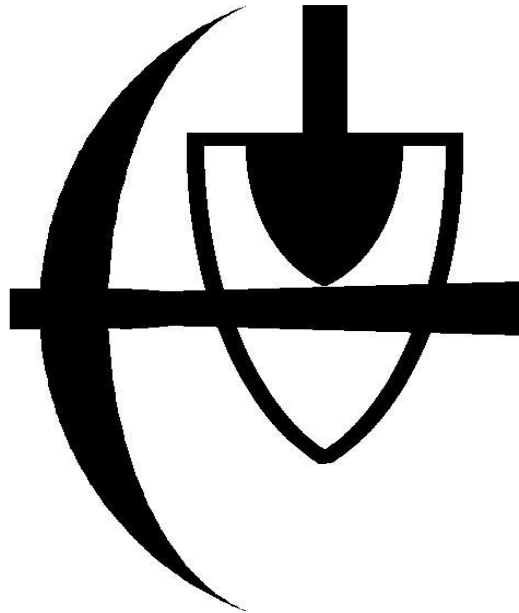


**OBREROS
FONDO FIDEICOMISO DE SALUD Y
BIENESTAR PARA EL NORTE DE
CALIFORNIA**

PLAN ACTIVO



Reglas y Reglamentos

1 de enero de 2016

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

220 Campus Lane | Fairfield, California 94534-1498

TELÉFONO: 707-864-2800 • **NÚMERO GRATUITO:** 800-244-4530

SITIO DE WEB: www.norcalaborers.org

CORREO ELECTRONICO: customerservice@norcalaborers.org

CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS

FIDEICOMISARIOS DE EMPLEADOS

Sr. Oscar De La Torre, Presidente

Sr. Doyle Radford

Sr. David Gorgas

Sr. Fernando Estrada

Sr. Ramon Hernandez

FIDEICOMISARIOS DE EMPLEADORES

Sr. Byron C. Loney, Co-Presidente

Sr. Robert Chrisp

Sr. Bill Koponen

Sr. Manuel De Santiago

Sr. Jerry Overaa

CONSEJEROS LEGALES

Bullivant Houser Bailey, PC

Weinberg, Roger & Rosenfeld

CONSULTOR

The Segal Company

OFICINA ADMINISTRATIVA

Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.

Sr. Edward J. Smith, Secretario

AVISO DE ESTADO DEL PLAN DE DERECHOS ADQUIRIDOS

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

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

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

También puede comunicarse con la Administración de Garantía de Beneficios de Empleados, Departamento del Trabajo de los EE.UU. al 1-866-444-3272 o en www.dol.gov/ebsa/healthreform/. Este sitio Web tiene una tabla que resume cuáles protecciones aplican y cuáles no aplican a los planes de salud de derechos adquiridos.

Tabla de Contenido

1 - 11	Artículo I	Definiciones
12 - 21	Artículo II	Elegibilidad a los Beneficios
22 - 25	Artículo III	Beneficios por Muerte
26 - 35	Artículo IV	Beneficios Amplios Médico-Hospitalarios
36 - 39	Artículo V	Beneficios de Medicamentos de Receta
40 - 44	Artículo VI	Exclusiones, Limitaciones y Reducciones
45 - 48	Artículo VII	Disposiciones Generales
49 - 69	Artículo VIII	Procedimientos de Reclamaciones y Apelaciones
70 – 76	Artículo IX	Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés)
77	Artículo X	Enmienda y Terminación
78	Artículo XI	Descargo de Responsabilidad

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

Reglas y Reglamentos del Plan para Empleados Activos Enmendadas y Reformuladas el 1 de enero de 2016

Artículo I. Definiciones

Las definiciones siguientes gobernarán al Plan:

- Sección 1.00** El término **“Empleado Activo”** o **“Empleado”** significa una persona que está trabajando para un Empleador individual y por el que se hacen contribuciones al Fondo.
- Sección 2.00** EL término **“Participante Activo”** o **“Participante”** significa un Empleado que ha satisfecho los requisitos del Artículo II., Sección 2.
- Sección 3.00** El término **“Cargo Autorizado”, “Cantidad Autorizada”** o **“Cargo Autorizable”** significa la cantidad que el Fondo autoriza, sujeto a todas las disposiciones del Plan, para servicios o suministros elegibles Medicamento Necesarios. La cantidad el Cargo Autorizado está determinada por el Administrador del Plan o la persona por él designada para que sea la menor de:
- a. Para un **Proveedor Participante**, la tarifa de contrato negociada que se muestra en el acuerdo entre el Proveedor Participante y Anthem Blue Cross.
 - b. Para un **Proveedor No-Participante**, la tabla de tarifas que lista las cantidades en dólares que el Fondo ha determinado que va a autorizar para los servicios o suministros Medicamento Necesarios. La lista de la cantidad del Cargo Autorizado del Fondo no está basada ni tiene la intención de reflejar tarifas que están o pueden estar descritas como usuales y acostumbradas (U&C, por sus siglas en inglés), razonables y acostumbradas (R&C, por sus siglas en inglés), cargos usuales, acostumbrados y razonables (UCR, por sus siglas en inglés), prevalecientes o cualquier término similar. El Fondo se reserva el derecho de hacer que la cantidad facturada sea revisada por una organización de revisión médica independiente para proporcionar asistencia al determinar la cantidad que el Fondo va a autorizar por la reclamación presentada; o
 - c. El cargo real del proveedor.

El Plan no siempre pagará beneficios equivalentes al cargo real del proveedor o en base al mismo por servicios o suministros de atención a la salud, incluso si el Individuo Elegible ha pagado el Deducible, el Copago y/o el coseguro aplicable del Año del Plan. Esto se debe a que el Plan sólo cubre el **“Cargo Autorizado”** por servicios o suministros de atención a la salud. Cualquier cantidad en exceso del **“Cargo Autorizado”** no cuenta para el Máximo de Gastos de Bolsillo del Año del Plan. El Individuo Elegible es responsable de las cantidades que excedan del **“Cargo Autorizado”** determinado por el Plan.

- Sección 4.00** El término **“Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés)”** significa una institución quirúrgica independiente que está acreditada conforme a cualquier estatuto estatal o, a falta de cualquier estatuto estatal de acreditación, se ajusta a cualquier otro requisito impuesto a instituciones quirúrgicas independientes dentro de esa jurisdicción.
- Sección 5.00** El término **“Blue Card PPO”** significa un programa nacional que permite a los miembros del plan **Blue Cross** y **Blue Shield** (BCBS) obtener servicios de atención a la salud mientras viajan o viven en otra área de servicio de los planes BCBS. El programa enlaza a los proveedores participantes de atención a la salud con los planes BCBS independientes a través del país mediante una sola red electrónica para el proceso de las reclamaciones.
- Sección 6.00** El término **“Centro Blue Distinction®”** es una designación otorgada por las compañías Blue Cross y Blue Shield a las instalaciones médicas que han demostrado destreza para prestar atención de salud de calidad para servicios específicos.
- Sección 7.00** El término **“Junta de Fideicomisarios”** o **“Junta”** significa la Junta de Fideicomisarios establecida por el Acuerdo de Fideicomiso.
- Sección 8.00** El término **“Acuerdo de Negociación Colectiva”** significa:
- a. el Acuerdo Maestro de los Obreros entre los Empleadores y el Sindicato para los 46 Condados del Norte de California fechado 4 de junio de 1952, incluyendo cualquier enmienda, extensión o renovación de ese Acuerdo y el Acuerdo Maestro del Túnel entre los Empleadores y el Sindicato fechado 18 de junio de 1952, incluyendo cualquier enmienda, extensión o renovación de dicho Acuerdo.
 - b. cualquier otro acuerdo de negociación colectiva entre el Sindicato o cualquiera de sus sindicatos locales afiliados y cualquier organización de empleadores o Empleador Individual que disponga que se hagan las Contribuciones al Fondo de Salud y Bienestar.

- Sección 9.00** El término **“Revisión Concurrente de Utilización”** significa el proceso mediante el cual la Organización Profesional de Revisión (PRO, por sus siglas en inglés) determina el número de días autorizados considerados Médicamente Necesarios. Estos días autorizados son elegibles para beneficios de Hospital de acuerdo a las disposiciones del Plan una vez que el Individuo Elegible ha sido ingresado a un Hospital según la recomendación de la Organización Profesional de Revisión (PRO).
- Sección 10.00** EL término **“Cargos Cubiertos”** según se relaciona con el Artículo IV, Subsecciones 4.b. y 4.d., gasto de hospitalización en un Hospital No-Participante significa: Habitación, comidas y gastos rutinarios de enfermería hasta una cantidad equivalente a la tarifa más baja cargada por el Hospital por el alojamiento en una habitación semiprivada o de cuidados intensivos, o el 80% de la tarifa más baja cargada por alojamiento en habitación semiprivada.
- Sección 11.00** El término **“Gasto Cubierto”** se refiere a las partidas de gastos de hospital y médicos descritas en el Artículo IV., Sección 1 que pueden ser pagaderas conforme a los Beneficios Amplios Hospitalarios-Médicos sujeto a todas las otras disposiciones del Plan.
- Sección 12.00** El término **“Cuidado de Custodia”** significa asistencia general para desempeñar las actividades de la vida cotidiana, las cuales incluyen, pero no están limitadas a, bañarse, vestirse, ayuda para ir al baño, preparación de comidas, comer, cuidado de la casa, comida, alojamiento y otros servicios proporcionados a largo plazo. Esto no incluye atención o tratamiento médico.
- Sección 13.00** El término **“Dentista”** significa:
- a. Un **“Dentista”** legalmente calificado, o
 - b. Un Médico autorizado por su licencia para realizar el procedimiento dental particular realizado por él.
- Sección 14.00** El término **“Dependiente”** significa:
- a. El cónyuge legal del Empleado.
 - b. El Compañero Doméstico del Empleado pero sólo si el Empleador Individual del Empleado certifica por escrito que está realizando negocios con una ciudad, condado o estado que por ley o reglamento requiere que el Empleador Individual proporcione cobertura al compañero doméstico.

c. Los hijos del Empleado o del Compañero Doméstico incluyen (para beneficios médicos, de medicamentos de receta, dentales, de la vista y de muerte de los dependientes):

- (1) Hijos naturales o adoptados o hijos adquiridos mediante tutela legal, (los hijos adoptados o los hijos adquiridos a través de una tutela legal están cubiertos en la fecha en la que el Empleado se obliga legalmente a proporcionar sustento total o parcial), hijastros o hijos de acogida menores de 26 años de edad. Este Plan proporcionará cobertura por todo el mes durante el cual el hijo Dependiente llegue a la edad de 26 años: o
- (2) Mayores de 26 años de edad y que estén impedidos de ganarse la vida debido a una incapacidad mental o física (siempre y cuando el hijo incapacitado estuviese incapacitado y fuera elegible como Dependiente antes de llegar a la edad limitante) y sea dependiente primariamente del Empleado para su sustento. Para que se proporcione la cobertura exenta de impuestos, el Dependiente tiene que ser reclamado en la declaración de impuestos del Empleado para el Año del Plan por el que se proporciona la cobertura.

De acuerdo con el Artículo 609(a)(2)(A) de ERISA, este Plan proporcionará cobertura para un hijo Dependiente de un Empleado si se requiere por una Orden Calificada del Sostén Médico de un Niño (QMCSO, por sus siglas en inglés) o una Notificación Nacional de Sostén Médico.

Sección 15.00 El término **“Compañero Doméstico”** significa un individuo que está registrado con el Empleado como compañero doméstico en cualquier ciudad, condado o agencia estatal siempre y cuando el Empleador Individual del Empleado certifique por escrito que ha celebrado un contrato laboral con la Ciudad o el Condado de San Francisco, la Ciudad de Oakland o la Ciudad de Sacramento; o un individuo que esté registrado con el Empleado como compañero doméstico con el Secretario de Estado de California siempre que el Empleador Individual del Empleado certifique por escrito que ha celebrado un contrato laboral con el Condado de San Mateo o el Estado de California. Tiene que proporcionarse una copia del certificado de compañeros domésticos a la Oficina del Fondo Fideicomiso.

Sección 16.00 El término **“Medicamentos”** significa cualquier artículo que sea suministrado legalmente según la Ley Federal de Alimentos, Medicinas y Cosméticos, incluyendo cualquier enmienda y únicamente con una receta escrita de un Médico o Dentista con licencia legal para recetarlo.

Sección 17.00 El término **“Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés)”** significa equipo médico que puede sostener el uso repetido, que no es desechable, y que está únicamente relacionado con la atención de una condición médica. Los ejemplos de DME incluyen, pero no están limitados, a los monitores de apnea, sillas de ruedas, camas de hospital y oxígeno.

Sección 18.00 El término **“Elegible a Medicare”** significa un Individuo Elegible que es elegible a la Parte A de Medicare sin pagar las primas mensuales a la Administración del Seguro Social y que es elegible a la Parte B de Medicare independientemente de si el Individuo Elegible ha calificado para los beneficios de la Parte B de Medicare mediante la inscripción u otros procedimientos disponibles al Individuo Elegible.

Sección 19.00 El término **“Individuo Elegible”** significa un Participante Activo o un Dependiente Elegible.

Sección 20.00 El término **“Servicios de Emergencia”** significa un examen médico de evaluación dentro del departamento de emergencias de un Hospital, incluyendo los servicios complementarios disponibles de forma rutinaria en el departamento de emergencias para evaluar una Condición Médica de Emergencia, junto con el examen y tratamiento médicos en la medida que se encuentren dentro de las capacidades del personal y de las instalaciones disponibles en el Hospital **“para estabilizar”** al paciente.

EL término **“estabilizar”** significa prestar tratamiento médico de la condición según sea necesario para garantizar, dentro una probabilidad médica razonable, que no es probable que resulte un deterioro material de la condición como resultado de la transferencia del paciente, o durante la misma, de una instalación, o con respecto a una Condición Médica de Emergencia, para dar a luz a un recién nacido (incluyendo la placenta).

El Administrador del Plan o la persona designada por él tiene la discreción y la autoridad de determinar si un servicio o suministro debe ser clasificado como una Condición Médica de Emergencia.

Sección 21.00 El término **“Procedimientos Experimentales o Investigativos”** significa un medicamento, instrumento o procedimiento médico si:

a. El medicamento o instrumento pueden ser comercializados legalmente sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés); y

(1) No se ha dado la aprobación para la comercialización al momento en que el medicamento o instrumento es recetado o proporcionado; o

- (2) La aprobación de la FDA no ha sido dada para el diagnóstico, enfermedad o condición específica para los que el medicamento o instrumento es recetado o proporcionado; o
- b. El medicamento, instrumento, tratamiento médico o procedimiento, o el documento de consentimiento informado del paciente utilizado con el medicamento, instrumento o procedimiento fue revisado y aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la instalación que presta el tratamiento u otro organismo que sirva una función similar, o si la ley federal requiere una revisión o aprobación o
- c. La **“Evidencia Fiable”** muestra que el medicamento, instrumento o tratamiento médico o procedimiento es objeto de pruebas clínicas constantes de fase I o fase II, es el brazo de investigación, experimental, de estudio o investigativo de pruebas clínicas continuas de fase III, o está, por otro lado, bajo estudio para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia cuando se compara con medios estándares de tratamiento o diagnóstico; o
- d. La **“Evidencia Fiable”** muestra que la opinión prevaleciente entre los expertos respecto al medicamento, instrumento, tratamiento o procedimiento médico es que son necesarios los estudios o pruebas clínicas adicionales para determinar su dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia cuando se compara con medios estándares de tratamiento o diagnóstico.

Para los fines de esta Sección, **“Evidencia Fiable”** significa sólo los informes y artículos publicados en literatura médica y científica de autoridad revisada por colegas; el protocolo o protocolos escritos usados por el centro de tratamiento o el(los) protocolo(s) de otro centro que esté estudiando sustancialmente el mismo medicamento, instrumento, tratamiento o procedimiento médico; o el consentimiento informado por escrito usado por el centro de tratamiento o por otro centro que esté estudiando sustancialmente el mismo medicamento, instrumento, tratamiento o procedimiento médico.

- Sección 22.00** El término **“Medicare Federal”** o **“Medicare”** significa los beneficios proporcionados conforme al Título XVIII de las Enmiendas al Seguro Social de 1965.
- Sección 23.00** El término **“Fondo”** significa el Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California.
- Sección 24.00** El término **“Programa de Futuras Mamás”** significa un programa voluntario disponible a una Participante Activa femenina, cónyuge Dependiente o

Compañera Doméstica elegibles durante el embarazo. Esto incluye los servicios de una enfermera entrenadora, evaluaciones para riesgo de depresión o parto prematuro y otras herramientas útiles.

- Sección 25.00** El término **“Plan de Grupo”** significa cualquier plan que proporcione beneficios del tipo proporcionado por este Plan mantenido total o parcialmente por los pagos de los empleadores.
- Sección 26.00** El término **“Atención de Salud en el Hogar”** significa servicios de enfermería especializada proporcionados por una Agencia de Atención a la Salud en el Hogar, la cual es una organización que proporciona un programa para Atención a la Salud en el Hogar, aprobada por Medicare, o que está licenciada como Agencia de Atención a la Salud en el Hogar por la autoridad regulatoria que tiene la responsabilidad de emitir licencias conforme a las leyes de la jurisdicción en la que está ubicada.
- Sección 27.00** El término **“Hospicio”** significa una organización que administra un programa de servicios paliativos y de apoyo para los individuos con enfermedades terminales que han sido evaluados con una expectativa de vida de 6 meses o menos y que está aprobada por Medicare o que está licenciada como Hospicio por una autoridad regulatoria que tiene la responsabilidad de emitir licencias de acuerdo a la jurisdicción en la que está ubicada.
- Sección 28.00** El término **“Hospital”** significa cualquier hospital general de cuidados intensivos licenciado conforme a cualquier estatuto estatal aplicable y tiene que proporcionar: (a) cuidado hospitalario las 24 horas, y (b) los siguientes servicios básicos en las instalaciones: servicios médicos, quirúrgicos, de anestesia, laboratorio, radiología, farmacia y dietéticos. El término **“Hospital”** también incluye instalaciones licenciadas independientes de tratamiento psiquiátrico e instalaciones licenciadas independientes para abuso de sustancias.
- Sección 29.00** El término **“Farmacéutico con Licencia”** significa una persona que está licenciada para ejercer la farmacología por la autoridad gubernamental que tiene jurisdicción sobre las licencias y el ejercicio de la farmacología.
- Sección 30.00** El término **“Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés)”** significa la cantidad máxima que el Fondo autorizará por cargos de hospital en relación con los reemplazos totales de cadera o rodilla, cirugías artroscópicas, cirugías de cataratas y colonoscopias en el estado de California. El Individuo Elegible es responsable de las cantidades que excedan del MPA y dichas cantidades no se acumularán al Máximo de Bolsillo del Año del Plan. La MPA no se aplica a las cirugías ambulatorias realizadas en un centro quirúrgico ambulatorio.

Excepciones:

Los servicios hospitalarios y ambulatorios proporcionados por un proveedor, un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio que no han acordado aceptar la MPA pueden ser considerados como un proveedor MPA, hospital o centro de cirugía ambulatoria si:

- (1) El acceso a un proveedor, hospital o centro de cirugía ambulatoria MPA no está disponible o no se puede obtener el servicio dentro de un tiempo de espera o distancia de viaje razonables; y
- (2) La calidad de los servicios para un Individuo Elegible cubierto pudiera verse comprometida con el proveedor, hospital o centro de cirugía ambulatoria (por ej., si las comorbilidades presentan complicaciones o problemas de seguridad para el paciente).

Sección 31.00 El término **“Médicamente Necesario”** se aplica a los servicios y suministros recibidos para el tratamiento de una enfermedad o lesión y para el fin de determinar la elegibilidad a los beneficios del Plan, y significa esos servicios y suministros que cumplen con los siguientes criterios:

- a. Apropriados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión;
- b. Proporcionados para el diagnóstico o atención directa y tratamiento de la enfermedad o lesión;
- c. Dentro de los estándares de la buena práctica médica dentro de la comunidad médica organizada;
- d. No principalmente para la comodidad o conveniencia personales del paciente, la familia del paciente, cualquier persona que atienda al paciente, cualquier Médico u otro profesional de atención a la salud, o cualquier Hospital o centro de atención especializada de la salud. El hecho que un Médico pueda proporcionar, ordenar, recomendar o aprobar un servicio o suministro no significa que el servicio o suministro van a ser considerados Médicamente Necesarios para la cobertura conforme al Plan.
- e. El suministro, nivel o servicio más apropiados que pueden ser proporcionados con seguridad. Para hospitalizaciones, esto significa que la atención intensiva para un paciente ingresado es necesaria debido al tipo de servicios que el paciente está recibiendo o la seriedad de la condición del paciente, y que no puede recibirse atención segura y adecuada como paciente ambulatorio o en un entorno médico menos intensivo; y

- f. Los servicios o suministros proporcionados no tienen que ser más costosos que un curso de tratamiento, servicio o secuencia de servicios efectivos.

