamos usar el Programa de análisis de cuidado de salud, actualmente no existen sanciones ni cargos adicionales si no lo hace.

Además, el Programa no ha sido diseñado para cuestionar el juicio de su médico ni para interferir cuando usted requiere tratamiento. El Programa tampoco ofrece (y no dará) asesoramiento médico ni responderá preguntas sobre reclamaciones. La finalidad del Programa es asegurarse de que usted sea un consumidor de cuidado de salud informado, de que todas las alternativas apropiadas hayan sido investigadas y consideradas, y de mantener las líneas de comunicación abiertas.

También es importante recordar que el Programa de análisis de cuidado de salud no aprueba hospitalizaciones propuestas ni tratamiento por reclamaciones propuestas. Además, el Programa no responde preguntas sobre reclamaciones. Si alguna vez le rechazan una reclamación o parte de una reclamación que usted presenta para recibir beneficios, debe seguir el proceso que se explica más adelante en este folleto en la sección titulada “Reclamaciones y apelaciones”.

### Uso de proveedores preferidos

Algunos proveedores y hospitales en su área podrían ser contratados para proveer servicios cubiertos en áreas negociadas. A estos proveedores y hospitales se les conoce como “proveedores preferidos”. Las tarifas que cobran generalmente son más bajas que las que cobran los proveedores y hospitales no preferidos por el mismo servicio. Cuando usted utiliza proveedores y hospitales preferidos, su porción de gastos cubiertos se reduce debido a que se basa en una factura total menor.

El Fondo de Bienestar puede suministrarle una lista de cualquier proveedor y hospital en su área.

\* Nota importante: Ciertos servicios y proveedores, según lo determine la Junta de Fiduciarios, se consideran beneficios Dentro de la Red, incluso si no los provee una Organización de Proveedores Preferidos. De esta forma, el deducible individual de \$300, el deducible familiar máximo de \$600 y la cobertura del plan al 75% (o 100% después de alcanzar el nivel máximo para los gastos en efectivo) también aplicarán a estos beneficios, hasta límites especiales donde corresponda.

## Diez pasos que se pueden dar para mantener bajos los costos de cuidado de salud

A medida que suben los costos de cuidado de salud, usted puede mantener un elevado nivel de cuidado médico y ahorrar dinero si utiliza sus beneficios con cuidado. Lo ofrecemos 10 formas de utilizar su plan médico eficientemente—

- 1.- Considere que cuándo el número de reclamaciones sube, los costos de cuidado de salud suben tanto para usted como para el Fondo de Bienestar. Mantenga bajos estos costos con menos reclamaciones.
- 2.- Cuando su médico le recomiende una hospitalización, llame al Programa de análisis de cuidado de salud. El personal encargado puede ayudarle a identificar sus opciones de cuidado de salud y obtener el cuidado más -económico.
- 3.- Evite ser admitido al hospital un viernes o sábado si existe la posibilidad de que su condición sea tratada el lunes, y si no hay una razón práctica para estar hospitalizado durante el fin de semana. El plan médico podría no cubrir admisiones los fines de semana si su condición no se trata en un lapso de 24 horas.
- 4.- No cambie el consultorio de médico por la sala de emergencias del hospital. Una sala de emergencias es un sitio muy costoso donde tratar padecimientos menores. Consulte primero con su médico. Usted paga un deducible adicional de \$50 para ser admitido en una sala de emergencias para tratar condiciones no relacionadas con lesiones accidentales, admisiones hospitalarias o enfermedades que ponen su vida en peligro, sujeto a confirmación médica.
- 5.- Si su médico recomienda una cirugía electiva, llame al Programa de análisis de cuidado de salud para preguntar si le conviene obtener una segunda opinión. Un tratamiento alternativo podría ser menos doloroso, menos riesgoso y podría ahorrarle dinero. El plan cubre el costo de obtener una segunda opinión, al igual que otros cargos.
- 6.- Muchos hospitales realizan una serie de pruebas como medida de precaución. Algunas podrían ser innecesarias. Consulte con su médico si debe o no realizarlas.
- 7.- Cuando requiera una receta médica, solicite medicamentos genéricos a su médico o farmacéutico. A menudo se pueden sustituir por medicamentos de marca—en ocasiones por menos de la mitad del precio.
- 8.- Verifique cuidadosamente sus facturas para cerciorarse de que realmente recibió los servicios y suministros estipulados. No es raro que las facturas de hospitales contengan errores.
- 9.- Sea un consumidor inteligente. Haga preguntas. A la larga le conviene indagar sobre tratamientos que no entiende.

10. -Si requiere cuidado médico durante un período prolongado, consulte con su médico acerca de cuidado de salud en el hogar u otras alternativas a la hospitalización.

## Cargos que no están cubiertos

El programa médico no cubre gastos generados por—

- -Servicios o suministros que no son médicamente necesarios.
- -Cualquier porción de los cargos que no se consideren usuales, acostumbrados o razonables. Cargos “usuales, acostumbrados o razonables” se definen en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.
- -Lesión o enfermedad que surja debido a, o en el transcurso de, cualquier incidente que involucre a otra persona o entidad si dicha persona o entidad pudiera ser responsable de la lesión.
- -Procedimientos cosméticos o reconstructivos, excepto si son necesarios debido a un accidente que ocurre mientras la cobertura está vigente. “Cosmético” se define en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.
- -Cargos duplicados por los mismos servicios o suministros cuando dos o más operaciones quirúrgicas se realizan a través de la misma incisión o durante la misma operación.
- -Fármacos y medicamentos que legalmente no requieren una receta médica.
- -Cualquier fármaco, procedimiento, servicio o suministro que se considere experimental. “Experimental” se define en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.
- -Gastos por cualquier aborto electivo, incluyendo abortos quirúrgicos o mediante dispositivos o medicamentos abortivos como RU-486 y todos los servicios relacionados.
- -El diagnóstico o tratamiento de fertilidad o infertilidad o la promoción de la fertilidad, incluyendo procedimientos y pruebas de fertilidad, inversión de esterilizaciones quirúrgicas y cualquier intento de producir embarazos mediante terapia hormonal, inseminación artificial, fertilización in vitro, transferencia de embriones o cualquier otro tratamiento o método.
- -Lesión o enfermedad que ocurre debido a, o durante la realización de, labores o el empleo, o cualquier cuidado que esté cubierto por Workers’ Compensation. Sin embargo, se podrían pagar los beneficios de pérdida de tiempo y seguro de vida.
- -Servicio en las fuerzas armadas de cualquier país.
- -Guerra o cualquier acto de guerra, sea o no declarada.
- -Tratamiento, servicios o suministros por lesiones autoinfligidas, a menos que las lesiones ocurran a consecuencia de una condición médica, como depresión, y estén cubiertas por el plan.
- -Cuidado y tratamiento durante una hospitalización en un hospital perteneciente a, y administrado por, el gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias, a menos que la ley indique lo contrario.

- -Tratamiento, servicios o suministros suministrados por, o bajo la dirección de, el gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de sus agencias, incluyendo la Administración de Veteranos, excepto cuando cuando la ley obliga a pagarlos.
- -Cuidado y tratamiento durante una hospitalización en un hospital que pertenece a un estado, provincia o subdivisión política, excepto cuando cuando la ley obliga a pagarlos.
- -Servicios o suministros ofrecidos fuera de los Estados Unidos, excepto en situaciones de emergencia. “Emergencia” se define en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.
- -Cuidado de custodia o desarrollo. “Cuidado de custodia” y “cuidado de desarrollo” se definen en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.
- -Calzado ortopédico, ortopedia y otros dispositivos de soporte para los pies.
- -Cambio de sexo o cualquier tratamiento que se relacione exclusivamente con la disfunción sexual.
- -Desórdenes mentales o nerviosos que se clasifican como desviaciones o desórdenes sexuales.
- -Cargos incurridos principalmente para la educación, capacitación o desarrollo de destrezas de la persona cubierta para enfrentarse a una lesión o enfermedad.
- -Gestiones para dejar de fumar.
- -Acupuntura, excepto cuando se utiliza en lugar de anestésicos durante cirugías cubiertas.
- -Cargos incurridos principalmente para la conveniencia o comodidad de la persona cubierta o de su familia, cuidador, médico o cualquier otro proveedor médico.
- -Llamadas telefónicas a, o de, un médico, hospital u otro proveedor médico.
- -Aumento o reducción de senos que no se relacione con con cáncer del seno u otro servicio que sea médicamente necesario. “Médicamente necesario” se define en este folleto en la sección “Definiciones del programa médico”.
- -Asesoramiento matrimonial.
- -Ciertos servicios relacionados con trasplantes. Éstos excluyen los beneficios que se explican en este folleto en la sección titulada “Cirugía de trasplante”.
- -Cuidado de recién nacidos, excepto de aquéllos que están cubiertos bajo la Clase A.
- -Cualquier porción de los cambios que han sido pagados por terceros, según se define en el Plan.

- -Cualquier gasto o cargo por no presentarse a una cita programada o por no llenar formularios de reclamación.
- -Cualquier gasto o cargo por exámenes físicos de rutina, exámenes prematrimoniales, clasificaciones, estudios, exámenes de rutina o inoculaciones preventivas a menos que se estipule una excepción en este folleto.
- -Cualquier gasto o cargo por ejercicios oculares o de entrenamiento de la vista.
- -Refracciones oculares o la adaptación o el costo de dispositivos para la vista, terapia de la visión, queratotomía radial o cirugía similar para el tratamiento de la miopía, a excepción de injertos de córnea.
- -Cualquier gasto o cargo que provenga de control del apetito, adicción a alimentos, desórdenes al comer (a excepción de casos documentados de bulimia o anorexia que cumplen criterios de diagnóstico estándar según lo determine la Junta de Fiduciarios, y presente significativos problemas médicos sintomáticos) o cualquier tratamiento para la obesidad (a excepción de cirugía para tratar la obesidad mórbida).
- -Cualquier lesión o enfermedad que derive de, u ocurra durante, un intento de cometer, o durante la realización de, un delito menor o una fechoría o durante la participación en rebeliones o disturbios públicos, y lesiones sufridas como consecuencia directa de conducir cuando se esta legalmente incapacitado para hacerlo.

## Coordinación de beneficios

Cuando usted, su cónyuge o sus hijos elegibles tienen derecho a disfrutar de beneficios médicos bajo este plan y bajo otros planes determinados, los beneficios de nuestro plan se coordinarán con los de los demás planes. La cantidad que usted recibe de todos los planes para pagar gastos cubiertos no puede ser mayor que los costos médicos actuales.

Los beneficios de nuestro plan se coordinarán con los beneficios pagaderos de otros planes de seguro de grupo (incluyendo Blue Cross y Blue Shield); planes cedidos por administraciones laborales; planes de bienestar agremiados; planes de organizaciones patronales; planes de beneficios de empleados; u otros arreglos de aseguramiento, autoaseguramiento o prepago de grupo, incluyendo los HMO. También se coordinan beneficios con programas gubernamentales, como Medicare, y otros programas exigidos por la ley, incluyendo la cobertura COBRA. Sin embargo, ciertas normas aplican para la coordinación con Medicare.

Los beneficios no se coordinan con seguros de salud que usted compra individualmente o a través de grupos externos, clubes, asociaciones u organizaciones de personas jubiladas.

### Cómo se realiza la coordinación

Cuando los beneficios se coordinan, uno de los planes paga primero los beneficios, hasta sus niveles máximos. El segundo plan procede a pagar el resto de los cargos, hasta sus niveles máximos.

Una vez que ambos planes han coordinado la prestación de beneficios, el orden del plan que paga primero los beneficios se determina de la siguiente forma—

- 1.-El plan que cubre al paciente como empleado, miembro o no dependiente paga beneficios antes que un plan que cubre a un paciente en calidad de dependiente.
- 2.-El plan que cubre al paciente como empleado activo paga beneficios antes que un plan que cubre al paciente como persona no empleada (jubilado, o empleado suspendido del trabajo, etc.). Sin embargo, esta regla no aplica si el otro plan no sigue la regla de empleado activo.
- 3.-En el caso de un menor dependiente, cuando ambos padres están cubiertos por planes de salud de grupo, el plan que cubre al padre cuya fecha de cumpleaños ocurra primero durante el año (mes y día) pagará primero los beneficios. Por ejemplo, si usted cumple el 26 de julio y su cónyuge el 9 de noviembre, usted presentaría gastos médicos cubiertos a nuestro plan antes que su cónyuge. Si el plan de su cónyuge no sigue una regla similar a la “regla del cumpleaños”, la regla de su plan determina cuál plan debe pagar primero los beneficios.
- 4.-En situaciones de divorcio o separación, el plan del padre que retiene la custodia del menor dependiente paga primero los beneficios, a menos que un fallo jurídico estipule lo contrario.
  - Si el padre que retiene la custodia se vuelve a casar, su plan todavía pagará primero los beneficios. El plan del padrastro o la madrastra con quien vive el

menor paga de segundo los beneficios; y finalmente el plan del padre que no tiene la custodia paga los beneficios.

