

Regional District Council Welfare Trust

DESCRIPCIÓN DEL PLAN Y SINOPSIS



21 de Marzo, 2017

Regional District Council Welfare Trust

DESCRIPCIÓN DEL PLAN Y SINOPSIS

JUNTA DE FIDUCIARIOS

FIDUCIARIOS DE LA UNIÓN

Daniel S. Parker
Bernard A. Evers
David Gornewicz
Joseph Simpson

FIDUCIARIOS DEL EMPLEADOR

Jeffry H. Green
Cary Newton
Keith Smith
James Whaley

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

The William C. Earhart Company, Inc.
P.O. Box 4148 · Portland, OR 97208

ASESOR LEGAL

Hartnett, Gladney, Hetterman, L.L.C.
4399 Laclede Avenue | St. Louis, MO 63108

21 de Marzo, 2017

Regional District Council Welfare Trust

William C. Earhart Company, Inc.

Administration Office: 3140 NE Broadway | P.O. Box 4148 | Portland, Oregon 97208

Toll Free (800) 846-0611 | Fax: (503) 284-9386 | www.wcearthart.com

MENSAJE DE LA JUNTA DE FIDUCIARIOS DEL REGIONAL DISTRICT COUNCIL WELFARE TRUST

Estimado/a participante:

Estamos complacidos de presentarle la Descripción y Sinopsis del Plan (“Plan”) del Regional District Council Welfare Trust (“Fondo”). Este folleto le explica cómo el Fondo determina su elegibilidad, las prestaciones disponibles y sus derechos como participante. Las prestaciones estarán vigentes a partir del 21 de marzo, 2017. Le recomendamos que lea este Plan y se familiarice con las regulaciones y beneficios que el Fondo le ofrece. Si tiene alguna pregunta sobre sus prestaciones de salud o sus derechos bajo este Plan, llame o escriba a la oficina del Fondo, que ellos le atenderán con gusto.

Atentamente,

JUNTA DE FIDUCIARIOS

ÍNDICE

1 	Introducción	7
	Plan Grandfathered	7
2 	Definiciones	9
3 	Eligibilidad	15
	Eligibilidad Inicial -Empleado	15
	Mantener La Elegibilidad -Participantes	15
	Eligibilidad Después Del Servicio Military.....	16
	Tipos De Cobertura Disponible Para Dependientes.....	16
	Cuando Su Elegibilidad Termina.....	18
	Cómo Obtener Prestaciones.....	19
	Derechos Especiales De Inscripción	19
4 	Continuación De Cobertura De Cobra	21
	Prestaciones Basicas De Cobra	21
	Eleccion De La Continuacion De Cobertura De Cobra	23
	Cómo Pagar La Continuacion De Cobertura De Cobra	24
	Por Qué La Cobertura De Cobra Es Importante	24
	Otras Opciones De Seguro Aparte De Cobra	24
5 	Médico	27
	Tabla De Prestaciones	27
	Organizacion Pretadora De Servicios Preferenciales De CIGNA.....	29
	Deducible.....	30
	Costo De Servicios - Médicos.....	30
	Tipos De Servicios - Médicos.....	31
	Reglas Especiales Para El Embarazo Y Parto.....	34
	Reglas Especiales Sobre La Cobertura De La Masectomía	34
	Prestaciones De Servicios Preventivos	35
	Otros Servicios	35
	Gestion Del Caso	36
	Exclusiones De Prestaciones Médicas	36
6 	Prestaciones Para Medicamentos Recetados	39
	Tabla De Prestaciones	39
	Farmacia De CIGNA.....	39
	Prestaciones Del Plan.....	39
	Cómo Ordenar Por Correo Medicinas Para Condiciones Crónicas	40
	Medicamentos Cubiertos.....	40
	Limitaciones Y Exclusiones	40
7 	Dental	43
	Tabla De Prestaciones	43
	Red De Prestadores De Servicios Dentales De CIGNA.....	43
	Prestaciones Dentro De La Red De CIGNA	43
	Exclusiones	44

8 	Vision	47
	Tabla De Prestaciones	47
	Servicios De Vision Del Plan (VSP).....	48
	Prestaciones Dentro De La Red De VSP	48
	Prestaciones Fuera De La Red De VSP	49
	Exclusiones	49
9 	Limitaciones Generales	51
	Tipos De Prestadores De Servicios.....	51
	Servicios No Cubiertos.....	52
	Compensación De Trabajadores	53
10 	Administración Del Plan	55
	Claim Determinations	55
	Apelación De Una Reclamación/Solicitud	56
	Coordinacion De Prestaciones	58
	Coordinacion De Prestaciones Con Medicare	60
	No Asignación De Prestaciones.....	60
	Orden De Apoyo Médico Calificado Infantil (OAMCI)	60
	Políticas De Sobre pago O De Pago Equivocado	60
11 	Reembolso Y Subrogacion	63
	Definiciones	63
	Reembolso.....	64
	Subrogacion	65
	Obligaciones De La Persona Asegurada	65
	Ejecucion De Las Provisiones Del Fondo.....	66
	Obligaciones Del Abogado De La Persona Asegurada	67
	Futuras Reclamaciones Relacionadas Con La Misma Enfermedad O Daño	67
12 	Aviso De Prácticas De Privacidad	69
	Your Rights	69
	Your Choices	70
	Our Uses And Disclosures	71
	How Else Can We Use or Share Your Health Information?	71
	Our Responsibilities	73
	Changes to the Terms of this Notice	73
	Effective Date of this Notice	73
	Privacy Officer Information	73
	Additional Information	73
13 	Información De ERISA	75
	Declaración De Sus Derechos Bajo ERISA.....	75
	Información Requerida Por ERISA	76
14 	Contactos Importantes	81

INTRODUCCIÓN

Este documento describe las prestaciones del Fondo de Bienestar del Regional District Council (el “Fondo”) disponibles a partir del 21 de marzo de 2017. Está dirigido a Usted si es usted un Participante o un Dependiente elegible a partir del 21 de marzo, 2017, a menos que este texto especifique otra fecha. En este documento los términos que representan definiciones están escritos con mayúscula. Estos términos tienen un significado especial con respecto a las prestaciones detalladas en este documento y se encuentran en la sección Definiciones.

Los Fiduciarios nos han proporcionado este documento, que es el Plan y la Descripción Resumida del Plan (“Plan”) para que el Fondo le entregue a Usted los reglamentos detallados de éste. Este documento es el Plan oficial y nos referiremos a él como el “Plan”. Guarde este documento. Póngalo en un lugar seguro. Si usted lo pierde, puede pedir otra copia en la Oficina del Fondo.

No dependa únicamente de la Unión, de su empleador o de otros para obtener información sobre sus prestaciones de salud. Las reglas detalladas del Plan pueden ser complejas y el Fondo no se responsabiliza por su contenido o interpretación. Solamente la junta completa de Fiduciarios esta autorizada a interpretar las reglas y contenido del Plan. Si tiene alguna pregunta referente a sus prestaciones personales y para mayor información, escriba o contacte a la Oficina del Fondo. Puede también contactar a la Oficina del Fondo llamando al número gratuito (800) 846-0611.

PLAN GRANDFATHERED

El Plan es “un seguro médico grandfathered” bajo la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (PPACA, siglas en inglés). El PPACA permite que los seguros grandfathered conserven ciertas prestaciones básicas que tenían antes que la ley PPACA fuera promulgada.

Tener un seguro grandfathered significa que el Plan puede que no incluya ciertas protecciones de la PPACA que se aplican a otros planes, como por ejemplo, el requisito de ofrecer salud preventiva sin que tenga que contribuir con el costo. Sin embargo los seguros grandfathered tienen que cumplir con ciertas protecciones del PPACA al consumidor, como por ejemplo, la eliminación del límite de las prestaciones en el transcurso de una vida.

Preguntas relacionadas con las protecciones que se apliquen o no a los seguros grandfathered, y qué pueden causar que un seguro pierda el estatus de grandfathered, pueden ser dirigidas a la Oficina del Fondo. Puede también contactar al Employee Benefits Security Administration, (Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado) del U.S. Department of Labor (Departamento de Trabajo) al (866) 444-3272 o www.dol.gov/ebsa/healthreform. Esta página de web tiene una tabla que resume las protecciones que se aplican o no a los seguros grandfathered. Usted podría también contactar Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al www.healthreform.gov.



DEFINICIONES

2

Las siguientes definiciones, aunque no se incluyen todas, se han añadido a este documento para ayudarle a entender sus prestaciones.

Calendario anual va desde el 1ro de enero al 31 de diciembre del mismo año.

Adicción a sustancias químicas significa el abuso o la dependencia física o psicológica o la adicción al alcohol o a alguna sustancia regulada. La dependencia a una sustancia química no incluye la adicción o dependencia al tabaco o productos del tabaco o a comidas.

Menor o menores son los hijos/hijas biológicos, adoptados (incluye un o una menor en proceso de adopción que viva con el Participante), hijastro/a o menor acogido.

Copago es la contribución en dólares que el Asegurado/a tiene que pagar de acuerdo a los términos del Plan.

COBRA es la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) de 1985 y las regulaciones bajo la misma, que esporádicamente podrían ser modificadas.

Convenio Colectivo o Convenio es un acuerdo por escrito entre la unión y el empleador que requiere de contribuciones al Fondo.

Contribuciones son los pagos que hace el Empleador Contribuyente al Fondo.

Empleador Contribuyente o Empleador puede ser una persona, compañía, asociación, alianza o corporación que participe en un Convenio Colectivo o Acuerdo Especial que requiera Contribuciones al Fondo por parte de los Empleados.

Cirugía Cosmética o Tratamiento significa cirugía o Tratamiento que se hace principalmente para cambiar la apariencia o mejorar el autoestima.

Persona Asegurada es Usted y/o su(s) Dependiente(s) Asegurados por el Plan.

Servicios Cubiertos son los servicios o suministros incluidos en los beneficios que paga el Plan. Un Servicio Cubierto es el que se realiza en la fecha en que el servicio o material es recibido. Los Servicios Cubiertos no incluirán ningún cargo:

- (a) Cuando el servicio o material no es Medicamento Necesario; o
- (b) Cuando éstos exceden el Costo Usual y Acostumbrado del servicio o material.

Cuidado de Custodia incluye servicios médicos especializados o no, o comodidad personal y servicios de conveniencia que ofrecen mantenimiento general, apoyo, cuidado preventivo y/o de protección. Esto incluye ayudar, realizar una tarea o supervisar:

- como caminar, llevar a la persona a la cama o buscarle una buena posición y hacer ejercicios de rango de movimiento;
- hacer que se tome la medicina;
- preparar comidas y darle de comer ya sea con cubiertos o por tubo o gastrostomía; cuidar de los dientes, la piel, uñas, uso del baño, enemas de rutina;
- poner oxígeno por la nariz, ayudar a vestirse, mantenimiento de sondas urinarias, mantenimiento general de colostomía, ileostomía, gastrostomía, traqueotomía y yesos.

Deducible son los gastos por servicios cubiertos que la Persona Asegurada tiene que pagar durante el Año Calendario [o Natural] antes de que las prestaciones sean pagadas por este Plan.

Dependiente son los siguientes individuos que no son Participantes, y de quienes el Fondo ha recibido la documentación requerida:

1. El/la Cónyuge del Participante (un/a Cónyuge dejará de ser un Dependiente elegible al Plan en caso de divorcio); y
2. Hijo/a o hijos/as del Participante menores de 26 años.

Contribuciones por el Dependiente es la tasa de cotización establecida por la Junta de Fiduciarios a ser pagada al Fondo por el Empleador Contribuyente para obtener Cobertura para el Dependiente de un Supervisor General bajo este Plan.