Sección 32.00	El término “Hospital No-Participante” significa un Hospital que no forma parte del Plan de Proveedor Preferido (Plan PPO) o el programa nacional PPO BlueCard.
Sección 33.00	El término “Proveedor No-Participante” significa un centro de laboratorio o radiología, Médico, Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés) o un proveedor licenciado de atención a la salud que no es parte del Plan de Proveedor Preferido del Fondo (Plan PPO) o del programa nacional PPO BlueCard.
Sección 34.00	El término “Edad Normal de Jubilación” significa la edad de 65.
Sección 35.00	El término “Hospital Participante” significa un Hospital que es parte del Plan de Proveedor Preferido (Plan PPO) del Fondo, o del programa nacional PPO BlueCard.
Sección 36.00	El término “Proveedor Participante” significa una instalación de laboratorio o radiología, Médico, Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC), o proveedor de atención a la salud con licencia que es parte del Plan de Proveedor Preferido Fondo (Plan PPO) o del programa nacional PPO BlueCard.
Sección 37.00	El término “Médico” significa (a) un médico o cirujano (MD/DO, por sus siglas en inglés) con licencia para ejercer la medicina en el estado en el que ejerce; o (b) cualquier otro profesional de las artes curativas que proporciona atención o tratamiento dentro de los límites establecidos en la licencia que le fue emitida por parte de la agencia pertinente del estado en el que proporciona la atención o tratamiento.
Sección 38.00	El término “Año del Plan” significa del 1 de marzo de cualquier año hasta el 28 de febrero del año siguiente.
Sección 39.00	El término “Revisión de Utilización Previa a la Admisión” significa el proceso mediante el cual la Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés) determina la necesidad médica de la hospitalización electiva de un Individuo Elegible, como paciente hospitalizado, en un Hospital previo a que ocurra la hospitalización electiva y, si es Médicamente Necesario, el número de días previamente autorizados elegibles para beneficios no reducidos de acuerdo a las disposiciones del Plan.
Sección 40.00	El término “Organización de Proveedor Preferido (PPO, por sus siglas en inglés), significa una organización que ha contratado con proveedores médicos, incluyendo Hospitales, Médicos, Centros Quirúrgicos Ambulatorios (ASC) y

otros profesionales médicos con licencia, que proporcionan servicios médicos a los Individuos Elegibles en base a tarifas negociadas del contrato.

- Sección 41.00** El término **“Plan de Proveedor Preferido (Plan PPO)”** significa un programa o plan de beneficios que utiliza los servicios de un PPO para las provisiones de servicios médicos a los Individuos Elegibles a una tarifa negociada del contrato.
- Sección 42.00** El término **“Área de Servicio del Plan de Proveedor Preferido”** significa la lista agregada de códigos postales para todos los Condados de California en donde residen los Individuos Elegibles y están sujetos a las disposiciones de reembolso del Plan de Proveedor Preferido. El Área de Servicio del Plan de Proveedor Preferido también incluye al programa nacional PPO BlueCard.
- Sección 43.00** El término **“Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés),** significa una organización bajo contrato con el Fondo que es responsable de determinar si la hospitalización de un Individuo Elegible en un Hospital es Médicamente Necesaria. Si es Médicamente Necesaria, la PRO también determina el número de días Médicamente Necesarios para la hospitalización. Para servicios ambulatorios que no son de emergencia, la PRO determina si los servicios propuestos de un Individuo Elegible son Médicamente Necesarios.
- Sección 44.00** El término **“Terapia de Rehabilitación”** significa terapia física, ocupacional o del habla que es recetada por un Médico para mejorar o restablecer la función corporal que ha estado restringida o disminuida como resultado de una enfermedad, lesión o cirugía y que es realizada por un terapeuta con licencia que actúa dentro del ámbito de su licencia.
- Sección 45.00** El término **“Revisión de Utilización Retrospectiva”** significa el proceso mediante el cual la Organización de Revisión Profesional (PRO) determina el número de días autorizados considerados Médicamente Necesarios y elegibles para beneficios de hospitalización. Esta revisión ocurre después de que el Individuo Elegible ha sido dado de alta del Hospital.
- Sección 46.00** El término **“Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)”** significa una institución que está primordialmente dedicada a proporcionar atención de enfermería especializada y servicios relativos a pacientes hospitalizados que requieren servicios de rehabilitación para recuperarse de una enfermedad, lesión o discapacidad y que cumple con los siguientes requisitos:
- Está dedicada regularmente a proporcionar atención de enfermería especializada para personas enfermas y lesionadas bajo la supervisión 24 horas al día de un Médico o de un Enfermero Titulado (RN, por sus siglas en inglés);

- Tiene disponible en todo momento los servicios de un Médico que es miembro de un Hospital general;
- Tiene de turno 24 horas al día, a un Enfermero Titulado graduado (RN), un Enfermero Vocacional Titulado (LVN), o un enfermero práctico especializado y tiene a un Enfermero Titulado (RN) de turno 8 horas al día por lo menos;
- Mantiene el historial clínico para cada paciente;
- No es, excepto incidentalmente, un lugar de reposo, un lugar de atención de custodia, un lugar para envejecientes, un lugar para drogadictos, un lugar para alcohólicos, un hotel o una institución similar; y
- Cumple con todos los requisitos de licencias y otros requisitos legales y es reconocido como un “Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)” por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) conforme al Título XVIII de las Enmiendas al Seguro Social de 1965.

Sección 47.00 El término **“Convenio de Fideicomiso”** significa el Convenio de Fideicomiso que establece el Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para El Norte de California, incluyendo cualquier enmienda, extensión o renovación.

Sección 48.00 El término **“Programa de Revisión de Utilización (UR)”**, significa un programa que requiere que cuando un Individuo Elegible sea admitido o esté programado a ser admitido a un Hospital su Médico obtenga la opinión de la Organización de Revisión Profesional (PRO) en cuanto a la necesidad médica de la hospitalización para recibir los máximos beneficios para un ingreso a un Hospital.

Sección 49.00 El término **“Sitio en Base al Valor”** significa un Hospital Participante designado o Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC) que sea Proveedor Participante en el estado de California cuyos costos acordados por los servicios no excederán de la Asignación Máxima del Plan (MPA) descrita en el Artículo IV., Subsecciones 4.c.(1) y 4.f.(4)(e).

Artículo II. Elegibilidad a Beneficios

Sección 1. Definiciones. Las definiciones siguientes se aplicarán a las disposiciones en este Artículo:

- a. El término **“Banco de Horas”** significa la cuenta establecida para un Empleado de un Empleador Individual o Empleadores Individuales y a los que se le acreditan todas las horas por las contribuciones hechas al Fondo por el(los) Empleador(es) Individual(es) con respecto al trabajo de ese Empleado.
- b. El término **“Empleador Individual”** significa cualquier empleador al que se le requiere mediante un convenio colectivo de negociación con el Sindicato que haga contribuciones al Fondo.
- c. El término **“Sindicato”** significa el Consejo de Distrito de los Obreros del Sindicato Internacional de Obreros de Norte América (LIUNA), AFL-CIO y sus sindicatos locales afiliados.

Sección 2. Reglas de Elegibilidad

a. Establecimiento y Mantenimiento de la Elegibilidad

- (1) Una persona que es un Empleado de un Empleador Individual a cuyo nombre se hacen contribuciones al Fondo será elegible para los beneficios del Fondo el primer día del segundo mes calendario después de que el Empleado trabaje 440 horas para uno o más Empleadores Individuales. El Empleado continuará siendo elegible durante cualquier mes subsiguiente para el cual se haya hecho la deducción apropiada de su Banco de Horas según se describe en la Subsección 2.a.(2). El número máximo de horas en el Banco de Horas de un Empleado no puede exceder de 990 horas después de deducir la 110 horas para la elegibilidad del mes en curso especificado en la Subsección 2.a.(2).

Excepción: En los casos en los que un Empleador Individual nuevo había estado proporcionando cobertura de salud a sus empleados inmediatamente previo a la firma de un convenio de negociación colectiva, cada empleado que tuvo cobertura bajo el plan anterior del nuevo Empleador Individual, en el mes inmediatamente anterior a la transición a este Plan, tendrá cobertura en este Plan a partir del primer día del mes inmediatamente posterior a la transición del nuevo Empleador Individual a este Plan. La intención de esta excepción es proporcionar cobertura ininterrumpida para los empleados que estén haciendo la transición a este Plan como resultado de que su empleador actual firme un convenio de negociación colectiva que requiera que se paguen las contribuciones a este Fondo. La transición ininterrumpida se aplicará solamente en los casos en los que: (1) el nuevo Empleador Individual había proporcionado cobertura inmediatamente antes de unirse a este Plan, y (2) el Empleado tenía cobertura bajo ese plan durante el mes inmediatamente anterior al

primer mes de cobertura bajo este Plan. Con posterioridad a este mes de transición, la cobertura continuará por cada mes en el que trabaje un mínimo de 160 horas para el nuevo Empleador Individual y por el que se hicieron contribuciones a su nombre. Se deducirán 110 horas para la elegibilidad del mes actual y el resto de las horas se pondrá en el Banco de Horas del Empleado. Una vez que el Empleado acumule 440 horas en su Banco de Horas, se hará la deducción apropiada de su Banco de Horas según se describe en la Subsección 2.a.(2).

- (2) **Deducciones del Banco de Horas.** Se deducirán 110 horas del Banco de Horas del Empleado por cada mes de elegibilidad.
- (3) **Crédito de Horas de Incapacidad.** Si un Empleado ha cumplido con los requisitos de las Subsecciones 2.a.(1) y (2) y se incapacita y no puede desempeñar todas y cada una de las obligaciones de su ocupación, el Empleado recibirá un Crédito de Hora de Incapacidad a la siguiente tasa máxima:
 - a. 8 horas por cada día (el Crédito de Hora de Incapacidad no se concede por sábados y domingos)
 - b. 40 horas por cada semana
 - c. 110 horas por cada mes
 - d. 660 horas en cualquier periodo de 12 meses consecutivos

Para poder obtener el Crédito de Hora de Incapacidad, un Médico tiene que certificar la incapacidad del Empleado en un formulario aprobado por la Junta y ser presentado al Empleador dentro de un año del inicio de la incapacidad.

No se concederá el Crédito por Hora de Incapacidad si el requisito de hora de trabajo de las Subsecciones 2.a.(1) y (2) fue satisfecho por las horas acreditadas de acuerdo a la Subsección 2.a.(4) o el Empleado se encuentra en un permiso para ausentarse cubierto por los términos de la Ley de Permiso Médico Familiar (FMLA, por sus siglas en inglés) de 1993.

- (4) **Crédito de Reciprocidad.** Las horas acreditadas por otro fondo fideicomiso con el que la Junta ha celebrado un convenio de reciprocidad pueden ser usadas para satisfacer los requisitos de las Subsecciones 2.a.(1) y (2) si el Empleado fuera de otro modo elegible a beneficios. No obstante, un Empleado puede calificar para la elegibilidad conforme a esta Subsección 2.a.(4) sólo por el mes por el que presenta oportunamente una solicitud de crédito a la Junta.

En ningún caso, conforme a esta Subsección 2.a.(4) se acreditará el Banco de Horas del Empleado por las mismas horas acreditadas por el otro fondo fideicomiso.

- (5) **Transferencia de Contribuciones.** Si un Empleado trabaja fuera de la jurisdicción del Fondo por el que se hicieron contribuciones a otro fondo fideicomiso con el que la Junta ha celebrado un acuerdo de reciprocidad del dinero sigue al hombre, el Empleado puede presentar un formulario, aprobado por la Junta, autorizando al

Fondo a solicitar que las contribuciones hechas al otro fondo sean transferidas al Fondo. No obstante, las contribuciones transferidas al Fondo serán convertidas en horas y acreditadas al Banco de Horas del Empleado en base a la tasa de contribución en vigor al momento del trabajo desempeñado fuera de la jurisdicción del Fondo.

- (6) **Servicio Militar.** La cobertura de un Participante Activo conforme al Plan terminará cuando ingrese a **servicio activo** en los servicios uniformados por 31 días o más. A un Participante Activo que ingresa al servicio militar por 31 días o más se le proporcionará una continuación del plan de salud y derechos de reemplazo de acuerdo con la Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA, por sus siglas en inglés).

Cobertura Temporal de Continuación USERRA

Periodo de Servicio de Menos de 31 días: Si el Participante Activo ingresa a un periodo de servicio militar activo por menos de 31 días, su cobertura continuará como si hubiera permanecido empleado.

Periodos de Servicio de 31 días o más: Si el Participante Activo ingresa a un periodo de servicio militar activo por 31 días o más, el Participante Activo y cualquier Dependiente elegible cubierto conforme al Plan el día en que comenzó el permiso pueda continuar la cobertura de atención a la salud conforme a este Plan **por un máximo de 24 meses conforme a la Cobertura de Continuación USERRA o puede elegir la Cobertura de Continuación COBRA por un máximo de 18 meses como está descrito en la Sección 3 pero no puede elegir ambas. Al Participante Activo se le requerirá pagar la prima mensual apropiada.**

Obligación de Notificar al Fondo: El Fondo ofrecerá al Participante Activo Cobertura de Continuación de USERRA temporal sólo después de que la Junta haya sido notificada por el Participante Activo **por escrito** de que ha sido llamado al servicio activo en los servicios uniformados. El Participante Activo tiene que notificar a la Junta lo antes posible **pero no pasados los 60 días después de la fecha en la que el Participante Activo perderá cobertura debido a una llamada a servicio activo de 31 días o más a menos que sea imposible o irrazonable dar dicho aviso.**

Una vez que la Junta reciba aviso de que el Participante Activo ha sido llamado al servicio activo, el Fondo ofrecerá el derecho de elegir la Cobertura de Continuación USERRA temporal para el Participante Activo y cualquier Dependiente elegible cubierto bajo el Plan el día en que se inició el permiso. El Participante Activo y cualquier Dependiente elegible cubierto bajo el Plan el día en que se inició el permiso también pueden ser elegibles a elegir la Cobertura de Continuación COBRA según descrito en la Sección 3. La cobertura electa bajo la Continuación COBRA correrá simultáneamente con la Cobertura de Continuación USERRA temporal.

Pago de la Cobertura de Continuación USERRA. El pago de la Cobertura de Continuación USERRA funciona de la misma manera que la Cobertura de

Continuación COBRA descrita en la Subsección 3.i. Las primas de la Cobertura de Continuación USERRA están determinadas por la Junta de la misma manera que están determinadas para la Cobertura de Continuación COBRA.

Después de la Baja de las Fuerzas Armadas. Cuando el Participante Activo es dado de baja del servicio militar (no menos de honorablemente), en la fecha en la que regresa a trabajar o está disponible para trabajar como Obrero dentro de la jurisdicción del Fondo para un Empleador Individual y dentro del periodo durante el cual tiene los derechos de reemplazo conforme a USERRA, su Banco de Horas y elegibilidad serán restablecidos al mismo nivel de la fecha en la que ingresó al servicio militar si el aviso se presenta en un formulario que ha sido aprobado por la Junta y recibido dentro de los siguientes plazos de tiempo:

Para servicio militar de menos de 31 días: El Participante Activo tiene que presentar notificación a la Junta al principio del próximo periodo de trabajo programado regularmente en el día siguiente a ser dado de alta (más el tiempo de viaje y 8 horas adicionales).

Para servicio militar de 31 días pero de menos de 181 días: El Participante Activo tiene que presentar notificación a la Junta dentro de los 14 días de la fecha del alta; **o**

- 4 Para servicio militar de 181 días o más:** El Participante Activo tiene que presentar la notificación a la Junta dentro de los 90 días de la fecha del alta.

Si un Participante Activo es hospitalizado o está convaleciendo de una lesión ocasionada por su servicio activo, estos plazos de tiempo se extenderán por dos años.

- (7) Una persona que es Dependiente de un Empleado será elegible a los beneficios en la fecha en la que el Empleado sea elegible o en la fecha en que la persona se hace Dependiente, lo que ocurra más tarde, sujeto al recibo por parte del Fondo de un formulario de inscripción y los documentos requeridos para validar la relación de la persona con el Empleado.

b. Terminación de la Elegibilidad

- (1) La elegibilidad del Participante Activo se terminará en la primera fecha de las siguientes:
- (a) El último día del mes siguiente al mes en el que el balance de su Banco de Horas cae por debajo de 440 horas antes de que se haga la deducción para la elegibilidad del mes en curso.

Excepción: Un Participante Activo que se jubila y que tiene por lo menos 440 horas en su Banco de Horas a la fecha de su jubilación continuará su elegibilidad

conforme al Plan como Participante Activo por tres meses adicionales usando las horas restantes en su Banco de Horas.

- (b) El último día del mes siguiente al ingreso al servicio militar (que no sea para un turno de servicio temporero que no exceda de 30 días).
 - (c) Al final del mes calendario en el que desempeña trabajo del tipo cubierto por un convenio de negociación colectiva, para un empleador que no es Empleador Individual según definido en la Subsección 1.b.
- (2) Si un Participante Activo muere, su elegibilidad terminará el último día del mes para el que calificó para cobertura conforme a las Subsecciones 2.a.(1), (2) y (3). No obstante, mientras sea elegible, sus Dependientes tendrán cobertura, siempre y cuando él haya tenido por lo menos 440 horas en su Banco de Horas a la fecha de su muerte. Esto continuará para mantener la elegibilidad por tres meses adicionales usando las horas restantes en su Banco de Horas.
- (3) La elegibilidad de un Dependiente de un Participante Activo terminará en la primera de las fechas siguientes:
- (a) En la fecha en la que termine la elegibilidad del Participante Activo. (La excepción de acuerdo a las Subsecciones b.(1)(a) y b.(2) anteriores se aplica en esta Subsección b.(3)(a)).
 - (b) En la fecha en la que el Dependiente ya no califique como Dependiente, tal y como se define en el Artículo I., Sección 14.00.

c. **Restablecimiento de la Elegibilidad**

- (1) Un Participante Activo cuya elegibilidad ha terminado será restablecido en el primer día del segundo mes siguiente al mes en el que las horas de su Banco de Horas totalicen un máximo de 440, siempre y cuando la elegibilidad se recupere dentro de los 13 meses de la pérdida de la elegibilidad.
- (2) Si un ex Participante Activo no recupera su elegibilidad en 13 meses, perderá todas las horas en su Banco de Horas y sólo será elegible al cumplir con los requisitos de la Subsección 2.a.(1).

Excepción: Si un ex Participante Activo no recupera su elegibilidad en 13 meses porque estaba incapacitado y no podía desempeñar todas y cada una de las obligaciones de su ocupación, puede solicitar a la Junta que restablezca cualquiera de las horas que haya perdido. Esta petición tiene que incluir evidencia médica competente de que el ex Participante Activo no podía realizar o desempeñar trabajo en la Industria de Edificios y Construcción. La evidencia puede incluir prueba de cobertura continua conforme al Seguro de Incapacidad del Estado (SDI, por sus siglas

en inglés) o Compensación Laboral. La Junta no restablecerá el Banco de Horas de un ex Participante Activo cuya incapacidad se debía a una enfermedad o lesión no cubierta por el Plan, o cuya incapacidad se debe a causas no-físicas. La Junta puede requerir que el ex Participante Activo firme una autorización que cumpla con la ley HIPAA para la divulgación de los expedientes médicos relativos a la incapacidad.

Sección 3. Cobertura de Continuación bajo COBRA

Las disposiciones de cobertura de continuación de atención a la salud de la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado (ERISA) §601 y siguientes, según fue enmendada, requiere que cuando termina la cobertura bajo ciertas circunstancias, los beneficios del plan de salud tienen que ponerse a disposición de los Individuos Elegibles mediante auto pago. En la medida que COBRA aplica a cualquier Individuo Elegible conforme a este Plan, estos beneficios serán ofrecidos de acuerdo con esta Sección.

- a. **General.** Los Individuos Elegibles que subsiguientemente pierden elegibilidad conforme al Plan pueden continuar la cobertura del Plan sujeto a los términos de esta Sección. Para fines de la Cobertura de Continuación COBRA, los Individuos Elegibles no incluyen al Compañero Doméstico de un Empleado Activo y a los hijos Dependientes del Compañero Doméstico. Esta sección tiene la intención de cumplir con las disposiciones de continuación de salud de COBRA, incluyendo cualquier regulación que esté incorporada por referencia y que prevalecerá en caso de cualquier conflicto entre esas disposiciones y los términos de esta Sección.

Otras Alternativas de Cobertura de Salud a COBRA. Usted puede tener a su disposición otras alternativas de cobertura de salud a COBRA que puede adquirir a través del Mercado de Seguros de Salud. El propósito del Mercado es ayudar a las personas sin cobertura de salud para que encuentren y se inscriban en un plan de salud. (Para los residentes de California, vea www.coveredca.com. Para los no residentes en California, vea el Mercado de Seguros de su estado o www.healthcare.gov). También puede calificar para una oportunidad especial de inscripción para otro plan de salud de grupo para el cual sea elegible (como el plan del cónyuge).

- b. **Cobertura de Continuación.** Los Individuos elegibles cuya elegibilidad se termina pueden continuar la cobertura (excepto los Beneficios de Muerte y Muerte Accidental y de Desmembramiento), conforme a COBRA si ocurre un “**Evento Calificador**”.

Un “Evento Calificador” se define como cualquiera de los siguientes:

- (1) El(los) Empleador(es) del Participante Activo reporta menos del mínimo de horas requeridas según se muestra en la Subsección 2.a.(1);
 - (2) La muerte del Participante activo;
 - (3) El divorcio o la separación legal del Participante Activo de su cónyuge Dependiente;
- o

- (4) El cese de la condición de Dependiente del hijo.
- c. **Beneficiario Calificado.** Un Beneficiario Calificado se define conforme a COBRA como un individuo que el día antes de un Evento Calificadorio estaba cubierto bajo este Plan como Individuo Elegible.
- d. **Requisitos de Notificación para Beneficiarios Calificados**
- (1) El Beneficiario Calificado es responsable de proporcionar a la Oficina del Fondo Fideicomiso una notificación escrita oportuna de cualquiera de los eventos siguientes:
- (a) El divorcio o la separación legal de un Participante Activo de su cónyuge Dependiente.
 - (b) La muerte del Participante Activo.
 - (c) Un hijo que pierde la condición de Dependiente conforme al Plan.
 - (d) Si ocurre un segundo Evento Calificadorio después de que el Beneficiario Calificado tiene los derechos a COBRA con un máximo de 18 (o 29) meses.

En el caso de los eventos descritos en las Subsecciones (a), (b), (c) y (d) anteriores, el Beneficiario Calificado tiene que notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso por escrito a más tardar 60 días después de la fecha del Evento Calificadorio.