Sin embargo, en cualquier caso, si un fallo de un tribunal otorga la responsabilidad financiera al padre que no tiene la custodia, el plan de dicho padre pagará primero los beneficios.

- 5.-El plan que cubre al paciente como empleado o miembro (o como dependiente de un empleado o miembro) paga beneficios antes que un plan que provee beneficios bajo COBRA. La cobertura bajo COBRA se explica en este folleto en la sección titulada “Continuación bajo COBRA”. Sin embargo, esta regla no aplica si el otro plan no sigue la regla de cobertura bajo COBRA.
- 6.-Cuando ninguna de estas situaciones es apropiada, el plan que ha cubierto a la persona por más tiempo es el que paga primero.

Si el otro plan no tiene pautas para la coordinación de beneficios, ese plan pagará los beneficios antes que nuestro plan médico. Si una parte del otro plan coordina beneficios y otra parte no, cada parte se tratará como un plan separado.

Si usted y un dependiente están cubiertos por este plan porque ambos trabajan para empleadores que participan, este plan coordinará los beneficios de la misma forma que los beneficios de otro plan de grupo.

### Sobrepagos

La Junta de Fiduciarios tiene derecho a cobrar cualquier sobrepago que la haga el plan, de un proveedor de servicios o suministros, o de otra empresa aseguradora, plan de servicio u organización que debería haber efectuado el pago. La Junta de Fiduciarios también se reserva el derecho a reducir los pagos de los beneficios futuros que el plan le paga a usted o a su dependiente o en su nombre a un proveedor para enmendar un sobrepago previo, a excepción de los cargos asignados.

### Coordinación de Beneficios con Medicare

Si usted es un empleado activo, y tanto usted como sus dependientes están cubiertos bajo este plan y por Medicare, este plan pagará primero los beneficios hasta los límites máximos. Después, Medicare pagará de segundo los beneficios.

Si usted no es un empleado activo, y tanto usted como sus dependientes están cubiertos bajo este plan y por Medicare, Medicare pagará primero los beneficios hasta los límites máximos. Este plan pagará de segundo los beneficios, pero sólo hasta la cantidad que hubiera pagado si la persona cuyos gastos están cubiertos no tuviera derecho a recuperar gastos de Medicare. Es decir, si Medicare paga la misma cantidad que hubiera pagado si pagara primero los beneficios, este plan no pagará ningún beneficio adicional.

Cuando este plan determina los beneficios que va a pagar, asume que la persona que tiene sus gastos cubiertos está inscrita tanto en la Parte A como la Parte B de Medicare, aunque éste no sea el caso. Si usted o un dependiente cubierto ha cumplido 65 años de edad, el plan exige a Medicare una “Explicación de beneficios

de Medicare” (Explanation of Medicare Benefits - EOMB) antes de pagar cualquier gasto cubierto.

### Normas especiales para participantes que están en la fase final de la enfermedad renal

Si usted está cubierto bajo la Clase A y adquiere elegibilidad para Medicare por entrar en la fase final de la enfermedad renal, puede permanecer en la Clase A durante el tiempo que estipula Medicare o se puede transferir a la Clase B o AS. Si su discapacidad continúa al concluir este período, deberá transferirse a la Clase C o CP. Llame a la oficina del Fondo de Bienestar si necesita obtener detalles adicionales.

## Cómo solicitar beneficios

Usted debe recibir tratamiento y solicitar beneficios antes de que se pueda efectuar algún pago.

Una vez que adquiera su elegibilidad, recibirá una tarjeta de identificación de beneficios. Si usted es hospitalizado o recibe tratamiento médico, debe presentar esta tarjeta. Las facturas se enviarán directamente a la Organización de Proveedores Preferidos a la siguiente dirección:

Indiana Health Network (IHN)  
P. O. Box 20490  
Indianapolis, Indiana 46220-0490

El Fondo de Bienestar no determinará coberturas de beneficios antes de que se incurra en el gasto.

El Fondo de Bienestar utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades para determinar los beneficios.

### Si se rechaza una reclamación

Si se rechaza una reclamación, usted tiene derecho a que sea revisada y reconsiderada. El procedimiento que se sigue para revisar reclamaciones rechazadas se explica detalladamente en este folleto en la sección “Reclamaciones y apelaciones”.

### Subrogación

Si usted se lesiona en un accidente cuya culpa recae en otra persona, el plan no cubre sus gastos médicos relacionados. En lugar de ello, la persona culpable (o su empresa aseguradora) tiene la responsabilidad de pagar sus gastos médicos relacionados. Sin embargo, podría resultar difícil esperar a que otra persona pague por estas lesiones. El pago podría tardar y podría ser necesario presentar cargos ante un tribunal. Los acreedores podrían no esperar pacientemente. Debido a ello, y a modo de servicio, el plan le adelantará pagos de beneficios relacionados con un incidente de este tipo, con la condición de que usted acepte y coopere con los derechos de subrogación y restitución del plan. “Subrogación” significa que el plan tiene derecho a presentar por usted una demanda relacionada con la lesión o enfermedad, y también tiene derecho a intervenir en una demanda relacionada que usted haya presentado. “Restitución” significa que si usted recibe compensación financiera de cualquier persona o entidad (por haber ganado un juicio o haber recibido una compensación financiera decretada por un tribunal o a través de un arreglo extrajudicial, etc.) usted debe reintegrar al plan el monto completo de los beneficios que el plan ha pagado. El plan de subrogación y restitución del programa le permite recibir anticipadamente pagos de beneficios y le ahorra dinero al plan (lo cual también le ahorra dinero a usted) al asegurarse de que la persona o entidad responsable paga eventualmente por sus lesiones o su enfermedad.

### Condiciones para recibir un adelanto de beneficios

El plan SÓLO le adelanta beneficios por una lesión o enfermedad por la cual podría ser responsable otra persona o entidad de acuerdo a los siguientes términos y condiciones:

- -El plan se debe subrogar a (es decir, tendrá un derecho independiente a presentar una demanda legal en su nombre) todos sus derechos de recuperación contra cualquier persona o entidad.
- -Si usted presenta una reclamación o recibe cualquier pago de beneficios del Fondo de Bienestar por una lesión o enfermedad que pudiera generar una reclamación contra otra persona o entidad, usted (y su abogado, si lo tuviera) deben firmar un “Acuerdo de subrogación, asignación de derechos y restitución” que afirme los derechos de restitución y subrogación del plan con respecto a dichos pagos y reclamaciones. Este acuerdo contribuye para que el plan recupere los beneficios que ha pagado una persona o entidad que pudiera ser responsable por las lesiones que originaron la reclamación de beneficios. No se pagará ninguna reclamación hasta que el “Acuerdo de subrogación, asignación de derechos y restitución” haya sido recibido por el Fondo de Bienestar.
- -Usted debe hacer todo lo que sea necesario para brindar apoyo a los derechos de subrogación del plan y no puede hacer nada que impida o perjudique los derechos del plan. Por ejemplo, Si usted elige no exigir la responsabilidad de otra persona o entidad, no puede renunciar a ningún derecho que cubre cualquier condición bajo la cual se pudiera obtener una recuperación (como la recuperación del plan). Además, usted no puede llegar a ningún acuerdo que específicamente excluya o trate de excluir los gastos médicos que paga el plan. Incluso, si usted decide personalmente no reclamar la responsabilidad de otra persona o entidad, al aceptar beneficios del plan usted autoriza al plan a litigar o saldar sus reclamaciones en su nombre.
- -Si usted acepta beneficios del plan, tanto usted como su abogado quedan automáticamente obligados a cooperar con el Fondo de Bienestar en la obtención de su restitución y a proveer información relevante sobre el incidente que pudiera haber causado su lesión o enfermedad. Usted debe acordar su cooperación con el plan y con cualquier representante del plan en el llenado de cualquier formulario y el suministro de cualquier información sobre cualquier incidente que el plan o sus representantes consideren necesarios para realizar una investigación exhaustiva del incidente. Si usted no llena o firma cualquiera de los formularios necesarios, o no responde a cualquiera de las preguntas del plan sobre la condición de cualquier reclamación o lesión que se relacione con los derechos de restitución y subrogación del plan, no recibirá ningún beneficio del plan. También tendrá la obligación de pagar costos, honorarios de abogados y otros gastos en los que incurra el plan para tratar de obtener la información o restitución que requiere.
- -Además de sus derechos de subrogación, el plan tiene derecho de restitución de los fondos obtenidos en cualquier arreglo, fallo judicial o cualquier otro pago que usted reciba. Esto significa que el plan tiene derecho a recibir reintegro por cualquier beneficio que haya pagado en su nombre cuando la responsabilidad pudiera recaer en otra persona o entidad. El plan cuenta con

derechos de subrogación y restitución (ambos derechos no son mutuamente exclusivos), pero sólo hasta el límite de los beneficios que paga el plan.

- El plan tiene derecho a recuperar los primeros dólares que usted recibe, incluso antes de que se le pague todo lo que se le adeuda por sus gastos. El derecho del plan a recibir reintegro aplica primero a las cantidades que son pagaderas bajo su propio seguro para conductores no asegurados, su seguro para conductores subasegurados o cualquier pago médico o beneficio de seguro sin culpa que sea pagadero. El plan tiene derecho a recibir reintegro indiferentemente del carácter de su recuperación, por qué y quién efectúa el pago o el tipo de gasto para el cual se aplica.
- -El plan tiene derecho a recibir restitución por el monto total de los beneficios que pagó en su nombre, incluso si usted no ha sido “totalmente compensado” por la otra parte por todos los daños que sufrió. Si su derecho de recuperación no basta para reintegrar plenamente al plan, usted deberá reintegrar al plan hasta el monto completo de los pagos de recuperación que recibió.
- El plan tiene derecho de restitución y subrogación por el monto completo de los beneficios pagados, bajo cualquier circunstancia, sin importar:
  - -los términos de la reclamación, demanda, derecho de recuperación, derecho de acción, juicio, indemnización, liquidación, acuerdo, seguro u orden;
  - -si se determina la responsabilidad o culpa de la otra parte por la lesión o enfermedad; o bien
  - -Si usted recibe realmente el monto completo de dicho juicio, indemnización, liquidación, acuerdo, seguro u orden. El derecho del plan a recibir el monto completo no se puede reducir por honorarios de abogados o costos de tribunales, a menos que lo acepte previamente por escrito.
- -Al pagarle beneficios a usted cuando otra persona o entidad pudiera ser responsable, el plan obtiene un gravamen equitativo sobre cualquier pago que usted recibe, incluyendo el pago de una liquidación o un juicio. Su aceptación de los beneficios del plan implican que acepta el gravamen y acuerda tomar las medidas que sean necesarias para ayudar al administrador del plan a asegurar el gravamen. El derecho de recuperación del plan es un “gravamen previo” frente a cualquier fondo recuperado.
- -El Fondo de recuperación pone un gravamen a cualquier cantidad que recibe usted o su representante (incluyendo un abogado) adeudado por el Fondo de Bienestar bajo sus derechos de subrogación y restitución. Se considera que usted (o su representante) retienen dicha cantidad en fideicomiso en beneficio del plan hasta que la cantidad se paga totalmente al plan.
- -Los derechos de subrogación y restitución y los gravámenes aplican a cualquier cantidad que usted recupere a causa de enfermedad o lesiones sufridas. Ejemplos de dichas recuperaciones incluyen:

- -Pagos realizados directamente por la parte responsable o por otra entidad (por ejemplo, una empresa aseguradora) en su nombre;
- -Cualquier pago, liquidación, juicio o indemnización otorgada por arbitraje que pague una empresa aseguradora bajo una póliza para conductores no asegurados o para conductores subasegurados o disposiciones de pago médico a nombre del asegurado; y
  - -Cualquier pago de cualquier fuente designada para compensarle, como persona asegurada, por enfermedad, lesión o discapacidad que usted ha sufrido debido acción indebida o negligencia actual o alegada de otra persona.
- -Si usted se niega a restituir cualquier recuperación al plan o se rehúsa a cooperar con el plan con respecto a sus derechos de subrogación o restitución, el plan tiene derecho a recuperar el monto total de todos los beneficios que usted recibió. Un método con que cuenta el plan para recuperar el monto total consiste en deducir los montos de sus pagos de beneficios futuros bajo el plan.
- -Si usted recibe compensación por una lesión o enfermedad, será responsable por cualquiera y todos los beneficios médicos futuros que se relacionen con esta lesión o enfermedad.