Doctor es un médico o cirujano legalmente certificado e incluye a un Doctor en Quiropráctica (DC, siglas en inglés), al Cirujano Dental (DDS), al Doctor en Medicina Dental (DMD), al Doctor en Osteopatía (DO), al Podólogo (DPM), al Doctor en Psicología (Dps/PsyD), al Médico (MD), a la Partera Licenciada y Certificada (LCMW), y al Doctor en Optometría (OD).

Aborto Electivo es un aborto excepto aquel que se realiza cuando la vida de la madre corre peligro si el embarazo se lleva a término.

Emergencia es el inicio de una condición médica repentina e inesperada con síntomas lo suficientemente severos que hagan que una persona prudente, con conocimientos medios de medicina y salud, decida que necesita servicios médicos inmediatos. Esto puede incluir una condición que ponga la salud de la persona en significativo peligro, una herida seria a una función del cuerpo, una disfunción seria de algún órgano o parte del cuerpo, un dolor incontrolable, o, en el caso de una mujer embarazada con contracciones, cuando no hay suficiente tiempo para transferirla a otro hospital antes del parto o la transferencia supone una amenaza a la salud o vida de la madre y del feto.

Empleado/a es una personal empleada por un Empleador que participa en el Convenio Colectivo o Acuerdo Especial, y a nombre de quien el Empleador hace Contribuciones al Fondo.

ERISA es la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act of 1974, ERISA) y las regulaciones emitidas bajo ésta que de vez en cuando podrían ser enmendadas.

Experimental, en Investigación o No Probado son los tratamientos, drogas, aparatos, procedimientos médicos, servicios o suministros que:

- No se puedan comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de

Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, siglas en inglés) u otra agencia gubernamental y cuya aprobación no ha sido concedida al momento de su uso o uso propuesto; o

- Es una nueva droga o nuevo aparato cuya solicitud para ser investigados esta por someterse al FDA; o
- Se ofrece porque:
 - Es parte de la Fase I o la Fase II de un estudio clínico o rama experimental, o es parte de la Fase III de la investigación de un estudio clínico; o
 - Existe un protocolo escrito cuyos objetivos describen: los parámetros de seguridad, la toxicidad, efectividad, o efectividad comparada con alternativas convencionales; o
- Están siendo sometidos o deberían ser sometidos a la aprobación y supervisión de una Junta Institucional de Revisión (IRB, siglas en inglés) como lo requieren y definen las regulaciones federales, en particular el FDA o el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, siglas en inglés): o
- Es la opinión que predomina entre los expertos:
 - Como lo expresa la literatura autorizada y publicada, su uso está limitado sustancialmente a los espacios de investigación; o
 - Están sujetas a mayor investigación que defina parámetros de seguridad, toxicidad, efectividad, o efectividad comparada con las alternativas convencionales; o
 - Es experimental, está siendo investigada, no han sido aprobadas o en general no es considerado una práctica médica aceptable; o
- No están cubiertos por Medicare porque según a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) del HHS están considerados en fase experimental o en investigación; o
- Se obtienen porque son parte de un tratamiento, procedimiento, aparato o medicamento que esta siendo experimentado, investigado, o no ha sido aprobado; o
- No han sido utilizados por lo menos diez (10) veces y mencionados en publicaciones médicas de los Estados Unidos.

El Fondo es el Fondo de Bienestar del Regional District Council.

Género – El uso de la palabra “él” o “ella” en este documento significa él o ella, según se aplique.

Supervisor General es un individuo que:

1. realiza un trabajo a tiempo completo bajo los términos de un Convenio Colectivo entre un Empleador y la Unión;
2. supervisa el trabajo de otros Empleados del Empleador protegidos bajo Convenio Colectivo;
3. es un Empleado por quien el Empleador paga por todo trabajo de supervisión (en la medida que lo permita la ley) y por las prestaciones requeridas por el Convenio Colectivo por cada hora de trabajo realizada por el Empleado;
4. es identificado como Supervisor General por el Empleador en el formulario de designación del Fondo, y
5. es aceptado por el Fondo como Supervisor General.

Hospital es una institución legalmente establecida que cumple con todas las siguientes pruebas:

1. tiene licencia como hospital acreditado de las autoridades correspondientes del estado

- en el cual se encuentra ubicado (cuando una licencia sea requerida en dicho estado);
2. Se dedica principalmente a prestar servicios médicos y Tratamiento a personas enfermas o heridas que estén hospitalizadas, y mantienen instalaciones de diagnóstico y terapia para cirugía y diagnóstico y Tratamiento médico de estas personas por personal o bajo la supervisión de médicos legalmente calificados; y
 3. presta servicios de enfermería las 24 horas del día con enfermeras o bajo la supervisión de enfermeras registradas, y opera continuamente con instalaciones equipadas para operaciones quirúrgicas.

En caso de que se necesite Tratamiento para una Condición Mental o Nerviosa o contra la Dependencia Química, significa que el hospital puede que también necesite cumplir con todas estas pruebas:

1. tener una licencia otorgada por la autoridad correspondiente del estado en que se encuentra como hospital mental o para tratamiento de adicción;
2. cuenta con habitaciones para pacientes residentes;
3. está equipado para tratar Condiciones Mentales o Nerviosas o problemas de Dependencia Química;
4. cuenta en todo momento con un siquiatra residente o de guardia; y
5. tiene como práctica regular cobrar al paciente por gastos de confinamiento.

La palabra “Hospital” no incluye un hospital o institución o parte de un hospital o institución con licencia para funcionar principalmente como clínica, casa de convalecencia, casa de descanso, casas para personas enfermas o mayores.

Padecimiento o Enfermedad es un trastorno del cuerpo, una enfermedad física o mental, o trastorno del sistema nervioso o condición que requiere del tratamiento de un doctor. Todas las enfermedades que ocurren simultáneamente como resultado de la misma causa o relacionada a ella deberá ser considerada la misma enfermedad. Sólo para el Participante y su Cónyuge Dependiente, el embarazo, parto u otra condición relacionada con la maternidad es también considerada enfermedad.

Daño o Accidente es un evento repentino e inesperado ocasionado por un agente externo o trauma que resulta en daños a la estructura física del cuerpo, no siendo ocasionado por la participación en alguna actividad criminal ni por el deseo por parte del Participante o Dependiente elegible de obtener salario o plusvalía del empleo, y que causa una pérdida que empieza mientras las prestaciones del Participante o Dependiente están activas.

Medicamento Necesario o Necesario significa que el servicio, equipo, procedimiento, terapia o tratamiento recibido es necesario para identificar o tratar la enfermedad o el daño que el Doctor ha diagnosticado o sospecha. El servicio, equipo, procedimiento, terapia o Tratamiento deberá ser consistente con el diagnóstico y tratamiento de la condición(es) del paciente, de acuerdo con los estándares locales de la práctica médica, ser necesario por otras razones que no sean por la conveniencia del Doctor o del paciente, no ser considerado Experimental, en Investigación o No Comprobado y realizarse de la manera menos costosa en función de la condición del paciente. El hecho de que un servicio, equipo, procedimiento, terapia o tratamiento sea ordenado, recomendado, aprobado o recetado por un Doctor no necesariamente quiere decir que dicho servicio sea Necesario o cubierto aunque éste no se encuentre en la lista de exclusión.

Medicare es el programa de prestaciones establecido por Título XVIII de la Ley de Seguridad Social de 1965, junto a sus regulaciones y necesarias enmiendas.

Condición Mental o Nerviosa es una neurosis o siconeurosis, sicopatía, sicosis o enfermedad o condición mental o emocional que aparece en la edición actualizada del Manual de Diagnóstico y Estadísticas de Desórdenes Mentales.

Participante es una persona que ha alcanzado y mantenido elegibilidad al Plan por ser un empleado activo de un Empleador Contribuyente en una clase de Empleados elegibles.

Médico vea definición de “Doctor.”

Plan se refiere a las prestaciones descritas en este documento, y a los apéndices y enmiendas adoptadas por los Fiduciarios que sean aplicables a una Persona Asegurada.

Administrador del Plan es la Junta de Fiduciarios del Fondo.

Organización Prestadora de Servicios Preferencial (Preferred Provider Organization, PPO) es una red de profesionales médicos que tienen un contrato con el Fondo y que se encargan de prestar servicios de salud al mismo tiempo que controlan costos.

Prima es la cuota mensual fijada por la Junta de Fideicomisarios que el Participante o Menor Dependiente debe pagar al Fondo por asegurar en el Plan a un Menor Dependiente. Los Dependientes de Participantes en la categoría de Supervisor General no son responsables de pagar la Prima siempre y cuando las Contribuciones del Dependiente las haga el Empleador a nombre del Participante.

Información Médica Protegida significa información de salud identificable individualmente que no está sujeta a exclusiones específicas.

Habitación y Comida significa cuarto, comida, tareas generales de una enfermera, cuidados intensivos en una unidad de cuidados intensivos, tal como su definición lo indica, y otros servicios que un hospital presta como condición de alojamiento según el tipo de acomodación que tenga, sin incluir los servicios profesionales de un médico, ni los servicios especiales de enfermera prestados fuera de la unidad de cuidados intensivos.

Tabla de Prestaciones son las prestaciones específicas, periodos de espera, máximos, Deducibles, gastos de bolsillo, Copagos, límites o subsidios que se aplican a las Persona Aseguradas según lo adopte de vez en cuando la Junta de Fiduciarios.

Acuerdo Especial significa un acuerdo de participación u otro acuerdo por escrito que le requiere al Empleador hacer Contribuciones al Fondo a nombre de sus Empleados.

Cónyuge es la persona con la que un/a Participante está considerado casado/a según las leyes correspondientes del estado, incluyendo a individuos del mismo sexo cuando las leyes del estado donde se celebró el matrimonio autoriza el matrimonio entre dos personas del mismo sexo. La palabra “Cónyuge” no incluye a individuos que tengan una relación doméstica registrada, unión civil, u otra relación similar reconocida por las leyes del estado, que las leyes del estado no denominan matrimonio.

TAM/ Trastornos de la articulación de la mandíbula son desajustes, disfunciones u otro trastorno de la articulación de la mandíbula (o de los músculos, nervios y tejidos de esa articulación). Incluye el TAM o disfunción de la articulación Temporomandibular, artritis o artrosis; otros problemas de articulación cráneo-mandibulares; y el síndrome de dolor mio-facial u oro facial. No incluye fractura o dislocación debido a un accidente.

Tratamiento es un tratamiento o un periodo de tratamiento ordenado y administrado por un doctor para diagnosticar o tratar una herida o enfermedad, e incluye:

- Estadía y servicios hospitalarios o ambulatorios o procedimientos; y
- Medicinas, suministros, equipo o aparatos.

El hecho de que se aprueben los servicios o suministros a una Persona Asegurada no significa que automáticamente dichos servicios o suministros sean medicamente necesarios y cubiertos por el Plan.

Fiduciarios y/o Junta de Fiduciarios son las personas seleccionadas por acuerdo fiduciario para administrar el Plan y el Fondo, junto a aquellos que los sucedan.

Unión [o Sindicato] es el Consejo Regional Distrital, (Regional District Council) Local 846 y/o Local 847. La Unión puede ser un Empleador Contribuyente a este Plan por sus Empleados asegurados por un Acuerdo Especial.

Solicitud Urgente es una solicitud de servicio que el Plan requiere que la Persona Asegurada obtenga una pre-autorización antes de recibir el Tratamiento, ya sea porque si dicho Tratamiento se retrasa podría poner seriamente en peligro la vida o la salud de la Persona Asegurada o la capacidad de recuperar sus funciones, o porque en la opinión del Doctor que conoce la condición médica de la Persona Asegurada, pudiera exponerse a esta persona a dolor severo que no podría manejarse sin el Tratamiento solicitado. Este Plan no requiere de pre-autorización de Solicitudes Urgentes.