- (e) Cuando un Beneficiario Calificado con derecho a recibir Cobertura de Continuación de COBRA con un máximo de 18 meses se ha determinado que está incapacitado por la Administración del Seguro Social, el Beneficiario Calificado tiene que proporcionar notificación escrita a la Oficina del Fondo Fideicomiso en cuanto a la determinación de incapacidad antes del final del periodo de cobertura de continuación de 18 meses y dentro de los 60 días después de la fecha de la determinación.
 - (f) Cuando la Administración del Seguro Social determine que el Beneficiario Calificado ya no está incapacitado, tiene que proporcionarse notificación por escrito a la Oficina del Fondo Fideicomiso 30 días a más tardar después de la fecha de la determinación de la Administración del Seguro Social de que la persona ya no está incapacitada.
- (2) La notificación escrita tiene que contener la siguiente información: nombre del Beneficiario Calificado, el nombre del Participante Activo y el número de Identificación del Plan de Salud o del seguro social, el Evento Calificadorio por el que se está dando la notificación, la fecha del Evento Calificadorio, copia de la disolución matrimonial final si el evento es un divorcio o si el evento es una separación legal, una copia de la orden judicial de la separación legal.

- (3) El Aviso puede ser proporcionado por el Participante Activo, el Beneficiario Calificado con respecto al Evento Calificatorio o cualquier representante que actúe a nombre del Participante Activo o del Beneficiario Calificado. La notificación de un individuo va a satisfacer el requisito de notificación para todos los Beneficiarios Calificados afectados por el mismo Evento Calificatorio.
- (4) No proporcionar a la Oficina del Fondo Fideicomiso la notificación escrita de los eventos descritos en la Subsección 3.d.(1) y dentro de los plazos de tiempo requeridos impedirá que el individuo obtenga o extienda la Cobertura de Continuación COBRA.

e. **Requisitos de Notificación para Empleadores y el Plan.**

- (1) Si el Evento Calificatorio es la muerte del Participante Activo, el Empleador tiene que notificar a la Oficina del Fondo Fideicomiso por escrito sobre el Evento Calificatorio dentro de los 30 días después del Evento Calificatorio.
- (2) Si el Evento Calificatorio es una reducción en horas, la determinación de que el(los) Empleador(es) del Participante Activo ha(n) reportado menos del mínimo requerido de horas mencionado en la Subsección 2.a.(1) a nombre del Participante Activo será hecha por la Oficina del Fondo Fideicomiso.
- (3) A más tardar 14 días después de la fecha en la que la Oficina del Fondo Fideicomiso reciba la notificación por escrito del Beneficiario Calificado o del Empleador, o después de que la Oficina del Fondo Fideicomiso ha determinado que han sido reportadas por el Empleador menos del mínimo requerido de horas, la Oficina del Fondo Fideicomiso enviará una notificación por escrito al Beneficiario Calificado afectado por el Evento Calificatorio de sus derechos a cobertura de continuación.

A pesar del párrafo inmediatamente anterior, la notificación por escrito de la Oficina del Fondo Fideicomiso a un Beneficiario Calificado que es cónyuge Dependiente será considerada como una notificación a todos los demás Beneficiarios Calificados que residen con esa persona al momento en que se hace la notificación.

- f. **Tipos de Beneficios Proporcionados.** A un Beneficiario Calificado se le proporcionará cobertura de salud bajo el Plan que sea idéntica a la cobertura de salud que tenía conforme al Plan el día antes del Evento Calificatorio y que sea idéntica a aquella que está siendo ofrecida a otros Participantes Activos o Individuos Elegibles que no han experimentado un Evento Calificatorio. Un Beneficiario Calificado tendrá la opción de tomar **“Cobertura Core”** o **“Cobertura Core Plus”**:

“Cobertura Core” se refiere a los beneficios de salud que el Beneficiario Calificado estaba recibiendo inmediatamente antes del Evento Calificatorio y **no** incluye dental y vista.

“La Cobertura Core Plus” se refiere a los beneficios de salud que el Beneficiario Calificado estaba recibiendo inmediatamente antes del Evento Calificatorio y **sí** incluye dental y vista.

Los Beneficios de Muerte descritos en el Artículo III no están considerados como cobertura de salud. Ni la **Cobertura Core** ni la **Cobertura Core Plus** proporcionan beneficios de muerte.

g. **Procedimiento de Elección.**

- (1) Un Beneficiario Calificado tiene que elegir cobertura de continuación dentro de los 60 días después de lo último que ocurra:
 - (a) La fecha en la que el Beneficiario Calificado pierde la cobertura bajo el Plan como resultado de un Evento Calificadorio; o
 - (b) La fecha en la que el Beneficiario Calificado recibe notificación de la Cobertura de Continuación COBRA de la Oficina del Fondo Fideicomiso.
- (2) Cualquier elección hecha por un Beneficiario Calificado que es Participante Activo o cónyuge Dependiente a nombre de cualquier otro Beneficiario Calificado se aplicará a todos los Beneficiarios Calificados. No obstante, cada individuo que sea un Beneficiario Calificado con respecto a Evento Calificadorio tiene el derecho independiente de elegir la cobertura de COBRA. El hecho de que un Participante Activo o cónyuge Dependiente no elija COBRA no impedirá que a cualquier otro Beneficiario Calificado se le otorgue el mismo periodo de 60 días para elegir o rechazar la cobertura.

h. **Adición de Nuevos Dependientes.**

- (1) Si, mientras está inscrito para la Cobertura de Continuación de COBRA, un Beneficiario Calificado adquiere un nuevo Dependiente, él puede inscribir al nuevo Dependiente por el balance del periodo de Cobertura de Continuación de COBRA si la inscripción ocurre dentro de los 30 días después de adquirir a ese nuevo Dependiente. Añadir a un nuevo Dependiente puede ocasionar un incremento en la cantidad que tiene ser pagada por la Cobertura de Continuación de COBRA.
- (2) Cualquier Beneficiario Calificado puede añadir a un nuevo Dependiente a su Cobertura de Continuación de COBRA. No obstante, sólo los Dependientes recién añadidos del **ex Participante Activo** tendrán los derechos de un Beneficiario Calificado, incluyendo la oportunidad de permanecer más tiempo en la Cobertura de Continuación COBRA en caso de un segundo Evento Calificadorio.

- i. **Primas.** La prima por la Cobertura de Continuación de COBRA puede ser cargada a los Beneficiarios Calificados en las cantidades establecidas por la Junta. La prima será pagadera en plazos mensuales. El primer pago de la prima se vence a los 45 días de la fecha en la que el Beneficiario Calificado elija la cobertura de continuación y tiene que incluir el pago por todos los meses de cobertura COBRA a la fecha. De ahí en adelante, los pagos mensuales de la prima se vencen el primer día del mes para el cual se elige la cobertura de continuación.

Habrá un periodo de gracia de 30 días para pagar la prima mensual. Si el pago de la cantidad adeudada no se realiza para fines del periodo de gracia aplicable, se terminará la Cobertura de Continuación de COBRA. La Junta puede, al comprobarse que hay causa justificada, extender la fecha de vencimiento del pago de la prima.

j. **Duración de la Cobertura.**

- (1) Un Beneficiario Calificado cuya cobertura se terminó debido a un Evento Calificadorio según se describe en la Subsección 3.b.(1) puede elegir la cobertura de continuación por hasta 18 meses desde la fecha de terminación de la elegibilidad. Este periodo de 18 meses se ampliar  un máximo de 36 meses de la fecha del Evento Calificadorio si ocurre un segundo Evento Calificadorio (que no sea el Evento Calificadorio descrito en la Subsección 3.b.(1)) con respecto a ese Beneficiario Calificado durante el periodo original de 18 meses y mientras el Beneficiario Calificado est  cubierto conforme al Plan.
- (2) Si la cobertura se termina debido a un Evento Calificadorio descrito en la Subsección 3. b.(1), el periodo de 18 meses puede extenderse hasta un total de 29 meses para cualquier Beneficiario Calificado que haya sido determinado por el Seguro Social como que est  totalmente incapacitado en cualquier momento antes o durante los primeros 60 días de la Cobertura de Continuación COBRA. La persona incapacitada y la familia pueden extender la Cobertura de Continuación COBRA más allá de los 18 meses originales hasta 29 meses. Para calificar para los 11 meses adicionales, el Beneficiario Calificado tiene que reportar la determinación de incapacidad del Seguro Social a la Oficina del Fondo Fideicomiso por escrito antes de que caduque el periodo original de 18 meses y dentro de los 60 días después de la fecha de la determinación. Las primas cargadas por el periodo adicional de 11 meses serán 50% más altas aproximadamente que las primas por el periodo inicial de 18 meses.
- (3) Si el Evento Calificadorio descrito en la Subsección 3.b.(1) ocurre menos de 18 meses después de la fecha en que el Individuo Elegible es Elegible para Medicare (Parte A, Parte B o ambas), el periodo máximo de cobertura de continuación para los Dependientes de un Participante Activo será 36 meses desde la fecha del derecho a Medicare.
- (4) El derecho a Medicare no es un Evento Calificador conforme al Plan. El derecho a Medicare con posterioridad a la terminación del empleo o reducción en horas de un Participante Activo no extenderá la cobertura COBRA del Beneficiario de un Dependiente Calificado más allá del periodo de 18 meses autorizado para el Evento Calificadorio descrito en la Subsección 3.b.(1).
- (5) Un Beneficiario Calificado cuya cobertura se hubiera terminado de otro modo debido a un Evento Calificadorio que no sea el descrito en la Subsección 3.b.(1), puede elegir cobertura de continuación por hasta 36 meses desde la fecha del Evento Calificadorio.

- k. **Terminación de Cobertura de Continuación.** No obstante la duración máxima de cobertura descrita en los párrafos anteriores, la cobertura de continuación de un Beneficiario Calificado se terminará en la **primera** fecha en la que:
- (1) El empleador del Beneficiario Calificado deje de proporcionar cobertura de grupo de salud a cualquier empleado;
 - (2) No se pague a tiempo la prima descrita en la Subsección 3.1.;
 - (3) El Beneficiario Calificado esté cubierto bajo otro Plan de Grupo después de elegir la Cobertura de Continuación COBRA (como Participante Activo o de otro modo);
 - (4) EL Beneficiario Calificado (después de un Evento Calificadorio) se inscriba en la Parte A o la Parte B de Medicare; o
 - (5) El Beneficiario Calificado tiene cobertura de continuación por meses adicionales debido a una incapacidad y ha habido una determinación final del Seguro Social de que el individuo ya no está incapacitado.

Artículo III. Beneficios por Muerte

Sección 1. Beneficio Regular por Muerte para Participantes Activos

Si un Participante Activo muere mientras es elegible o dentro de los 31 días siguientes a la terminación de su elegibilidad, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará un Beneficio Regular por Muerte de \$15,000.

Sección 2. Beneficio por Muerte Accidental para Participantes Activos

Si un Participante Activo sufre lesiones corporales únicamente por medios externos, violentos y accidentales, y muere como resultado de dichas lesiones dentro del año posterior al accidente en el que sufrió las lesiones, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará un Beneficio por Muerte Accidental de \$15,000 además del Beneficio Regular por Muerte de \$15,000 descrito en la Sección 1.

Sección 3. Beneficio por Desmembramiento para Participantes Activos

Si un Participante Activo sufre lesiones corporales únicamente por medios externos, violentos y accidentales, y sufre una de las pérdidas listadas más adelante, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará al Participante Activo un Beneficio por Desmembramiento por la cantidad siguiente:

- a. \$7,500 por (a) la pérdida de una mano por corte en la muñeca o por encima de la misma, (b) la pérdida de un pie por corte en el tobillo o por encima del mismo, o (c) la pérdida irreparable de la vista en un ojo.
- b. \$15,000 por la pérdida de más de uno de los miembros identificados en la Subsección 3.a. anterior.

Sección 4. Limitaciones

- a. La cantidad total pagadera bajo las Secciones 2 y 3 como resultado de un accidente no puede exceder de \$15,000.
- b. No se pagan beneficios por cualquier pérdida que resulte de lesiones corporales sufridas como resultado de:
 - (1) Una dolencia, enfermedad corporal o mental, tratamiento médico o quirúrgico, tomaína o infecciones bacteriales (con excepción de las infecciones que ocurren por una cortada o herida accidentales);
 - (2) Suicidio, intento de suicidio o lesión autoinfligida (no aplicable si el suicidio o intento de suicidio se deben a una condición física o mental o como resultado de violencia doméstica);

- (3) Guerra o un acto de guerra, o servicio en cualquier fuerza militar, naval o aérea de cualquier país en guerra, o deber policiaco como miembro de cualquier organización militar, naval o aérea;
- (4) La participación, o como consecuencia de la participación en la perpetración de un delito grave, a menos que dicha pérdida resultante de lesiones corporales sea el resultado de violencia doméstica o que la perpetración o intento de perpetrar una agresión o delito grave sea el resultado directo de un factor fundamental de salud;
- (5) Ingesta de cualquier medicamento, medicina o sedante a menos que sea recetado por un médico, o el consumo de cualquier alcohol combinado con cualquier medicamento, medicina o sedante; o
- (6) Uso de alcohol, medicamentos sin receta o sustancias controladas, tales como PCP (también conocido como polvo de ángel), LSD o cualquier otro alucinógeno, cocaína, heroína o cualquier otro narcótico, anfetamina u otros estimulantes, barbitúricos u otros sedantes o tranquilizantes o cualquier combinación de una o más de estas sustancias.

Sección 5. Pago de Beneficio Regular de Muerte de un Ex Participante Activo Totalmente Incapacitado

El Beneficio Regular de Muerte que hubiera sido pagadero conforme a la Sección 1 en la fecha en la que se terminó la elegibilidad será pagadero al beneficiario de un ex Participante Activo totalmente incapacitado en las circunstancias siguientes:

- a. Él tiene, mientras sea elegible y previo a la edad de 60, que haberse incapacitado totalmente de modo que no haya podido dedicarse a ninguna ocupación por compensación o lucro; y
- b. Si muere en el plazo de un año a partir de la fecha en la que se su elegibilidad se hubiera terminado de otra manera conforme al Artículo II, Subsección 2.b., y se proporcionó prueba de su incapacidad total continua a la Junta en el plazo de un año con posterioridad a su muerte; o
- c. Si se muere en un año o más después de que su elegibilidad se hubiera terminado de otra manera conforme al Artículo II, Subsección 2.b., y se proporcionó prueba de incapacidad total ininterrumpida a la Junta en el plazo de un año después de esa fecha y anualmente de ahí en adelante; y
- d. Si estuvo totalmente incapacitado por 2 años completos, se hizo un examen médico con un Médico, pero no más frecuentemente que una vez al año si se le requería hacerlo por la Junta.

- e. Para ex Participantes Activos que se incapacitan totalmente a partir del 1 de junio de 1994 en adelante, el Beneficio de Muerte Regular no será pagadero bajo ninguna circunstancia una vez que llegue a la Edad Normal de Jubilación (65).
- f. Para ex Participantes Activos que se incapacitan totalmente a partir del 1 de septiembre de 2015 en adelante, el Beneficio de Muerte Regular no será pagadero bajo ninguna circunstancia.

Sección 6. Beneficio de Muerte de Dependientes

A la muerte del Dependiente de un Participante Activo, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará el Beneficio de Muerte de Dependientes al Participante Activo o al Beneficiario, según corresponda, por la siguiente cantidad:

Cónyuge	\$7,500
----------------	---------

Hijos (hasta la edad de 26): \$1,000

El Beneficio de Muerte de Dependientes será pagado al Participante Activo, si está vivo. De otro modo, el Beneficio de Muerte de Dependientes será pagado de acuerdo con la Subsección 8.b..

Sección 7. Pagos

- a. Si el beneficiario es un menor, legalmente incompetente o incapaz de administrar sus propios asuntos, el Fondo se reserva el derecho de hacer el pago en plazos mensuales que no excedan de \$100 a la persona o personas, o institución, que esté cuidando o sosteniendo al beneficiario, hasta que la reclamación por el remanente sea hecha por un tutor, administrador o representante legal debidamente nombrado del beneficiario.
- b. El Fondo puede, a su elección, pagar una cantidad que no exceda de \$250 del Beneficio de Muerte Regular a cualquier persona que ha incurrido en gastos, en conexión con el entierro del Participante Activo difunto.
- c. Cualquier pago hecho conforme a la Subsección 7.a. o 7.b. liberará la obligación del Fondo en la medida de ese pago.

Sección 8. Beneficiarios

a. **Designación de un Beneficiario**

Un Participante puede designar a un beneficiario o beneficiarios para que reciban los beneficios de muerte pagaderos conforme a este Artículo remitiendo a la Oficina del Fondo Fideicomiso una designación de beneficiario en un formulario aceptable a la Junta. El Participante tiene el derecho de cambiar su designación de beneficiario sin el consentimiento del beneficiario. Ningún cambio de beneficiario será efectivo o vinculante para el Fondo hasta que la Oficina del Fondo Fideicomiso reciba un formulario nuevo o subsiguiente de designación de beneficiario. Todos los pagos se realizarán al beneficiario

cuya designación esté archivada en la Oficina del Fondo Fideicomiso al momento de la muerte del Participante. Si se designa a más de un beneficiario, y sus intereses respectivos no están especificados, compartirán en partes iguales.

Si se decide que un beneficiario designado es culpable de ocasionar de forma criminal e intencional la muerte del Participante, dicho beneficiario quedará descalificado de recibir el pago de los beneficios de muerte pagaderos conforme a este Artículo. Si no se ha designado a ningún otro beneficiario, entonces cualquier beneficio de muerte será pagado de acuerdo a la Subsección 8.b..

b. Falta de Designación de Beneficiario

Si no ha sido designado ningún beneficiario por el Participante, o el beneficiario designado es de otra forma inelegible o muere antes de que se pague el Beneficio de Muerte Regular o el Beneficio de Muerte Accidental, el beneficio será pagado al cónyuge legal del Participante, si está vivo. Si no existe un cónyuge legal al momento del pago, el pago puede hacerse a uno o más de los siguientes familiares sobrevivientes del Participante: (1) hijo o hijos, (2) madre o padre, (3) hermanos o hermanas, o (4) al patrimonio del Participante que la Junta pueda designar a su exclusiva discreción.

Artículo IV. Beneficios Completos Hospitalarios-Médicos

Sección 1. Gasto Cubierto

El término “**Gasto Cubierto**” se refiere a los gastos hospitalarios y médicos descritos en esta Sección que puedan ser pagaderos conforme al Beneficio Completo Hospitalario-Médico del Plan sujeto a todas las otras disposiciones del Plan.

a. Los Gastos Cubiertos incluyen los siguientes:

- (1) Cargos por servicios médicos o quirúrgicos de un Médico.
- (2) Cargos hechos por un Centro Quirúrgico Ambulatorio (ASC, por sus siglas en inglés).
- (3) Cargos hechos por un Hospital o un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) por servicios cubiertos de hospitalización.
- (4) Cargos hechos por un Hospital por servicios ambulatorios cubiertos.
- (5) Cargos hechos por la sala de emergencia de un Hospital.
- (6) Cargos por los servicios y suministros médicos siguientes:
 - (a) Anestesia y su administración;
 - (b) Sangre y productos de la sangre;
 - (c) Vendas quirúrgicas, férulas, yesos y otros dispositivos para el tratamiento de quemaduras y reducción de fracturas y luxaciones;
 - (d) Pruebas diagnósticas, radiografías y exámenes de laboratorio recetados por un Médico para fines de diagnóstico o en relación con el tratamiento terapéutico de un Individuo Elegible;
 - (e) Terapia de radiación y quimioterapia;
 - (f) Equipo Médico Duradero (DME, por sus siglas en inglés) recetado por un médico. Los cargos por renta están cubiertos si no exceden el precio razonable de compra del equipo;
 - (g) Servicios profesionales de ambulancia cuando se usan para transportar al Individuo Elegible que necesita asistencia paramédica de transportación;
 - (i) Directamente del lugar en el que se lesionó por un accidente o se vio afligido por una enfermedad a la consulta del Médico;

- (ii) Al o del Hospital; o
 - (iii) Por una ambulancia aérea con licencia si los cargos no exceden del Cargo Autorizado y si el Fondo determina que la localización y naturaleza de la enfermedad o lesión hicieron que la transportación aérea sea eficiente en función al costo o Medicamento Necesaria para evitar la posibilidad de complicaciones serias o pérdida de vida.
- (h) Inmunizaciones e Inoculaciones;
- (i) Terapia intravenosa ambulatoria cuando está autorizada por un Médico y bajo su supervisión para el tratamiento de una enfermedad que de otro modo requeriría hospitalización. La terapia incluye cualquier Medicamento que requiera administración bajo la supervisión de un Médico; y
 - (j) Visitas de recién nacidos y del niño sano, incluyendo las inmunizaciones de rutina desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad, de acuerdo con el calendario recomendado de Pediatría Americana.
- (7) Cargos por servicios de enfermería proporcionados por un profesional de enfermería, un enfermero registrado o un enfermero vocacional con licencia conforme a las leyes del estado o jurisdicción en el que se prestan los servicios, que actúa dentro del alcance de su licencia y está desempeñando los servicios bajo la supervisión de un Médico si se requiere supervisión.
- (8) Cargos hechos por terapia de rehabilitación realizada por un terapeuta con licencia, no emparentado al Individuo Elegible consanguíneamente o por matrimonio que esté actuando dentro del alcance de su licencia. Los servicios cubiertos incluyen terapia activa a corto plazo, ocupacional progresiva o física. La terapia del habla está cubierta si la misma es para restaurar el habla normal o corregir defectos de disfagia al tragar debidos a una enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico.
- Los servicios habilitantes/de habilitación proporcionados a Individuos Elegibles con retrasos en el desarrollo que no han adquirido nunca las habilidades normales de funcionamiento no están cubiertos bajo el Artículo VI., Subsección 1.v.
- (9) Cargos hechos por un Hospicio, si son referidos por el programa de administración de casos del Plan.
- (10) Cargos hechos por Atención de Salud en el Hogar, si son referidos por el programa de administración de casos del Plan.
- (11) Cargos hechos por un Médico por servicios y suministros relativos a la administración de implantes, inyecciones, dispositivos o procedimientos quirúrgicos contraceptivos que resultan en infertilidad voluntaria.