Si usted recibe beneficios del plan pero incumple cualquiera de estos requisitos estipulados, deberá pagar los costos, honorarios de abogados y cualesquiera otros gastos en los que incurra el plan mientras intenta o obtener información, subrogación o restitución.

#### Qué se debe hacer para recibir un adelanto de beneficios del plan cuando otra persona o entidad pudiera tener la responsabilidad

Si desea recibir un adelanto de beneficios del plan cuando otra persona o entidad pudiera tener la responsabilidad por su lesión o enfermedad, debe realizar los siguientes pasos:

- (1) -Debe notificar al plan dentro de un lapso de diez días cualquier accidente o lesión por la cual otra persona pudiera tener la responsabilidad;
- (2) Debe notificar al plan por escrito acerca de cualquier lesión, enfermedad o discapacidad para la cual el plan haya pagado gastos médicos en su nombre si dicha lesión, enfermedad o discapacidad pudiera ser consecuencia de actos indebidos o negligentes de otra persona;
- (3) Debe notificar al plan por escrito si ha contratado los servicios de un abogado, y si se ha presentado cualquier demanda en su nombre, y de cualquier oferta, liquidación propuesta, aceptación de liquidación, juicio o fallo arbitral;
- (4) Debe notificar al plan antes de aceptar cualquier pago que se le ofrezca antes de iniciar una demanda legal (por ejemplo, antes de aceptar una "liquidación"). Si no realiza la notificación al plan pero acepta un pago inferior al monto total de los beneficios que le ha adelantado el Fondo de Bienestar, todavía estará obligado a reintegrar al plan el monto completo de los beneficios que pagó en su nombre;
- (5) Debe notificar al plan cualquier demanda legal que surja a consecuencia del incidente diez días antes de iniciar la demanda, y también debe notificarle del

resultado de cualquier liquidación, juicio o pago relacionado con el incidente en cualquier demanda legal presentada a fin de proteger las reclamaciones del plan para recibir reintegro de las cantidades que le fueron adelantadas a usted;

- (6) Debe suministrar al plan o a sus representantes la información que le solicite para proteger sus derechos de subrogación y restitución. También debe cooperar con el plan y ofrecerle cualquier asistencia que sea razonable para que pueda coordinar toda la información que se relacione con el incidente;
- (7) Una vez que usted ha recibido dinero a través de cualquier liquidación, juicio, indemnización u otro pago, debe reintegrar prontamente al plan (es decir, presentar restitución) por los beneficios que le adelantó para su enfermedad, lesión o discapacidad debido al incidente.

Si usted deja de presentar una notificación al plan bajo cualquiera de las circunstancias nombradas anteriormente, cuando usted reciba cualquier pago el plan tendrá derecho a exigir restitución (reintegro) de usted por cualquiera de los beneficios que pagó. Si usted no hace el reintegro inmediatamente, el plan también tendrá derecho a presentar una demanda legal contra usted, por la cual usted deberá pagar los costos, honorarios de abogados y gastos relacionados. La Junta de Fiduciarios cuenta con la discreción de determinar si debe, cómo debe, y hasta que límite debe ejercer sus derechos de subrogación bajo el plan.

Aplican otras disposiciones de subrogación del plan. La oficina del Fondo de Bienestar puede proporcionarle información adicional.

## Cuándo termina la cobertura

Si usted no ha trabajado la cantidad de horas requeridas o no realiza los pagos personales requeridos para participar, su cobertura terminará el último día del período de cobertura para el cual se realizaron contribuciones del empleador o pagos personales. Su cobertura también terminará si usted deja de cumplir los requisitos de elegibilidad o concluye el plan.

Generalmente, si usted se encuentra totalmente discapacitado (o un dependiente está discapacitado según se define anteriormente) a la fecha en que termina su cobertura, usted no podrá prolongar su cobertura médica para la condición que causa su discapacidad. Sin embargo, se hace una excepción si usted ya estaba disfrutando de una extensión de su cobertura médica el 31 de julio de 2003 o antes, y su cobertura médica para la condición que causa su discapacidad se puede prolongar hasta por tres años de la fecha en que incurrió en gastos presentados contra el plan por esta condición.

La cobertura para dependientes terminará en la fecha en que el dependiente deje de cumplir los requisitos de elegibilidad. Sin embargo, la cobertura para dependientes podría continuar en el caso de un dependiente menor de edad y no casado que no se puede valer por cuenta propia debido a la discapacidad causada por un retardo mental o una discapacidad física que comenzó antes de que hubiera cumplido 19 años de edad (24 años si el menor se discapacitó siendo un estudiante a tiempo completo).

Un menor se considera “discapacitado” si una condición médica, lesión o enfermedad evita que realice la mayoría o substancialmente todas las actividades normales que otras personas de la misma edad y sexo que están en buena condición física. La Junta de Fiduciarios decide si un menor se encuentra discapacitado de acuerdo a evidencias médicas que se consideren satisfactorias.

A fin de calificar, el menor también debe vivir en su hogar, depender en gran parte de usted para mantenerse y ser incapaz de mantenerse por cuenta propia. Usted debe presentar pruebas de la discapacidad del menor en el lapso de 120 días previos a la fecha en que terminaría la cobertura. Ocasionalmente se le podría pedir posteriormente que presente pruebas de la dependencia y discapacidad del menor.

Si usted fallece mientras está cubierto por el plan, la cobertura para dependientes podría durar un tiempo adicional. La participación continuará hasta que ocurra lo primero entre lo siguiente:

- --Se hayan agotado las horas de elegibilidad “ahorradas” (en este caso, la cobertura continuará sin ningún costo).
- -Hasta el último día del período de cobertura posterior al período de cobertura en la cual ocurre el fallecimiento.

Esta disposición aplica si usted ha completado una parte o la totalidad del requisito de 260 horas del período de calificación durante el cual ocurre el fallecimiento. Si usted completó menos de 260 horas en dicho período de calificación, debe realizar un pago personal por la diferencia entre las horas trabajadas y 260. La cobertura se puede prolongar durante un período máximo de siete meses.

## Cobertura de continuación COBRA

Usted o sus dependientes podrían ser elegibles para la “cobertura de continuación COBRA” si termina su cobertura médica bajo nuestro plan. La Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act o “COBRA” es la ley que permite la continuación de cobertura. En esta sección presentamos un breve resumen de cómo funciona COBRA. Si usted adquiere elegibilidad para la cobertura de continuación COBRA, recibirá una notificación que explica más detalladamente sus derechos.

La cobertura para usted, su cónyuge y sus hijos dependientes puede continuar hasta por 18 meses si usted pierde su cobertura médica porque—

- -Termina su empleo por cualquier razón que no sea conducta indebida; o bien
- -No trabaja la cantidad de horas requeridas en un período de calificación.
- -Sus dependientes tienen derecho a continuar su cobertura de continuación COBRA hasta por 36 meses si pierden su cobertura porque—
  - -Usted fallece;
  - -Usted y su cónyuge están divorciados o separados legalmente;

- -Si hijo(a) dependiente ya no cumple los requisitos para recibir cobertura bajo el plan—por ejemplo, cumple 19 años de edad (o 24 años si asiste a tiempo completo a la escuela), se casa, deja de vivir en su hogar y deja de depender de usted para mantenerse;
- -Usted adquiere derecho a recibir beneficios bajo Medicare (la cobertura de 36 meses comienza el día en que adquiere su elegibilidad para Medicare).

La oficina del Fondo de Bienestar le notificará a usted (o a sus dependientes) si la cobertura termina debido a su despido, muerte o reducción de horas de trabajo. Si usted se divorcia o separa legalmente, o su hijo deja de cumplir los requisitos de elegibilidad, usted, su cónyuge o su hijo deberá notificarlo a la oficina del Fondo de Bienestar dentro de un lapso de 60 días. La oficina del Fondo de Bienestar le notificará a usted (o a sus dependientes) de sus derechos. La cobertura de continuación COBRA debe elegirse dentro de un lapso de 60 después de recibir la notificación o después de perder la cobertura—lo que ocurra de último.

La notificación que usted recibe indica el costo de la cobertura de continuación COBRA y cuándo se requieren los pagos.

Si durante un período de cobertura de continuación COBRA de 18 meses usted o un dependiente elegible recibe una decisión de la Administración del Seguro Social en la cual se ha determinado que usted o el dependiente se ha discapacitado dentro de un lapso de 60 días de la finalización de la cobertura bajo el plan médico, la cobertura bajo COBRA se podría prolongar 11 meses adicionales. En cuyo caso, usted o el dependiente podría ser elegible para recibir 29 meses de cobertura de continuación COBRA. Además del costo completo de la cobertura, se le cobrará una tarifa administrativa equivalente a 50% del costo de la cobertura para usted o su dependiente.

Si usted y/o su dependiente eligen la cobertura de continuación a través de COBRA, se les ofrecerá el mismo nivel de beneficios que a otros participantes. Además, durante el período de la cobertura de continuación COBRA podrán añadir a un recién nacido o a un menor adoptado. La cobertura de su niño recién nacido o adoptado comenzará inmediatamente.

La cobertura podrá continuar hasta que ocurra lo primero entre lo siguiente:

- -Finaliza el período de 18, 29 ó 36 meses de la cobertura de continuación.
- -La fecha en que el Fondo de Bienestar deja de proveer cobertura de cuidado de salud a cualquiera de sus participantes.
- -Las primas o los pagos personales para mantener la cobertura de grupo se dejan de pagar dentro del período exigido.
- -La fecha en que usted o sus dependientes comienzan una cobertura bajo otro plan de cuidado de salud de grupo (si no aplican exclusiones o limitaciones por condiciones preexistentes bajo el nuevo plan).
- -La fecha en que usted o sus dependientes adquieren elegibilidad para Medicare.

Una condición preexistente se refiere a una enfermedad o lesión para la cual usted recibe tratamiento dentro del período de 12 meses anterior a su inscripción en el plan. “Tratamiento” incluye cuidado médico y dental, diagnóstico y medicamentos recetados. El plan no considera el embarazo una condición preexistente.

Bajo determinadas circunstancias, la cobertura bajo su plan podría continuar a través de COBRA o de pagos personales. En estos casos, usted tendrá la opción de elegir una cobertura de continuación con pagos personales o COBRA. Sin embargo, considere que si usted se jubila o fallece, el Fondo de Bienstar sólo ofrecerá la cobertura para jubilados o supervivientes con pagos personales en lugar de la cobertura de continuación COBRA. Es por ello que nuestros programas para jubilados y supervivientes ofrecen cobertura a menor costo que COBRA.

## Definiciones del programa médico

Los términos que se explican en esta sección tienen un significado especial para fines del programa médico.

Cosmético significa cualquier procedimiento o servicio que se realiza principalmente para cualquiera de las siguientes razones—

- -Mejorar el aspecto físico o restaurar la forma corporal sin corregir significativamente un problema de funcionamiento del cuerpo; o bien
- -Prevenir o tratar un desorden mental o nervioso a través de un cambio en la forma del cuerpo.

Cobertura acreditable significa el número de meses, que no debe superar 18 meses, durante el cual usted estuvo cubierto por el plan. Al ocurrir cualquier evento que resultara en una terminación de cobertura bajo el plan para usted o un dependiente cubierto, la Junta de Fiduciarios emitirá una Certificación de Cobertura Acreditable a su nombre o el de su dependiente cubierto. Si se eligió la cobertura de continuación COBRA, la cobertura acreditable significa el número de meses, que no debe superar 18 meses, durante el cual un beneficiario calificado estuvo cubierto por el plan.

Cuidado de custodia significa servicios o suministros que cumplen cualquiera de las siguientes condiciones—

- -Una persona sin habilidades o antecedentes médicos podría suministrarlos o recibir adiestramiento para suministrarlos.
- -Se suministran principalmente para ayudarle a usted o a un dependiente cubierto a realizar sus actividades cotidianas—por ejemplo, caminar, subir y bajarse de la cama, vestirse, realizar tareas de higiene física u oral, comer, realizar labores domésticas y tomar medicamentos.
- -Proporcionan un entorno de protección.

- -Pertenece a un plan de mantenimiento o no forman parte de un plan de tratamiento activo que tiene la finalidad de aliviar una lesión, enfermedad o capacidad funcional.
- -Se proveen para fines de conveniencia o porque el hogar no ofrece un entorno apropiado o adecuado.

Los servicios o suministros que cumplen una o más de estas condiciones se consideran cuidados de custodia, indistintamente de dónde se proporcionan ni quién los proporciona.

Cuidado de desarrollo significa servicios o suministros que cumplen cualquiera de las siguientes condiciones—

- -Se ofrecen a una persona cubierta que no ha alcanzado el nivel de desarrollo esperado para su edad en las siguientes áreas de actividad principales: intelectual, física, lenguaje receptivo y expresivo, aprendizaje, movilidad, autodirección, capacidad para vivir independientemente o autosuficiencia económica.
- -No tienen fines de rehabilitación (es decir, no restauran habilidades totalmente desarrolladas y perdidas o discapacitadas debido a una lesión o enfermedad).
- -Su naturaleza es educativa.