Cargo Usual, Acostumbrado y Razonable o cargo UAR – Para los Servicios Cubiertos Fuera de la Red, el cargo UAR es la porción de un cobro por un Servicio Cubierto que no sobrepasa a un cargo por servicios o materiales similares a individuos de edad, circunstancias y condición médica similares en una misma localidad, como lo indica el uso de bases de datos nacionales al 90 por ciento. El Plan no paga por Servicios Cubiertos Fuera de la Red que sobrepasen el Cargo UAR. Las Personas Cubiertas que incurran en gastos Fuera de la Red estarán sujetas a facturación de saldo por parte del profesional médico (es decir, la cantidad facturada por el profesional médico por encima de la cantidad que el plan determina es el cargo de UAR).

En algunos casos, el cargo se limitará a un porcentaje limitado del Cargo Usual, Acostumbrado y Razonable. Por ejemplo, cirugías múltiples o bilaterales realizadas durante una misma sesión quirúrgica, que no sean incidentales ni parte de otro procedimiento, y que añada duración y complejidad a todo el procedimiento, el Cobro será de:

- el 100% del Cargo del UAR por el procedimiento principal;
- el 50% del Cargo del UAR por el procedimiento secundario, incluyendo un procedimiento bilateral; y
- el 25% del Cargo del UAR por cada procedimiento cubierto adicional.

Por la ayuda en la cirugía de:

- Un Médico, el Cargo será del 20% del UAR por la cirugía correspondiente;
- Un Asistente Médico o enfermera registrada, cuando usados en lugar de un asistente de cirugía, el cargo por la cirugía será el 10% del UAR.

Todo Servicio Cubierto Fuera de la Red esta sujeto a esta definición del Cargo UAR. En ningún caso el Cargo UAR excederá la cantidad facturada o la cantidad que le toca pagar a la Persona Asegurada.

El Usted o Su que se usa en este documento se refiere al Participante y a sus Dependientes elegibles.



ELEGIBILIDAD

3

Un Participante y en limitadas circunstancias sus Dependientes serán elegibles a las prestaciones del Plan cuando cumplen con los requisitos de elegibilidad, siempre y cuando las Contribuciones requeridas por el Convenio Colectivo entre la Unión y los Empleadores Contribuyentes o un Acuerdo Especial a nombre del Participante se realicen, y las Contribuciones/Primas a nombre del Dependiente se realicen como lo establece este documento.

ELEGIBILIDAD INICIAL - EMPLEADO

Para obtener la Elegibilidad Inicial, un Empleado debe trabajar un total de por lo menos 240 horas o más, en un periodo de dos meses consecutivos a la tasa de contribución actual del Plan. Una vez que el Empleado haya trabajado un total de 240 horas en dos meses consecutivos, el Empleado es elegible al seguro el primer día del segundo mes después del mes en que trabajó la 240a hora. Por ejemplo:

Un Empleado que trabaja un mínimo de 240 horas en enero y febrero, podrá recibir las prestaciones del Plan el 1ro de abril.

MANTENER LA ELEGIBILIDAD - PARTICIPANTES

Después de establecerse la elegibilidad inicial, un Participante continuará siendo elegible cada mes que el Participante trabaje un mínimo de 120 horas a la tasa de contribución actual del Plan. Nota importante: Habrá siempre un retraso de un mes entre el mes en que las horas son trabajadas y el mes de elegibilidad. Por ejemplo:

- 120 horas trabajadas en marzo le permitirá ser elegible en mayo.
- 120 horas trabajadas en abril le permitirá ser elegible en junio.
- 120 horas trabajadas en mayo le permitirá ser elegible en julio, etc.

Las horas trabajadas en exceso de 150 horas al mes se acumularán y se “guardarán” para complementar algún mes en que el Participante trabaje menos de las 120 horas y poder mantener su elegibilidad. Si Usted pierde su elegibilidad con el Plan por 12 meses consecutivos, Su banco de horas se perderá y deberá restablecer la elegibilidad cumpliendo con el requisito de elegibilidad inicial de 240 o más horas, a la tasa de contribución actual del Plan, en un periodo de dos meses consecutivos. Un Participante puede acumular un máximo de 360 horas. Por ejemplo:

HORAS TRABAJADAS**BANCO DE HORAS ACUMULADAS**

Si un Participante trabaja 120 horas en marzo, podrá mantener su elegibilidad para mayo, pero no podrá acumular horas en el banco de horas.	0
Si trabaja 160 horas en abril, el Participante mantendrá su elegibilidad para junio y acumulará 10 horas en su banco de horas.	10
Si después trabaja 200 horas en mayo, el Participante mantendrá su elegibilidad en julio y acumulará 50 horas adicionales en su banco de horas.	60 (50 + 10)
Si sólo trabaja 100 horas en junio, el Participante tendrá que usar 20 horas de su banco de horas para mantener su elegibilidad en agosto.	40 (50 - 20)
Si trabaja sólo 110 horas en julio, el Participante tendrá que usar 10 horas de su banco de horas para mantener su elegibilidad en septiembre.	30 (40 - 10)

En general el empleador del Participante reportará a la Oficina del Fondo la cantidad de horas trabajadas por el Participante correspondientes a las contribuciones que el Empleador tiene que hacer, y después hará su contribución basada en las horas reportadas.

ELEGIBILIDAD DURANTE EL SERVICIO MILITAR

Los derechos a un seguro médico del Fondo de un Participante, y en ciertas circunstancias, de sus Dependientes elegibles durante y después de un periodo en el servicio militar están regidos por la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo para Personal en Uniforme de 1994 (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, USERRA). Para prevenir una interrupción de la cobertura médica, el Participante deberá notificar a la Oficina del Fondo antes de que deje su trabajo. Si el Participante está fuera de su trabajo por no más de 30 días, la cobertura no será afectada. Si el Participante está fuera de su trabajo por más de 30 días, y el tiempo total fuera del trabajo contando todos los periodos de servicio militar por separado es menos de cinco años, en general, la licencia del Participante bajo USERRA, y en circunstancias limitadas la de su Dependiente(s) elegible(s), se administrarán bajo las reglas regulares de COBRA descritas en el Artículo 4 más abajo, excepto que el período máximo de cobertura será de 24 meses. Para mayor información sobre sus derechos bajo USERRA, contacte la Oficina del Fondo o su oficina local del Servicio de Empleo y Capacitación de Veteranos del Departamento de Trabajo.

TIPOS DE COBERTURA DISPONIBLES PARA DEPENDIENTE

Cobertura para el/la Cónyuge Dependiente o Hijo/a Dependiente están disponibles para un Participante que sea Supervisor General, siempre y cuando las Contribuciones mensuales para Dependientes se realicen a nombre del Supervisor General.

Un Participante que no sea Supervisor General puede sin embargo inscribir a su(s) Hija/o(s) Dependiente(s) elegible(s) en la cobertura del Plan si el/la Hijo/a(s) Dependiente(s) se inscribe durante el período de inscripción abierta o durante un período especial de inscripción bajo HIPAA, y los pagos mensuales a nombre de éste se envían a tiempo. No se ofrece cobertura para Cónyuge Dependiente de un Participante que no sea Supervisor General.

COBERTURA PARA EL/LA CÓNYUGE DEPENDIENTE E HIJO/A DEPENDIENTE DE UN SUPERVISOR GENERAL

El mes en que un Empleado se convierte en Supervisor General, el Empleador deberá realizar las Contribuciones para el Dependiente a nombre del Supervisor General. La cobertura de los Dependientes elegibles del Supervisor General empieza el primer día del segundo mes, dos meses consecutivos después de que un Empleador pague por las Contribuciones del Dependiente a nombre del Supervisor General. Las Contribuciones para Dependientes sólo podrán realizarse en los meses en que el Empleado tenga horas trabajadas como Supervisor General. La Cobertura del Dependiente comenzará el primer día del mes aunque el Supervisor General este o no trabajando, siempre y cuando el Supervisor General sea un Participante del Fondo durante ese mes. A partir de ese momento la Elegibilidad del Dependiente es mantenida mes a mes. Tome nota: Siempre habrá un mes “de por medio” entre el mes en que se paga la Contribución del Dependiente y el mes de cobertura. Por ejemplo:

Elegibilidad inicial - Si un Supervisor General trabaja en abril y mayo, y el Empleador del Supervisor General paga la Contribución del Dependiente por los meses de abril y mayo, la elegibilidad de los Dependientes elegibles del Supervisor General comenzará el 1ro de julio.

Continuación de la elegibilidad – Si un Supervisor General trabajó en junio y el Empleador realiza las Contribuciones del Dependiente para junio, la elegibilidad de los Dependientes elegibles del Supervisor General empezará en el mes de agosto.

Según el Convenio Colectivo ningún Empleador podrá designar a más del 10% de su mano de obra a tiempo completo como Supervisor General. Para determinar el número de Supervisores Generales permitidos, el tamaño de la mano de obra a tiempo completo de un Empleador deberá determinarse en el transcurso de un periodo de 6 meses usando el número de horas trabajadas cada mes para ese Empleador por Empleados cubiertos por el Convenio Colectivo. Usando la misma fórmula, 140 horas trabajadas en un mes para un Empleador equivale a un Empleado a tiempo completo. Por ejemplo:

Si los Empleados cubiertos por el Convenio Colectivo del Empleador A trabajan un promedio de 1400 horas por mes durante los 6 meses anteriores, el Empleador A podría considerar emplear el equivalente de 10 Empleados a tiempo completo y designar un Supervisor General.

COBERTURA PARA UN HIJO (A) DEPENDIENTE DESPUÉS DEL PAGO DE LA PRIMA MENSUAL

Los Hijos (as) de un Participante que no sea Supervisor General pueden no obstante ser elegibles a cobertura, si estos son inscritos durante el periodo en que se abre la inscripción o durante un periodo especial de inscripción bajo HIPAA, y cuando los pagos mensuales son sometidos a tiempo cada mes.

Primas mensuales para obtener la cobertura de un Hijo/a Dependiente - Cuando un Participante no es un Supervisor General, el Participante deberá someter pagos mensuales para obtener una Cobertura de un Hijo(a) Dependiente. La Primas mensuales se deberán hacer el 20 del mes anterior al mes de cobertura. Si La Oficina del Fondo no recibe la Prima alrededor de esa fecha, la cobertura será cancelada a partir del primer día del mes de cobertura; sin embargo, el Fondo tiene un “período de gracia” que va hasta el día 15 del mes de cobertura. Por lo tanto, si la Oficina del Fondo recibe la Prima mensual antes del día 15 del mes, la cobertura será reintegrada retroactivamente al primer día del mes de cobertura. Si la Prima mensual no se recibe antes de día 15 del mes de cobertura, la cobertura permanecerá vencida y no podrá reactivarla hasta el siguiente periodo de inscripción a menos que ciertos derechos de inscripción de HIPAA se apliquen.

Inscripción de Hijos/os Dependientes - El Fondo abrirá un período de inscripción anual para los Hijos/as Dependientes (que no sean Hijos/as Dependientes elegibles para cobertura bajo las provisiones del Supervisor General). El periodo de inscripción anual se llevará a cabo

entre el 1ro de noviembre y 1ro de diciembre de cada año para que sea efectivo el 1ro de enero del año siguiente. Los Hijos/as Dependientes que no son inscritos durante el periodo en que se abre la inscripción no podrán inscribirse hasta el siguiente año en que se abra el periodo de inscripción a menos que el Hijo/a Dependiente que sea elegible gracias a los derechos especiales de inscripción que ofrece HIPAA. Pase a la página 17 para informarse sobre los derechos especiales de inscripción que ofrece HIPAA.