- (12) Cargos en conexión con una mastectomía, incluyendo reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía, cirugía del otro seno para producir una apariencia simétrica y prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluyendo a los linfedemas.
- (13) Cargos en conexión con un tratamiento quirúrgico Médicamente Necesario de la obesidad mórbida cuando el Índice de Masa Corporal (BMI, por sus siglas en inglés) del Individuo Elegible es mayor de 35 y se haya complicado por una de las siguientes:
- (a) Condiciones cardiopulmonares que ponen en peligro la vida;
 - (b) Dificultad para controlar la diabetes mellitus o la hipertensión;
 - (c) Enfermedad renal terminal con dificultad para la diálisis;
 - (d) Apnea grave del sueño documentada por un estudio del sueño realizado por una clínica del sueño certificada;
 - (e) Edema grave de las extremidades inferiores con ulceraciones;
 - (f) Enfermedad degenerativa sintomática de las coyunturas que resulta en dificultades ambulatorias (bastón, andador, silla de ruedas); o
 - (g) Incontinencia por estrés y anormalidades ginecológicas;

Solamente se cubrirá uno de los siguientes procedimientos quirúrgicos bariátricos una vez en la vida:

- Derivación gástrica con Roux en Y
- Grapas gástricas, o
- Derivación biliopancreática

Se requiere aprobación previa de Anthem Blue Cross y el Individuo Elegible tiene que usar un Centro Blue Distinction® solamente para la cirugía.

Una cirugía realizada en cualquier otra instalación que no sea un Centro Blue Distinction® no estará cubierta independientemente de la necesidad médica.

- (14) Los cargos en conexión con el tratamiento de abuso de sustancias, salud mental o trastornos psiquiátricos.
- (15) Los gastos incurridos por un dispositivo auditivo recetado por un Médico. Las reparaciones o el reemplazo de un dispositivo auditivo que se pierde, se rompe o es

robado no están cubiertas. Las pruebas de audición están cubiertas como las Visitas al Consultorio Médico, sujetas a todas las otras disposiciones del Plan.

- (16) Los cargos en conexión con el tratamiento Médicamente Necesario de un trastorno de identidad de género o de disforia de género incluyendo, sin limitaciones, la cirugía de reasignación de género. Un Individuo Elegible tiene que someterse a evaluaciones médicas y psicológicas, terapias médicas y pruebas de comportamiento para confirmar que la cirugía es la opción de tratamiento más apropiada para el Individuo Elegible. La Organización de Revisión Profesional del Fondo (PRO, por sus siglas en inglés) tiene que aprobar la cirugía de reasignación de género como Médicamente Necesaria para que el Fondo autorice los beneficios.
- (17) Exámenes Físicos de Rutina.
- (18) Cargos de un Dentista por lo siguiente:
 - (a) Tratamiento necesario para aliviar el daño a dientes rotos o lesionados como resultado de una lesión corporal accidental. No se realizan pagos conforme a esta Subsección por el reemplazo de dientes en su totalidad o parciales; y
 - (b) Cirugía Médicamente Necesaria no cubierta bajo los Beneficios Dentales del Fondo.

Sección 2. Copagos

El término “**Copago**” significa la cantidad que se le requiere pagar al Individuo Elegible antes de que sean pagaderos los Beneficios Completos Hospitalarios-Médicos. El copago se aplicará de la forma siguiente:

- a. **Visita al Consultorio Médico.** Se requiere un copago de \$15 por cada visita al consultorio de un Médico con excepción de lo siguiente:
 - (1) Visitas a un quiropráctico;
 - (2) Visitas para consultas a un Médico; y
 - (3) Visitas para Exámenes Físicos Rutinarios.
- b. **Visitas-E (Evaluación Médica Electrónica o En Línea).** Se requiere un Copago de \$10 por cada Visita-E con un Médico a través de los Servicios En Línea LiveHealth.
- c. **Sala de Emergencias de un Hospital.** Si un Individuo Elegible incurre en gastos en la sala de emergencias de un Hospital:
 - (1) \$25 de Copago por cada visita a un Hospital Participante; o

- (2) \$50 de Copago por cada visita a un Hospital No-Participante.

Se exonerará del Copago en las circunstancias siguientes:

- (1) La visita a la sala de emergencias resulta en la hospitalización durante una noche del Individuo Elegible.
- (2) El Individuo Elegible es transportado a la sala de emergencias en ambulancia.
- (3) El Individuo Elegible está muerto al llegar a la sala de emergencia o muere mientras está recibiendo los servicios en la sala de emergencias.

El Copago descrito en las Subsecciones 2.a. y 2.c., son en adición al Deducible anual.

Sección 3. Deducible

a. Cantidad

Cada Individuo Elegible es responsable de los primeros \$150 del Gasto Cubierto. Este Deducible es un costo de bolsillo para los Gastos Cubiertos incurridos durante cualquier Año del Plan antes de que los Beneficios Totales Hospitalarios-Médicos sean pagaderos. Cuando se haya satisfecho un total de \$450 en Gastos Cubiertos Deducibles por los miembros cubiertos de la familia durante cualquier Año del Plan, el Plan exonerará de cualquier cantidad de Deducible para esa familia para el resto del Año del Plan.

Los Deducibles que normalmente se aplicarían por las Reclamaciones incurridas en un mes en el que dos Participantes Activos pueden reclamarse uno al otro como Dependiente serán cancelados mientras ambos Participantes Activos permanezcan elegibles a beneficios conforme al Plan. Si cualquiera de los Participantes Activos posteriormente pierde la elegibilidad conforme al Plan, el Deducible para el ex Participante Activo y cualquier Dependiente será repuesto, menos cualquier cantidad de Deducible previamente satisfecha durante el Año del Plan.

El Deducible no se aplicará a los cargos siguientes:

- (1) Ingreso en un Hospital o Instalación de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) tal como se describe en las Subsecciones 4.a. a la 4.d.,
- (2) Exámenes Físicos de Rutina tal y como se describen en la Subsección 4.f.(4)(d), y
- (3) Visita-E a través de los Servicios En Línea LiveHealth tal y como se describen en la Subsección 4.f.(3).

b. Remanente

Si se incurre en un Gasto Cubierto durante los últimos 3 meses del Año del Plan (diciembre, enero o febrero) y se aplica contra el Deducible para ese Año del Plan, el gasto será acreditado a la cantidad del Deducible para el próximo Año del Plan.

Sección 4. Beneficios y Pago

Si un Individuo Elegible recibe tratamiento terapéutico por una enfermedad o lesión o recibe tratamiento en conexión con un embarazo, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará por los Gastos Cubiertos según se indica más adelante:

a. **Ingreso a un Hospital Participante**

Si un Individuo Elegible es ingresado en un Hospital Participante con la aprobación de la Organización de Revisión Profesional (PRO, por sus siglas en inglés), el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará al Hospital Participante el 90% de los primeros \$10,000 de la tarifa de contrato negociada y el 100% de dicha tarifa de contrato negociada de ahí en adelante por todos los servicios Médicamente Necesarios, incluyendo, pero sin limitaciones, la habitación, comidas y atención rutinaria de enfermería.

b. **Ingreso a un Hospital No-Participante**

Si un Individuo Elegible es ingresado en base **electiva o no de emergencia** a un Hospital No-Participante con la aprobación de la PRO, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará al Participante Activo el 70% de los primeros \$10,000 de **Cargos Cubiertos**, según se define en el Artículo I, Sección 10.00, y el 100% de ahí en adelante por todos los servicios Médicamente Necesarios, incluyendo, pero sin limitaciones, la habitación, comidas y atención rutinaria de enfermería.

Excepciones:

- (1) Si un Individuo Elegible **no reside** dentro del Área de Servicio de Proveedor Preferido del Plan del Fondo y está ingresado en un Hospital No-Participante con la aprobación de la PRO, el Fondo pagará al Participante Activo el 90% de los primeros \$10,000 de **Cargos Cubiertos** y el 100% de ahí en adelante por todos los servicios Médicamente Necesarios.
- (2) Si un Individuo Elegible **reside dentro** del Área de Servicio de Proveedor Preferido del Fondo y está ingresado en un Hospital No-Participante debido a **una emergencia seria o que pone en peligro la vida**, el Fondo pagará al Participante Activo el 90% de los primeros \$10,000 de **Cargos Cubiertos** y el 100% de ahí en adelante por todos los servicios Médicamente Necesarios. El Fondo puede requerir la transferencia del Individuo Elegible a un Hospital Participante según el consejo de un Médico de que es médicamente seguro hacer la transferencia.

c. **Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés) para una Cirugía de Rutina de Reemplazo Total de Cadera o Rodilla**

- (1) Si un Individuo Elegible está ingresado en un Hospital para una cirugía de rutina de reemplazo total de cadera o rodilla con la aprobación de la PRO, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará los beneficios descritos en la Subsección 4.a. o 4.b. pero sin exceder la Asignación Máxima del Plan (MPA) de \$30,000. Cualquier cantidad por encima de la MPA será responsabilidad del Individuo Elegible y no contará contra el Máximo de Bolsillo del Año del Plan descrito en la Subsección 4.g..
- (2) Si un Individuo Elegible usa un Hospital de un Sitio en Base al Valor descrito en el Artículo I, Sección 49.00, para una cirugía de rutina de reemplazo total de cadera o rodilla y ese centro está a más de 50 millas del hogar del Individuo Elegible, él puede solicitar un reembolso de hasta \$750 por gastos de viaje, incluyendo millas de viaje, gastos de hotel y comidas. Este reembolso por el Fondo puede ser considerado como ingreso tributable por el IRS.

d. **Ingreso en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés)**

Si un Individuo Elegible está ingresado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) con la aprobación de la PRO, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará los beneficios descritos en la Subsección 4.a. o 4.b..

e. **Revisión de Utilización**

- (1) **Admisión Electiva.** Si un individuo Elegible va a ser admitido a un Hospital en base electiva no de emergencia, el Médico que admite tiene que obtener, a través de la Organización Profesional de Revisión (PRO), lo siguiente:
 - (a) **Revisión Pre-Admisión.** El propósito es que la PRO, **previo a la admisión**, determine la necesidad médica del ingreso al Hospital y el número de días de hospital que son Medicamente Necesarios para el ingreso, y
 - (b) **Revisión Concurrente.** Además de la Revisión Pre-Admisión, tiene que obtenerse una Revisión Concurrente para que la PRO pueda determinar, una vez que el Individuo Elegible ha sido admitido al Hospital, el número de días autorizados que son Medicamente Necesarios, o cualquier cambio en el número de días autorizados como Medicamente Necesarios si la Revisión Previa a la Admisión ha tenido lugar con anterioridad, o
 - (c) **Revisión Retrospectiva.** A falta de una Revisión de Pre-Admisión y/o una Revisión Concurrente, el Hospital o el Fondo pueden requerir que la PRO lleve a cabo una Revisión Retrospectiva después de que el Individuo Elegible ha sido dado de alta del Hospital para determinar el número de días autorizados como Medicamente Necesarios.

- (1) Si un Individuo Elegible es admitido a un Hospital No-Participante y no se obtiene una Revisión Pre-Admisión, el Participante Activo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, será responsable de un coseguro adicional del 20% de los primeros \$10,000 de Cargos Cubiertos independientemente de si la PRO ha llevado a cabo una Revisión Retrospectiva y determinado que el ingreso era Médicamente Necesario. Este coseguro adicional va más allá del coseguro usual descrito en las Subsecciones de la 4.b. a la 4.d. y no cuenta para el Máximo de Bolsillo del Año del Plan descrito en la Subsección 4.g..
- (2) **Admisión de Emergencia.** Si un Individuo Elegible es admitido a un Hospital en base a una emergencia, el Médico que admite tiene que comunicarse con la PRO para obtener lo siguiente:
 - (a) **Revisión Concurrente.** Para determinar una vez que el Individuo Elegible ha sido admitido al Hospital, el número de días autorizados como Médicamente Necesarios;
o
 - (b) **Revisión Retrospectiva.** A falta de una Revisión Concurrente, el Hospital o el Fondo pueden solicitar que la PRO lleve a cabo una Revisión Retrospectiva después de que el Individuo Elegible ha sido dado de alta del Hospital para determinar el número de días autorizados como Médicamente Necesarios.
- (3) **Excepción:** De acuerdo con la Ley de Protección a la Salud de las Madres y Recién Nacidos (NMHPA, por sus siglas en inglés), si no se obtiene una Revisión de Pre-Admisión, el coseguro adicional del 20% no será impuesto para una admisión al Hospital que no exceda de 48 horas para un parto vaginal y 96 horas para una cesárea. No obstante, para estadías en el Hospital que excedan de los días autorizados por la NMHPA, se deberá obtener una Revisión Concurrente o Retrospectiva de acuerdo con la Sección 4.e.(2)(a) o (b),
- (4) **Limitación.** Si un Individuo Elegible es admitido a un Hospital, el Fondo solamente estará obligado a cubrir el costo de los servicios que la PRO ha determinado que son Médicamente Necesarios. Cualquier día de ingreso que exceda del número autorizado por la PRO no será responsabilidad del Fondo.

f. **Otros Gastos Cubiertos**

- (1) Para los Gastos Cubiertos incurridos en un **Proveedor Participante o el departamento ambulatorio de un Hospital Participante**, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará el 90% de la tarifa de contrato negociada, excepto que:
 - (a) Para visitas al consultorio, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará el 100% de la tarifa negociada después del Copago de \$15 por Visita al Consultorio Médico.

- (2) Para los Gastos Cubiertos incurridos en un **Proveedor No-Participante o en el departamento ambulatorio de un Hospital No-Participante**, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará una cantidad menor de la realmente cargada o el 70% del Cargo Permitido, **excepto:**
- (a) **Servicios de la Sala de Emergencias:** Si un Individuo Elegible recibe tratamiento en la sala de emergencias de un Hospital Participante del Médico a cargo que no es un Proveedor Participante, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará la menor entre la cantidad cargada o el 90% de la Cantidad Autorizada.
 - (b) **Servicios Profesionales de Ambulancia:** Si un Individuo Elegible requiere transportación en ambulancia para servicios de emergencia, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará la menor entre la cantidad cargada o el 90% de la Cantidad Autorizada.
- (3) Para las Visitas-E descritas en la Subsección 2.b., el Fondo pagará el 100% del Cargo Permitido después del pago de \$10 del Copago de la Visita-E.
- (4) El Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará los siguientes Gastos Cubiertos, pero no se excederá de la Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés):
- (a) \$500 al día por los cargos hechos por un Centro Ambulatorio de Cirugía independiente con licencia **No-Participante**.
 - (b) \$1,200 por dispositivos de audición por cada oído cada 36 meses.
 - (c) Por los cargos hechos por un quiropráctico:
 - (1) \$40 por visita hasta 20 visitas por cada Año del Plan, y
 - (2) \$100 por radiografías por cada Año del Plan.
 - (d) Por Exámenes Físicos de Rutina. Si un Individuo Elegible se somete a un Examen Médico de Rutina por un Médico, el Fondo pagará la cantidad realmente cargada por el examen y cualquier radiografía y servicios de laboratorios realizados en conjunto con el examen físico pero sin exceder de:
 - (1) \$300 por cada examen para el Participante Activo.
 - (2) \$300 por cada examen para un cónyuge o Compañero Doméstico Dependiente.
 - (3) \$200 por cada examen para un hijo Dependiente que tenga más de 24 meses de edad.

- (e) Por cargos incurridos en el departamento quirúrgico ambulatorio de un Hospital, el Fondo pagará los beneficios descritos en la Subsección 4.f.(1) o (2) sin exceder de:

- (1) \$6,000 por cirugía artroscópica.
- (2) \$2,000 por cirugía de cataratas.
- (3) \$1,500 por un procedimiento de colonoscopia.

Cualquier cantidad por encima de la Asignación Máxima del Plan (MPA, por sus siglas en inglés) será responsabilidad del Individuo Elegible y no contará hacia el Máximo de Bolsillo del Año del Plan.

g. Máximo de Bolsillo del Año del Plan

El gasto máximo de bolsillo para los Participantes Activos y sus Dependientes elegibles será \$3,000 por cada Individuo Elegible, hasta \$6,000 por familia. Los siguientes cargos incurridos por el Individuo Elegible no serán aplicados al Máximo de Bolsillo:

- (1) Copago de Visita al Consultorio Médico;
- (2) Copago de la Sala de Emergencias del Hospital;
- (3) Pago de coseguro por ingresos al Hospital cuando el Individuo Elegible reside dentro del Área de Servicio de Proveedor Preferido del Fondo y usa los servicios de un Hospital No-Participante excepto en casos de emergencias serias cuando está en peligro la vida;
- (4) Pago de coseguro a un Proveedor No-Participante;
- (5) Cargos por cualquier servicio o suministro médico excluido por el Plan;
- (6) Penalizaciones por no cumplir con el Programa de Revisión de Utilización del Plan;
- (7) Cargos que excedan la Asignación Máxima del Plan (MPA).

Artículo V. Beneficios de Medicamentos de Receta

Sección 1. Definiciones. Las definiciones siguientes se aplicarán a las disposiciones en este Artículo:

- a. El término **“Farmacia Contratante”** significa una farmacia que tiene un contrato para proporcionar servicios de Medicamentos de receta a los Individuos Elegibles.
- b. El término **“Formulario”** significa una lista preferida de medicamentos de calidad eficaces en función al costo establecida por el Administrador de Beneficios de Farmacia. Cuando un Individuo Elegible usa un Medicamento del Formulario, esto resulta en un copago más bajo.
- c. El término **“Farmacia No-Contratante”** significa una farmacia que no tiene un contrato para proporcionar servicios de Medicamentos de receta a los Individuos Elegibles.
- d. El término **“Administrador de Beneficios de Farmacia (PBM, por sus siglas en inglés)”** significa una organización bajo contrato con el Fondo para administrar los beneficios de Medicamentos para los Individuos Elegibles.
- e. El término **“Farmacia de Especialidades”** significa una farmacia que suministra medicamentos que pueden ser auto-administrados o medicamentos administrados en la consulta del Médico para tratar enfermedades crónicas o agudas. Una Farmacia de Especialidades ofrece servicios para administrar medicamentos especializados, incluyendo el entrenamiento por los farmacéuticos y enfermeros sobre el uso apropiado de los medicamentos. Los medicamentos especializados frecuentemente requieren almacenaje y manejo especial que puede no estar disponible en una farmacia minorista.

Sección 2. Cargos Cubiertos

Incluidos en los Cargos Cubiertos se encuentran los cargos hechos por un Farmacéutico, una farmacia, Médico u Hospital con licencia por:

- a. Medicamentos recetados por un Médico con licencia de ley para administrar o recetar Medicamentos.
- b. Medicamentos o insulina o estuches de inyecciones de insulina:
 - (1) Los cuales son suministrados al paciente en la consulta del Médico, y
 - (2) Por los que se hace un cargo por separado del cargo por cualquier otro artículo o gasto,
o
 - (3) Los cuales son para el uso fuera del Hospital en conexión con el tratamiento recibido en el Hospital, siempre y cuando los medicamentos sean recetados por un Médico con licencia de ley para administrar o recetar Medicamentos.

- c. Preparaciones dermatológicas compuestas recetadas por un Médico.
- d. Anticonceptivos que han sido recetados por un Médico.
- e. Vitaminas terapéuticas, preparados para la tos, antiácidos, medicamentos para la vista y el oído recetados por un Médico para el tratamiento de una enfermedad o dolencia específicos.
- f. Medicamentos auto-administrados o inyectables para tratar una condición crónica o aguda y que pueden ser administrados con seguridad en el hogar del paciente. Si el medicamento está incluido en la lista de medicamentos especializados del Plan que requieren supervisión clínica continua, los medicamentos tienen que ser obtenidos y distribuidos a través de un programa administrado por la Farmacia de Especialidades del Plan. Los inyectables auto-administrados, tales como insulina e Imitrex® no son medicamentos especializados, que requieren distribución de la Farmacia de Especialidades del Plan; éstos pueden ser obtenidos en una Farmacia Contratante minorista.
- g. Medicamentos inyectables como: Ana-Kits, Epi-Pens, Glucagon e Imitrex®.

Sección 3. Beneficios y Copago

Si un Individuo Elegible obtiene alguno de los artículos listados bajo Cargos Cubiertos en la Sección 2 anterior, el Fondo, sujeto a todas las otras disposiciones del Plan, pagará la cantidad descrita más adelante menos la parte del costo del Individuo Elegible que es pagadero a la Farmacia por el Individuo Elegible.