Los servicios o suministros que cumplen una o más de estas condiciones se consideran cuidados de desarrollo, indistintamente de dónde se proporcionan ni quién los proporciona.

Equipo médico duradero. se refiere a equipo que—

- -Soporta uso repetido; y
- -Su uso principal y acostumbrado es para fines médicos; y
- -Generalmente no es de utilidad para una persona lesionada o enferma; y
- -Se ha diseñado para usos en el hogar.

Ejemplos de equipo médico duradero incluye sillas de ruedas, andaderas y camas de hospitales. Una unidad de aire acondicionado no se considera un equipo médico duradero.

Emergencia significa una condición grave que—

- -Es el resultado de síntomas que ocurren repentinamente e inesperadamente; y
- -Requiere cuidado inmediato por parte de un médico para prevenir la muerte o daños graves a la salud; o
- -Es una amenaza inmediata y grave a la persona cubierta o a otros.

Experimental es un servicio o suministro que la Junta de Fiduciarios determina que cumple una o más de las siguientes condiciones—

- -Es un medicamento o dispositivo que requiere la aprobación de la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos para que se

pueda comercializar legalmente, pero que no ha recibido dicha aprobación cuando se administra; o

- -Es un medicamento o dispositivo que ha sido estudiado y aprobado por la junta de estudio de la instalación que realiza el tratamiento o por otro cuerpo que realiza la misma función; o
- -Es un medicamento o dispositivo que se utiliza conjuntamente con un consentimiento informado para pacientes que ha sido estudiado y aprobado por la junta de estudio de la instalación que realiza el tratamiento o por otro cuerpo que realiza la misma función; o
- -Es un medicamento, tratamiento o procedimiento para el cual existe evidencia confiable que demuestra que—
  - Forma parte de la fase I, II, o III de un ensayo clínico; o
  - Se encuentra en estudio para determinar su dosis máxima tolerable, toxicidad, seguridad, efectividad o efectividad cuando se compara con un método de tratamiento o diagnóstico estándar.

Tal como se utiliza en esta definición de “experimental”, “evidencia confiable” se refiere solamente a lo siguiente—

- -Informes y artículos publicados en medios científicos y médicos reconocidos por especialistas en medicina (por ejemplo, el New England Journal of Medicine);
- -El plan escrito en experimentos o tratamientos científicos utilizado por la instalación donde se realizan tratamientos o por otra instalación que estudia sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento; y
- -El consentimiento informado escrito utilizado por la instalación donde se realizan tratamientos o por otra instalación que estudia sustancialmente el mismo medicamento, dispositivo, tratamiento o procedimiento.

Hospital significa una institución que se dedica principal y continuamente a proveer cuidado de hospitalización, diagnóstico y cirugía a pacientes lesionados o enfermos por cuenta del paciente. El hospital debe estar acreditado y funcionar de acuerdo a las leyes. Debe estar supervisado por un persona de médicos y poseer servicio de enfermería las 24 horas dirigido o supervisado por profesionales de enfermería graduados y acreditados.

Para fines de tratamiento de desórdenes mentales o nerviosas y de abuso de sustancias, “hospital” también significa lo siguiente—

- -Un hospital acreditado por una junta de salubridad o un departamento de salud mental;
- -Un hospital perteneciente o administrado por un estado y cuya finalidad es diagnosticar, cuidar y tratar desórdenes psiquiátricos.

Los beneficios hospitalarios no se pagan para realizar tratamientos en un hospital militar o de veteranos o en hogares para soldados, a menos que el plan esté legalmente obligado a pagarlos; cualquier clínica o instalación de convalecencia, descanso o de enfermería; instalaciones para cuidado de ancianos; casas de rehabilitación o instalaciones de hospedaje y cuidados; o en instalaciones que proveen principalmente cuidados de custodia, educación o rehabilitación.

Servicios y suministros médicamente necesarios se refiere a aquellos servicios y suministros solicitados por un médico y—

- -Utilizados para el diagnóstico o tratamiento directo de una lesión o enfermedad;
- -Adecuados para, y consistentes con, los síntomas y hallazgos o el diagnóstico y tratamiento de la lesión o enfermedad de la persona que está cubierta;
- -Utilizados de acuerdo a las prácticas médicas generalmente aceptadas en el país;
- -El suministro o nivel de servicio apropiado que se puede proveer económicamente—por ejemplo, tratamiento ambulatorio en lugar de hospitalización, tratamiento médico en lugar de cirugía, o una silla de ruedas manual en vez de una eléctrica.

El plan sólo cubre servicios y suministros hasta el límite en que sean médicamente necesarios. El hecho de que un médico recete un servicio o suministro no significa que dicho servicio o suministro sea médicamente necesario y está cubierto por el plan. La Junta de Fiduciarios determina si un servicio o suministro es médicamente necesario, o la Junta podría delegar dicha decisión al proveedor de servicios de salud administrados (lo cual se explicó anteriormente bajo “El programa de análisis de cuidado de salud”) o a otra compañía. Usted tiene la obligación de pagar el costo total de cualquier servicio, suministro o confinamiento que no se considere médicamente necesario.

Médico, para fines del plan, significa cualquier profesional acreditado indicado a continuación que actúa dentro de los límites de su licencia y presta un servicio cubierto por el plan—

- -Un doctor en medicina (M.D.), osteopatía (D.O.), podiatría (D.P.M.) o quiropraxia (D.C.); o
- -Donde la ley le exija al plan que ofrezca cobertura—
  - un psicólogo clínico doctoral licenciado,
  - un asesor con una maestría y un trabajador social licenciado y acreditado,
  - un asistente médico licenciado (PA),
  - o cualquier otro profesional licenciado

que actúe bajo la supervisión de un doctor en medicina y preste un servicio cubierto por el plan cuando un doctor en medicina presta el servicio.

Centro de tratamiento por abuso de sustancias significa un hospital o clínica acreditada para realizar tratamientos ambulatorios o de hospitalización por abuso de drogas y alcohol.

Cargo usual, acostumbrado y razonable (en inglés “UCR”) significa un cargo que se hace por un servicio y suministro cónsono con el monto que se cobra usualmente por servicios y suministros similares en su área geográfica. La Junta de Fiduciarios determina si un cargo es o no es usual, acostumbrado y razonable, basado en datos recogidos por la industria de seguros de salud. El plan no cubre cualquier porción de cargos quirúrgicos que supere el límite usual, acostumbrado y razonable.

En algunos casos, los gastos médicos cubiertos se limitarán a un porcentaje específico del cargo usual, acostumbrado y razonable. Por ejemplo—

- -Si se realizan cirugías múltiples o bilaterales durante el mismo procedimiento quirúrgico y no son incidentales y añaden una gran cantidad de tiempo o complejidad al procedimiento, el gasto médico cubierto no debe superar—  
—100% del cargo UCR por el procedimiento primario;  
—50% del cargo UCR por el procedimiento secundario.
- -El gasto médico cubierto por asistencia quirúrgica prestada por un médico no será mayor de 20% del cargo UCR de la cirugía.

Aplican copagos y otras limitaciones del plan una vez que se ha determinado el gasto médico cubierto.

## Cobertura de pérdida de tiempo

### Beneficios por pérdida de tiempo

Si usted es un empleado activo elegible y ha quedado totalmente discapacitado, recibirá un beneficio semanal del plan. Se le considera “totalmente discapacitado” si cumple cualquiera de las siguientes condiciones—

- -Se encuentra bajo el cuidado de un médico (según se define posteriormente en la sección del este folleto titulada “Definiciones del programa médico”); y
- -una lesión o enfermedad le impide trabajar en su empleo regular y acostumbrado; y
- -Usted no realiza ningún tipo de trabajo a cambio de paga o ganancia.

La Junta de Fiduciarios decide si usted se encuentra totalmente discapacitado de acuerdo a evidencias médicas que se consideren satisfactorias.

### Cuándo comienza el beneficio

Si usted ha sufrido una lesión o enfermedad laboral, los beneficios comienzan el octavo día de la discapacidad.

Si la lesión o enfermedad no es laboral, los beneficios comienzan el primer día de una discapacidad causada por una lesión o el octavo día de una discapacidad causada por una enfermedad.

Para fines de esta sección, un período de discapacidad termina en la fecha en que su médico le da de alta y le autoriza a regresar a su trabajo una vez concluida su recuperación. Los períodos de discapacidad consecutivos que se deben a causas similares o relacionadas y no están separadas por una autorización para regresar al trabajo se consideran un período de discapacidad.

### **Monto del beneficio**

El beneficio semanal por una lesión o enfermedad no laboral es \$228.

El beneficio semanal por una lesión o enfermedad laboral es \$54 (los beneficios son menores para este tipo de discapacidad porque usted también podría recibir beneficios de Workers' Compensation).

Los beneficios se pagan quincenalmente si la oficina del Fondo de Bienestar ha recibido la documentación apropiada, y se siguen pagando hasta por 13 semanas por cada período de discapacidad.

### **Horas acreditadas durante una discapacidad total**

A fin de determinar las horas trabajadas durante un período de calificación, usted recibe 40 horas de créditos por cada semana en que permanece totalmente discapacitado y recibe beneficios por pérdida de tiempo.

## **Cómo solicitar beneficios por pérdida de tiempo**

Usted debe solicitar los beneficios antes de que se efectúe cualquier pago.

La oficina del Fondo de Bienestar que se encuentra en la sede de su Gremio Local tiene planillas de reclamaciones. Debe llenar el frente del formulario y firmarlo. Después debe pedirle a su médico que llene el dorso. Envíe por correo el formulario lleno, en inglés, a: Indiana Laborers Welfare Fund, P.O. Box 1587, Terre Haute, Indiana 47808.

### **Si se rechaza una reclamación**

Si se rechaza una reclamación, usted tiene derecho a que sea revisada y reconsiderada. El procedimiento que se sigue para revisar reclamaciones rechazadas se explica en este folleto en la sección "Reclamaciones y apelaciones".

## **Cuándo termina la cobertura de pérdida de tiempo**

Si usted no ha trabajado la cantidad de horas requeridas o no realiza los pagos personales requeridos para participar, su cobertura terminará el último día del período de cobertura para el cual se realizaron contribuciones o pagos personales.

Si usted se encuentra totalmente discapacitado, su cobertura terminará una vez que haya recibido pagos durante 13 semanas. La cobertura comenzará nuevamente—si usted aún es elegible—cuando su médico le autorice a regresar al trabajo.

La cobertura termina en la fecha que usted se jubila. Además, los beneficios por pérdida de tiempo no se pagan para una discapacidad que comenzó después de la fecha en que usted se jubila.

## Seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

### Seguro de vida

Su usted fallece por cualquier causa, el seguro de vida paga un beneficio de \$10,000. Los beneficios se pagan como una suma global al beneficiario que usted designa en su tarjeta de registro.

Si al momento de fallecer ningún beneficiario designado le sobrevive, los beneficios se pagan a su cónyuge superviviente. Si su cónyuge no viviera al momento de su fallecimiento, los beneficios se pagan en el siguiente orden—en cantidades equivalentes—a:

- -Sus hijos.
- -Sus padres.
- -Sus hermanos y hermanas.
- -Su patrimonio.

Si su beneficiario es un menor, los pagos se podrían efectuar a su guardián legal.

### Si usted queda totalmente discapacitado

Si usted queda totalmente discapacitado antes de cumplir 60 años de edad, la cobertura del seguro de vida podría continuar—sin ningún costo para usted—el tiempo que dure la discapacidad, mientras esté vigente la póliza maestra del seguro de grupo. Si desea inscribirse en esta cobertura continuada, debe llenar un formulario de renuncia de primas y enviarla a la oficina del Fondo de Bienestar en los siguientes 12 meses de la fecha en que comenzó su discapacidad.

## Seguro de muerte accidental y desmembramiento

El seguro de muerte accidental y desmembramiento (en inglés AD&D) le ofrece un nivel adicional de protección a través de un seguro si usted fallece o se lesiona gravemente en un accidente no laboral.

### Monto del beneficio

Si su muerte ocurre a causa de un accidente no laboral, el seguro AD&D le pagará un beneficio de \$5,000.

El seguro AD&D también paga un beneficio si usted sufre ciertas lesiones graves causadas por un accidente no laboral. El cuadro de abajo muestra las lesiones que están cubiertas y los beneficios que se pagan por cada una.

“Pérdida de la vista” significa pérdida total y permanente de la vista. “Pérdida de una mano o un pie” significa amputación a nivel de, o encima de, la muñeca o el tobillo.