CUANDO TERMINA SU ELEGIBILIDAD

LA ELEGIBILIDAD DEL PARTICIPANTE TERMINA:

La elegibilidad de un Participante a este Plan terminará si uno o más de los siguientes eventos ocurren:

- No trabaja el número de horas requeridas,
- No paga por el COBRA como lo describe el Artículo 4, Continuación de COBRA, o
- La persona alcanza el máximo número de pagos permitidos por la ley a COBRA, como lo describe el Artículo 4, Continuación de COBRA

LA ELEGIBILIDAD DEL CÓNYUGE E HIJO/A DEPENDIENTE DE UN SUPERVISOR GENERAL TERMINA:

Para el Dependiente de un Supervisor General, la elegibilidad para las prestaciones de este Plan termina en el primero de los siguientes eventos:

- Dicho individuo ya no cumple con la definición de Dependiente;
- La elegibilidad del Participante se termina;
- La Contribución del Dependiente no es pagada;
- El pago del COBRA, como lo describe el Artículo 4, Continuación de Cobertura de COBRA, no se hace; o
- El número máximo de pagos de COBRA permitidos por la ley ha sido hecho, como se describe en el Artículo 4, COBRA, Continuación de Cobertura.

CUANDO TERMINA LA ELEGIBILIDAD DE UN HIJO/A DEPENDIENTE DE UN PARTICIPANTE QUE NO ES SUPERVISOR GENERAL:

Para el/los Hijo(s) Dependientes de un Participante que no sea Supervisor General, la elegibilidad a las prestaciones del Plan termina en cuanto ocurra uno de los siguientes acontecimientos:

- Dicho individuo deja de cumplir con la definición de Hijo/a Dependiente;
- La elegibilidad del Participante se termina;
- La Prima mensual no es pagada antes de que el periodo de gracia termine;
- No se paga el COBRA, como lo describe el Artículo 4, Continuación de Cobertura de COBRA; o
- Se llegó al número máximo de pagos de COBRA permitidos por la ley, como lo describe el Artículo 4, Continuación de Cobertura de COBRA,

Cuando la elegibilidad del Participante y/o Dependiente(s) termina, todas las prestaciones del Fondo cesan, a menos que la cobertura de COBRA esté disponible como se indica a continuación. Sin embargo si Usted está hospitalizado, la elegibilidad continuará mientras permanezca en el hospital, o por 30 días, lo que dure menos.

CÓMO OBTENER PRESTACIONES

Tan pronto obtenga las prestaciones del Plan, el Participante deberá llenar un formulario de inscripción individual en la Oficina del Fondo y proporcionar información sobre el Participante y su(s) Dependiente(s) si éstos son elegibles.

El Participante deberá actualizar su información de inscripción cuando haya un cambio en su estatus o estatus de sus Dependientes (por ejemplo, un cambio de dirección, otro bebé, añadir o quitar a un cónyuge). El Participante recibirá una tarjeta como prueba de su participación en el Plan.

Cuando Usted necesite un servicio médico simplemente haga una cita con un profesional de salud. Ellos se encargarán en la mayoría de los casos de llenar y mandar la factura.

Usted deberá asegurarse de que su factura se someta dentro de los 12 meses de la fecha del servicio. Si Usted no lo hace dentro del límite de los 12 meses, el Fondo no pagará su factura.

DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si Usted rechaza la inscripción para Usted o sus Dependientes (incluyendo la de su Cónyuge) debido a que tiene otro seguro de salud o plan de salud de grupo, Usted y Sus Dependientes pueden inscribirse en este Plan si pierden la elegibilidad a esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a esa otra cobertura por Usted o sus Dependientes). Ahora bien, Usted deberá solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después de que termine esa otra cobertura para Usted o Sus Dependientes (o después de que el empleador deje de pagar la otra cobertura). Además, si Usted tiene un nuevo Dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción. Es posible que pueda inscribirse a Usted mismo y a Sus Dependientes. Ahora bien, Usted deberá solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, adopción o colocación para la adopción.

Los derechos especiales de inscripción también pueden aplicarse a las siguientes circunstancias:

- Usted o Sus Dependientes pierden la elegibilidad al Medicaid o la cobertura al seguro médico estatal para niños (“CHIP”) y Usted solicita la inscripción en un plazo de 60 días.
- Usted o Sus Dependientes son elegibles al subsidio estatal de ayuda por medio de Medicaid o CHIP con los pagos de la cobertura de este Plan, y Usted solicita la inscripción dentro de los 60 días después de que se haya determinado la elegibilidad para la ayuda.

Para solicitar una inscripción especial u obtener mayor información, llame a la compañía William C. Earhart, Company, Inc. al (800) 846-0611.



COBRA

4

Si Usted pierde Su Elegibilidad como resultado de un “acontecimiento habilitador”, la ley federal llamada COBRA le permite convertirse en lo que se conoce como un “beneficiario calificado” y pagar por una extensión temporal de su seguro a tarifa de grupo. Esto es COBRA, la continuación de su cobertura.

PRESTACIONES BÁSICAS DE COBRA

PRESTACIONES QUE CUBRE

Con la continuación de su cobertura con COBRA, un beneficiario calificado en general podrá ser elegible a las mismas prestaciones médicas que recibe el beneficiario calificado de la Tabla de prestaciones efectivas el día antes que ocurra el acontecimiento que lo habilita. Si ocurren cambios en los beneficios de los Participantes/Dependientes activos mientras el beneficiario calificado está recibiendo cobertura de continuación de COBRA, dichos cambios se aplicarán al beneficiario calificado, en la medida que se aplique a ese beneficiario calificado.

LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA CON COBRA COMIENZA

Usted tiene el derecho de pagar por la continuación de su seguro solamente si pierde su cobertura debido a un “acontecimiento habilitador”. Estos Acontecimientos habilitantes incluyen:

Para Participantes:

- El Participante cesa de trabajar por razones que no están relacionadas con problemas graves de conducta; o
- Reducción de las horas de trabajo del Participante.

Para Cónyuge elegible:

- Fallecimiento del Participante;
- Reducción de las horas de trabajo del Participante;
- Participante cesa de trabajar por otras razones que no están relacionadas con problemas graves de conducta;
- El Participante es elegible a Medicare (bajo Part A, Part B, o ambos); o
- El divorcio del Participante y su Cónyuge Dependiente

Para Hijos/as Dependientes elegibles:

- El fallecimiento del Participante;
- La reducción de las horas de trabajo del Participante;

- El Participante cesa de trabajar por otras razones que no están relacionadas con problemas graves de conducta;
- El Participante es elegible a Medicare (bajo Part A, Part B, o ambos); o
- La pérdida del estatus de Hijo/a Dependiente bajo este Plan.

DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA

PERIODOS MÁXIMOS

COBRA requiere que la continuación de cobertura de COBRA se extienda desde la fecha del acontecimiento habilitador por un periodo limitado de 18 o 36 meses. La duración de la cobertura de continuación de COBRA (el “periodo máximo” de cobertura de continuación de COBRA) depende del tipo de acontecimiento habilitador que haya dado lugar a los derechos de COBRA.

Cuando el acontecimiento habilitador es el cese de empleo del Empleado (por razones que no estén relacionadas con un problema de conducta grave) o la reducción en las horas de trabajo, los beneficiarios que califican deberán recibir 18 meses de cobertura de continuación de COBRA.

Cuando el acontecimiento habilitador es el fin del empleo o la reducción de las horas del Empleado, y el Empleado tuvo derecho a Medicare menos de 18 meses antes del acontecimiento habilitador, la cobertura de continuación de COBRA para los Dependientes elegibles del Empleado puede durar hasta 36 meses después de la fecha en que el Empleado se convirtió en beneficiario de Medicare. Por ejemplo, si un Participante tiene derecho a Medicare ocho (8) meses antes de la fecha de finalización de su empleo (la terminación del empleo es el acontecimiento habilitador de COBRA), la cobertura de continuación de COBRA para sus Dependientes elegibles duraría 28 meses (36 meses menos 8 meses).

Para los demás tipos de acontecimientos, los beneficiarios elegibles deberán recibir 36 meses de continuación de cobertura de COBRA.

CANCELACIÓN TEMPRANA

La continuación de cobertura de COBRA se cancelará antes de que finalice el periodo máximo si ocurre lo siguiente:

- Los pagos al COBRA no se hacen en su totalidad y a tiempo.
- Toda cobertura ofrecida por el Plan se cancela;
- Otro plan de seguro médico empieza para un beneficiario elegible después de haber escogido la continuación de cobertura de COBRA.
- Un beneficiario calificado califica para las prestaciones de Medicare después de haber escogido la continuación de cobertura de COBRA.
- Un beneficiario calificado tiene un comportamiento que justifica que el Plan cancele la cobertura de un Participante o Dependiente que se encuentre en una situación similar y que no reciba cobertura de continuación de COBRA (como cometer fraude)

EXTENSIÓN DE UN PERIODO DE 18 MESES DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA

Hay dos circunstancias en las que los beneficiarios calificados con derecho a un período máximo de 18 meses de cobertura de continuación COBRA pueden tener derecho a una prórroga de este máximo. La primera es cuando uno de los beneficiarios elegibles tiene discapacidad; el segundo es cuando ocurre un segundo acontecimiento habilitador.

Discapacidad

Si uno de los beneficiarios calificados de una familia tiene discapacidad y cumple con ciertos requisitos, todos los beneficiarios calificados de esa familia tendrán derecho a una prórroga de 11 meses del período máximo de cobertura de continuación de COBRA (por un período total máximo de 29 meses). Durante la extensión de 11 meses por discapacidad, el Fondo podrá cobrar al beneficiario calificado un aumento en la prima de hasta el 150 por ciento del costo de la cobertura.

Los requisitos son, en primer lugar, que la Administración del Seguro Social (SSA) determine antes del 60º día de cobertura de COBRA que el beneficiario calificado discapacitado está deshabilitado y, segundo, que la discapacidad continúe durante el resto del período inicial de 18 meses de continuación de COBRA. Además el beneficiario calificado discapacitado (u otra persona en su nombre) deberá notificar al Fondo de la determinación de SSA en el lapso de 18 meses después que ocurre el acontecimiento habilitador, a menos que un período más largo sea requerido por la ley.

Sin embargo, si la discapacidad de un beneficiario calificado termina, la cobertura de continuación de COBRA ya no estará disponible después del período inicial de 18 meses, o en la fecha que corresponde a los 30 días después de la determinación final de que el beneficiario calificado ya no está discapacitado. Usted deberá notificar por escrito al Fondo en los 30 días posteriores a la fecha en que la SSA determine que la discapacidad ya no existe.

Segundo acontecimiento habilitador

Una extensión de 18 meses podría estar disponible para los beneficiarios calificados que reciban un período máximo de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA (aumentando el período a un máximo total de 36 meses de cobertura de continuación de COBRA) si le ocurre a un beneficiario calificado un segundo acontecimiento habilitador como el fallecimiento del Empleado, divorcio entre el Empleado y Cónyuge, derecho a Medicare (en ciertas circunstancias) o la pérdida del estatus de Hijo/a Dependiente bajo el Plan. En ausencia del primer acontecimiento habilitador, el segundo acontecimiento podría ser un segundo acontecimiento habilitador sólo si éste causara que el beneficiario calificado pierda la cobertura del Plan.

Si a un beneficiario calificado le ocurre un segundo acontecimiento habilitador, el beneficiario calificado deberá notificar por escrito al Fondo acerca del segundo acontecimiento habilitador dentro del período de 18 meses después del acontecimiento habilitador, a menos que la ley requiera de un período más largo.

ELECCIÓN DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA

La Oficina del Fondo deberá ser notificada acerca del acontecimiento habilitador que otorgue el derecho al Participante o a sus Dependientes elegibles a la cobertura de continuación de COBRA. En caso de divorcio o pérdida del estatus de Dependiente, el Participante o su Dependiente elegible deberá notificar por escrito a la Oficina del Fondo en un plazo de 60 días. Para otros tipos de acontecimientos habilitadores, el Empleador del Participante deberá notificar a la Oficina del Fondo en un periodo de 30 días. Un Empleador cumple con su obligación cuando notifica el Acontecimiento Habilitador en el envío puntual de su contribución a la Oficina del Fondo.