- a. **Farmacia Contratante.** Si el Medicamento de Receta se obtiene de acuerdo con los procedimientos establecidos en una Farmacia Contratante minorista, el Fondo pagará a la Farmacia Contratante de la forma siguiente por un suministro de hasta 30 días por cada Medicamento de receta:
 - (1) Para los Medicamentos genéricos, el costo de la receta menos un copago de \$10 **por el abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos.**
 - (2) Para los Medicamentos de marca del Formulario, **si está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos (a) un copago de \$20 **más** (b) la diferencia en precio entre el Medicamento genérico y el de Marca del Formulario **por el abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos.**
 - (3) Para los Medicamentos de marca del Formulario, **si no está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos un copago de \$20 **por el abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos.**
 - (4) Para los Medicamentos de marca no del Formulario, **si está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos (a) un copago de \$30 más (b) la

diferencia en precio entre el Medicamento genérico y el de marca no de Formulario **por el abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos.**

- (5) Para los Medicamentos de marca no del Formulario, **si un Medicamento genérico no está disponible**, el costo de la receta menos un copago de \$30 **por el abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos.**
 - (6) Si el Individuo Elegible continúa abasteciendo el Medicamento de receta en una Farmacia contratante minorista después **del abastecimiento inicial más los 2 primeros reabastecimientos**, las cantidades del copago descritas en las Subsecciones 3.a.(1) a la (5) se duplicarán.
- b. **Farmacia No-Contratante.** Si el Medicamento de receta se obtiene en una Farmacia No-Contratante minorista, el Individuo Elegible será responsable de pagar el costo total del Medicamento de receta a la Farmacia No-Contratante. El Individuo Elegible será reembolsado de acuerdo con las cantidades pagaderas descritas en las Subsecciones 3.a.(1) a la (6).
- c. **Farmacia de Servicio por Correo.** Si se obtiene el Medicamento de receta de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Fondo a través del servicio por correo de una Farmacia Contratante, el Fondo pagará a la Farmacia Contratante de la forma siguiente por un abastecimiento de hasta 90 días por cada Medicamento de receta:
- (1) Para Medicamentos genéricos, el costo de la receta menos un copago de \$20.
 - (2) Para Medicamentos de marca del Formulario, **si está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos (a) un copago de \$40 más (b) la diferencia en precio entre el genérico y el de marca del Formulario.
 - (3) Para Medicamentos de marca del Formulario, **si no está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos un copago de \$40.
 - (4) Para Medicamentos de marca no del Formulario, **si está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos (a) un copago de \$60 más (b) la diferencia en precio entre el Medicamento genérico y el de marca no del Formulario.
 - (5) Para Medicamentos de marca no del Formulario, **si no está disponible un Medicamento genérico**, el costo de la receta menos un copago de \$60.

Sección 4. Exclusiones. Los beneficios no son pagaderos por:

- a. Los Medicamentos consumidos o administrados mientras un paciente está en el Hospital.
- b. Medicamentos de patente o propietarios que no requieren receta, excepto la insulina.
- c. Aparatos, dispositivos, ventas, lámparas térmicas, abrazaderas o férulas.

- d. Vitaminas múltiples y no-terapéuticas, cosméticos, suplementos dietéticos, ayudas de salud y belleza.
- e. Medicamentos inyectables (excepto insulina y estuches de inyecciones, o según se dispone en conexión con la terapia intravenosa ambulatoria según se describe en el Artículo IV, Subsección 1.a.(6)(i) o como se dispone en este Artículo V., Subsecciones 2.f. y 2.g.) y sangre y productos de sanguíneos.
- f. Medicamentos por los que el reembolso está proporcionado por cualquier agencia o programa federal, estatal o gubernamental local.
- g. Cargos por Medicamentos de receta en exceso de un abastecimiento de 30 días si se obtienen a través de una Farmacia Contratante o No-Contratante minorista o un abastecimiento de 90 días si se obtiene en una Farmacia Contratante de servicio por correo.

Artículo VI. Exclusiones, Limitaciones y Reducciones

Este Artículo no aplica a los beneficios descritos en el Artículo III. Beneficios de Muerte.

Sección 1. Exclusiones

El Fondo no proporcionará beneficios por servicios, gastos, cargos, tratamiento y/o suministros relativos a, o en conexión con:

- a. Cualquier lesión corporal accidental que surja del, o en el curso del empleo del Individuo Elegible o en conexión con una enfermedad por la que el Individuo Elegible tiene derecho a indemnización conforme a las disposiciones de cualquier Compensación Laboral o ley similar.
- b. Cualquier ingreso o tratamiento en un Hospital de la Administración de Veteranos o por la atención o tratamiento obtenido de cualquier agencia o programa federal, estatal o gubernamental local en donde el tratamiento está disponible sin costo para el Individuo Elegible, excepto en la medida que la ley requiere que se paguen beneficios por parte del Fondo.
- c. Ingreso o atención obtenida en un Hospital propiedad de, u operado por cualquier agencia o programa federal, estatal o gubernamental local, a menos que haya un requisito incondicional de que el Individuo Elegible pague por el ingreso o la atención, sin importar cualquier derecho en contra de otros, contractuales o de otro modo.
- d. Condiciones ocasionadas por, o que surjan de un acto de guerra, invasión armada o agresión.
- e. Condiciones por las cuales el Individuo Elegible no está bajo la atención de un Médico, o por un periodo de ingreso más allá de lo autorizado por la Organización de Revisión Profesional (PRO).
- f. Refracciones oculares o anteojos.
- g. Eliminación de callos o callosidades; recorte de uñas de los pies; tratamiento de condiciones crónicas del pie tales como arcos débiles o caídos, pie plano o metatarsalgia del pie pronado, o pie tenso.
- h. Servicios o suministros médicos recibidos fuera de los Estados Unidos, sus Territorios y Posesiones, excepto para el tratamiento de una emergencia que ponga en peligro la vida la cual, sin una intervención inmediata, resultaría en que se pusiera la salud del Individuo Elegible en serio peligro o un deterioro serio de las funciones corporales o una disfunción seria de cualquier parte del cuerpo. Algunos ejemplos de condiciones que ponen en peligro la vida que requieren atención de emergencia incluyen, pero no se limitan a, infartos, derrames, envenenamiento y apendicitis.

- i. Servicios o suministros de hospital o médicos en conexión con el tratamiento de la obesidad o de control del peso, excepto lo dispuesto en el Artículo IV., Subsección 1.a.(13).
- j. Procedimientos Experimentales o Investigativos con excepción de lo dispuesto en el Artículo I., Sección 21.00.
- k. Lesión auto-infligida intencionalmente, o lesión o enfermedad que resultan de participar, o como consecuencia de haber participado en la comisión o intento de comisión de una agresión o delito grave, a menos que la lesión o enfermedad sea el resultado de violencia doméstica o sea el resultado directo de un factor subyacente de salud.
- l. Cirugía cosmética, incluyendo los procedimientos para reducir el tamaño de los senos con excepción de la cirugía cosmética que no es primariamente para embellecimiento, pero que se realiza para corregir o mejorar una función corporal o según se dispone en el Artículo IV., Subsección 1.a.(12).
- m. Embarazo de una hija Dependiente.
- n. Embarazo de un Individuo Elegible que está funcionando como sustituta, o cualquier persona que funciona como sustituta de un Individuo Elegible. Esto incluye, pero no se limita a, atención pre-natal, parto/alumbramiento y servicios posnatales de la sustituta.
- o. Infertilidad según está definida por la Asociación Estadounidense de Obstetricia y Ginecología incluyendo, pero sin limitarse a, fertilización in vitro, inseminación artificial, cirugía, incluyendo el tratamiento para aliviar las adhesiones pélvicas (a menos que se determine que es Medicamento Necesario) y otros servicios relativos a la infertilidad, **incluyendo los cargos para revertir la infertilidad inducida voluntaria o quirúrgicamente.**
- p. Aparatos dentales, puentes, coronas, tapaduras u otras prótesis dentales, servicios dentales, extracción de dientes o tratamiento a los dientes o encías excepto lo dispuesto en el Artículo IV., Subsección 1.a.(18).
- q. Gastos de viajes o transportación excepto lo dispuesto en el Artículo IV., Subsecciones 1.a.(6)(g) y 4.c.(2).
- r. Una institución que es primariamente un hogar de reposo, una residencia de ancianos, un asilo de ancianos, un hogar de convalecencia o cualquier institución de carácter similar que proporcione Cuidado de Custodia.
- s. Transportación por ambulancia que sea principalmente para la conveniencia del Individuo Elegible o transportación de ambulancia por ferrocarril.
- t. Por lo que a un Individuo Elegible no se le requiere pagar o el cual se obtiene sin costo o por el cual no habría cargo si el Individuo Elegible que recibe tratamiento no estuviera cubierto por el Plan.

- u. Servicios Habilitantes/de Habilitación proporcionados a los Individuos Elegibles con retrasos en el desarrollo que nunca han adquirido habilidades de funcionamiento normales.

Sección 2. Limitaciones

El Fondo no proporciona beneficios por servicios o suministros médicos que no sean Médicamente Necesarios según determinado por el Plan. Es más, el Fondo no proporcionará beneficios por servicios o suministros médicos que excedan del Cargo Permitido o de la Asignación Máxima del Plan (MPA) según está determinado por el Plan.

Sección 3. Coordinación de Beneficios con otro Plan de Grupo

Si un Individuo Elegible tiene derecho a beneficios de otro Plan de Grupo, para gastos de hospital, médicos, dentales o de atención a la salud por los que también hay beneficios que vienen de este Plan, entonces los beneficios proporcionados por este Plan se pagarán de acuerdo a las disposiciones siguientes, sin exceder del 100% del Cargo Permitido realmente incurrido por el Individuo Elegible.

- a. Si el Individuo Elegible es el Participante del Plan Especial, los beneficios del Plan serán proporcionados sin reducción.
- b. Los beneficios de un Plan de Grupo que cubre al Individuo Elegible que no sea Dependiente estarán determinados antes que los beneficios de un Plan de Grupo que cubra a esa persona como Dependiente.
- c. Si el Individuo Elegible por el que se hace una reclamación es un hijo Dependiente cuyos padres no están separados o divorciados, los beneficios del Plan de Grupo que cubre al Individuo Elegible como Dependiente del progenitor cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento, ocurra primero en un año calendario, estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que cubre a ese Individuo Elegible como Dependiente del progenitor cuya fecha de nacimiento, excluyendo el año de nacimiento, ocurra más tarde en un año calendario. Si alguno de los Planes de Grupo no tiene las disposiciones de esta Subsección c. con respecto a Dependientes, lo que resulta ya sea que uno de cada Plan de Grupo determine sus beneficios antes que el otro, o que cada Plan de Grupo determine sus beneficios después que el otro, las disposiciones de esta Subsección no se aplicarán, y la regla establecida en el Plan de Grupo que no contiene las disposiciones de esta Subsección determinará el orden de los beneficios.
- d. En el caso de un Individuo Elegible por el cual se hace una reclamación como hijo Dependiente cuyos padres están separados o divorciados y el progenitor con la custodia del niño no se ha vuelto a casar, los beneficios del Plan de Grupo que cubren al hijo como Dependiente del progenitor con la custodia del hijo estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que cubre al hijo como Dependiente del progenitor sin la custodia.

- e. En el caso de un Individuo Elegible por el que se hace una reclamación como hijo Dependiente cuyos padres están divorciados y el progenitor con la custodia del hijo se ha vuelto a casar, los beneficios del Plan de Grupo que cubre al hijo como Dependiente del progenitor con la custodia estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que cubre al hijo como Dependiente del padrastro o madrastra, y los beneficios del Plan de Grupo que cubre a ese hijo como Dependiente del padrastro o la madrastra estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que cubre a ese hijo como Dependiente del progenitor sin la custodia.
- f. En el caso de un Individuo Elegible por el que se hace una reclamación como hijo Dependiente cuyos padres están separados o divorciados, cuando existe un decreto judicial que por otro lado establecería la responsabilidad financiera por los gastos médicos, dentales u otros de atención a la salud con respecto al hijo, entonces, a pesar de las Subsecciones d. y e. anteriores, los beneficios del Plan de Grupo que cubre al hijo como Dependiente del progenitor con la responsabilidad financiera estarán determinados antes que los beneficios de cualquier otro Plan de Grupo que cubra al hijo como hijo Dependiente.
- g. En el caso de un hijo Dependiente cubierto bajo más de un Plan de individuos que no son los progenitores del hijo, los beneficios del Plan de Grupo que ha cubierto a la persona por el periodo de tiempo más largo estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que ha cubierto al Individuo Elegible por el periodo más breve de tiempo. Si los dos planes tienen la misma duración de cobertura, entonces el Plan considera a aquel que su fecha de nacimiento ocurra primero en el año: el empleado-progenitor que cubre al Dependiente o el empleado-cónyuge que cubre al Dependiente.
- h. Cuando cualquiera de las Subsecciones 3.a. a la 3.f. no establezcan un orden de determinación de beneficios, los beneficios de un Plan de Grupo que ha cubierto a la persona por el periodo más largo de tiempo estarán determinados antes que los beneficios del Plan de Grupo que ha cubierto al Individuo Elegible por el periodo más breve de tiempo, siempre y cuando:
 - (1) Los beneficios de un Plan de Grupo que cubre al Individuo Elegible como empleado despedido o jubilado o Dependiente de la persona, estarán determinados después de los beneficios de cualquier otro Plan de Grupo que cubra a la persona como empleado, que no sea el empleado despedido o jubilado, o Dependiente del Participante Jubilado; y
 - (2) Si alguno de los Planes de Grupo no tiene una disposición respecto a empleados despedidos o jubilados, lo que resulta en que cada Plan de Grupo determine sus beneficios después del otro, entonces las disposiciones de la Subsección 3.h.(1) no aplicarán.

Para fines de esta Sección solamente, el término “despedido” o “empleado jubilado” también incluirá a los empleados cubiertos por COBRA.

Sección 4. Coordinación de Beneficios con Medicare en un Plan de Grupo

Si un Individuo Elegible que es Elegible a Medicare tiene derecho a beneficios de otro Plan de Grupo como empleado o como dependiente de un empleado, los beneficios del Plan de Grupo que cubre al Individuo Elegible como empleado o como dependiente del empleado estarán determinados antes que Medicare y este Fondo. En otras palabras, el Plan de Grupo del empleador se convierte en el pagador primario, Medicare en el pagador secundario y el Fondo en el último pagador.

Sección 5. Coordinación con Medicaid

Los pagos por este Plan por beneficios con respecto a un Individuo Elegible serán hechos cumpliendo con cualquier asignación de derechos hecha por o a nombre del Individuo Elegible como requiere el plan de California para la asistencia médica aprobado bajo el Título XIX, §1912 (a)(1)(A) de la Ley del Seguro Social (Medicaid).

Cuando se haya realizado un pago por el Estado conforme a Medicaid por asistencia médica en cualquier caso en el que este Plan tenga la responsabilidad legal de hacer el pago por dicha asistencia, el pago por los beneficios será hecho de acuerdo con la ley estatal que dispone que el Estado ha adquirido los derechos con respecto a un Individuo Elegible a un pago por dicha asistencia, pero en ningún caso, excederá del plazo de tiempo permitido por regulación o ley. El reembolso al Estado, igual que cualquier otra entidad que haya hecho el pago por asistencia médica cuando este Plan tiene la responsabilidad legal de hacer el pago, será equivalente a los beneficios del Plan o a la cantidad realmente pagada, cualquiera que sea menor.

Artículo VII. Disposiciones Generales

Sección 1. Pago de Beneficios

Con excepción de lo descrito en el Artículo IV., Subsección 4.a., todos los beneficios serán pagados por el Fondo al Participante Activo según se acumulen al recibo de prueba escrita, satisfactoria a la Junta, que cubra el evento, el carácter y el alcance del evento por el que se pagó la reclamación.

Sección 2. Los Beneficios No Pueden Ser Enajenados

Los beneficios pagaderos por el Fondo no pueden estar sujetos en forma alguna a anticipo, enajenamiento, venta, transferencia, asignación, compromiso, gravamen o cargo por ninguna persona. Sin embargo, un Participante Activo puede asignar sus derechos a aquellos beneficios y solicitar que ese pago sea hecho al Hospital en el que él o su Dependiente están hospitalizados, a cualquier proveedor de servicios o suministros médicos o dentales por dichos servicios o suministros o a cualquier otra persona o agencia que pueda haber proporcionado o pagado o acordado proporcionar o pagar cualquiera de los beneficios.

Sección 3. Se Requiere Aviso de la Reclamación

Los beneficios serán pagados por el Fondo sólo si el aviso de la Reclamación se realiza tan pronto como sea posible pero a más tardar en un año de la fecha en la que se incurrió en los gastos. Los formularios de prueba de reclamación, así como otros formularios, y métodos de administración y procedimiento estarán determinados exclusivamente por la Junta.

Sección 4. Compensación y Recuperación

En caso de que se determine que debido ya sea a un error o a un hecho o a una ley o a cualquier otra circunstancia, al Participante Activo o a su Dependiente o beneficiario se les ha pagado más de a lo que tienen derecho conforme a los términos del Plan o conforme a la ley, la Junta puede compensar, recuperar y recobrar la cantidad del sobrepago de los pagos vencidos o que estén por vencerse al Participante Activo o su beneficiario en plazos y en la medida que la Junta determine.

Sección 5. Pago en Caso de Incapacidad o Falta de Dirección

En caso de que el Fondo determine que el Participante Activo es incompetente o incapaz de ejecutar un recibo válido y no se ha nombrado a ningún tutor, o en el caso de que el Participante Activo no le ha proporcionado al Fondo una dirección en la que pueda ser localizado para recibir el pago, el Fondo puede, durante la vida del Participante Activo, pagar cualquier cantidad que de otro modo sería pagadera al Participante Activo al cónyuge o pariente por consanguinidad del Participante Activo o a cualquier otra persona o institución que el Fondo determine que tiene derechos equitativos. En el caso de la muerte del Participante Activo y antes de que todas las cantidades pagaderas conforme a los Artículos III, IV y V, hayan sido pagadas, el Fondo puede pagar cualquier cantidad adeudada a cualquier persona o institución que el Fondo determine que

tiene derechos a ese pago equitativamente. El resto de la cantidad será pagado a uno o más de los siguientes familiares sobrevivientes del Participante Activo:

- (a) cónyuge legal,
- (b) hijo o hijos,
- (c) madre o padre,
- (d) hermanos o hermanas, o
- (e) al patrimonio del Participante Activo, según la Junta, a su exclusiva discreción, pueda designar.

Cualquier pago hecho conforme a esta disposición exonerará la obligación del Fondo en la medida de dicho pago.

Sección 6. Examen Físico o Autopsia

El Fondo, por cuenta propia, tiene el derecho de examinar a un Individuo Elegible cuando y tan frecuentemente como se requiera razonablemente mientras esté pendiente cualquier Reclamación. El Fondo también tiene el derecho de solicitar una autopsia cuando no esté prohibida por ley.

Sección 7. Beneficios que No Sustituyen la Compensación Laboral

Los beneficios dispuestos por este Fondo no sustituyen y no afectan ningún requisito de cobertura por parte de las leyes del Seguro de Compensación Laboral o de legislación similar.

Sección 8. Derechos Contra Terceros

- a. Si un Individuo Elegible tiene una enfermedad, lesión, dolencia u otra condición por la que un tercero pueda ser responsable o legalmente responsable por motivo de un acto u omisión, o cobertura de seguro de un tercero, el Fondo proporcionará cobertura para gastos de Hospital, médicos u otros relativos, siempre y cuando el Individuo Elegible satisfaga los siguientes requisitos del Plan:
 - (1) Un Individuo Elegible tiene que estar de acuerdo en reembolsar al Fondo por el pago de los gastos de Hospital, médicos u otros relativos hechos a nombre del Individuo Elegible firmando el “Acuerdo de Reembolso” del Plan previo al pago de cualquier reclamación por parte de Fondo, que estén relacionadas con la enfermedad, la lesión, la dolencia o cualquier otra condición.
 - (2) Un Individuo Elegible también tiene que estar de acuerdo en entablar diligentemente cualquier reclamación por daños en contra de terceros, su agente de seguros, aval o

cualquier otro que indemnice o por motivo de cobertura de motorista con seguro insuficiente o cualquier otra fuente de recuperación de terceros.

- b. El Fondo tendrá un gravamen automático y prioritario en contra de los productos que reciba el Individuo Elegible a título de un fallo, arbitraje, adjudicación, arreglo o de otro modo en conexión con o que surja de cualquier reclamación por daños o cualquier derecho a los mismos por el Individuo Elegible en contra de un tercero o de cualquier otra fuente de recuperación de un tercero por la cantidad total de los beneficios pagados por el Fondo. El Individuo Elegible y el representante legal acuerdan:
 - (1) No tomar acción alguna que renuncie, afecte o interfiera con el derecho del Fondo al reembolso;
 - (2) Consentir a un gravamen equitativo/fideicomiso constructivo que exista a favor del Fondo;
 - (3) Guardar cualquier recuperación o arreglo en fideicomiso para el beneficio del Fondo; y
 - (4) Firmar cualquier documento que sea necesario para garantizar el reembolso al Fondo y proporcionar cualquier documento solicitado.
- c. El gravamen del Fondo está limitado a la recuperación del Individuo Elegible de cualquier tercero, independientemente de cómo se clasifique, asigne o mantenga dicha recuperación. El derecho a reembolso del Fondo no se verá afectado, reducido o eliminado por la doctrina de resarcimiento, falta comparativa, doctrina de fondo común ni que la recuperación no incluya específicamente los gastos médicos.
- d. Si el Individuo Elegible no reembolsa al Fondo según lo requerido por el Acuerdo de Reembolso o manifiesta la intención de no cumplir con el Acuerdo de Reembolso, la Junta, a su total discreción, puede emprender cualquier acción necesaria para recuperar las cantidades pagadas a nombre del Individuo Elegible, incluyendo, sin limitaciones, emprender acción legal, compensar los pagos actuales contra beneficios futuros, cesar los pagos de beneficios y cualquier otra acción razonablemente requerida para garantizar el reembolso.

Sección 9. Género

Dondequiera que cualquiera de las palabras se use en este Plan en el género masculino, las mismas deberán ser interpretadas como si también se hubieran usado en el género femenino en todas las situaciones en las que fuera pertinente. Siempre que cualquiera de las palabras se use en este plan en el número singular, las mismas deberán ser interpretadas como si se hubieran usado en el número plural en todas las situaciones en las que fuera pertinente y viceversa.