El fallecimiento o la pérdida puede ocurrir como consecuencia directa de una lesión accidental mientras se está cubierto por el plan. Debe ocurrir en un lapso de 90 días posterior al accidente.

Sólo se paga uno de los beneficios—el más grande—si ocurren todas las pérdidas en un accidente.

#### Cuándo no se pagan beneficios

Los beneficios AD&D no se pagan por muerte accidental o pérdida causada por—

- -Una lesión-laboral;
- -Suicidio o lesión causada por uno mismo;
- -Guerra o cualquier acto de guerra, sea o no declarada; o
- Servicio militar o naval prestado en cualquier país.

### Cómo solicitar beneficios del seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Su beneficiario debe solicitar beneficios del seguro de vida y muerte accidental. Usted debe solicitar beneficios por desmembramiento.

Para solicitar beneficios del seguro de vida, su beneficiario debe enviar un original o una copia certificada de un certificado de defunción y una notificación de obituario a la siguiente dirección: Indiana Laborers Welfare Fund, P.O. Box 1587, Terre Haute, Indiana 47808.

Para solicitar beneficios por muerte accidental o desmembramiento, usted o su beneficiario debe llenar un formulario de reclamación—entregado por la oficina del Fondo de Bienestar. Los formularios, llenados en inglés (o traducidos por cuenta propia), deben enviarse a la oficina del Fondo de Bienestar en un lapso de 90 días después del fallecimiento o la pérdida.

La oficina del Fondo de Bienestar podría requerir formularios e información adicionales antes de pagar estos beneficios.

#### Si se rechaza una reclamación

Si se rechaza una reclamación, usted tiene derecho a solicitar una revisión completa y justa. El proceso de revisión se explica en este folleto en la sección “Reclamaciones y apelaciones”.

## Cuándo termina la cobertura del seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Si usted no ha trabajado la cantidad de horas requeridas o no realiza los pagos personales requeridos para participar, la cobertura del seguro de vida terminará 31 días después de que termina el período de cobertura para el cual el empleado pago contribuciones o realizó pagos personales. La cobertura AD&D terminará el último día del período de cobertura para el cual el empleador paga contribuciones o se realizan-pagos personales.

La cobertura terminará en la fecha en que termina la póliza por cualquier razón o en la fecha en que usted fue admitido en las fuerzas armadas.

### Conversión a una póliza individual

Si su empleo termina o usted deja de cumplir los requisitos de elegibilidad, puede convertir su seguro de vida en una póliza individual con la empresa aseguradora que provee cobertura al Fondo de Bienestar. Para ello no se exigen pruebas de buena salud. Usted debe solicitar una póliza individual y pagar la primera prima en un lapso de 31 días después de que termina su cobertura bajo este plan. La cobertura bajo una póliza individual será diferente a la cobertura bajo este plan.

La cobertura AD&D no se puede convertir.

## Beneficios para personas mayores durante su jubilación o por discapacidad

### Participación en el programa de beneficios para personas mayores

Si usted se encuentra jubilado o discapacitado, puede participar en el programa de beneficios para personas mayores. Si fallece, su cónyuge superviviente puede mantener su cobertura médica a través de programa para cónyuges supervivientes e hijos dependientes, si son elegibles para la cobertura al fallecer usted.

### Quiénes son elegibles

Usted puede participar en el programa para personas mayores si—

- -Ha cumplido 55 años de edad, se encuentra discapacitado o recibe una pensión no reducida del Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund;
- -Su empleador ha pagado contribuciones o usted ha realizado pagos personales al Fondo de Bienestar durante los últimos cinco años; y
- -Usted ha mantenido su elegibilidad durante por lo menos cinco períodos de cobertura en el mismo período de- cinco años.

Se le considera “discapacitado” si sufre una “Discapacidad Laboral” o una “Discapacidad

Permanente y Total” según se definen en el Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund. Usted debe cumplir las siguientes condiciones—

- Debe estar bajo el cuidado de un médico (según se define en la sección de este folleto titulada “Definiciones del programa médico”); y
- -Una lesión o enfermedad evita que trabaje en un empleo o una labor, o en el caso de la Discapacidad Laboral, que trabaje en la industria de la construcción; y
- -No realiza ningún trabajo a cambio de paga o ganancia (a excepción de Discapacidad Laboral)
- Su discapacidad será permanente y continua durante el resto de su vida.

La Junta de Fiduciarios decide si usted se encuentra discapacitado de acuerdo a evidencias médicas que se consideren satisfactorias.

### Participación en el programa de beneficios para personas mayores – Inscripción

Usted se debe inscribir con la oficina del Fondo de Bienestar y realizar pagos personales para participar en el programa de beneficios para personas mayores. Si su cobertura bajo el programa de empleados activos termina por cualquier razón, usted debe solicitar su participación en el programa de beneficios para personas mayores en un lapso de 90 días o su elegibilidad para obtener cualquier cobertura bajo este programa terminará. Al momento de su inscripción deberá elegir una de las coberturas de 3 Niveles que se describen en esta sección. Si no elige una de las coberturas de 3 Niveles, significa que ha elegido cobertura para usted nada más (“Miembro Solamente”) y se anulará la inscripción de cualquier dependiente suyo.

El monto

de sus pagos personales dependerá de la clase de beneficios para personas mayores que aplique a usted y la cobertura de 3 Niveles que ha elegido. Las coberturas de 3 Niveles son:

El nivel de cobertura que usted elija es una elección que hace una sola vez y no puede cambiar a menos que posteriormente cambie de cónyuge por matrimonio o un nuevo dependiente por nacimiento, adopción o colocación en adopción. Bajo estas circunstancias especiales, usted puede aumentar su nivel de cobertura a fin de añadir a un nuevo cónyuge o dependiente, pero sólo si lo hace dentro de un período de 31 días que comienza el día del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. Si cambia su cobertura por matrimonio, la nueva cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior al mes en que ha solicitado la inscripción especial. Si cambia su cobertura por nacimiento, adopción o colocación en adopción, la nueva cobertura entrará en vigencia el día de nacimiento, adopción o colocación en adopción del dependiente. A excepción de estas circunstancias especiales, usted nunca puede aumentar su cobertura para incluir a un cónyuge o dependiente. Es importante entender que su cónyuge o dependiente que no esté cubierto bajo el nivel que usted elige al hacer la elección que se le permite (o después de incluirlo por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción) no tendrá la opción de recibir beneficios para supervivientes. Por lo tanto, elija cuidadosamente su nivel de cobertura. Si no elige un nivel de cobertura,

se

considerará que ha elegido una cobertura de “Miembro Solamente” y su cónyuge y dependientes actuales nunca serán elegibles para obtener cobertura o beneficios para supervivientes.

A pesar de que usted no puede aumentar su nivel de cobertura a menos que ocurran circunstancias especiales, su cobertura se reducirá automáticamente si otro individuo que está cubierto deja de calificar como cónyuge o dependiente. Por ejemplo, si usted elige el nivel “Miembro + Cónyuge”, pero posteriormente se divorcia o su cónyuge fallece, su cobertura se reducirá automáticamente a “Miembro Solamente”. Asimismo, si elige el nivel “Familia” para usted, su cónyuge y su único hijo(a), pero posteriormente su hijo(a) cumple 19 años de edad, su cobertura se reducirá automáticamente del nivel “Familia” al de “Miembro + Cónyuge”.

### Participación en beneficios para personas mayores – Pagos personales

Los pagos personales se hacen a la oficina del Fondo de Bienestar. Debe hacer su primer pago personal el día 10 o antes del primer mes del primer período de cobertura (es decir, el 10 de diciembre, el 10 de abril o 10 de agosto). La cobertura de beneficios para personas mayores comenzará en la fecha que indica el sello postal de su pago personal (o la fecha en que realiza el pago personalmente).

Para participar durante los siguientes períodos de cobertura, los pagos personales se deben realizar el día 10, o antes, del último mes del período de cobertura vigente (en, o antes del, 10 de noviembre, 10 de marzo o 10 de julio). Esto permite que la oficina del Fondo de Bienestar tenga suficiente tiempo para procesar los pagos, y completar y actualizar los expedientes de elegibilidad.

Los pagos personales se aceptarán hasta el último día del primer mes del período de cobertura (31 de diciembre, 30 de abril o 31 de agosto). Sin embargo, si los pagos personales se realizan durante el primer mes del período de cobertura, la cobertura médica no comenzará hasta el primer día del segundo mes del período de cobertura.

### Pagos retrasados – Cónyuges y dependientes supervivientes

Los beneficios para supervivientes bajo las clases C, B y CP terminarán para un cónyuge o dependiente superviviente si se dejan de pagar o se retrasan los pagos personales.

Si usted recibe beneficios de pensión del Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund, puede solicitar que sus pagos personales sean deducidos automáticamente de su cheque de pensión.

### Pagos retrasados – Participantes discapacitados y jubilados

Los pagos personales fechados después del último día del primer mes de cobertura no serán aceptados y usted no estará cubierto durante ese período. Sin embargo, los beneficios del seguro de vida podrían pagarse si falleciera durante los primeros 31 días del período de cobertura.

Si usted deja de efectuar un pago personal, usted y sus dependientes no estarán cubiertos durante el período de cobertura. Además, si vuelve a comenzar su cobertura, ni usted ni sus dependientes estarán cubiertos por cualquier lesión o enfermedad que tuvieran el día que comienza nuevamente la cobertura.

Generalmente, si usted es un jubilado o participante discapacitado y deja de efectuar tres pagos personales seguidos, no podrá volver a inscribirse en el plan a menos que vuelva a trabajar y cumpla los requisitos de elegibilidad iniciales. En este caso, no se le permitirá realizar pagos iniciales para la participación inicial. Sin embargo, si usted es un jubilado o participante discapacitado que se encuentra lesionado o enfermo el día que debe comenzar la cobertura de su seguro de vida después de una interrupción de cobertura, la cobertura del seguro de vida se pospondrá hasta la fecha en que su médico le autorice a regresar al trabajo una vez concluida su recuperación.

Si usted recibe beneficios de pensión del Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund, puede solicitar que sus pagos personales sean deducidos automáticamente de su cheque de pensión.

#### Niveles de beneficios de para personas mayores

Existen cuatro clases de beneficios de cobertura para personas mayores. Cada clase provee un nivel de beneficios diferente de acuerdo a la edad y condición de usted y sus dependientes. Las clases son—

- -Clase AS. Esta clase cubre a personas de 55 a 64 años de edad que están jubiladas (o a personas jubiladas que reciben una pensión no reducida del Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund), participantes menores de 65 años con discapacidad laboral o total (excepto aquéllos que son elegibles para recibir Medicare) y sus dependientes elegibles. Los beneficios de los cónyuges mayores de 65 años o los dependientes que son elegibles para recibir discapacidad bajo Medicare serán coordinados con Medicare. Los participantes jubilados y con discapacidad laboral o total que cumplen 65 años de edad se deben transferir a la Clase CP o la Clase C.
- -Clase B. Esta clase cubre a personas de 55 a 64 años de edad que están jubiladas (o a personas jubiladas que reciben una pensión no reducida del Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund), participantes menores de 65 años con discapacidad laboral o total (excepto aquéllos que son elegibles para recibir Medicare) y sus dependientes elegibles. Los beneficios de los dependientes que sean elegibles para recibir discapacidad de Medicare serán coordinados con Medicare. Los cónyuges mayores de 65 años disfrutan de beneficios de Clase B coordinados con Medicare. Los participantes jubilados y con discapacidad laboral o total que cumplen 65 años de edad se deben transferir a la Clase CP o la Clase C.
- -Clase C. Esta clase cubre a personas jubiladas, participantes de 65 años o mayores con discapacidad laboral o total, participantes discapacitados menores de 65 años que son elegibles para recibir beneficios por discapacidad bajo Medicare y sus cónyuges de 65 años de edad o mayores. Los cónyuges menores de 65 años que son elegibles para recibir discapacidad bajo Medicare

tendrán beneficios de Clase B coordinados con Medicare. Los dependientes que sean menores de 65 años de edad y no sean elegibles para recibir cobertura de Medicare recibirán beneficios de Clase B.

- -Clase CP. Esta clase cubre a personas jubiladas, participantes de 65 años o mayores con discapacidad laboral o total, participantes discapacitados menores de 65 años que son elegibles para recibir beneficios por discapacidad bajo Medicare y sus cónyuges de 65 años de edad o mayores. Los cónyuges menores de 65 años que son elegibles para recibir discapacidad bajo Medicare tendrán beneficios de Clase AS coordinados con Medicare. Los dependientes que sean menores de 65 años de edad y no sean elegibles para recibir cobertura por discapacidad bajo Medicare recibirán beneficios de Clase AS.