Si durante los primeros 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA el beneficiario calificado queda discapacitado, este beneficiario tiene la obligación de informar a la Oficina del Fondo en los 60 días en que su Seguro Social por discapacidad es aprobado. Si el Seguro Social determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado/a, este beneficiario deberá notificar al Fondo en un plazo de 30 días.

En un periodo de 30 días después de recibir una notificación sobre el acontecimiento habilitador, la Oficina del Fondo notificará al Participante y su(s) Dependiente(s) elegibles de su derecho a elegir la continuación de cobertura de COBRA. El Fondo le enviará una notificación acerca de cuánto costará y un formulario con instrucciones de cómo escoger la cobertura.

Para elegir la cobertura de continuación de COBRA, deberá completar el formulario de elección y presentarlo a la Oficina del Fondo dentro de los 60 días después a la última de las siguientes fechas:

- el acontecimiento habilitador, o
- la fecha en que el Fondo envía la notificación sobre el derecho de poder elegir la continuación de cobertura de COBRA.

Si Usted no elige continuar la cobertura de COBRA en ese periodo, ya Usted no podrá ser elegible a dicha cobertura. Un Participante y cada uno de su(s) Dependientes elegibles tienen el derecho a elegir la continuación de cobertura de COBRA. Los Participantes podrán elegir la continuación de cobertura de COBRA a nombre de su Cónyuge Dependiente y los padres podrán elegir la continuación de cobertura de COBRA a nombre de sus Hijos(as) Dependientes.

CÓMO PAGAR LA CONTINUACION DE COBERTURA DE COBRA

Usted tendrá que pagar la póliza de su seguro COBRA. El primer pago lo tendrá que hacer a la Oficina del Fondo en un plazo que no exceda los 45 días después de la fecha en que eligió continuar la cobertura de COBRA. Los siguientes pagos deberán hacerse el primer día del mes. La Junta de Fiduciarios determinará la cantidad de los pagos mensuales de la continuación de cobertura de COBRA una vez al año pero no será más del 102% del costo del seguro ofrecido a Participantes y Dependientes elegible en situación similar a menos que la ley permita un cargo más alto.

POR QUÉ LA COBERTURA DE COBRA ES IMPORTANTE

Si a pesar de ser elegible Usted no opta por la continuación de cobertura de COBRA, puede que la ley federal afecte Sus futuros derechos.

- En primer lugar, puede perder el derecho de evitar tener exclusiones debido a condiciones preexistentes impuestas por otros planes de salud si usted permanece sin seguro por más de 63 días. Elegir el seguro de COBRA puede que le ayude a llenar ese vacío.
- Segundo, cuando no elige COBRA por el tiempo máximo que está disponible Usted perderá el derecho garantizado a comprar un seguro individual que no tenga restricciones con respecto a condiciones pre-existentes.
- Finalmente, Usted debería tomar en consideración los derechos especiales de inscripción que ofrece la ley federal. Estos derechos le permiten inscribirse en otros seguros a los que Usted puede ser elegible (como un seguro a través del empleador de su Cónyuge) en los 30 días en que Su cobertura bajo este Plan termine, cualquiera sea la razón, lo que le da el derecho de elegir continuidad con COBRA. Usted tendrá los mismos derechos especiales de inscripción al final de su continuación de cobertura de COBRA, si Usted elige el periodo máximo de continuación de cobertura de COBRA que esté disponible para Usted.

OTRAS OPCIONES DE SEGURO APARTE DE LA COBERTURA DE COBRA

En lugar de inscribirse en Cobertura COBRA, puede haber otras opciones de cobertura más asequibles para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicaid u otras opciones de cobertura de grupo (como un seguro de su esposo/a) que se obtiene por lo que se denomina “ período inscripción especial”. Alguna de estas opciones puede que cuesten menos que la cobertura de COBRA.

Esto es sólo un resumen de las leyes y regulaciones del COBRA. Si tiene preguntas sobre la cobertura de COBRA contacte la Oficina del Fondo. Para obtener mayor información acerca de Sus derechos bajo COBRA y otras leyes que afectan los planes de salud grupal, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos en su área o visite el sitio web de EBSA en www.dol.gov / Ebsa. Las direcciones y teléfonos de las oficinas de EBSA tanto regional como del distrito están disponibles en la página de web.



MÉDICO

5

TABLA DE PRESTACIONES

SERVICIOS GENERALES	CIGNA PRESTACIONES DENTRO DE LA RED	PRESTACIONES FUERA DE LA RED
Deducibles del año natural	Usted paga: \$250 individuo/\$750 familia	Usted paga: \$1,000 individuo/\$3,000 familia
Servicios de PPO fuera del área	Los servicios prestados fuera del área geográfica de un PPO [red de profesionales médicos] se pagan al 80% de la tarifa del UCR, sujeta a los deducibles del año natural.	
Gastos de bolsillo Máximo anual	\$2,000 individuo \$6,000 por familia	\$ 5,000 individuo \$ 15,000 por familia
El máximo de por vida Prestaciones no esenciales	\$1,000,000 por individuo	
Co-seguro	El Plan paga: 80%	El Plan paga: 50%
Visitas al médico	Usted paga: \$25 de Copago (No sujetos al deducibles del año natural)	El Plan paga: 50% después del deducible del Año Natural
Cirugía ambulatoria (No sujetas al deducibles del año natural)	El Plan paga: 80%	El Plan paga: 50%
Cuidados preventivos	Usted paga: \$25 de Copago (No sujetas al deducibles del año natural)	El Plan paga: 50% después del deducible del Año Natural

- Vacunas y cuidado de bebé sano (hasta los 2 años)
- Físicos de rutina –2 años o más – Un examen por año
- Exámenes ginecológicos básicos –
- Examen pélvico anual, Papanicolaou y, mamografía
- Examen de detección de cáncer de colon & SA
- Análisis y Rayos X

SERVICIOS GENERALES	CIGNA PRESTACIONES DENTRO DE LA RED	PRESTACIONES FUERA DE LA RED
Equipo médico duradero	El Plan paga: 80% del deducible del Año Natural	El Plan paga: 50% después del deducible del Año Natural
Servicios de Análisis y Rayos X– Oficina y laboratorio independiente (No sujetas al deducibles del año natural)	El Plan paga: 80%	El Plan paga: 50%
Fisioterapia ambulatoria máximo 25 citas por año natural	El Plan paga: 80% después del deducible del Año Natural	El Plan paga: 50% después del deducible del Año Natural
Terapia ocupacional del habla y del oído máximo 25 citas por año natural	El Plan paga: 80% después del deducible del Año Natural	El Plan paga: 50% después del deducible del Año Natural
Quiropráctica (Solamente manipulación) El Plan paga: 50% después máximo 5 citas por año natural	El Plan paga: 80% después del deducible del Año Natural	El Plan paga: 80% después del deducible del Año Natural
Ambulancia	El Plan paga: 80% después del deducible del Año Natural dentro la red interna de CIGNA usando tarifas del UCR pertenezca o no a la red	
Servicios de emergencia	<p>\$100 de Copago por las visitas al departamento de emergencia (No sujetos al deducible del Año Natural).</p> <p>El Plan paga: 80% por los servicios del hospital y de los médicos asociados a la visita del departamento de emergencias (por ejemplo, laboratorio y rayos X, gastos de médico, costos de cirugía, etc.), independientemente de si los servicios se facturan juntos o por separado.</p> <p>El Plan paga: 80% independientemente de si el profesional de salud pertenece o no a la red. Servicios hospitalarios y de médicos asociados con una visita al departamento de emergencia están sujetos al deducible del año natural excepto laboratorios y rayos X</p>	
Servicios hospitalarios Incluyendo la anestesia Requiere de pre-certificación Laboratorio y rayos X en el lugar pertenecen a la red	Cargos del hospital: El Plan paga: 80% después Usted paga: \$100 de copago por hospitalización Cargos no relacionados con Centros Asistenciales El Plan paga: 80% después del deducible del año	No cubierto
Centro Asistencial de Enfermería Especializada Maximo de 100 días por año natural Requiere de pre-certificación	Cargos del hospital: El Plan paga: 80% después Usted paga: \$100 de copago por hospitalización	No cubierto
Atención en Hospicio	Cargos No relacionados con Centros Asistenciales El Plan paga: 80% después del deducible del Año Natural	No cubierto

SERVICIOS GENERALES	CIGNA PRESTACIONES DENTRO DE LA RED	PRESTACIONES FUERA DE LA RED
Consulta médica hospitalaria • Cirugía ambulatoria • Incluyendo la anestesia • Requiere de pre-certificación • Cirugía ambulatoria • Pagos de Análisis y Rayos X estatus de pertenencia a la red de las instalaciones	Cargos del hospital: El Plan paga: 80% después Usted paga \$100 de Co-pago por visita Cargos No relacionados con Centros Asistenciales El Plan paga: 80% después del deducible del Año	Cargos del hospital: El Plan paga: 80% después Usted paga \$100 de Co-pago por visita NCargos No relacionados con Centros Asistenciales El Plan paga: 80% después del deducible del Año
Otras consultas externas	El Plan paga: 80% después del deducible del Año Natural	El Plan paga: 50% después del deducible del Año Natural
Servicios a domicilio Hasta 1 cita por día/máximo de 100 citas por Año natural	El Plan paga: 80% después del deducible del Año Natural	El Plan paga: 50% después del deducible del Año Natural
Prestaciones Para Medicamentos Recetados		
Plan de Farmacia (Incluye anticonceptivos)	Co-pago en farmacias (Hasta 30 días de suministro) \$10: Genérico \$20: Nivel 2 de marca \$40: Nivel 3 de marca \$40: Medicamentos especiales	Co-pago de órdenes por Correo (Hasta 90 días de suministro) \$20: Genérico \$40: Nivel 2 de marca \$80: Nivel 3 de marca \$40: Medicamentos especiales
No hay prestaciones para Medicamentos recetados fuera de la red		

LA ORGANIZACIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS PREFERENCIAL DE CIGNA

La Junta de Fiduciarios tiene un contrato con CIGNA HealthCare cuya red de servicios PPO (“red PPO de CIGNA”) están disponibles para los Participantes del Plan y sus Dependientes elegibles por medio de la red de CIGNA Health Care OAP (“CIGNA OAP Network”). La red OAP de CIGNA es un grupo selecto de Médicos, especialistas, Hospitales y otros centros de Tratamiento a nivel nacional que han aceptado prestar sus servicios a los Participantes del Plan y a sus Dependientes elegibles con un descuento. El OAP de CIGNA puede ser utilizado para servicios regulares de emergencia. Algunas prestaciones se ofrecen a través de una subsidiaria se CIGNA llamada CareAllies, una institución reconocida a nivel nacional por su facilidad de acceso, la efectividad de sus servicios y administración de programas. Tome nota de la siguiente información importante:

Prestaciones “En la red”: Si vive en el área de la “Red OAP de CIGNA” Ud. tendrá que usar los Hospitales, Médicos, y otros profesionales que participen en esa red para poder recibir este nivel de prestaciones. Actualmente, la red OAP de CIGNA tiene más de un millón de localidades a nivel nacional. Para saber quiénes están en Su área o si se va de viaje, Usted puede llamar a los servicios al miembro de CIGNA al (800)768-4695, o puede acceder a una lista actualizada de los profesionales e instituciones en la internet en el sitio www.cignasharedadministration.com. Si usted ve las siglas OAP “Open Access Plus” (o acceso libre de toda restricción) en la cara frontal de su tarjeta de identificación, deberá seleccionar el directorio de profesionales de Administración Compartida de OAP en la página web para identificar a los profesionales y hospitales participantes en esta red.

Prestaciones “Fuera de la red”: Si vive en el área de la “Red PPO de CIGNA” pero usa un Médico u Hospital que no pertenece a la red, Sus prestaciones serán cubiertas como fuera de la red.