Sección 10. Rige el Convenio de Fideicomiso

Las disposiciones de estas Reglas y Reglamentos están sujetas y controladas por las disposiciones del Convenio de Fideicomiso. En caso de algún conflicto entre las disposiciones de estas Reglas y Reglamentos y las disposiciones del Convenio de Fideicomiso, las disposiciones del Convenio de Fideicomiso prevalecerán.

Artículo VIII. Reclamaciones y Procedimientos de Apelaciones

Sección 1. Definiciones. Las siguientes definiciones se aplicarán a las disposiciones de este Artículo.

- a. Una **“Determinación Adversa de Beneficio”** es cualquier negativa, reducción o terminación de un beneficio o no proporcionar o hacer el pago por el beneficio, total o parcial, conforme a los términos del Plan. Cada uno de los siguientes es un ejemplo de una Determinación Adversa de Beneficio.
- (1) Un pago de menos del 100% de una Reclamación por beneficios (incluyendo las cantidades de coseguro o Copago de menos de un 100% y las cantidades aplicadas al Deducible);
 - (2) Una negativa, reducción, terminación de un beneficio o no proporcionar o hacer el pago por un beneficio, total o parcial, que resulta de cualquier Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés) o decisión de una Revisión de Autorización Previa, fuente de perjuicio, exclusión, exclusión de la red u otra limitación en un beneficio cubierto de otro modo;
 - (3) No cubrir un artículo o servicio porque el Fondo considera que es un Procedimiento Experimental o Investigativo, no Medicamento Necesario o no apropiado médicamente;
 - (4) Una decisión que niegue un beneficio en base a una determinación de que el reclamante no es elegible para participar en el Plan; o
 - (5) Una rescisión de cobertura, independientemente de si hay un efecto adverso en cualquier beneficio en particular en ese momento.

Una Determinación Adversa de Beneficio no incluye:

- (1) La negativa de una farmacia de abastecer una receta porque el artículo no está cubierto por el Plan, o
 - (2) Una negativa de un Médico u Hospital de proveer servicio debido a que el servicio no está cubierto por el Plan.
- b. Una **“Reclamación”** es una solicitud de beneficio hecha por un reclamante de acuerdo con los procedimientos razonables del Plan.

Las indagaciones casuales respecto a los beneficios o en qué circunstancias se puedan pagar los beneficios **no** se consideran Reclamaciones. Una solicitud de una determinación sobre si un individuo es elegible a beneficios conforme al Plan **no** se considera como Reclamación. No obstante, si un reclamante presenta una Reclamación de beneficios específicos y la

Reclamación es denegada debido a que el individuo no es elegible a beneficios conforme al Plan, la determinación de cobertura **es** considerada una Reclamación.

La presentación de una orden de receta a una farmacia no constituye una Reclamación si la farmacia sigue las reglas establecidas por el Plan y no tiene discreción para actuar a nombre del Fondo. De la misma manera, las interacciones entre un reclamante y los Proveedores Participantes (Médicos y Hospitales) no constituyen Reclamaciones en los casos en los que los proveedores no ejercen discreción a nombre del Fondo. Si un Médico, Hospital o farmacia rehúsan proporcionar los servicios o rehúsan abastecer una orden de receta a menos que el reclamante pague el costo completo, el reclamante puede presentar una Reclamación Posterior al Servicio por los servicios o la receta, según se describe en la Sección 2. Procedimientos de Reclamaciones.

Una solicitud de una certificación previa o autorización previa de un beneficio que no requiere la certificación previa o la autorización previa del Plan **no** se considera una Reclamación. Sin embargo, las solicitudes de una certificación previa o de una autorización previa de un beneficio cuando el Plan requiere la certificación previa o la autorización previa son consideradas Reclamaciones y deberán ser presentadas como Reclamaciones Previas al Servicio (o Reclamaciones de Atención de Urgencia, si es pertinente), según se describe en la Sección 2. Procedimientos de Reclamaciones.

- c. Una **“Reclamación Concurrente”** es una Reclamación que se reconsidera después de que la aprobación inicial ha sido hecha y que resulta en una reducción, terminación o extensión del beneficio.
- d. Una **“Organización Independiente de Revisión (IRO, por sus siglas en inglés)”**, significa una entidad que lleva a cabo revisiones externas independientes de las Determinaciones Adversas de Beneficios de acuerdo con las disposiciones de revisión externa del Plan y las regulaciones de revisión externa federales.
- e. Una **“Reclamación Posterior al Servicio”** es una Reclamación de beneficios que no es Previa al Servicio, de Atención Urgente o Reclamación Concurrente. Una Reclamación respecto a la rescisión de cobertura será considerada como una Reclamación Posterior al Servicio.
- f. Una **“Reclamación Previa al Servicio”** es una Reclamación de un beneficio que requiere certificación previa o autorización previa del Plan antes de que se obtenga la atención médica.
- g. **“Rescisión”** significa la cancelación o discontinuación de cobertura que tiene efecto retroactivo, excepto en la medida de que sea atribuible a no pagar oportunamente las primas o contribuciones requeridas. Al Fondo se le permite rescindir su cobertura si usted realiza un acto, práctica u omisión que constituye fraude o usted hace una tergiversación intencional de un hecho material que esté prohibido por los términos de este Plan.
- h. **“Documentos Pertinentes”** incluye los documentos relativos a una Reclamación si dichos documentos fueron la base para hacer una determinación de beneficio, fueron presentados,

considerados o generados en el transcurso de hacer una determinación de beneficio, demostrar el cumplimiento con los procesos administrativos y las protecciones requeridas por las regulaciones o constituyen la norma o directriz del Plan con respecto a la opción de tratamiento o beneficio denegados. Los documentos pertinentes también podrían incluir las reglas, protocolos, criterios, tablas de tarifa, listas de honorarios o listas de verificación del Plan y los procedimientos administrativos que demuestran que las reglas del Plan fueron aplicadas apropiadamente a una Reclamación.

- i. Una **“Reclamación de Atención de Urgencia”** es una Reclamación de atención o tratamiento médico que, si se aplicaran las normas de una Reclamación Previa al Servicio, pondría seriamente en peligro la vida o la salud del reclamante o la habilidad del reclamante de recuperar su función máxima, o en opinión de un Médico con conocimiento de la condición médica del reclamante, sometería al reclamante a un dolor intenso que no podría ser tratado adecuadamente sin la atención o tratamiento que es el tema de la Reclamación.

Sección 2. Procedimientos de Reclamaciones

a. Reclamaciones Previas al Servicio

Una Reclamación Previa al Servicio es una Reclamación de un beneficio que requiere certificación previa o autorización previa del Plan antes de que se obtenga la atención médica. Todos los ingresos electivos, no de emergencia a un Hospital requieren certificación previa (Revisión Previa al Ingreso). Por lo tanto, la certificación previa de un ingreso electivo, no de emergencia a un Hospital se considera como una Reclamación Previa al Servicio. Las Reclamaciones Previas al Servicio para la certificación previa de los ingresos al Hospital tienen que ser concertadas llamando a la Organización de Revisión Profesional apropiada (PRO).

El Plan requiere autorización previa para varios servicios y medicamentos de receta, según se describe en este folleto. Las Reclamaciones Previas al Servicio por servicios que requieren autorización previa y medicamentos de receta tienen que ser presentadas llamando a la Organización de Revisión Profesional apropiada.

Si una Reclamación Previa al Servicio se presenta apropiadamente, el reclamante será notificado sobre la decisión dentro de los 15 días desde el recibo de la Reclamación. Si se necesita tiempo adicional, el tiempo para la respuesta puede extenderse hasta 15 días debido a asuntos que estén fuera del control del Fondo. El reclamante será notificado sobre las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha para la que el Fondo espera tener disponible una decisión.

Si es necesaria una extensión de tiempo porque el Fondo requiere información adicional del reclamante, el reclamante será notificado, por escrito, antes del final del periodo inicial de 15 días, sobre la información requerida. El reclamante tendrá 45 días desde el recibo de la notificación para proporcionar la información adicional. Si no se proporciona la información dentro de los 45 días, la Reclamación será denegada. Durante el periodo en el que al reclamante se le permite proporcionar información adicional, el plazo normal para tomar la

decisión sobre la Reclamación será suspendido desde la fecha de la Notificación de la extensión hasta ya sean 45 días o la fecha en la que el reclamante responda a la solicitud (la que ocurra primero). El Fondo entonces tiene 15 días para tomar una decisión sobre la Reclamación y notificar al reclamante sobre la determinación.

Si el reclamante inapropiadamente presenta una Reclamación Previa al Servicio al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros, el Fondo o la Organización Profesional de Revisión apropiada (PRO) notificará al reclamante tan pronto como sea posible pero 5 días a más tardar después del recibo de la Reclamación sobre los procedimientos apropiados a seguirse al presentar una Reclamación. El reclamante sólo recibirá aviso de una reclamación Previa al Servicio que ha sido presentada equivocadamente si la reclamación incluye (1) el nombre del paciente, (2) la condición médica específica o síntoma del paciente, y (3) el tratamiento, servicio o producto específicos por los que se solicita la aprobación. A menos que la reclamación sea vuelta a presentar apropiadamente, la misma no constituirá una Reclamación.

b. Reclamaciones de Atención de Urgencia

Una Reclamación de Atención de Urgencia es una Reclamación de beneficio por la que el plan requiere certificación previa o autorización previa antes de que se obtenga la atención médica y, que si se aplicaran los estándares normales de Reclamación Previa al Servicio, la vida o la salud del Individuo Elegible estarían seriamente en peligro.

El Fondo determinará si una Reclamación es una Reclamación de Atención de Urgencia al aplicar el juicio de una persona legítima prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina. Por otro lado, si un Médico con conocimiento de la condición médica del paciente determina que la Reclamación es una Reclamación de Atención de Urgencia y notifica al Fondo que la Reclamación será tratada como una Reclamación de Atención de Urgencia.

Las Reclamaciones de Atención de Urgencia, que pueden incluir certificaciones previas (Revisión Previa a la Admisión) de ingresos al Hospital y autorizaciones previas de varios servicios y medicamentos de receta, tienen que ser presentadas de la misma manera que las Reclamaciones Previas al Servicio llamando a la Organización Profesional de Revisión apropiada (PRO).

Para una Reclamación de Atención de Urgencia presentada apropiadamente, el Fondo responderá al reclamante con una determinación por teléfono tan pronto como sea posible, tomando en consideración las circunstancias y condición médica, pero no más tarde de 72 horas después del recibo de la Reclamación. La determinación también será confirmada por escrito.

Si una Reclamación de Atención de Urgencia es recibida sin la información suficiente para determinar si, o hasta qué punto, los beneficios están cubiertos o son pagaderos, el Fondo notificará al reclamante tan pronto como sea posible, pero no después de 24 horas después del recibo de la Reclamación, de la información específica necesaria para completar la

Reclamación. El reclamante tiene que proporcionar la información específica dentro de 48 horas. Si la información no se proporciona dentro de 48 horas, la Reclamación será denegada.

Durante el periodo en que al reclamante se le permite proporcionar información adicional, el plazo normal para tomar la decisión sobre la Reclamación será suspendido desde la fecha de la Notificación de la extensión hasta ya sea 48 horas o la fecha en que el reclamante responde a la solicitud, lo que ocurra primero. El aviso de la decisión será proporcionado no más tarde de las 48 horas después del recibo de la información especificada o del final del periodo de 48 horas permitido para el reclamante de proporcionar información, lo que ocurra primero.

Si un reclamante presenta inapropiadamente una Reclamación de Atención de Urgencia al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros, el Fondo o la Organización Profesional de Revisión (PRO) apropiada notificará al reclamante tan pronto como sea posible pero no después de las 24 horas después del recibo de la Reclamación, sobre los procedimientos apropiados a seguir al presentar una Reclamación de Atención de Urgente. El reclamante sólo recibirá el aviso de una Reclamación de Atención de Urgencia presentada inapropiadamente si la Reclamación incluye (1) el nombre del paciente, (2) la condición médica específica o síntoma del paciente, y (3) el tratamiento, servicio o producto específicos por los que se solicita la aprobación. A menos que la reclamación sea vuelta a presentar apropiadamente, la misma no constituirá una Reclamación.

c. Reclamaciones Concurrentes

La reconsideración de un beneficio con respecto a una Reclamación Concurrente que tenga que ver con la terminación o reducción de un beneficio previamente aprobado (que no sea por enmienda o terminación del plan) será hecha por el Fondo tan pronto como sea posible. En cualquier caso, al reclamante se le dará tiempo suficiente para solicitar una apelación y que se decida la apelación antes de que el beneficio sea reducido o terminado.

Cualquier solicitud de un reclamante para extender una Reclamación de Atención de Urgencia será atendida por el Fondo dentro de las 24 horas desde el recibo de la Reclamación, siempre y cuando la Reclamación sea recibida por lo menos 24 horas antes de la caducidad de la Reclamación de Atención de Urgencia aprobada. Una solicitud para extender un tratamiento aprobado que no tenga que ver con una Reclamación de Atención de Urgencia será decidida de acuerdo a las guías para las Reclamaciones Previas al Servicio o la Reclamaciones Posteriores al Servicio, según sea pertinente.

d. Reclamaciones Posteriores al Servicio

Una Reclamación Posterior al Servicio tiene que ser presentada al Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros por escrito, usando el formulario de reclamación apropiado, tan pronto como sea posible pero en ningún caso pasado el año después de que

se incurrió en los gastos. Puede obtenerse un formulario de reclamación comunicándose con la Oficina del Fondo Fideicomiso.

El formulario de reclamación tiene que ser completado totalmente y adjuntar la(s) factura(s) detallada(s) al formulario de reclamación para que la solicitud de beneficios sea considerada como una Reclamación. El formulario de reclamación y/o la(s) factura(s) detallada(s) tienen que incluir la información siguiente para que la solicitud sea considerada como una Reclamación:

- El nombre del paciente y el número de Identificación del Plan de Salud y del seguro social;
- La fecha del servicio;
- El tipo de servicio o la clave CPT (la clave para los servicios del médico y otros servicios de atención a la salud que se encuentra en la Terminología Actual de Procedimientos, según la mantiene y la distribuye la Asociación Médica Americana);
- El diagnóstico o la clave ICD (la clave de diagnóstico que se encuentra en la Clasificación Internacional de Enfermedades según la mantiene y distribuye el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.);
- El(los) cargo(s) facturado(s);
- El número de unidades (para anestesia y ciertas otras reclamaciones);
- El número de identificación federal como causante de impuestos (TIN, por sus siglas en inglés); y
- El nombre y dirección de facturación del proveedor.

Una Reclamación Posterior al Servicio se considera presentada contra recibo de la Reclamación por el Fondo. Usualmente, los reclamantes son notificados de las decisiones en las Reclamaciones Posteriores al Servicio dentro de los 30 días del recibo de la Reclamación por el Fondo. El Fondo puede extender este periodo una vez por hasta 15 días si la extensión es necesaria debido a asuntos fuera del control del Fondo. Si es necesaria una extensión, el reclamante será notificado antes del final del periodo inicial de 30 días, sobre las circunstancias que requieren la extensión y la fecha para la cual el Fondo espera que la decisión esté disponible.

Si se requiere una extensión porque el Fondo necesita información adicional del reclamante, el Fondo emitirá una Solicitud de Información Adicional que especifique la información necesaria. El reclamante tendrá 45 días desde el recibo de la notificación para suministrar la información adicional. Si no se proporciona la información dentro de ese periodo, la Reclamación será denegada. Durante el periodo de 45 días en el que al reclamante se le permite proporcionar información adicional, el plazo normal para tomar una decisión sobre la reclamación será suspendido. El plazo se suspende desde la fecha de la Solicitud de Información Adicional hasta ya sea 45 días o hasta la fecha en la que el reclamante responde a la solicitud, lo que sea primero. Entonces, el Fondo tiene 15 días para tomar una decisión en cuanto a la Reclamación y notificar al reclamante sobre la determinación.

Si el Fondo determina que se requiere información adicional del reclamante, puede emitir una Solicitud de Información Adicional y Aviso de Determinación Adversa de Beneficio combinados. El Aviso de Determinación Adversa de Beneficio sólo sería aplicable si el

reclamante no proporciona ninguna información dentro de 45 días. En este caso, el Fondo no emitiría una Aviso de Determinación Adversa de Beneficio por separado si el reclamante no presentó información alguna en un plazo de 45 días. El aviso combinado expone claramente que la Reclamación será denegada si el reclamante no presenta información alguna en respuesta a la solicitud del Fondo, y va a satisfacer los requisitos de contenido tanto de la Solicitud de Información Adicional como de la Notificación de Determinación Adversa. Cuando se usa el aviso combinado, el plazo de tiempo para apelar la Determinación Adversa de Beneficio comienza a correr al final del periodo de 45 días prescrito en el aviso combinado para presentar la información solicitada.

e. **Representantes Autorizados**

Un reclamante puede designar a una persona como su representante autorizado, como un cónyuge o hijo adulto, para presentar una apelación a su nombre. El reclamante tiene que firmar y presentar un formulario de autorización por escrito y en el formulario prescrito por la Junta. El Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros puede solicitar información adicional para verificar que la persona designada está autorizada para actuar a nombre del reclamante.

Un profesional de atención a la salud (incluyendo a un Hospital u otro centro) con conocimiento de la condición médica del reclamante puede actuar como representante autorizado en conexión con una Reclamación sin que el reclamante tenga que designar al profesional de atención a la salud para que actúe.

f. **Aviso de Decisión Inicial de Beneficio**

(1) Al reclamante se le proporcionará aviso por escrito sobre la decisión inicial de beneficio en su Reclamación. Si la decisión es una Determinación Adversa de Beneficio, el aviso incluirá:

- La identidad de la Reclamación de la que se trata (fecha de servicio, proveedor de atención a la salud, cantidad de la Reclamación) si es pertinente;
- Una declaración de que previa solicitud y libre de cargo, se proporcionarán la clave del diagnóstico y/o la clave del tratamiento y sus significados correspondientes. No obstante, una solicitud de esta información no será tratada como una solicitud de una Apelación Interna o de una Revisión Externa;
- La(s) razón(es) específica(s) para la determinación incluyendo la clave de la negativa y su significado correspondiente así como cualquier estándar del Plan usado al denegar la Reclamación;
- Referencia a la(s) disposición(es) específica(s) del Plan en la(s) que se basa la decisión;
- Una descripción de cualquier material o información necesarios para completar la Reclamación y una explicación de por qué el material o la información son necesarios;
- Una descripción del Procedimiento de Apelaciones Internas y del Proceso de Revisión Externa del Fondo incluyendo los plazos de tiempo e información pertinente respecto a cómo iniciar una apelación o revisión;

- Una declaración del derecho del reclamante de entablar una acción civil conforme a ERISA §502(a) con posterioridad a la apelación de una Determinación Adversa de Beneficio;
 - Si se basaron en una regla interna, directriz o protocolo al decidir la Reclamación, una declaración de que hay una copia disponible previa solicitud por escrito sin costo alguno;
 - Si la decisión inicial del beneficio estuvo basada en la ausencia de una necesidad médica o porque el tratamiento era experimental o investigativo, u otra exclusión similar, una declaración de que el criterio científico o clínico para la determinación está disponible previa solicitud sin cargo alguno;
 - Divulgación de la disponibilidad e información de contacto de cualquier defensor del pueblo establecido conforme a la Ley de Servicios de Salud Pública para asistir a los individuos con los Procedimientos de Reclamaciones Internas y el Proceso de Revisión Externa del Fondo; y
 - Para las Reclamaciones de Atención de Urgencia, una descripción del proceso de revisión agilizado aplicable a las Reclamaciones de Atención de Urgencia (para Reclamaciones de Atención de Urgencia, el aviso puede proporcionarse de forma oral y seguido de una notificación por escrito).
- (2) Si el reclamante no entiende inglés y tiene preguntas sobre un Aviso de Decisión Inicial de Beneficio, deberá comunicarse con el Fondo para averiguar si hay asistencia disponible en español. Para obtener asistencia en español, llame al Fondo.

Sección 3. El Procedimiento de Apelaciones Internas del Fondo

a. Para Apelar una Determinación Adversa de Beneficios

Si una Reclamación es denegada total o parcialmente, o si el reclamante no está de acuerdo con la decisión tomada en la Reclamación, el reclamante puede apelar la decisión primero a través del Procedimiento de Apelaciones Internas a la Junta de Fideicomisarios por el Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros.

(1) Reclamaciones Previas al Servicio

Una apelación de una Determinación Adversa de Beneficio emitida por la Organización Profesional de Revisión (PRO) respecto a las Reclamaciones Previas al Servicio tiene que hacerse telefoneando a la PRO.

Una apelación de una Determinación Adversa de Beneficio emitida por el Fondo respecto a una Reclamación Previa al Servicio deberá ser presentada por escrito a la Junta dentro de los 180 días desde el recibo de la Notificación de la Determinación Adversa de Beneficio.

La solicitud a la Junta para una Apelación Interna tiene que incluir:

- El nombre, dirección, número de Identificación del Plan de Salud y del seguro social del paciente;
- El nombre completo y dirección del reclamante (si la dirección es diferente de la del Participante Activo);
- Una declaración de que es una solicitud de apelación a una decisión de la Junta;
- La fecha de la Determinación Adversa de Beneficio; y
- Las bases para la apelación, específicamente, la(s) razón(es) por las que la Reclamación no debe ser denegada.

(2) Reclamaciones de Atención de Urgencia

Una apelación de una Determinación Adversa de Beneficio emitida por la Organización Profesional de Revisión (PRO) respecto a una Reclamación de Atención de Urgencia tiene que hacerse telefoneando a la PRO dentro de los 180 días después del recibo del Aviso de la Determinación Adversa de Beneficio.

También puede presentar una apelación a la Junta de Fideicomisarios por escrito a la Junta dentro de los 180 días después del recibo del Aviso de la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo.

Si hace una apelación dentro de las 72 horas del recibo del Aviso de la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo, la apelación puede ser hecha oralmente telefoneando a la Oficina del Fondo Fideicomiso.