Los beneficios para personas mayores proveen beneficios médicos, seguro de vida y, en algunos casos, beneficios de seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D). Las páginas que siguen ofrecen una descripción completa. No se incluyen coberturas de pérdida de tiempo, maternidad, habitación de hospital y comidas para recién nacidos, bienestar infantil y exámenes físicos.

#### Transferencia a otras clases

Una vez que usted participa en el programa de beneficios para personas mayores, no puede volver a recibir una cobertura de beneficios completos a menos que se vuelva a emplear y cumpla los criterios de elegibilidad iniciales.

La cobertura médica bajo las clases CP y C se coordinan con la cobertura de Medicare. Cuando usted (o su cónyuge) cumple 65 años de edad y adquiere su elegibilidad para Medicare, sus dependientes elegibles menores de 65 años seguirán recibiendo cobertura médica de Clase AS o B y usted recibirá cobertura CP o C. Sin embargo, si usted está en la Clase AS y su cónyuge es mayor de 65 años de edad, su cónyuge permanecerá en la Clase AS y sus beneficios se coordinarán con Medicare.

#### Coordinación de Beneficios con Medicare

Si usted o un dependiente está cubierto bajo este plan y por Medicare, Medicare pagará primero los beneficios hasta los límites máximos. Este plan pagará de segundo los beneficios, pero sólo hasta la cantidad que hubiera pagado si la persona cuyos gastos están cubiertos no tuviera derecho a recuperar gastos de Medicare. Es decir, si Medicare paga la misma cantidad que hubiera pagado si pagara primero los beneficios, este plan no pagará ningún beneficio adicional.

Cuando este plan determina los beneficios que va a pagar, asume que la persona que tiene sus gastos cubiertos está inscrita tanto en la Parte A como la Parte B de Medicare, aunque éste no sea el caso. Si usted o un dependiente cubierto es elegible para recibir beneficios de Medicare, el plan exige a Medicare una “Explicación de beneficios de Medicare” (Explanation of Medicare Benefits - EOMB) antes de pagar cualquier gasto cubierto.

#### Otras disposiciones importantes

Algunas de las disposiciones para la cobertura médica de Clase A, que no se explicaron anteriormente en este folleto y se indican en el siguiente cuadro, también aplican a los beneficios para personas mayores. Es importante leer cada una de estas secciones además de las descripciones de beneficios para personas mayores que se describen a continuación.

## Clase AS

Los jubilados de 55 a 64 años de edad (o jubilados que reciben una pensión no reducida del Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund), participantes menores de 65 años con discapacidad laboral o total (excepto aquéllos que son elegibles para recibir Medicare) y dependientes.

Clase AS se refiere a “Persona mayores de Clase A—.” Esta clase cubre a personas de 55 a 64 años de edad que están jubiladas (o a personas jubiladas que reciben una pensión no reducida del Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund), participantes menores de 65 años con discapacidad laboral o total (excepto aquéllos que son elegibles para recibir Medicare) y dependientes elegibles. Los beneficios de los cónyuges mayores de 65 años serán coordinados con Medicare.

### Beneficios médicos

La Clase AS ofrece los mismos beneficios médicos que la Clase A para empleados activos con las siguientes excepciones—

- -No se pagan beneficios de maternidad.
- -No se pagan beneficios de habitación en hospital y comidas para recién nacidos ni de bienestar infantil rutinarios.
- -No se pagan beneficios de pérdida de tiempo.
- -No se ofrece el beneficio de exámenes físicos.

El plan subsidia el costo de sus beneficios médicos de su plan a una tarifa de 2% por cada año de servicio con el Fondo de Bienestar, hasta un subsidio máximo de 60%. Los participantes discapacitados y jubilados deben realizar pagos personales a la oficina del Fondo de Bienestar por la diferencia entre el costo subsidiado y el costo total de la cobertura. (En este folleto se explican los pagos personales).

### Seguro de vida

Su usted fallece por cualquier causa mientras esta cobertura esté vigente, su beneficiario recibirá una suma global de \$10,000. Para solicitar beneficios del seguro de vida, su beneficiario debe enviar un certificado de defunción y una notificación de obituario a la oficina del Fondo de Bienestar. La oficina del Fondo de Bienestar podría requerir formularios e información adicionales antes de pagar estos beneficios.

### Seguro de muerte accidental y desmembramiento

La Clase AS ofrece la misma cobertura del seguro de muerte accidental y desmembramiento que la Clase A para empleados activos.

## Clase B

Los jubilados de 55 a 64 años de edad (o jubilados que reciben una pensión no reducida del Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund), participantes menores de 65 años con discapacidad laboral o total (excepto aquéllos que son elegibles para recibir Medicare) y dependientes menores de 65 años de edad.

La Clase B cubre a jubilados elegibles de 55 a 64 años de edad (o a personas jubiladas que reciben una pensión no reducida del Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Pension Fund), participantes menores de 65 años con discapacidad laboral o total (excepto aquéllos que son elegibles para recibir Medicare) y dependientes elegibles. Los beneficios de los dependientes que sean elegibles para recibir Medicare serán coordinados con Medicare. La Clase B ofrece los siguientes beneficios:

### Beneficios médicos

La Clase B paga beneficios para determinados gastos hospitalarios, quirúrgicos y médicos. No es necesario pagar un deducible antes de recibir los beneficios. El plan subsidia el costo de sus beneficios médicos de su plan a una tarifa de 2% por cada año de servicio con el Fondo de Bienestar, hasta un subsidio máximo de 60%. Los participantes que tengan discapacidad laboral o total y los jubilados deben realizar pagos personales a la oficina del Fondo de Bienestar por la diferencia entre el costo subsidiado y el costo total de la cobertura. (En este folleto se explican los pagos personales). Los cónyuges supervivientes elegibles que elijan mantener la Clase B también tienen derecho a recibir este subsidio y deben realizar pagos personales por la diferencia a la oficina del Fondo de Bienestar.

Los beneficios de tarjeta de medicamentos recetados y de trasplante no están disponibles para la Clase B.

Los cargos por cirugía se cubren hasta una cantidad determinada. Otros cargos se cubren hasta los límites indicados más adelante.

Usted disfruta de la siguiente cobertura para cada período de discapacidad no laboral si usted o sus dependientes tienen gastos médicos. Las lesiones o enfermedades que estén relacionadas se consideran como un período de discapacidad. Un nuevo período de discapacidad comienza cuando su médico aprueba por escrito su regreso al trabajo.

Habitación en hospital y comidas. El plan paga un beneficio de hasta \$70 diarios hasta por 31 días de hospitalización.

Servicios y suministros hospitalarios. Usted puede recibir hasta \$500 en beneficios para servicios y suministros médicamente necesarios que provee el hospital durante una hospitalización.

Una nota sobre las admisiones durante fines de semana. Evite ser admitido en un hospital durante un fin de semana (el viernes o sábado) si es poco probable que su condición sea tratada hasta el siguiente lunes. Los beneficios generalmente no se pagan si le admiten un viernes o sábado y su condición no requiere intervención quirúrgica en un lapso de 24 horas. Sin embargo, los beneficios sí se pagan si se le

admite debido a una emergencia o es médicamente necesario y recomendado por su médico.

Honorarios de anesthesiólogo. Usted puede recibir un beneficio de hasta \$100 por los servicios de un anesthesiólogo en relación a una cirugía que realice un médico. La cirugía puede ser durante una hospitalización o ambulatoria. Pruebas de laboratorio y radiografías para diagnósticos. Usted puede recibir hasta \$100 cada año

del plan para radiografías y pruebas de laboratorio ambulatorios para diagnosticar lesiones o enfermedades no laborales.

Honorarios de médicos para cirugías o consultas clínicas durante hospitalizaciones. Si usted requiere una hospitalización, el plan pagará ciertos honorarios médicos hasta una cantidad determinada.

Consultas clínicas durante hospitalizaciones. El plan paga beneficios por consultas con médicos durante hospitalizaciones. El beneficio es de \$15 para la primera consulta y \$10 por cada consulta posterior. Los beneficios se pagan hasta por 31 días. Estos beneficios no se pagan si usted se encuentra en el hospital para una cirugía, incluyendo cuidado preoperativo o postoperativo.

#### Beneficios de audición

Los beneficios de audición de la Clase B serán iguales a los de la Clase A.

#### Seguro de vida

Su usted fallece por cualquier causa mientras esta cobertura esté vigente, su beneficiario recibirá una suma global de \$10,000. Para solicitar beneficios del seguro de vida, su beneficiario debe enviar un certificado de defunción y una notificación de obituario a la oficina del Fondo de Bienestar. La oficina del Fondo de Bienestar podría requerir formularios e información adicionales antes de pagar estos beneficios.

## Clase C

Jubilados, participantes con discapacidades laborales o totales y cónyuges de 65 años de edad o mayores; participantes discapacitados.

La Clase C cubre a personas jubiladas, participantes de 65 años o mayores con discapacidad laboral o total, participantes discapacitados menores de 65 años que son elegibles para recibir beneficios por discapacidad bajo Medicare y cónyuges de 65 años de edad o mayores. Los cónyuges y dependientes menores de 65 años que son elegibles para recibir discapacidad bajo Medicare tendrán cobertura de Clase B coordinada con Medicare. Los dependientes que sean menores de 65 años de edad y no sean elegibles para recibir cobertura por discapacidad bajo Medicare recibirán beneficios de Clase B.

La Clase C ofrece la siguiente cobertura:

#### Beneficios médicos

Los beneficios de este plan se coordinan con los beneficios con beneficios de Medicare que usted tiene derecho a recibir, según se explica más adelante. El plan

subsidiar el costo de sus beneficios médicos de su plan a una tarifa de 2% por cada año de servicio con el Fondo de Bienestar, hasta un subsidio máximo de 60%. Los participantes discapacitados y jubilados deben realizar pagos personales a la oficina del Fondo de Bienestar por la diferencia entre el costo subsidiado y el costo total de la cobertura. (En este folleto se explican los pagos personales). Los cónyuges supervivientes elegibles que elijan mantener la Clase C también tienen derecho a recibir este subsidio y deben realizar pagos personales por la diferencia a la oficina del Fondo de Bienestar.

Los beneficios de trasplantes de la Clase C serán iguales a los de la Clase A, pero se aplicarán de acuerdo a las normas de la Clase C (debe ser aprobado por Medicare).

El beneficio de tarjeta de medicamentos recetados no se incluye en la Clase C.

Usted debe tener conocimientos básicos de Medicare para comprender los beneficios que paga este plan. Medicare se divide en dos partes: Parte A y Parte B. La Parte A cubre cargos hospitalarios y la Parte B cubre cargos y honorarios médicos. El Plan estima los beneficios como si usted estuviera inscrito tanto en la Parte A como en la Parte B.

**Cargos hospitalarios.** De acuerdo a la Parte A de Medicare, usted paga un “deducible inicial” antes de que aplique cualquier beneficio por hospitalización. Después, Medicare paga la mayoría de los cargos hospitalarios durante los primeros 60 días de hospitalización.

Del día 61 al día 90 de la hospitalización, usted paga un cargo diario y Medicare paga la mayoría de los cargos de hospitalización adicionales.

Después de 90 días de hospitalización, usted sigue cubierto por la “reserva de por vida” de Medicare.

La reserva de por vida paga los beneficios durante 60 días—adicionales, después de que usted paga un cargo diario.

Si usted (o su cónyuge) es hospitalizado, el plan complementa la Parte A de Medicare, en la siguiente forma:

- -Primero, el plan paga el deducible inicial de la Parte A de Medicare. Después, Medicare paga la mayoría de los cargos hospitalarios durante los primeros 60 días de hospitalización.
- -Desde el día 61 al día 90 de la hospitalización, el plan paga un beneficio diario equivalente a 25% del deducible de Medicare.
- -Si usted permanece hospitalizado más de 90 días, el plan paga un beneficio diario equivalente a 50% del deducible de Medicare durante el período de reserva de por vida de 60 días. (Este beneficio se paga una sola vez durante la vida de un individuo).

**Cargos y honorarios médicos.** De acuerdo a la Parte B de Medicare, usted debe pagar un deducible anual, y después Medicare paga 80% de los cargos y honorarios médicos cubiertos. Usted paga el otro 20%. El nivel deducible aplica a las personas cubiertas una vez al año.

El Fondo de Bienestar complementa a Medicare pagando completamente el deducible anual de la Parte B. Después, el plan paga 20% de su porción de los cargos aprobados por Medicare.

#### Beneficios de audición.

Los beneficios de audición de la Clase C serán iguales a los de la Clase A.

#### Seguro de vida

Su usted fallece por cualquier causa mientras esta cobertura esté vigente, su beneficiario recibirá una suma global de \$10,000. Para solicitar beneficios del seguro de vida, su beneficiario debe enviar un certificado de defunción y una notificación de obituario a la oficina del Fondo de Bienestar. La oficina del Fondo de Bienestar podría requerir formularios e información adicionales antes de pagar estos beneficios.