Servicios especiales: Ciertos servicios son pagados a nivel de la red aunque el servicio se brinde por un profesional fuera de la red. Estos servicios incluyen:

- Servicios (que no sea asistencia quirúrgica) de un prestador fuera de la red tal como consulta interna, neonatología, rayos X, laboratorio, radiología, anestesiología y otros especialistas sobre los cuales la Persona Asegurada no tiene control de selección después de la admisión, cuando la Persona Asegurada es ingresada para atención hospitalaria o ambulatoria en una institución perteneciente a la red, cuyo ingreso y servicios son aprobados por la Administración médica.
- Servicios prestados por profesionales calificados para asistir en una cirugía que no pertenecen a la red cuando la cirugía la realiza un Doctor de la red en una institución de la red de CIGNA. El uso de un asistente durante una cirugía deberá ser apropiado al tipo de cirugía.
- Los servicios de un Hospital o de un Doctor recibidos inmediatamente después de ser atendido en un salón de emergencia fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean aprobados por la Administración médica.
- Servicios de ambulancia.

Usted tiene la libertad de escoger al prestador de su preferencia. La recomendación es que use la Red OAP de CIGNA pues **Usted ahorrará dinero**. Aunque a Usted le corresponde pagar un porcentaje de la tarifa de la Red OAP de CIGNA, éste será un porcentaje menor de una cantidad menor.

Cuando un Participante se hace elegible por primera vez en este Plan, el/ella recibirá una tarjeta de identificación CIGNA, OAP que cubrirá al Participantes y Dependientes elegibles. Usted podrá verificar si Su actual Doctor aparece en la lista de la página web de CIGNA en www.cignasharedadministration.com. Si usted ve las siglas OAP “Open Access” en la cara frontal de su tarjeta de identificación, deberá seleccionar el directorio de prestadores de Administración Compartida de OAP en la página web para identificar los prestadores y hospitales participantes en esta red. Esta página le ayudará también a encontrar otro Doctor.

Cuando la Persona Asegurada ya tiene un Médico u Hospital de la red, ésta deberá presentar su tarjeta para identificarse como miembro de la Red OAP de CIGNA. Así el Médico u Hospital podrán enviar sus cobros directamente a CIGNA.

DEDUCIBLE

A menos que se establezca de manera diferente en el Esquema de Prestaciones, una Persona Asegurada deberá pagar al año natural los primeros \$250 por servicios recibidos en la red (o \$1.000 cuando no pertenecen a la red). El deducible de familia es de \$750 (o de \$3.000 por servicios fuera de la red). Esto es llamado el “Deducible” o el “Deducible Anual”. El Deducible solamente se paga una vez al año. Cada año se pagará un nuevo deducible por persona/familia asegurada por el Plan.

COSTO DE SERVICIOS MÉDICOS

Luego de pagar su deducible, el Plan pagara las prestaciones de acuerdo con el Esquema de Prestaciones. Después que haya pagado el máximo anual (ver la Tabla de Prestaciones), el Plan cubrirá al 100% por servicios cubiertos que se reciban en el transcurso del año. Favor notar que

esto aplica solamente al co-aseguramiento. Inclusive cuando el pago máximo anual de bolsillo haya sido completado, Usted aún tendrá responsabilidad del Copago que le toque pagar por los servicios, tal como se define en la Tabla de Prestaciones.

El Deducible del año no cuenta dentro de su máximo anual en gastos de bolsillo. Por ejemplo, Usted en calidad de Participante individual tendrá que pagar un Deducible anual de \$250 por servicios recibidos dentro de la red más el 20% de la tarifa del UCR por los siguientes \$10.000 gastados en servicios hasta que Usted haya alcanzado el máximo anual de \$2.000 en gastos de bolsillo.

Todos los Deducibles anuales y el máximo anual de gastos de bolsillo son determinados una vez al año. Cada año Usted deberá pagar un nuevo Deducible y máximo anual en gastos de bolsillo. El máximo que el Plan paga por prestaciones no esenciales en el transcurso de la vida de una Persona Asegurada es de \$1'000.000.

TIPOS DE SERVICIOS – MÉDICOS

Los servicios cubiertos incluyen los servicios médicos descritos en las siguientes páginas. El Plan sólo pagará la tarifa del contrato o los cargos del UCR reflejados en la Tabla de Prestaciones por servicios recomendados y aprobados por un Médico, que sean medicamente necesarios, para tratar daños al cuerpo o una Enfermedad. Usted tendrá que pagar por el gasto que exceda los cargos UCR. El cargo del UCR está definido en la página 11.

Cuarto y comida durante una hospitalización – Hay un copago de \$100 cada vez que Usted es ingresado en un Hospital. El Plan pagará las tarifas del contrato o del UCR por un cuarto semi-privado o cuidados intensivos de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de prestaciones. El ingreso al hospital deberá ser pre-autorizado por CIGNA CareAllies. Antes de programar un ingreso al hospital Usted o su Médico tendrán que llamar a CIGNA al (800) 768-4695 para obtener una pre-autorización. En una emergencia o situación que amenace la vida, Usted o un familiar deberá notificar a CIGNA dentro de las 24 horas del ingreso. Tiene que cumplir con este requisito pertenezca o no su Médico a la Red PPO de CIGNA. Si Usted tiene gastos de Hospital que no son autorizados por CIGNA, el Plan pagará solamente el 50% de la cantidad correspondiente al monto autorizable y Usted tendrá que pagar del balance de la factura al prestador de servicios. Así que si Usted no obtiene una autorización previa tendrá una penalidad del 50%. Los gastos de bolsillo por alojamiento y comida en un hospital fuera de la red no están cubiertos.

El Tratamiento ofrecido por programas reconocidos por CIGNA para enfermos terminales, en lugar de hospitalización, son considerados Servicios Cubiertos.

Servicios de hospitalización y suministros – Después del copago de los \$100 de hospitalización y pre-certificación, el Plan cubrirá el 80% de las tarifas del contrato para instituciones dentro de la Red CIGNA, OAP al completar el máximo en gastos de bolsillo. A partir de este momento, el Plan paga: 100%. Los gastos de bolsillo por servicios y materiales hospitalarios fuera de la red no serán cubiertos.

Instituciones de Enfermería Especializada - Después del Co-pago de \$100 por admisión, el Plan paga 80% de las prestaciones del contrato para instalaciones de la red de CIGNA, OAP, hasta por un máximo de 100 días al año. Una vez alcanzado este máximo anual en gastos de bolsillo, el Plan cubrirá el 100% de la tarifa del contrato por servicios recibidos dentro de la red por un máximo de 100 días al año. Las instalaciones de Enfermería Especializada Fuera de la red no están cubiertas. El cuidado deberá ser proporcionado a diario por personal técnico o especializado y no podrá ser recibido en la casa del paciente o de forma ambulatoria. Se espera que dichos cuidados mejoren significativamente la condición médica en un periodo razonable y la mejora deberá reflejarse en el funcionamiento. Para recibir los servicios de enfermería especializada la

Persona Asegurada tendría que haber sido hospitalizada antes de ser ingresada en un centro que ofrezca servicios de enfermería especializados. Una pre-autorización es necesaria para servicios en Centros de Enfermería Especializada.

Entre los servicios cubiertos no se incluye el ingreso a un centro especializado en cuidados de enfermería donde el cuidado es principalmente para:

- Deterioro senil;
- Deficiencia o discapacidad mental;
- Enfermedad mental; o
- Cuidados de rutina de una enfermera, ayuda personal o entrenamiento, higiene personal o custodia.

Servicios a domicilio – Después de pagar el deducible anual el Plan pagará el 80% de la tarifa del contrato por servicios dentro de la red (50% del UCR por servicios fuera de la red) por 1 (una) visita al día por un máximo de 100 visitas al año.

El Plan cubre servicios a domicilio cuando éstos son prestados por agencias que tienen una licencia. Estos servicios deberán ser recomendados como una alternativa o un seguimiento a una hospitalización. El paciente deberá estar restringido a no salir de su casa debido a su condición médica.

El tipo de cuidado no podrá ser aprendido o llevado a cabo por una persona cualquiera o que no haya recibido una capacitación médica. El cuidado deberá realizarse por personal técnico o profesional o por ayudantes de salud en el hogar en colaboración con personal técnico o profesional. Se espera que dichos cuidados mejoren significativamente la condición médica en un periodo razonable. **Una pre-autorización será necesaria para Servicios de Cuidado Domiciliarios.**

Cuidados para pacientes terminales – Después de haber pagado su deducible del año (o después del copago de \$100 por ingreso de un paciente terminal) el Plan pagará el 80% de la tarifa del contrato por servicios en la red hasta que haya completado el máximo en gastos de bolsillo. A partir de este momento, el Plan paga: 100%. La atención en servicios de pacientes terminales fuera de la red no está cubierta. El Plan cubre servicios a pacientes terminales cuando éstos son ordenados por un Doctor y la esperanza de vida de la Persona Asegurada es de seis meses o menos.

Los cuidados paliativos que ofrecen los programas para pacientes terminales son servicios médicos ofrecidos para aliviar temporalmente el dolor o síntomas pero cuyo efecto no está destinado a la cura. Cuando la Persona Asegurada escoge cuidados paliativos, ella o él ya no será elegible a tratamientos para la enfermedad terminal. El Médico de la Persona Asegurada tendrá que certificar que esta persona está en estado terminal con un promedio de vida de seis meses o menos si los daños físicos o la enfermedad siguen su curso normal. Una pre-autorización será necesaria para Servicios en Instalaciones para Pacientes Terminales.

Visitas al consultorio médico – Después de los \$25 de copago, el Plan pagará la tarifa del contrato para los servicios de un prestador de la red proporcionados por un médico u otro prestador de servicios en consultas no-quirúrgicas para el tratamiento de heridas o enfermedad. Por aquellos servicios fuera de la red, el Plan paga el 50% del UCR después que haya pagado el deducible del año y hasta que haya alcanzado el máximo en gastos de bolsillo para estos servicios.

Cirugía ambulatoria - El Plan pagará 80% de la tarifa por servicios contratados para prestadores dentro de la red y 50% de los cargos UCR para prestadores fuera de la red hasta que se alcance el máximo nivel de gastos de bolsillo. A partir de este momento, el Plan paga: 100%. Este beneficio no está sujeto al deducibles del Año Natural.

Servicios de médico cirujano - Tan pronto Usted haya pagado su deducible anual el Plan cubrirá el 80% de la tarifa del contrato por servicios dentro de la red y 50% del UCR por servicios fuera de la red hasta que Usted haya pagado el máximo en los gastos de bolsillo. A partir de este momento, el Plan paga: 100%.

Esto incluye el tratamiento por un cirujano dental de fracturas y dislocaciones mandibulares debido a lesiones corporales accidentales, y de procedimientos como el corte de la cavidad bucal, que no sean extracciones, así como reparaciones y cuidado de dientes y encías.

Segunda opinión para una cirugía – Si Su Médico recomienda cirugía, el Plan pagará por la consulta con otro Médico para obtener una segunda opinión. El propósito de esta prestación es para que se asegure de que es necesaria y evitarle que tenga una cirugía innecesaria.

No es difícil obtener una segunda opinión de una cirugía. Llame a los servicios al miembro de CIGNA al (800) 768-4695, y pregunte por un cirujano acreditado en Su área. El personal de esta oficina le dará una lista para que escoja. Haga una cita y pídale que contacte a la Oficina del Fondo para que ellos le den información sobre las prestaciones relacionadas a una segunda opinión para una cirugía.

Consulta médica durante hospitalización – Si Usted está hospitalizado y recibe la visita necesaria de Su Doctor miembro de la red, después que pague el deducible el Plan cubrirá el 80% de la tarifa del contrato por un médico de la red hasta que haya alcanzado la cuota máxima de gastos de bolsillo, hasta por una visita por día. A partir de este momento, el Plan paga: 100%. Las visitas de Su cirujano no están cubiertas ya que están incluidas en el costo de la cirugía. El Plan no cubre visitas hospitalarias por médicos fuera de la red cuando este hospitalizado en una institución no perteneciente a la red.