(3) Reclamaciones Concurrentes

Una apelación de una Determinación Adversa de Beneficio respecto a una Reclamación Concurrente tiene que ser hecha telefoneando a la Organización Profesional de Revisión (PRO) si la Determinación Adversa de Beneficio fue hecha por la PRO.

Una apelación de una Determinación Adversa de Beneficio respecto a una Reclamación Concurrente tiene que ser hecha por escrito a la Junta si la Determinación Adversa de Beneficio fue emitida por el Fondo.

Para una Reclamación Concurrente que tenga que ver con la terminación o reducción de atención previamente aprobada, no hay un plazo de tiempo fijo para apelar; no obstante, la apelación tiene que ser completada antes de que se termine o reduzca la atención.

Para una Reclamación Concurrente respecto a una extensión de la atención, el plazo de tiempo de la apelación será el plazo de tiempo para una Reclamación Urgente, de Servicio Previo o de Servicio Posterior, cualquier categoría que sea que se aplique a la apelación.

(4) Reclamaciones Posteriores al Servicio

Una apelación de una Reclamación Posterior al Servicio tiene que ser hecha por escrito a la Junta de Fideicomisarios dentro de los 180 días después del recibo de la notificación de Determinación Adversa de Beneficio.

La solicitud para una Apelación Interna tiene que incluir:

- El nombre, dirección y número de identificación del Plan de Salud y del seguro social del paciente;
- El nombre y dirección del reclamante (si la dirección es diferente de la del Participante Activo);
- Una declaración de que es una apelación a la decisión hecha por la Junta;
- La fecha de la Determinación Adversa de Beneficio; y
- La base de la apelación, específicamente, la(s) razón(es) por las que la Reclamación no deber ser denegada.

Todas las solicitudes para una Apelación Interna para Reclamaciones Previas al Servicio, de Atención de Urgencia, Concurrentes o Posteriores al Servicio deberán ser enviadas a:

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

b. El Procedimiento de Apelación Interna

- (1) En conexión con la solicitud del reclamante para una Apelación Interna a la Junta, el reclamante tiene la oportunidad de presentar comentarios escritos, documentos y otra información para su consideración durante la Apelación Interna, incluso si la información fue presentada o considerada como parte de la decisión inicial de beneficio. Al reclamante se le proporcionará, previa solicitud y libre de cargos, acceso razonable y copias de todos los Documentos Relevantes relativos a su Reclamación.

Una persona que no sea la persona que originalmente hizo la Determinación Adversa de Beneficio en la Reclamación revisará la apelación. El revisor no considerará la Determinación Adversa de Beneficio inicial. La decisión será hecha en base al expediente, incluyendo cualquier documento adicional y los comentarios presentados por el reclamante.

Si la reclamación fue denegada en base a un criterio médico (tal y como una decisión de que el tratamiento no era Medicamente Necesario o que era un Procedimiento Experimental o Investigativo), será consultado un profesional de la atención médica que tenga la capacitación y la experiencia apropiadas en un campo relevante de la medicina. Previa solicitud, al reclamante se le proporcionará la identificación del

consultor o asesor médico, si lo hay, que dio el asesoramiento sobre la Reclamación, sin importar si se basaron en el asesoramiento al decidir la Reclamación.

- (2) Si el reclamante no entiende inglés y tiene preguntas sobre un Aviso de Decisión Inicial de Beneficio, deberá comunicarse con el Fondo para averiguar si hay asistencia disponible en español. Para obtener asistencia en español, llame al Fondo.

c. **Los Plazos de Tiempo para Enviar un Aviso de la Decisión de una Apelación**

(1) **Reclamaciones Previas al Servicio**

El aviso escrito de la decisión de una apelación para una Reclamación Previa al Servicio será enviado por el Fondo a nombre de la Junta dentro de los 30 días del recibo de la apelación por el Fondo.

(2) **Reclamaciones de Atención de Urgencia**

El aviso escrito de la decisión de una apelación para las Reclamaciones de Atención de Urgencia será enviado por el Fondo a nombre de la Junta dentro de las 72 horas del recibo de la apelación por el Fondo.

(3) **Reclamaciones Concurrentes**

El aviso escrito de la decisión de una apelación para las Reclamaciones Concurrentes que tiene que ver con una terminación o reducción de atención previamente aprobada será enviado por el Fondo a nombre de la Junta antes de que se termine o se reduzca la atención.

El aviso escrito de la decisión de una apelación para una Reclamación Concurrente será enviado por el Fondo a nombre de la Junta en base a los plazos de tiempo para una Reclamación Urgente, Previa al Servicio o Posterior al Servicio, la Reclamación de cualquier tipo que aplique a la apelación.

(4) **Reclamaciones Posteriores al Servicio**

La decisión de una Apelación Interna que tenga que ver con las Reclamaciones Posteriores al Servicio será hecha por la Junta a más tardar para la fecha de la reunión trimestral de la Junta que sigue inmediatamente al recibo de la solicitud de reconsideración, a menos que la solicitud se presente dentro de los 30 días previos a la fecha de la reunión. En ese caso, la decisión se hará a más tardar para la fecha de la segunda reunión siguiente al recibo de la solicitud de reconsideración. Si hay circunstancias especiales que requieren una extensión adicional de tiempo para procesar, la decisión se hará a más tardar para la fecha de la tercera reunión siguiente al recibo de la solicitud de reconsideración. La Junta proporcionará al reclamante un aviso por escrito de la extensión, describiendo las circunstancias especiales y la fecha para la cual se hará la determinación del beneficio previo al comienzo de la extensión.

El Fondo a nombre de la Junta notificará al reclamante sobre la decisión del beneficio lo antes posible, pero no más tarde de los 5 días después de que se ha tomado la decisión respecto a la solicitud del reclamante.

d. Contenido de un Aviso de Decisión de Apelación

La decisión en una Apelación Interna será proporcionada al reclamante por escrito.

(1) Si la decisión es una Determinación Adversa de Beneficio en la Apelación Interna, el aviso incluirá:

- Información que sea suficiente para identificar la Reclamación de la que se trata (la fecha de servicio, el nombre del proveedor de atención médica, la cantidad de la Reclamación, si procede);
- Una declaración de que previa solicitud y libre de cargos, se proporcionará la clave del diagnóstico y/o la clave del tratamiento, y sus significados correspondientes. No obstante, una solicitud de esta información no será tratada como una solicitud para una Revisión Externa;
- La(s) razón(es) específica(s) para la decisión incluyendo la clave de la negativa y su significado correspondiente y un comentario de la decisión, así como cualquier estándar del Plan usado para denegar la Reclamación;
- Referencia a la(s) disposición(es) específica(s) del Plan en la que está basada la decisión;
- Una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir las claves del diagnóstico y del tratamiento correspondiente pertinentes a la Reclamación previa solicitud por escrito y libre de cargos;
- Una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir acceso razonable a todos los documentos relativos a la Reclamación y copias de los mismos previa solicitud por escrito y libre de cargos;
- Una declaración del derecho del reclamante a entablar una acción civil conforme a ERISA §502(a) con posterioridad a una Determinación Adversa del Beneficio en una Apelación Interna;
- Una explicación del Proceso de Revisión Externa junto con cualquier plazo de tiempo e información respecto a cómo iniciar el próximo nivel de revisión;
- Si se basaron en una regla interna, directriz o protocolo, una declaración de que hay una copia disponible previa solicitud por escrito sin costo alguno;
- Si la decisión del beneficio estuvo basada en una necesidad médica o porque el tratamiento era un Procedimiento Experimental o Investigativo, u otra exclusión

similar, una declaración de que la explicación del criterio específico o clínico para la decisión está disponible previa solicitud y libre de cargo;

- La declaración de que “Usted y su Plan pueden tener otras opciones de resolución voluntaria de disputas tales como la mediación. Una forma de averiguar lo que puede estar disponible es comunicarse con su Oficina local del Departamento del Trabajo de los EE.UU.”; y
- Divulgación de la disponibilidad e información de contacto de cualquier defensor del pueblo pertinente establecido conforme a la Ley de Servicios de Salud Pública para asistir a los individuos con las Reclamaciones Internas y Apelaciones y el Proceso de Revisión Externa.

- (2) Si el reclamante no entiende inglés y tiene preguntas sobre un Aviso de Decisión Inicial de Beneficio, deberá comunicarse con el Fondo para averiguar si hay asistencia disponible en español. Para obtener asistencia en español, llame al Fondo.

Sección 4. Revisión Externa de las Reclamaciones

El Proceso de Revisión Externa tiene la intención de cumplir con la Ley de Cuidado Asequible (ACA, por sus siglas en inglés). Para los fines de esta sección, las referencias a “usted” o “su” le incluyen a usted, a los Representantes Autorizados de su(s) Dependiente(s) cubierto(s); y las referencias al “Plan” incluyen al Plan y a su(s) persona(s) designada(s).

Usted puede solicitar una revisión adicional mediante el Proceso Externo de Revisión de una Organización Independiente de Revisión (IRO), si su Apelación Interna de una Reclamación de atención a la salud, ya sea Urgente, Concurrente, Previa al Servicio o Posterior al Servicio es denegada y se ajusta a las directrices siguientes:

- (1) La negativa tiene que ver con un criterio médico que incluye, sin limitaciones, a aquellos que se basan en el requisito del Plan de necesidad médica, adecuación, entorno de la atención a la salud, nivel de atención o efectividad de un beneficio cubierto o una determinación de que el tratamiento es un Procedimiento Experimental o Investigativo. La IRO [Organización Independiente de Revisión] determinará si la negativa implica un criterio médico; y/o
- (2) La negativa se debe a una Rescisión de la cobertura (eliminación retroactiva de cobertura) independientemente de si la Rescisión tiene algún efecto en cualquier beneficio particular en ese momento.

El Proceso de Revisión Externa no está disponible para ningún otro tipo de negativas incluyendo si su Reclamación fue denegada debido a que no cumplió con los requisitos para la elegibilidad conforme a los términos del Plan. En adición, el Proceso de Revisión Externa no se refiere a las Reclamaciones por Muerte y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés), los beneficios dentales o de la vista.

Por lo general, usted sólo puede solicitar una Revisión Externa después de que haya agotado los Procedimientos de Apelación Interna descritos anteriormente. Esto significa que, en el curso normal, usted sólo puede solicitar una Revisión Externa después de que se haya hecho una decisión final sobre una Apelación Interna.

Hay dos tipos de Reclamaciones, descritas más adelante, que son elegibles para el Proceso de Revisión Externa: las Reclamaciones Estándares (no-Urgentes) y las Reclamaciones Expeditas de Urgencia.

- (1) Revisión Externa de Reclamaciones Estándares (no-urgentes). Su solicitud de una Revisión Externa de una Reclamación Estándar (no-urgente) tiene que hacerse por escrito dentro de los cuatro (4) meses de la fecha en la que recibe la notificación de una Determinación de una Reclamación o una Determinación Adversa de Beneficio en una Apelación Interna. Por conveniencia, estas decisiones se nombran más adelante como “Determinación Adversa de Beneficio”, a menos que sea necesario considerarlas por separado.

Por lo general, el Procedimiento de Apelación Interna del Fondo tiene que ser agotado antes de que esté disponible una Revisión Externa. Una Revisión Externa de una Reclamación Estándar (no-urgente) sólo estará disponible después de que se emita una Determinación Adversa de Beneficio en una Apelación Interna.

(A) Revisión Preliminar de Reclamaciones Estándares (no-urgentes).

- (1) En un plazo de cinco (5) días hábiles desde el recibo por parte del Fondo de su solicitud de una Revisión Externa de una Reclamación Estándar (no-urgente), el Fondo completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si:
 - (a) Usted está/estuvo cubierto conforme al Plan al momento en que se solicitó el artículo o servicio de atención a la salud o, en el caso de una Revisión Retrospectiva, estaba cubierto conforme al Plan al momento en que se suministró el artículo o servicio de atención a la salud;
 - (b) La Determinación Adversa de Beneficio en una Apelación Interna no se relaciona con que usted no cumpla con los requisitos para la elegibilidad conforme a los términos del Plan; o con una negativa que esté basada en una determinación contractual o legal; o con la falta de pago de las primas ocasionando una cancelación retroactiva;
 - (c) Usted ha agotado los Procedimientos de Apelación Interna del Fondo (salvo en circunstancias limitadas, excepcionales cuando a un reclamante no se le requiere hacerlo conforme a los reglamentos); y
 - (d) Usted ha suministrado toda la información y los formularios requeridos para procesar una Revisión Externa.

- (2) En un plazo de 1 día hábil de completar su revisión preliminar, el Fondo le notificará por escrito sobre si su solicitud de una Revisión Externa cumple con los requisitos anteriores. El aviso le informará:
 - (a) Si su solicitud está completa y es elegible para una Revisión Externa; o
 - (b) Si su solicitud está completa pero no es elegible para una Revisión Externa, en cuyo caso el aviso incluirá las razones de su inelegibilidad, e información de contacto para la Administración de Garantía de Beneficios de Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) (número de teléfono gratuito 1 866 444 EBSA (3272)); o
 - (c) Si su solicitud está incompleta, el aviso describirá la información o materiales necesarios para completar la solicitud y permitirle que usted complete su solicitud de Revisión Externa dentro del periodo de presentación de 4 meses, o dentro del periodo de 48 horas posteriores al recibo del aviso, cualquiera que sea posterior.
- (B) Revisión Externa de Reclamaciones Estándares (no-urgentes) por una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés)
 - (1) Si la solicitud está completa y es elegible para una Revisión Externa, el Fondo asignará la solicitud a una IRO (Nota: La IRO no es elegible para ningún incentivo financiero o pago en base a la posibilidad de que la IRO apoye la negativa de beneficios. El Fondo puede rotar asignaciones entre las IRO's con las que tiene contrato). Una vez que la Reclamación está asignada a una IRO, se aplicará el procedimiento siguiente:
 - (a) La IRO asignada le notificará a usted oportunamente por escrito sobre la elegibilidad y aceptación para Revisión Externa, incluyendo direcciones sobre cómo puede presentar información adicional respecto a su Reclamación (por lo general, usted debe a presentar esta información dentro de 10 días hábiles).
 - (b) En un plazo de 5 días hábiles después de que la Reclamación sea asignada a una IRO para una Revisión Externa, el Fondo proporcionará a la IRO los documentos y la información que el Fondo consideró al hacer su Determinación Adversa de Beneficio.
 - (c) Si usted presenta información adicional relativa a su Reclamación a la IRO, la IRO asignada tiene que, en 1 día hábil, enviar esa información al Fondo. Al recibo de cualquier información adicional, el Fondo puede reconsiderar la Determinación Adversa de Beneficio que es el objeto de la Revisión Externa. La reconsideración por parte del Fondo no retrasará la Revisión Externa. No obstante, si después de la reconsideración, el Fondo revierte su Determinación Adversa de Beneficio, el Fondo le proporcionará a usted

y a la IRO notificación por escrito de su decisión dentro de 1 día hábil después de hacer dicha decisión. Al recibo de la notificación, la IRO terminará su Revisión Externa.

- (d) La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos oportunamente. Al llegar a una decisión, la IRO revisará la reclamación nueva (como si fuera nueva) y no estará obligada por ninguna de las decisiones o conclusiones a las que se llegaron durante los Procedimientos de Apelaciones Internas del Fondo. No obstante, a la IRO se le requerirá que se ajuste a los términos del Plan para garantizar que decisión de la IRO no es contraria a los términos del Plan, a menos que los términos del Plan sean incompatibles con la ley aplicable. La IRO también tiene que observar los requisitos del Plan para beneficios, incluyendo los estándares del Plan para los criterios de revisión clínica, necesidad médica, adecuación, entorno de atención a la salud, nivel de atención o efectividad del beneficio cubierto.

Aparte de los documentos y de la información proporcionada, la IRO asignada, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y sean apropiados, puede considerar información adicional, incluyendo la información de sus expedientes médicos, recomendaciones u otra información de sus proveedores de atención a la salud que le tratan (o le están atendiendo), otra información suya o del Fondo, los informes de los profesionales apropiados de atención a la salud, las directrices apropiadas de práctica y los estándares aplicables en base a evidencia, los criterios de revisión clínica aplicables del Plan y/o la opinión de los revisores clínicos de la IRO.

- (e) La IRO asignada le proporcionará a usted y al Fondo notificación por escrito sobre su decisión final de Revisión Externa dentro de los 45 días después de que la IRO reciba la solicitud para la Revisión Externa.
- (f) La notificación de la decisión de la IRO asignada contendrá:
 - (1) Información suficiente para identificar la Reclamación incluyendo la fecha o las fechas de servicio, el proveedor de atención a la salud, la cantidad de la Reclamación (si es pertinente), la clave del diagnóstico y su significado correspondiente, la clave del tratamiento y su significado correspondiente y la razón para la negativa previa;
 - (2) La fecha en la que la IRO recibió la solicitud para llevar a cabo la Revisión Externa y la fecha de la decisión de la IRO;
 - (3) Referencias a la evidencia o documentación considerada al llegar a su decisión, incluyendo las disposiciones específicas de cobertura y los estándares basados en la prueba;

- (4) Un comentario sobre la(s) razón(es) principal(es) para la decisión de la IRO, incluyendo la razón fundamental para su decisión y cualquier estándar basado en las pruebas en los que se basaron para tomar la decisión;
- (5) Una declaración de que la determinación de la IRO es vinculante para el Plan (a menos que pueda haber otros remedios disponibles para usted o el Plan conforme a la ley Estatal o Federal aplicable);
- (6) Una declaración de que puede estar disponible para usted una revisión judicial; y
- (7) Información actual de contacto, incluyendo número de teléfono, para cualquier oficina aplicable de asistencia al consumidor sobre seguros de salud o defensor del pueblo establecido conforme a la Ley de Cuidado Asequible (ACA) para asistir con los Procesos de Revisión Externa.
- (8) Si la Revisión Externa final de la IRO revierte la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo, al recibo por parte del Fondo de la notificación de dicha reversión, el Fondo inmediatamente proporcionará cobertura o pago para la Reclamación revisada. Sin embargo, incluso después de proporcionar cobertura o pago por la Reclamación, el Fondo puede, a su exclusiva discreción, solicitar un remedio judicial para revertir o modificar la decisión de la IRO.
- (9) Si la Revisión Externa final sostiene la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo, el Fondo continuará negando la cobertura o el pago por la Reclamación revisada. Si usted está insatisfecho con la decisión de la Revisión Externa, puede solicitar una revisión judicial según se permite de acuerdo a ERISA §502(a).

(2) Revisión Externa de las Reclamaciones Expeditas de Atención Urgente

(A) Usted puede solicitar una Revisión Externa expedita si:

- (1) Usted recibe una Determinación de Reclamación de Beneficio adversa inicial que tiene que ver con una condición médica por la que el plazo de tiempo para la finalización de una Apelación Interna expedita pondría seriamente en peligro su vida o su salud o que pondría en peligro su habilidad de recobrar la función máxima y usted ha presentado una solicitud para una Apelación Interna expedita; o
- (2) Usted recibe una Determinación Adversa de Beneficio sobre una Apelación Interna que tiene que ver con una condición médica por la que el plazo de tiempo

para la finalización de una Reclamación Estándar (no-urgente) para una Revisión Externa pondría seriamente en peligro su vida o su salud o que pondría en peligro su habilidad de recobrar la máxima función o usted recibe una Determinación Adversa de Beneficio de una Apelación Interna que se refiere a una admisión, disponibilidad de la atención, estadía continuada o artículo o servicio de atención a la salud por la que usted recibió servicios de emergencia pero todavía no ha sido dado de alta de un centro.

(B) Revisión Preliminar para una Revisión Externa de una Reclamación de Atención de Urgencia Expedita:

Inmediatamente al recibo de una solicitud de una Revisión Externa Expedita, el Fondo completará una revisión preliminar de la solicitud para determinar si los requisitos para una revisión preliminar se han satisfecho (según se describe conforme a las Reclamaciones Estándares (no-urgentes) anteriores). El Fondo inmediatamente le notificará (por teléfono o por fax) sobre si su solicitud de una Revisión Externa cumple con los requisitos de revisión preliminar, y si no, proporcionará o solicitará la información (también descrita conforme a la Reclamaciones Estándares (no-urgentes) anteriores).

(C) Revisión Externa de una Reclamación de Atención Urgente Expedita por una Organización de Revisión Independiente (IRO, por sus siglas en inglés):

Con posterioridad a la revisión preliminar de que una solicitud es elegible para una Revisión Externa expedita, el Fondo asignará una IRO (siguiendo el proceso descrito bajo Revisión Externa Estándar (no-urgente) anterior). El Fondo sin demora (es decir, por teléfono, fax, mensajería, entrega del día siguiente, etc.) proporcionará o transmitirá a la IRO asignada todos los documentos e información necesarios que consideró al hacer la Determinación Adversa de Beneficio.

La IRO asignada, en la medida que la información o los documentos estén disponibles y que la IRO considere apropiados, tiene que considerar la información o documentos descritos en los procedimientos para una Revisión Externa estándar (descritos anteriormente bajo Reclamaciones Estándares). Al llegar a la decisión, la IRO asignada tiene que revisar la Reclamación nueva (como si fuera nueva) y no está obligada por ninguna decisión o conclusión a la que se llegó durante los Procedimientos de Apelaciones Internas del Fondo. Sin embargo, a la IRO se le requerirá que se ajuste a los términos del Plan para garantizar que la decisión de la IRO no es contraria a los términos del Plan, a menos que los términos sean incompatibles con la ley aplicable.

La IRO también tiene que observar los requisitos del Plan para beneficios, incluyendo los estándares del Plan para los criterios de revisión clínica, necesidad médica, adecuación, entorno de atención a la salud, nivel de atención o efectividad de un beneficio cubierto.