### Clase CP

Jubilados, participantes con discapacidades laborales o totales y cónyuges de 65 años de edad o mayores; participantes discapacitados

La Clase CP cubre a personas jubiladas y participantes discapacitados de 65 años o mayores, participantes discapacitados menores de 65 años que son elegibles para recibir beneficios por discapacidad bajo Medicare y cónyuges de 65 años de edad o mayores. Los cónyuges y dependientes menores de 65 años que son elegibles para recibir discapacidad bajo Medicare tendrán cobertura de Clase AS coordinada con Medicare. Los dependientes que sean menores de 65 años de edad y no sean elegibles para recibir cobertura por discapacidad bajo Medicare recibirán beneficios de Clase AS.

#### Beneficios médicos

La Clase CP ofrece los mismos beneficios médicos que la Clase C con algunas excepciones. Su costo por los medicamentos que compra valiéndose de su beneficio de tarjeta de medicamentos recetados no genera ningún pago bajo ninguna otra parte del plan.

El plan subsidia el costo de sus beneficios médicos a una tarifa de 2% por cada año de servicio con el Fondo de Bienestar, hasta un subsidio máximo de 60%. Usted debe realizar pagos personales a la oficina del Fondo de Bienestar por la diferencia entre el costo subsidiado y el costo total de la cobertura. (En este folleto se explican los pagos personales). Los cónyuges supervivientes elegibles que elijan mantener la Clase CP también tienen derecho a recibir este subsidio y deben realizar pagos personales por la diferencia a la oficina del Fondo de Bienestar.

#### Seguro de vida

Su usted fallece por cualquier causa mientras esta cobertura esté vigente, su beneficiario recibirá una suma global de \$10,000. Para solicitar beneficios del seguro de vida, su beneficiario debe enviar un certificado de defunción y una notificación de obituario a la oficina del Fondo de Bienestar. La oficina del Fondo

de Bienestar podría requerir formularios e información adicionales antes de pagar estos beneficios.

## Cónyuges supervivientes y niños dependientes

### Clase S

#### Cónyuges supervivientes y niños dependientes

Nuestro programa para supervivientes ofrece protección continuada para su familia si usted fallece. Bajo el programa, si usted es un empleado activo, un participante con discapacidad laboral o total o un jubilado cuando fallece, su cónyuge superviviente tiene la opción de continuar su cobertura y la de sus hijos dependientes por cuenta propia si ya estaban cubiertos bajo el nivel que usted eligió cuando tuvo la oportunidad de hacerlo (o si ya estaban cubiertos debido a una elección posterior realizada por usted a causa de un nuevo matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción). Si usted eligió la cobertura de “Miembro Solamente”, por ejemplo, su cónyuge y dependientes supervivientes no podrán elegir los beneficios para supervivientes. Si usted eligió la cobertura de “Miembro y Cónyuge”, sus dependientes supervivientes no podrán elegir los beneficios para supervivientes. Si su cónyuge superviviente es elegible para recibir beneficios para supervivientes, podrá continuar la cobertura para sí mismo(a) y (si son elegibles) para sus dependientes—

- -Bajo el programa vigente cuando usted fallece (Clase CP, B o C); o bien
- -Bajo el programa de la Clase S.

Si no le sobrevive un cónyuge, sus dependientes no son elegibles para recibir cobertura de Clase S. Si le sobrevive un cónyuge, sus hijos dependientes pueden recibir cobertura de Clase S si cumplen los requisitos de elegibilidad que se describen más adelante. Sin embargo, la Clase S no está disponible para su cónyuge o sus hijos si están cubiertos por otro plan de grupo.

Para recibir cobertura, su cónyuge se debe inscribir en la cobertura de Clase S en un lapso de 60 días después de que la cobertura termina debido a su fallecimiento.

La cobertura de Clase S termina en los siguientes casos—

- -Si su cónyuge superviviente deja de realizar pagos personales.
- -Si su cónyuge superviviente realiza pagos personales retrasados.
- -Cuando su cónyuge superviviente cumple 65 años de edad y adquiere elegibilidad para Medicare, se debe transferir a la Clase CP o la Clase C.
- -Cuando un hijo dependiente se casa o cumple la edad máxima permitida para recibir cobertura.
- -Cuando su cónyuge o dependientes supervivientes adquieren cobertura bajo otro plan. Sin embargo, si el nuevo plan limita la cobertura de una condición

preexistente, la cobertura de Clase S se mantendrá hasta que se satisfagan las disposiciones sobre condiciones preexistentes en el nuevo plan.

- -La cobertura para su cónyuge superviviente no termina solamente si su cónyuge se vuelve a casar. Sin embargo, sólo sus dependientes podrán recibir esta cobertura. Los dependientes de su cónyuge, mas no usted, no son elegibles.

Si su cónyuge o un dependiente adquiere elegibilidad para Medicare antes de cumplir 65 años de edad, los beneficios del plan se coordinarán con los de Medicare.

### Beneficios médicos

La Clase S ofrece los mismos beneficios médicos que la Clase A con las siguientes excepciones—

- -No se pagan beneficios de maternidad.
- -No se pagan beneficios de habitación en hospital y comidas para recién nacidos ni de bienestar -infantil rutinarios.
- -No se pagan beneficios de pérdida de tiempo.
- -No se pagan beneficios de exámenes físicos.

Si usted es un cónyuge superviviente elegible, el plan subsidiará el costo de los beneficios médicos de su plan a una tarifa de 2% por cada año de servicio que mantuvo el miembro con el Fondo de Bienestar, hasta un subsidio máximo de 60%. Usted debe realizar pagos personales a la oficina del Fondo de Bienestar por la diferencia entre el costo subsidiado y el costo total de la cobertura. (En este folleto se explican los pagos personales).

### Seguro de vida

No se ofrece seguro de vida ni de muerte accidental y desmembramiento bajo la Clase S.

### Otras disposiciones importantes

Algunas de las disposiciones para la cobertura médica de Clase A, que no se explicaron anteriormente en este folleto y se indican en el siguiente cuadro, también aplican a los beneficios para cónyuges supervivientes y menores dependientes. Es importante leer cada una de estas secciones además de esta sección sobre la cobertura de la Clase S.

## Información administrativa

### Cómo se administra el plan

El patrocinador y administrador del plan

El plan es patrocinado y administrado por una Junta de Fiduciarios. La Junta de Fiduciarios está integrado por representantes de los empleados y la administración. La Junta tiene la responsabilidad de administrar los activos del plan, interpretar sus disposiciones y decidir asuntos como la elegibilidad, los tipos de beneficios y las políticas administrativas.

Como administradora del plan, la Junta de Fiduciarios tendrá autoridad absoluta y discrecional para interpretar las disposiciones del plan, los documentos del plan, las descripciones sumariales del plan, al igual que cualquier comunicación relacionada con el plan. La Junta de Fiduciarios realizará todas las determinaciones objetivas, incluyendo la determinación de los derechos de elegibilidad de los empleados y participantes, dependientes y otras personas, y los montos de sus beneficios bajo el plan. La Junta de Fiduciarios remediará las ambigüedades, inconsistencias u omisiones, y dichas determinaciones serán vinculantes para todas las partes. Sólo se pagarán beneficios si la Junta de Fiduciarios, a su exclusiva discreción, determina que el participante o beneficiario tiene derecho a recibirlos. La Junta de Fiduciarios tiene autoridad para delegar cualquiera de sus poderes bajo el plan (incluyendo, sin limitaciones, su poder para administrar reclamaciones y apelaciones) a cualquier otra persona o comité. Dicha persona o comité podría a su vez delegar sus poderes a otra persona o comité. Cualquier delegación o delegación subsiguiente deberá mantener la misma autoridad exclusiva, discrecional y final que tiene la Junta de Fiduciarios, como se describe en este apartado, y cualesquiera decisiones, acciones o interpretaciones que tome cualquier delegado tendrá el mismo efecto vinculante como si proviniera de la Junta de Fiduciarios.

Usted se puede comunicar con la Junta de Fiduciarios escribiendo a la siguiente dirección: Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Welfare Fund, P.O. Box 1587, Terre Haute, Indiana 47808-1587.

La oficina administrativa del Fondo de Bienestar se ocupa de las actividades administrativas cotidianas del plan. Estas actividades incluyen: procesar reclamaciones, efectuar pagos de beneficios, responder a preguntas de los participantes y mantener los expedientes de los planes.

#### Fiduciarios del empleador

Edward T. Hazledine  
Presidente  
1301 Eagle Street  
Terre Haute, IN 47807

Robert W. Hargate  
1 N. Capital, Suite 300  
Indianapolis, IN 46204

Mark J. Stern  
P.O. Box 64616  
Gary, IN 46401

William A. Hasse III  
P.O. Box 300  
Calumet City, IL 60409

Doug Banning

P.O. Box 34141  
Indianapolis, IN 46234

Tom Fleenor  
P.O. Box 6327  
Evansville, IN 47719

Richard Gardner  
P.O. Box 477  
Goshen, IN 46527-0477

Fiduciarios de los empleados

Michael J. Short  
Secretario-Tesorero  
425 South 4th Street  
Terre Haute, IN 47807

Leland Mallory  
1734 Main St.  
Layfayette, IN 47904

Brian Krieg  
2015 W. Western Avenue, Suite 140  
South Bend, IN 46629

David Frye  
1520 N. Riverside Drive East  
Indianapolis, IN 46202

Frank DeGraw  
425 South 4th Street  
Terre Haute, IN 47807

Richard W. Greene  
6415 Kennedy Ave.  
Hammond, IN 46323

Jack Baker  
P.O. Box 38  
Richmond, IN 47374

Gerente administrativo  
Janetta England  
413 Swan Street  
Terre Haute, IN 47807  
1-812-238-2551  
1-800-962-3158

Abogado  
Richard J. Shagley, Esq.  
Wright, Shagley & Lowery  
P. O. Box 8448  
Terre Haute, IN 47808-8448

Asegurador del seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Humana Insurance Company  
Group Life Claims  
P. O. Box 10708  
Green Bay, WI 54307-0708

Asesores de beneficios  
United Actuarial Services, Inc.  
11590 North Meridian Street, Suite 610  
Carmel, IN 46032

El programa de análisis de cuidado de salud  
Individualized Care Management (ICM)  
P. O. Box 6298  
Lafayette, IN 47903  
1-800-726-1886

Proveedor de PPO  
Anthem Blue Cross/Blue Shield  
1-800-810-2583  
www.anthem.com **and** www.bcbs.com

Asegurador del seguro de la visión  
Spectera  
P. O. Box 30978  
Salt Lake City, UT 84130  
1-800-638-3120  
www.spectera.com

### Nombres y números relacionados con el plan

El nombre oficial del plan es: “Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Welfare Fund.” El número del plan es 501. El número de identificación de empleador asignado por el Servicio de Rentas Internas (IRS) es 35--0923209.

El nombre y número del plan, conjuntamente con el número de identificación del empleador identifican al plan ante las agencias federales que regulan el funcionamiento del plan de beneficios para los empleados.

### Año fiscal

Para fines administrativos, el año del plan comienza el 1° de diciembre y termina el 30 de noviembre.

### Agente de recepción de notificaciones legales

Cualquier proceso legal que se relacione con el plan se debe presentar a: Board of Trustees, Indiana State District Council of Laborers and Hod Carriers Welfare Fund,

P.O. Box 1587, Terre Haute, Indiana 47808. Las notificaciones se pueden presentar ante la Junta de Fiduciarios colectivamente o ante cualquier fiduciario individual.

### Convenio colectivo

El plan se administra en base a convenios colectivos firmados entre el Laborers International Union of North America State of Indiana District Council y las asociaciones de contratistas que participan. Usted puede revisar los convenios en la sede local de su gremio o puede solicitar por escrito una copia a la oficina del Fondo de Bienestar.

### Convenios de reciprocidad

El Fondo ha firmado convenios de reciprocidad con otros fondos. Si usted trabaja bajo más de un fondo y no es elegible bajo su fondo principal, comuníquese con la oficina del Fondo de Bienestar para determinar si se puede establecer la elegibilidad bajo el convenio de reciprocidad. Comuníquese con la oficina del Fondo de Bienestar para obtener información adicional.

### Si se termina o modifica el plan

La Junta de Beneficiarios se reserva el derecho de cambiar, suspender o terminar, total o parcialmente, el plan en cualquier momento y por cualquier razón. Además en cualquier momento se podrían discontinuar los beneficios para cualquier grupo de participantes (incluyendo los de participantes inactivos o jubilados). Este documento no constituye una promesa de proveer siempre algún beneficio específico. En general, si se termina un plan usted no mantendrá ningún derecho o interés personal sobre los beneficios del plan. Si el plan es discontinuado o cancelado, total o parcialmente, sólo se pagarán beneficios por los servicios recibidos hasta la fecha de cancelación del plan. Sin embargo, el monto y la forma de cualquier beneficio final que usted reciba dependerá de los activos con que cuenta el plan, cualquier contrato o disposición de seguro que afecte al plan y las decisiones que tome la Junta de Fiduciarios. Se le notificará si se enmienda el plan.