Gastos de cirugía ambulatoria – El Plan pagará la tarifa del contrato o los cargos del UCR como está indicado en la Tabla de prestaciones por gastos de Hospital contraídos durante la cirugía, o relacionados a una operación realizada en un centro quirúrgico ambulatorio.

Centro ambulatorio de cirugías – El Plan pagará la tarifa del contrato o los cargos del UCR como está indicado en la Tabla de Prestaciones por servicios y suministros relacionados a su procedimiento quirúrgico realizado en un centro quirúrgico acreditado e independiente. Las cirugías ambulatorias no requieren de una pre-certificación.

Gastos de Rayos X y laboratorio - Incluyen:

- Exámenes de Rayos X, de microscopio y laboratorio ordenados para propósitos de diagnóstico (MRI, MRA, CAT Scan, PET Scan, etc.); y
- Tratamientos con rayos X y radio e isótopos radiactivos.

Tan pronto Usted haya pagado su deducible anual, el Plan cubrirá el 80% de la tarifa del contrato por servicios dentro de la red y 50% del UCR por servicios fuera de la red. Una vez haya alcanzado el máximo de sus gastos de bolsillo, el Plan pagará el 100% de la tarifa por servicios dentro de la red o del UCR por servicios fuera de la red.

Ambulancia – Después de pagar el deducible anual y mientras no haya alcanzado Su cuota en gastos de bolsillo, el Plan cubrirá el costo de transportación (incluyendo ambulancia aérea) al 80% del UCR desde la ciudad donde Usted se deshabilita hasta el Hospital acreditado más cercano para tratar Sus heridas o enfermedad. Una vez haya pagado el máximo en gastos de bolsillo, el Plan cubrirá el 100% del UCR.

Anestésicos y su aplicación.

Equipo médico duradero - Después de pagar el deducible anual y hasta que haya alcanzado Su cuota en gastos de bolsillo el Plan cubrirá 80% de la tarifa por servicios dentro de la red y el 50% del UCR por servicios fuera de la red. Los cargos cubiertos por alquilar equipo duradero no deberán sobrepasar el precio de compra. Solamente se cubrirán los cargos de compra si el costo del tiempo de alquiler del equipo médico es mayor al precio de compra. **Una autorización previa será necesaria para cubrir el costo de equipo médico duradero por encima de \$500.**

Quiropráctico – Después de pagar el deducible anual y hasta que haya alcanzado Su cuota en gastos de bolsillo, el Plan cubrirá 80% de la tarifa contratada para un prestador dentro de la red y 50% del UCR por servicios recibidos fuera de la red, hasta por 5 visitas al año calendario para consultas y manipulaciones de un quiropráctico.

Fisioterapia ambulatoria – El Plan pagará hasta 25 sesiones de fisioterapia al año recomendadas para restablecer la función y prevenir la discapacidad después de una enfermedad grave, accidente o pérdida de alguna parte del cuerpo. Una autorización previa será necesaria para Servicios de Fisioterapia.

Terapia ocupacional, de lenguaje y auditiva - El Plan pagará hasta 25 sesiones por año por fisioterapia recomendada para restablecer la función y prevenir la discapacidad después de una enfermedad grave, accidente o pérdida de alguna parte del cuerpo. Una autorización previa será necesaria para Servicios Ambulatorios de Fisioterapia Ocupacional/Lenguaje/Auditiva.

Salud mental y adicción – Las prestaciones estarán disponibles sólo cuando el servicio sea médicamente necesario. Usted deberá obtener una autorización previa para servicios de hospitalización. Si no obtiene la autorización, el Plan sólo reembolsará el 50% del UCR por servicios que de otra manera podrían ser pagados por el Plan y Usted recibirá una factura del prestador de servicios por la diferencia. Los servicios hospitalarios de salud mental y adicción fuera de la red no son cubiertos

El Plan cubre Tratamiento confidencial de salud mental y tratamiento contra la adicción a drogas y alcohol que son pre-autorizados. Incluye las siguientes prestaciones:

- Consejería ambulatoria;
- Terapia ambulatoria de grupo;
- Tratamiento hospitalario de rehabilitación en un centro de rehabilitación aprobado en la red;
- Desintoxicación en un hospital o centro de rehabilitación aprobado en la red; y
- Servicios de consejería ambulatoria posteriores a la hospitalización de un Participante o Dependiente para vigilar la mejoría.

REGLAS ESPECIALES PARA EL EMBARAZO Y EL PARTO

Planes de salud (como este Plan) y las compañías de seguros médicos que los coordinan, en la medida que éstas ofrezcan servicios de embarazo y parto, por ley, en general puede que no, restrinjan el tiempo de hospitalización a una madre o al recién nacido a menos de 48 horas cuando es un parto vaginal, o a menos de 96 horas cuando es una cesárea. Sin embargo la ley federal no le prohíbe al médico de la madre o del recién nacido, -después de haberlo consultado con la madre- darles de alta antes de las 48 horas (o de las 96 horas según sea el caso). En todo caso, los planes (este Plan incluido) y compañías de seguros médicos puede que por ley federal no requieran que el prestador de servicios obtenga una autorización del plan o compañía (o, de CIGNA OAP, en cuanto a este Plan) por una estadía de no más de 48 horas (o las 96 horas según el caso).

REGLAS ESPECIALES SOBRE LA COBERTURA DE LA MASTECTOMÍA

El Plan cubre los siguientes servicios médicos relacionados a una mastectomía:

- Reconstrucción del seno donde se realizó la mastectomía:
- Cirugía y reconstrucción del otro seno para que ambos tengan una apariencia simétrica; y
- Prótesis y tratamiento de complicaciones físicas durante todas las etapas de la mastectomía incluyendo linfedemas.

Las prestaciones para servicios médicos relacionados a una mastectomía de este Plan están sujetas a Deducibles y copagos.

PRESTACIONES PARA SERVICIOS PREVENTIVOS

El Plan ofrece otros servicios para animarle a llevar una vida saludable, a hacer cambios en su vida y a examinarse para descubrir de forma temprana alguna condición que requiera de Tratamiento. El Plan paga: Después de los \$25 de copago por examen, el 100% del UCR por servicios obtenidos dentro de la red y dichos servicios no están sujetos a Deducibles. Nota importante: Los servicios preventivos obtenidos Fuera de la Red se pagarán al nivel de prestaciones Fuera de la Red.

Cuidado de bebé sano – Cargos por consultas médicas de rutina, análisis y vacunas para Dependientes elegibles hasta la edad de 2 años.

Examen físico de rutina – una vez al año para Participantes y Dependientes elegibles de los dos años en adelante.

Examen ginecológico de rutina – una vez al año.

Mamografía – una vez al año Todos los servicios de mamografía deberán ser certificados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Proctologías – pruebas disponibles una vez al año para hombres mayores de 40 años.

Colonoscopías de rutina – una cada 10 años.

Rayos X y análisis de laboratorio preventivos – cuando son ordenados como parte de la visita médica. Estas pruebas son cubiertas al 100% y no están sujetas al deducible.

OTROS SERVICIOS

Llamadas las 24-horas – Este programa ofrece llamadas gratuitas a profesionales de salud las 24 horas del día los 365 días del año. El número de teléfono es (800) 768-4695.

Maternidad – Participantes y sus parejas Dependientes pueden acceder a un programa voluntario de maternidad que funciona con el propósito de mantener tanto a la madre como al bebé sano. En este programa tanto el Participante como sus parejas Dependientes recibirán valiosos consejos durante el embarazo y podrán llamar gratuitamente las 24 horas del día los 365 días del año. Tanto los Participantes como sus parejas Dependientes podrán llamar al (800) 768-4695 para obtener estos servicios.

Programa de trasplante de órganos LifeSource – Si necesita un trasplante de órgano, este programa requiere que participe en el programa LifeSource Organ Transplant Centers of Excellence. Por medio de este programa se prestarán servicios de coordinación de cuidados y ayuda con el manejo del caso a través del país.

MyCareAllies.com – Otros servicios únicos también están disponibles a través de myCareAllies.com, un componente del programa de ayuda con el manejo de su cuidado de CIGNA, que le recomendamos que utilice. Estos servicios le permitirán:

- Consultar la Biblioteca electrónica de salud e informarse sobre una enfermedad en particular, su condición médica actual, cómo tratar su condición, preguntas para hacerle a su Doctor(es) sobre su condición(es), etc.
- Evaluar los riesgos que corre su salud para ayudarlo a identificar qué condiciones médicas Usted podría desarrollar con el tiempo debido a sus hábitos personales e historia familiar, y qué hacer para reducir las posibilidades de adquirirlas.
- Revisar sus medicamentos y cómo podrían éstos reaccionar en combinación con otros y alternativas.
- Revisar las recomendaciones referentes a la prevención.
- Acceder a métodos para dejar de fumar, perder peso y llevar una vida saludable.

Usted puede acceder la página de web myCareAllies.com. La contraseña de Su Plan es “rdc” (sensible a mayúsculas y minúsculas)

GESTIÓN DE CASOS

La Red OAP de CIGNA incluye ayuda social con su caso para el apoyo y coordinación del cuidado médico de pacientes crónicos o gravemente enfermos (con cáncer, diabetes, enfermedades del corazón, etc.). Este programa es voluntario. Usted puede llamar a CareAllies al (800) 768-4695 para hablar con un especialista en manejo de casos.

Evaluación del caso – Un especialista en derivaciones evaluará y asignará el caso en base a los servicios médicos, las prestaciones disponibles y los resultados que puedan anticiparse. Las ayudas con su caso se utilizan principalmente cuando los servicios son costosos, complejos y de larga duración. Referencias a estos servicios pueden ser iniciadas según el tipo de diagnóstico como pueden ser lesiones traumáticas, oncología intensa, derrame cerebral, daño cerebral, complicaciones en el recién nacido, trasplantes, amputaciones y problemas relacionados con continuas hospitalizaciones e incumplimiento del tratamiento de enfermos crónicos.

Individuo que lleva el caso – La persona que lleve el caso será una Enfermera con experiencia clínica, social y mental que trabajará con Usted durante el tiempo que dure su caso. Si Usted utiliza este programa tendrá acceso directo a la persona asignada a su caso vía un número 800 y extensión directa.

EXCLUSIONES DE PRESTACIONES MÉDICAS

Las prestaciones médicas no están disponibles para lo siguiente:

- Todos aquellos servicios que no estén listados como Servicios cubiertos;
- El excedente de los cargos del UCR;
- Cirugías que alteren el poder refractivo del ojo como la queratotomía radial y otros procedimientos quirúrgicos de tipo refractivos cuyo propósito es curar la miopía o el astigmatismo. Cargos por las refracciones del ojo o la compra de lentes;
- El costo del aparato para la sordera;
- Costos de mantenimiento y Tratamiento de dientes, encías o procesos alveolares, y el costo de dentaduras, prótesis y dispositivos usados en el tratamiento, a menos que estos gastos se hayan realizado dentro del periodo de 12 meses y como resultado de un Accidente;
- Costo de una Cirugía cosmética o Tratamiento que no sea para corregir defectos congénitos, daños de Accidente, u órgano o tejido afectado por el cáncer;
- Costo de servicios médicos, suplementos o medicamentos asociados al control de la dieta;
- Costos de servicios o suplementos que no están asociados al Tratamiento de una Enfermedad o Accidente como vacunas de rutina, excepto aquellas que están permitidas;
- Costos relacionados a Custodia asistencial cuando la condición esta estable y cuando no se espera que ésta mejore significativamente u objetivamente o progrese en un periodo de tiempo específico;
- Costos relacionados al Tratamiento de un cirujano en el día en que se efectúa la operación o durante los días de recuperación;
- Una hospitalización o servicio médico que no es recomendado y aprobado por un Médico sin credenciales legales;
- Hospitalización o servicio médico por embarazo, parto o aborto de un Dependiente que no sea un Cónyuge elegible;
- Otras limitaciones generales incluidas en la Sección 9 de este documento;
- Gastos o cargos por haber cometido o intentado cometer un delito;
- Gastos o cargos relacionados al Tratamiento de la articulación de la mandíbula;
- Gastos o cargos relacionados a transformaciones sexuales o relacionados con la disfunción sexual;
- Gastos o cargos por terapia de quelación, excepto cuando hay envenenamiento causado por arsénico, oro, mercurio o plomo;
- Gastos o cargos por servicios o suministros que:
 - Son considerados Experimentales, están siendo Investigados o son medicamentos, aparatos, Tratamientos, procedimientos médicos, servicios o suministros cuyo beneficio no ha sido probado; o
 - Son el resultado de un Experimento o están relacionados a una Investigación, o son medicamentos, aparatos, Tratamientos, procedimientos médicos, servicios o suministros cuyo beneficio no ha sido probado.
- Gastos o cargos cuyo propósito es la educación, capacitación o el desarrollo de destrezas necesarias para afrontar daños por Accidente o una Enfermedad;
- Gastos o cargos asociados con Consejería familiar, terapia o grupos de apoyo de pareja;
- Gastos o cargos resultantes de una orden judicial para programas educacionales o de consejería, o programas de diversión.