La IRO proporcionará aviso de su decisión de Revisión Externa expedita final, de acuerdo con los requisitos, establecidos conforme a las Reclamaciones Estándares (no-urgentes), tan de prisa como lo requiera su condición médica o las circunstancias, pero en ningún caso no más de 72 horas después de que la IRO reciba la solicitud de una Revisión Externa expedita. Si la notificación de la decisión de la IRO no está por escrito, dentro de las 48 horas después de la fecha de proporcionar dicha notificación, la IRO tiene que proporcionarle a usted y al Fondo confirmación por escrito de la decisión.

- (1) Si la Revisión Externa final de la IRO revierte la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo, al recibo por parte del Fondo de la notificación de dicha reversión, el Fondo inmediatamente proporcionará cobertura o pago por la Reclamación revisada. Sin embargo, incluso después de proporcionar cobertura o pago de la Reclamación, el Fondo puede, a su exclusiva discreción, solicitar remedio judicial para revertir o modificar la decisión de la IRO.
- (2) Si la Revisión Externa final sostiene la Determinación Adversa de Beneficio del Fondo, el Fondo continuará negando la cobertura o el pago por la Reclamación revisada. Si usted está insatisfecho con la decisión de la Revisión Externa, puede solicitar una revisión judicial según se permite de acuerdo a ERISA §502(a).
- (3) Para un panorama general de los plazos de tiempo durante el Proceso de Revisión Externa federal, vea la tabla en la próxima página.

Sección 5. Cuándo Puede Iniciarse una Demanda

El reclamante no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta después de que el reclamante haya solicitado una apelación y se haya llegado a una decisión final. Un reclamante también puede presentar una demanda si los plazos descritos anteriormente han expirado a la fecha en la que el reclamante solicitó una revisión pero no recibió una decisión final de la entidad revisora. Si el reclamante no está satisfecho con la decisión final, tiene el derecho de entablar una acción civil para obtener beneficios conforme a ERISA §502(a).

Tabla de Plazos de Tiempo de la Revisión Externa

Pasos en el Proceso de Revisión Externa	Plazo de Tiempo para las Reclamaciones Estándares (No-Urgentes)	Plazo de Tiempo para las Reclamaciones de Atención de Urgencia Expeditas
El Reclamante solicita una Revisión Externa (por lo general, después de que los Procedimientos de Apelaciones de Reclamaciones Internas han sido agotados)	Dentro de los 4 meses después del recibo de una Determinación Adversa de Beneficio (aviso de negativa de beneficios)	Después del recibo de una Determinación Adversa de Reclamación de Beneficios (aviso de negativa de beneficios)
El Fondo lleva a cabo una revisión preliminar	Dentro de los 5 días hábiles con posterioridad al recibo por parte del Fondo de una solicitud de revisión externa	Inmediatamente
Notificación del Fondo al Reclamante respecto a los resultados de la revisión preliminar	En 1 día hábil después de la finalización de la revisión preliminar por parte del Fondo	Inmediatamente
Cuando sea apropiado, el plazo de tiempo del reclamante para perfeccionar una solicitud incompleta de Revisión Externa	El resto del periodo de presentación de 4 meses o si es posterior, 48 horas después del recibo del aviso de que la revisión externa está incompleta	Sin demora
El Fondo asigna el caso a la IRO	Oportunamente	Sin demora
Aviso de la IRO al reclamante de que el caso ha sido aceptado para revisión junto con el plazo de tiempo para la presentación de cualquier información adicional	Oportunamente	Sin demora
Presentación del reclamante de la información adicional a la IRO	Dentro de los 10 días hábiles siguientes al recibo por el reclamante del aviso de la IRO de que se necesita información adicional (la IRO puede aceptar la información después de 10 días hábiles)	Sin demora

Tabla de Plazos de Tiempo de Revisión Externa (continúa)

La IRO remite al Fondo cualquier información adicional presentada por el reclamante	En 1 día hábil desde el recibo de la IRO de la decisión del Fondo	Sin demora
Si (por motivo de la nueva información) el Fondo revierte su negativa y proporciona cobertura, se proporciona una Notificación al reclamante y a la IRO	En 1 día hábil desde la decisión del Fondo	Sin demora
Pasos en el Proceso de Revisión Externa	Plazos de Tiempo para Reclamaciones Estándares (No-Urgentes)	Plazo de Tiempo Para Reclamaciones Expeditas de Atención de Urgencia
La decisión de la Revisión Externa por la IRO para el reclamante y el Fondo	En 45 días calendario desde el recibo por IRO de la solicitud de revisión externa	Lo más rápidamente según lo requiera la condición médica o las circunstancias del reclamante pero en ningún caso no más tarde de 72 horas después del recibo por la IRO de la solicitud para revisión externa expedita. (Si el aviso no va por escrito, dentro de las 48 horas de la fecha de proporcionar dicho aviso no escrito, la IRO tiene que proporcionar aviso por escrito al reclamante y al Fondo)
Tras Notificación de la IRO de que ha revertido la Determinación Adversa del Fondo	El Fondo tiene que proporcionar inmediatamente cobertura o pago por la Reclamación	El Fondo tiene que proporcionar inmediatamente cobertura o pago por la Reclamación

Artículo IX. Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) Información de Salud Protegida

Sección 1. Definiciones. Las definiciones siguientes aplicarán a las disposiciones de este Artículo:

- a. El término **“Entidad Cubierta”** significa (1) un Plan de Salud; (2) un centro de intercambio de información de atención a la salud; o (3) un proveedor de atención a la salud que transmite la Información de Salud de forma electrónica en relación con una Transacción.
- b. El término **“Información de Salud”** significa cualquier información, ya sea oral o registrada en cualquier forma o medio que: (1) está creada o es recibida por un proveedor de atención a la salud, Plan de Salud, autoridad de salud pública, empleador, asegurador de vida, escuela o universidad, o centro de intercambio de información de atención a la salud; y (2) se relaciona con una condición física, o de salud mental, o condición de un individuo pasada, presente o futura; la provisión de atención de salud a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la provisión de atención a la salud a un individuo.
- c. El término **“Plan de Salud”** significa cualquier plan individual o de grupo que proporciona o paga el costo de la atención médica (según está definido en §28/79 (1) (2) de la Ley de Servicio de Salud Pública [PHS, por sus siglas en inglés], 42 U.S.C. §300gg-91(a) (2)).
- d. El término **“Información de Salud Identificable Individualmente”** significa un subgrupo de Información de Salud, incluyendo la información demográfica recopilada de un individuo, y (1) que está creada o es recibida por un proveedor de atención a la salud, Plan de Salud, empleador o centro de intercambio de información de atención a la salud; y (2) se relaciona con la salud o condición física o mental pasada, presente o futura de un individuo; la provisión de atención a la salud a un individuo; o el pago pasado, presente o futuro por la provisión de atención a la salud a un individuo; y (i) que identifica al individuo; o (ii) que existe una base razonable para creer que la información puede ser usada para identificar al individuo.
- e. El término **“Función de Administración del Plan”** significa las funciones de administración desempeñadas por el Patrocinador del Plan a nombre del Plan, excluyendo las funciones desempeñadas por el Patrocinador del Plan en relación a cualquier otro beneficio o pago de beneficio del Patrocinador del Plan.
- f. EL término **“Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés)”** significa Información de Salud Identificable Individualmente que es transmitida por medios electrónicos; mantenida en cualquier forma descrita en la definición de medios electrónicos en 42 CFR §16.103; o transmitida o mantenida en cualquier otra forma o medio. Información Protegida de Salud excluye a la Información de Salud Identificable Individualmente en (i) Expedientes educativos cubiertos por la Ley Familiar de Derechos Educativos y de Privacidad, según fue enmendada, 20 U.S.C. §1232g; (ii) los registros descritos en 20 U.S.C. §1232g(a)(4)(B)(iv); y (iii) registros de empleo en posesión de una Entidad Cubierta en su papel de empleador.

- g. El término **“Información Resumida de Salud”** significa la información que (1) resume el historial de reclamaciones, los gastos de las reclamaciones o los tipos de reclamaciones de individuo para los que el patrocinador del plan ha proporcionado beneficios conforme a un Plan de Salud; y (2) de los que la información en 42 CFR §164.514(b)(2)(i) ha sido eliminada.
- h. El término **“Transacción”** significa la transmisión de información entre dos partes para llevar a cabo actividades financieras o administrativa relativas a la atención de salud.

Sección 2. Uso y Divulgación de la Información Protegida de Salud: Operaciones de Pago y del Plan

- a. El Plan usará la Información Protegida de Salud (PHI) en la medida y de acuerdo con los usos y divulgaciones permitidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) según fue enmendada por la Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH, por sus siglas en inglés). Específicamente, el Plan usará y divulgará la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés) para los fines relativos al tratamiento de atención a la salud, el pago de la atención a la salud y las operaciones de atención a la salud. Salvo lo permitido por HIPAA, el Plan sólo usará o divulgará su Información Protegida de Salud para fines de comercialización o para vender (intercambiar) su Información Protegida de Salud por remuneración (pago) con su autorización por escrito.

“Pago” incluye las actividades emprendidas por el Plan para obtener primas, para determinar o cumplir con su responsabilidad de cobertura y provisión de los beneficios del Plan que tengan que ver con un individuo al que se le proporciona atención a la salud. Las actividades incluyen, pero no están limitadas a lo siguiente:

- (1) Determinar la elegibilidad, cobertura y cantidades de costo compartido (costo de un beneficio, máximos del Plan y los Copagos para la reclamación de un individuo),
- (2) Coordinar beneficios,
- (3) Adjudicar reclamaciones de beneficios de salud (incluyendo apelaciones y disputas sobre pagos),
- (4) Subrogar reclamaciones de beneficios de salud,
- (5) Establecer las contribuciones del empleado,
- (6) Calcular las cantidades del ajuste de riesgo en base al estatus de salud del afiliado y las características demográficas,
- (7) Facturación, cobro y procesamiento de datos relativos a la atención a la salud,
- (8) Gestionar la administración de las reclamaciones y procesamiento de datos relativos a la atención de la salud, incluye auditorías de pagos, investigación y resolución de

disputas sobre pagos y respuestas a las preguntas del Participante Activo respecto a los pagos,

- (9) Obtener el pago conforme al contrato de reaseguro (incluyendo el seguro de pérdida limitada y de exceso de pérdidas),
 - (10) Revisar las reclamaciones en cuanto a la necesidad médica, la conveniencia de la atención o la justificación de los cargos,
 - (11) Llevar a cabo una Revisión de Utilización (UR, por sus siglas en inglés), incluyendo la certificación previa, la Autorización Previa, las Revisiones Concurrentes y Retrospectivas,
 - (12) Divulgar a las agencias de informes al consumidor la información relativa al cobro de primas o el reembolso (para fines de pago, la Información Protegida de Salud siguiente puede ser divulgada; nombre y dirección, fecha de nacimiento, número de seguro social, historial de pago, número de cuenta y nombre y dirección del proveedor o del Plan de Salud), y
 - (13) Reembolsar al Plan.
- b. **“Operaciones de Atención a la Salud”** incluyen, pero no están limitadas a las actividades siguientes:
- (1) Efectuar una evaluación de la calidad;
 - (2) Llevar a cabo actividades basadas en la población relativas a mejorar la salud o reducir los costos de atención a la salud, desarrollar el protocolo, gestión de casos y coordinación de la atención, control de enfermedades, comunicarse con los proveedores de atención a la salud y pacientes con información respecto a alternativas de tratamiento y funciones relativas,
 - (3) Evaluar al proveedor y el desempeño del Plan, incluyendo la acreditación, certificación y las actividades de licencias o credenciales.
 - (4) Suscripción (el Plan no usa o divulga Información Protegida de Salud que sea información genética según se define en el 45 CFR 1670.103 para los fines de suscripción tal y como se establece en el 45 CFR 164.502(a)(5)(1)), clasificación de primas y otras actividades relativas a la creación, renovación o reemplazo de un contrato para seguro de salud o beneficios de salud, y obtener o instalar un contrato para el reaseguro del riesgo relativo a las reclamaciones por atención de la salud (incluyendo el seguro de pérdida limitada y de exceso de pérdidas),
 - (5) Llevar a cabo o hacer arreglos para una revisión médica, servicios legales y funciones de auditoría, incluyendo la detección de fraudes y abusos y los programas de cumplimiento,

- (6) Planificación y desarrollo comercial, tales como llevar a cabo análisis de administración de costos y de planificación relativos a administrar y operar la entidad, incluyendo el desarrollo y la administración del formulario, el desarrollo o mejora de los métodos de pago o normas de cobertura,
- (7) Gestionar y administrar las actividades de la entidad incluyendo pero sin estar limitadas a:
 - a. La implementación de, y el cumplimiento con los requisitos de la Simplificación Administrativa de HIPAA,
 - b. Servicio al cliente, incluyendo la provisión de análisis de datos para los asegurados, los patrocinadores del Plan y otros clientes,
 - c. Resolución de quejas internas, y
 - d. La diligencia debida en relación a la venta o transferencia de bienes a un posible sucesor en interés, si dicho sucesor es una Entidad Cubierta o, con posterioridad a la venta o transferencia, se convierte en una Entidad Cubierta.
- (8) Cumplimiento con, y la preparación de todos los documentos requeridos por la Ley de Seguridad de Ingresos en la Jubilación de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), incluyendo el Formulario 5500, Resumen del Informe Anual (SAR, por sus siglas en inglés) y otros documentos.

Sección 3. Uso y Divulgación de la Información Protegida de Salud: Requerida por ley o Permitida por Autorización

El Plan sólo usará y divulgará la Información Protegida de Salud (PHI) para fines de Tratamiento, Pago y Operaciones (TPO); o según lo requiere la ley y está permitido por autorización del Participante Activo o del beneficiario. El Plan divulgará la Información Protegida de Salud a los individuos u organizaciones identificados por la Lista de Miembros del Equipo de Administración del Plan, según se enmiende y actualice cada cierto tiempo, para fines relativos a la administración del Plan.

Sección 4. Uso y Divulgación de la Información Protegida de Salud: Al Patrocinador del Plan

Para los fines de este Artículo, la Junta de Fideicomisarios del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California es el "Patrocinador del Plan". EL Plan divulgará la Información Protegida de Salud al Patrocinador del Plan, sólo previo recibo de una certificación del Patrocinador del Plan, de que las Reglas y Reglamentos del Plan han sido enmendadas para incorporar las disposiciones siguientes. Con respecto a la Información Protegida de Salud (PHI, por sus siglas en inglés), el Patrocinador del Plan acuerda:

- (1) No usar o divulgar más otra información que no sea la permitida o requerida por las Reglas y Reglamentos del Plan o como se requiere por ley;
- (2) Garantizar que cualquier agente, incluyendo a sus subcontratistas a quienes el Patrocinador del Plan suministra la Información Protegida de Salud que recibe del Plan, acepta las mismas restricciones y condiciones que aplican al Patrocinador del Plan con respecto a la Información Protegida de Salud;
- (3) No usar o divulgar la información para acciones y decisión relativas al empleo, a menos que estén autorizados por el individuo;
- (4) No usar o divulgar la información en relación con cualquier otro beneficio o plan de beneficios de empleados del Patrocinador del Plan, a menos que estén autorizados por el individuo;
- (5) Reportar al Plan, tan pronto se sepa, cualquier uso o divulgación de la Información Protegida de Salud que no sea consistente con los usos o divulgaciones dispuestos por HIPAA;
- (6) Poner la Información Protegida de Salud a disposición del individuo de acuerdo con los requisitos de acceso de la HIPAA;
- (7) Tener la Información Protegida de Salud disponible para enmienda e incorporar cualquier enmienda a la Información Protegida de Salud de acuerdo con la HIPAA;
- (8) Tener disponible la información requerida para proporcionar una relación de las divulgaciones;
- (9) Poner a disposición del Secretario de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) las prácticas internas, los libros y registros recibidos del Plan de Salud de grupo a fines de determinar el cumplimiento del Plan con la HIPAA;
- (10) Devolver o destruir (si es posible) toda la Información Protegida de Salud recibida del Plan que el Patrocinador del Plan guarda todavía en cualquier forma y no guardar ninguna copia cuando ya no se requieran para el fin por el que se hizo la divulgación. Si la devolución o destrucción no son posibles, limitar los usos y divulgaciones adicionales sólo para aquellos fines que hacen que la devolución y la destrucción no sean posibles; y
- (11) Notificar a los individuos afectados en el caso de una violación de la Información Protegida de Salud (PHI).

Sección 5. Acceso del Personal del Fondo a la Información Protegida de Salud

- a. Tiene que mantenerse una separación adecuada entre el Plan y el Patrocinador del Plan. Por lo tanto, de acuerdo con la HIPAA, solamente a los siguientes empleados o clases de empleados se les puede dar acceso a la Información Protegida de Salud:
 - (1) El Administrador del Plan,
 - (2) El Personal designado por el Administrador del Plan, según se identifica en la Lista de Miembros del Equipo de Administración del Plan,
 - (3) La persona descrita en esta Sección solamente puede tener acceso para usar y divulgar la Información Protegida de Salud para las Funciones de Administración del Plan que el Patrocinador del Plan desempeña para el Plan.
- b. Si las personas descritas en esta Sección no cumplen con las disposiciones de este Artículo, el Patrocinador del Plan proporcionará un mecanismo para resolver los casos de falta de cumplimiento, incluyendo sanciones disciplinarias.
- c. Para los fines de cumplir con las reglas de privacidad de HIPAA, este Plan es una “Entidad Híbrida” porque tiene las funciones de Plan de Salud, así como de Plan que no es de Salud. Las funciones de un Plan que no es de Salud incluyen la administración del Beneficio por Muerte y Desmembramiento para Participantes Activos y Dependientes elegibles. El Plan designa que sus componentes de atención a la salud que están cubiertos por las reglas de privacidad sólo incluyen los beneficios de salud y no otras funciones o beneficios del Plan.

Sección 6. Protección de la Información Protegida de Salud Electrónica por el Patrocinador del Plan

La Junta de Fideicomisarios del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California, que es el Patrocinador del Plan:

- (1) Implementa protecciones administrativas, físicas y técnicas que protegen razonable y apropiadamente la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la Información Protegida de Salud electrónica que crea, recibe, mantiene o transmite a nombre del Plan de Salud;
- (2) Garantiza que la separación adecuada mencionada en la Sección 5, específica en cuanto a la Información Protegida de Salud electrónica, esté respaldada por medidas de seguridad razonables y apropiadas;
- (3) Garantiza que cualquier agente, incluyendo a un subcontratista, al cual le proporciona la Información Protegida de Salud electrónica, acuerde implementar medidas de seguridad razonables y apropiadas para proteger la Información Protegida de Salud electrónica; y

- (4) Reporta al Plan cualquier incidente de seguridad del que tenga conocimiento relativo a la Información Protegida de Salud electrónica.

Sección 7. Cambios al Aviso de Privacidad

El Fondo tiene el derecho de cambiar el Aviso de Privacidad. Cualquier cambio hecho al aviso será proporcionado a los Participantes del Plan y a los beneficiarios.

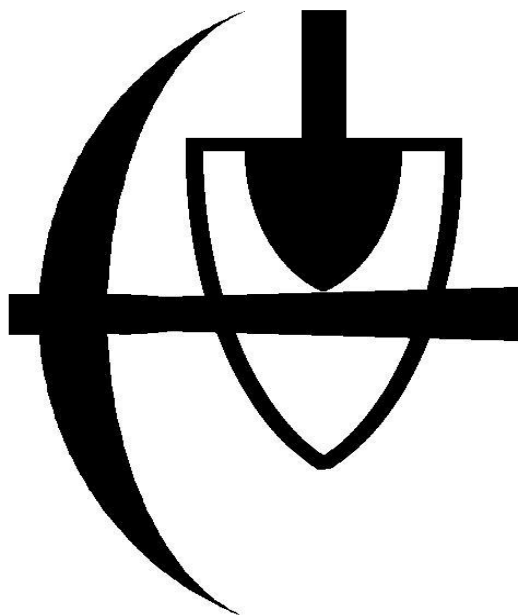
Artículo X. Enmienda y Terminación

Para que el Fondo pueda llevar a cabo su obligación de mantener, dentro de los límites de sus recursos, un programa dedicado a proporcionar los máximos beneficios posibles para todos los Participantes del Plan, la Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho, a su exclusiva discreción en cualquier momento en base no discriminante:

- a. De terminar o enmendar ya sea la cantidad o condición con respecto a cualquier beneficio incluso cuando una terminación o enmienda afecte las reclamaciones que ya se hayan acumulado;
- b. De alterar o posponer el método de pago de cualquier beneficio; y
- c. De enmendar o rescindir cualquier disposición de estas Reglas y Reglamentos.

Artículo XI. Descargo de Responsabilidad

Ninguno de los beneficios dispuestos en estas Reglas y Reglamentos está garantizado por ningún contrato de seguro. No hay responsabilidad por parte de la Junta de Fideicomisarios o de cualquier individuo o entidad de proporcionar un pago más allá de las cantidades cobradas y disponibles para este fin.



Resolución de Adopción

* * * * *

Los que suscriben Presidente y Copresidente de la Junta de Fideicomisarios del Fondo Fideicomiso de Salud y Bienestar de los Obreros para el Norte de California por la presente certifican que en una reunión de la Junta de Fideicomisarios celebrada el 8 de diciembre de 2015, el Plan de Salud y Bienestar del Fondo de Salud y Bienestar de los Obreros Activos Reformulado Efectivo al 1 de enero de 2016 fue adoptado conforme a la facultad otorgada a la Junta por el Convenio de Fideicomiso de Salud y Bienestar ejecutado el 7 de abril de 1953.

Ejecutado este 8º día de diciembre de 2015

Ejecutado este 8º día de diciembre de 2015

/s/ _____
Óscar De La Torre, Presidente

/s/ _____
Byron C. Loney, Copresidente