## Reclamaciones y apelaciones

Presentación de una reclamación — Si usted no está de acuerdo con una decisión sobre la cobertura, tiene derecho a presentar una reclamación. La reclamación se debe presentar por escrito a Welfare Fund Office, P. O. Box 1587, Terre Haute, IN 47808-1587 para estudiar las razones para el rechazo.

Si usted presenta una reclamación por Cuidado Urgente o Cuidado Concurrente, consulte la sección que corresponde más adelante.

Si se rechaza una reclamación — Si se rechaza una reclamación, total o parcialmente, usted tiene derecho a una revisión total y justa. Los pasos a seguir para el proceso de revisión son:

Generalmente se recibe una notificación escrita del rechazo en un lapso de 30 días después de presentar la reclamación. La notificación explicará—

- -La razón específica del rechazo;
- -Las disposiciones del plan en las cuales se basa;
- -Cualquier material o información adicional que se requiere para que la reclamación sea aceptable y la razón por la cual se solicita;
- -El procedimiento a seguir para solicitar una revisión en el lapso de 180 días posterior al rechazo;
- -Su oportunidad para revisar y/o recibir copias de los documentos relevantes del plan;
- -Su derecho a presentar comentarios sobre asuntos por escrito;
- -Su derecho a presentar una demanda ante un tribunal federal una vez concluido el proceso interno de reclamaciones y apelaciones; y
- -Si la reclamación se negara por razones médicas, información sobre las razones médicas para el rechazo, incluyendo el nombre de la persona que suministra la decisión médica.

Si debido a circunstancias especiales se requieren más de 90 días para procesar una reclamación, la notificación escrita se presentará a la brevedad posible, pero no más de 45 días después de que la Junta de Fiduciarios haya recibido su reclamación. Si la Junta de Fiduciarios requiere información adicional, se la pedirá por escrito en un lapso de 30 días de la fecha en que reciba su reclamación. La Junta de Fiduciarios tomará una decisión y le notificará dicha decisión en un lapso de 45 días de la fecha en que recibió la reclamación.

En un lapso de 180 días de la notificación del rechazo — Si usted no estuviera de acuerdo con la decisión sobre la reclamación, usted o su representante autorizado podrá:

- -Enviar una solicitud escrita a: Welfare Fund Office, P.O. Box 1587, Terre Haute, Indiana 47808-1587 para que se estudien las razones del rechazo;

- -Revisar documentos relevantes y/o recibir copias sin cargo alguno; y
- -Enviar comentarios a la Junta de Fiduciarios.

Si usted no presenta una apelación por escrito en un lapso de 180 días, la decisión inicial de la Junta de Fiduciarios será la decisión final bajo el plan.

En un lapso de 60 días después de que se recibe la solicitud para una revisión—La Junta de Fiduciarios tomará una decisión sobre el rechazo. Si la reclamación se rechaza, total o parcialmente después de una revisión y apelación, la Junta de Fiduciarios le dará una explicación por escrito. La explicación incluirá las razones específicas para el rechazo y referencias a las disposiciones del plan sobre las cuales se basaron. También incluirá una declaración sobre su derecho a revisar documentos relevantes y/o recibir copias sin cargo alguno. La decisión incluirá una respuesta a los comentarios escritos, si los hubiera, que haya presentado usted o su representante autorizado.

Si usted tiene una reclamación sobre Cuidado Urgente o Cuidado Concurrente — El proceso de reclamación y apelación para Cuidado Urgente y Cuidado Concurrente es diferente al del proceso que se describió anteriormente. Usted puede presentar reclamaciones en forma oral o escrita. Para presentar una reclamación oral, comuníquese con la oficina del Fondo de Bienestar al teléfono 1-800-962-3158. Las reclamaciones escritas se deben enviar a la siguiente dirección: Welfare Fund Office, P. O. Box 1587, Terre Haute, IN 47808-1587.

- -Cuidado Urgente — Significa que usted o su dependiente solicita tratamiento que se le niega y la falta de atención médica inmediata podría hacer peligrar la vida, la salud o la capacidad del individuo cubierto a recuperar sus funciones normales. También podría significar que, en opinión del profesional de cuidado de salud, el individuo cubierto sufrirá dolor intenso que sólo se puede aliviar con el tratamiento solicitado.
- -Cuidado Concurrente— Se refiere a un conjunto de tratamientos (o número predeterminado de tratamientos) que la Junta de Fiduciarios reduce o cancela a pesar de su desacuerdo y el del proveedor de cuidado de salud. También podría significar que usted, o su proveedor de cuidado de salud, solicita la continuación del tratamiento más allá del límite autorizado previamente por el plan.

Si usted presenta una reclamación de Cuidado Urgente — La Junta de Fiduciarios le entregará una notificación oral de aceptación o rechazo tan pronto sea posible, pero no después de 72 horas de recibir su reclamación. La Junta de Fiduciarios también proveerá una confirmación escrita de su decisión en un lapso de 3 días después de la notificación oral. La notificación incluirá la misma información indicada anteriormente en la sección “Si se rechaza una reclamación”.

Si su solicitud para recibir beneficios de Cuidado Urgente no se presenta de acuerdo a los procedimientos razonables que estipula el plan para presentar reclamaciones de Cuidado Urgente, la Junta de Fiduciarios le notificará oralmente del incumplimiento de los procedimientos del plan y le indicará cómo presentar una reclamación correcta, en un lapso de 24 horas después de haber recibido la solicitud de Cuidado Urgente.

Si la Junta de Fiduciarios requiere información adicional, se lo pedirá oralmente en un lapso de 24 horas después de haber recibido su reclamación. Usted debe suministrar dicha información en un plazo de 48 horas para evitar que la Junta de Fiduciarios tome una decisión sin revisar la información solicitada.

Si usted no estuviera de acuerdo con la decisión sobre una reclamación de Cuidado Urgente — En un plazo de 180 días usted o su representante autorizado podrán:

- -Presentar una solicitud escrita u oral a: Welfare Fund Office, P. O. Box 1587, Terre Haute, IN 47808-1587 (teléf.: 1-800-962-3158) para que se estudie el rechazo;
- -Revisar documentos relevantes y/o recibir copias sin cargo alguno; y
- -Enviar comentarios a la Junta de Fiduciarios.

Si usted no presenta una apelación escrita u oral en un lapso de 180 días, la decisión inicial de la Junta de Fiduciarios será la decisión final bajo el plan.

En un lapso de 72 horas después de recibir la solicitud de revisión de Cuidado Urgente — La Junta de Fiduciarios comunicará oralmente su decisión. La Junta de Fiduciarios también entregará una confirmación escrita de su decisión en un lapso de 3 días después de la notificación oral. La explicación incluirá las razones específicas para el rechazo y referencias a la disposición del plan sobre la cual se basó. También incluirá una declaración sobre su derecho a revisar documentos relevantes y/o recibir copias sin cargo alguno. Finalmente, la decisión incluirá una respuesta a los comentarios escritos, si los hubiera, que haya presentado usted o su representante autorizado.

Si se reduce o cancela su Cuidado Concurrente — La Junta de Fiduciarios le notificará acerca de la reducción o cancelación con suficiente antelación como para permitirle que presente una reclamación y reciba una decisión antes de que entre en vigencia la reducción o cancelación.

Si usted requiere tratamiento adicional bajo Cuidado Concurrente — Deberá presentar una reclamación escrita u oral ante el plan por lo menos 24 horas antes de que venza la duración o el número de tratamientos recetados. La Junta de Fiduciarios le notificará oralmente acerca de la aprobación o el rechazo a la brevedad posible, pero no después de 24 horas de recibir la reclamación. La Junta de Fiduciarios también proveerá una confirmación escrita de la decisión en un lapso de 3 días después de la notificación oral. La notificación incluirá la misma información indicada anteriormente en la sección “Si se rechaza una reclamación”.

Si la Junta de Fiduciarios requiere información adicional, se lo pedirá oralmente en un lapso de 24 horas después de haber recibido su reclamación. Usted debe suministrar dicha información en un plazo de 48 horas para evitar que la Junta de Fiduciarios tome una decisión sin revisar la información solicitada.

Si usted no estuviera de acuerdo con la decisión sobre una reclamación de Cuidado Concurrente — En un plazo de 180 días usted o su representante autorizado podrán:

- -Presentar una solicitud escrita u oral a: Welfare Fund Office, P. O. Box 1587, Terre Haute, IN 47808-1587 (teléf.: 1-800-962-3158) para que se estudie el rechazo;

- -Revisar documentos relevantes y/o recibir copias sin cargo alguno; y
- -Enviar comentarios a la Junta de Fiduciarios.

Si usted no presenta una apelación escrita u oral en un lapso de 180 días, la decisión inicial de la Junta de Fiduciarios será la decisión final bajo el plan.

En un lapso de 72 horas después de recibir la solicitud de revisión de Cuidado Concurrente — La Junta de Fiduciarios comunicará oralmente su decisión. La Junta de Fiduciarios también entregará una confirmación escrita de su decisión en un lapso de 3 días después de la notificación oral. La explicación incluirá las razones específicas para el rechazo y referencias a la disposición del plan sobre la cual se basó. También incluirá una declaración sobre su derecho a revisar documentos relevantes y/o recibir copias sin cargo alguno. Finalmente, la decisión incluirá una respuesta a los comentarios escritos, si los hubiera, que haya presentado usted o su representante autorizado.

Comuníquese con la oficina del Fondo de Bienestar si tiene preguntas sobre el proceso de reclamaciones y apelaciones del plan.

## Sus derechos según la ley ERISA

El plan ha sido diseñado para cumplir las exigencias legales estipuladas en la “Ley de seguridad de ingresos de jubilación de empleados de 1974” (Employee Retirement Income Security Act of 1974 - ERISA). Según la ley ERISA, usted tiene ciertos derechos y protecciones relacionados con el plan, los cuales se describen a continuación.

- -Usted puede visitar la oficina local de su gremio o la oficina del Fondo de Bienestar para examinar, sin costo alguno, todos los documentos del plan. Éstos incluyen los contratos del seguro, las descripciones del plan, los convenios colectivos, el informe financiero anual y cualquier otro documento oficial del plan que se haya presentado al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos.
- -Usted puede obtener copias de documentos oficiales del plan y otra información sobre el plan escribiendo a la oficina del Fondo de Bienestar (se le podría pedir que pague un costo de copiado razonable por este material).
- -Usted recibirá automáticamente un resumen escrito del informe financiero anual del plan.
- -Si se rechaza total o parcialmente su reclamación de un beneficio, usted recibirá una explicación escrita del administrador del plan. Usted tiene derecho a solicitar al plan que revise y reconsidere su reclamación.

Además de establecer derechos para los participantes en el plan, ERISA estipula ciertas responsabilidades que tienen las personas que lo administran. Estas personas reciben el nombre de “fiduciarios” Los fiduciarios del plan deben actuar exclusivamente en beneficio de las persona que participan en el plan. Ellos deben ser prudentes y demostrar buen juicio en el cumplimiento de sus deberes bajo el plan.

Usted puede tomar medidas para exigir sus derechos bajo ERISA. Por ejemplo—

- -Si usted solicita materiales al plan y no los recibe en un lapso de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En dicho caso, el tribunal podría exigirle al administrador del plan que suministre los materiales y pague una sanción hasta que usted reciba los materiales, a menos que el administrador no los hubiera enviado debido a razones fuera de su control.
- -Si su reclamación es rechazada total o parcialmente después de una revisión final de acuerdo a los términos de este plan, usted puede presentar una demanda ante un tribunal federal.
- -Si usted considera que los fiduciarios utilizan el dinero del plan en forma indebida, puede presentar una demanda ante un tribunal federal.

Es importante observar que usted no debe ser rechazado ni sufrir ninguna represalia por exigir algún beneficio o ejercer sus derechos bajo ERISA.

Si usted presenta una demanda, el tribunal decidirá quién debe pagar los costos de tribunales y honorarios legales. Si usted gana el juicio, el tribunal podría exigir que

la persona a quien usted ha demandado pague los costos y honorarios. Si usted pierde el juicio o el tribunal decide que su demanda carecía de fundamento, el tribunal podría exigir que usted pague los costos y honorarios.

Si usted tiene preguntas sobre esta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA, comuníquese con la oficina más cercana a usted de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor), que aparece en su directorio telefónico, o con la División de Asistencia Técnica e Indagaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados a la siguiente dirección: Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.