- Gastos o cargos asociados a programas de autoayuda como aquellos para dejar de fumar o bajar de peso;
- Gastos o cargos asociados con dejar de fumar;
- Tratamiento únicamente para la desintoxicación o principalmente para el cuidado personal (incluyendo la provisión de un entorno libre de drogas o alcohol);
- Gastos o cargos primariamente para la conveniencia o comodidad de un familiar o de la Persona Asegurada, para alguien que lo cuida, para el Médico u otro profesional;
- Gastos o cargos por llamadas telefónicas al Médico, Hospital u otro profesional y gastos o cargos de consulta con un Médico vía internet;
- Gastos o cargos asociados a una discapacidad intelectual;
- Gastos o cargos causados por una guerra o como resultado de ésta (declarada o no), servicio militar de un país, invasión, guerra civil o internacional u hostilidades, insurrección o disturbios;
- Equipo electrónico o equipos cuyo principal uso es el confort, la conveniencia, cosmético, control del medioambiente o educación tales como el aire acondicionado, humidificadores, filtros de aire, jacuzzis, lámparas de calor y para el bronceo;
- Aborto provocado y otros procedimientos de planificación familiar que requiera de la ayuda de tecnología quirúrgica o medicinal como el Tratamiento contra la infertilidad, ligadura de trompas, vasectomía y el revertir estos procedimientos;
- Gastos o cargos relacionados con la lactancia/amamantamiento, incluyendo pero no limitativo a equipos y consejería.
- Servicios cubiertos por otros seguros o empleadores, sindicato o asociación que patrocine el plan;
- Gastos o cargos asociados a daños físicos o Enfermedad que surjan de un empleo remunerado o durante el transcurso del mismo; y
- Medicinas no recetadas o de venta libre.



PRESTACIONES PARA MEDICAMENTOS RECETADOS

TABLA DE PRESTACIONES

Copago (Por receta)	Red Comercial (Suministro para 30 días)	Ordenes por Correo (Suministro para 90 días)
Genérico	\$10	\$20
Marca Preferencial	\$20	\$40
Marca No-preferencial	\$40	\$80
Inyecciones auto administradas	\$40	\$80
Límite de Suministro	Hasta 30 días	Hasta 90 días

FARMACIA CIGNA

Su tarjeta médica de CIGNA le servirá también para sus medicamentos. Muchas farmacias pertenecen a la Red de CIGNA y aceptarán su tarjeta. Usted puede llamar a la Oficina del Fondo o a la Farmacia de CIGNA al (800) 244-6224, para obtener la lista de farmacias. También puede visitar la página de la web de CIGNA www.CIGNA.com. Los medicamentos recetados no se pueden obtener fuera de la red. Después que la farmacia le haya recibido Su receta, muestre Su tarjeta y entregue Su copago por cada medicamento. El Plan pagará la diferencia si el medicamento es genérico, en caso que éste esté disponible.

Si tiene preguntas relacionadas a la dosis o al tipo de medicamento que le cubre el Plan, llame al (800) 244-6224, y un representante de CIGNA le asistirá. Su tarjeta médica de CIGNA no podrá ser usada para otras cosas que Usted pueda conseguir sin receta médica.

PRESTACIONES DEL PLAN

El Plan reconoce tres tipos de recetas médicas:

Medicamentos de marca – son medicinas que han sido producidas y vendidas por la compañía que originalmente los fabricó. Estos generalmente son los medicamentos más caros.

Medicamentos genéricos – Después de haber estado en el Mercado por un cierto número

de años las leyes federales permiten a otras compañías copiar y vender un medicamento equivalente. La medicina que se produce y vende con su nombre químico en lugar de la marca, es un medicamento genérico. Las medicinas genéricas son similares a las de marca o las del formulario, pero son menos caras.

Medicamentos del formulario – son aquellas medicinas que aparecen en las listas generales de medicamentos, de preferencia genéricos o de marca, que son seguros y a buen precio para los pacientes. Los medicamentos en estas listas son escogidos por Médicos y farmacéuticos. Los Hospitales han utilizado estos formularios por muchos años para asegurar el uso de medicamentos de calidad. CIGNA ha negociado descuentos con las compañías farmacéuticas que producen estos medicamentos incluidos en este programa. La lista de estas medicinas está sujeta a cambios. Usted puede obtener esta lista de medicamentos del formulario, de marca preferencial o no, si llama a Farmacia CIGNA al (800) 244-6224.

Si existe un medicamento genérico que puede substituir a uno de marca, el Plan sólo cubrirá el costo del genérico. Si no hay un equivalente genérico disponible y Usted se procura uno de marca, tendrá el Copago correspondiente a la marca que mostramos arriba. Si un equivalente genérico esta disponible pero Usted escoge uno de marca, se le cobrará el Copago correspondiente al medicamento genérico más la diferencia entre el costo del genérico y el de marca.

CÓMO ORDENAR POR CORREO MEDICINAS PARA CONDICIONES CRÓNICAS

Tenemos un programa para ordenar por correo medicina suficiente para 90 días por sólo un Copago. Las medicinas que se usan por un periodo de tiempo largo se conocen como medicamentos de mantenimiento. Estos medicamentos se recetan usualmente para enfermedades del corazón, presión alta, asma, diabetes, úlceras, anemia y otros padecimientos. Si Usted actualmente esta tomando este tipo de medicamentos, pídale a su doctor que le ordene medicamento suficiente para 90 días.

Usted podrá ahorrar dinero si ordena por correo este tipo de medicamentos de mantenimiento. Por ejemplo, tres órdenes de 30 días de un medicamento genérico en una farmacia pueden costarle \$30 (\$10 x 3), mientras que una orden por correo para 90-días le costará solamente \$20. Es un ahorro de \$10 cada 90 días.

Las reglas relativas a la substitución de medicamentos de marca por genéricos aplican al programa para órdenes de medicamentos por correo. Si escoge una medicina de marca cuando la puede substituir por una genérica, Usted tendrá que pagar el Copago del genérico más la diferencia en costo entre la medicina de marca y la genérica.

MEDICINAS CUBIERTAS

El Plan cubre los siguientes medicamentos:

- El costo de medicamentos o fármacos necesarios, recetados por un Médico legalmente acreditado para el cuidado y Tratamiento de una parte del cuerpo herida en un accidente, no ocupacional, o de Enfermedad;
- El costo de fármacos y medicinas que sólo pueden ser obtenidas con receta y llevan una nota que dice “Cuidado, la ley federal prohíbe la venta sin una receta” y que están sujetas a las limitaciones y exclusiones descritas más abajo; y
- Las medicinas que son recibidas durante una consulta ambulatoria y la persona es elegible para estas prestaciones.

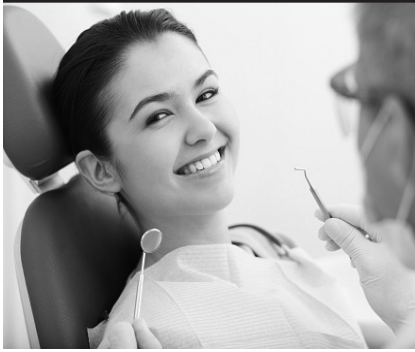
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

La cantidad máxima, o la cantidad de medicinas recetadas que serán consideradas cubiertas no deberán exceder una orden de 30 días cuando se toman de acuerdo a las indicaciones del médico, excepto:

- Los medicamentos de mantenimiento que puedan ser recetados en cantidades que no excedan las 90 unidades (en tabletas, cápsulas, etc.), a pesar de que aunque se tomen según las indicaciones del que las recete, esta cantidad excedería una orden de 30 días.

Las prestaciones relacionadas a las medicinas recetadas no se aplican para lo siguiente:

- Cargos que no están en las listas de los cargos cubiertos;
- Cargos por una medicina que no trae etiqueta, patente o especialidad farmacéutica, o medicamento que no requiere receta médica;
- Cargos por aparatos electrónicos, equipos de apoyo o prótesis como bastones, muletas, sillas de ruedas que sirvan para transportarse o movilizarse; aparatos ortopédicos, férulas, vendajes, vendas, equipos para el cuarto de un enfermo o suministros; lámparas de calor u otros objetos similares; jeringas hipodérmicas y/o agujas; u oxígeno;
- Cargos por agentes inmunizantes, sueros biológicos, sangre o plasma sanguíneo, inyectables, o una receta que necesite ser administrada por vía parenteral, con la excepción de la insulina;
- Cargos por vitaminas, vitaminas recetadas, cosméticos, suplementos dietéticos, o ayudas para la salud o belleza;
- Cargos por medicamento que deberá ser tomado o administrado por completo o en partes mientras el paciente está en el Hospital, en una casa de reposo, sanatorio, centro de cuidado prolongado, Hospital de recuperación, hogar de ancianos o una institución similar;
- Cargos por fármacos o medicinas enviadas o administradas a un individuo elegible por el prescriptor;
- Cargos por fármacos que llevan la etiqueta “Precaución: uso restringido por ley federal a la investigación”, o drogas experimentales a pesar de que el individuo reciba un cargo;
- Cargos por medicamentos procurados sin receta médica;
- Depo-Provera y Norplant;
- Cargos por medicamentos recetados para las heridas o Enfermedad causadas por una guerra o un acto de guerra;
- Medicamentos obtenidos después que haya terminado la elegibilidad a este Plan;
- Medicamentos inyectables (sin embargo, Imitrex, Epipen, e inyectables para diabéticos como la insulina están cubiertos);
- Suplementos para diabéticos como las tiras reactivas, lancetas, monitores;
- Retin-A, Renova, y Differen para personas mayores de 25 años;
- Medicinas utilizadas para tratar la calvicie;
- Hormonas de crecimiento; y
- Cualquier otra exclusión general listada en la Sección 5 o 9 de este documento.



DENTAL

7

TABLA DE PRESTACIONES

Prestaciones Máximas por Año Natural	Participante = \$750 Dependientes = \$500 total*
Servicios Preventivos	El Plan paga 80%; Usted paga 20%
Servicios de Restauración	El Plan paga 80%; Usted paga 20%

**\$500 Máximo por Año natural no aplica a las prestaciones dentales esenciales para niños dependientes menores de 19 años de edad.*

RED DENTAL DE CIGNA

Las prestaciones dentales están disponibles para todos los Participantes y sus Dependientes elegibles. El Plan tiene un contrato con la red dental de CIGNA para cubrir servicios dentales básicos para los Participantes y Sus Dependientes elegibles. Prestaciones dentales fuera de la red no están disponibles; por lo tanto es necesario que sea un dentista de la red que preste estos servicios. No se pagarán las prestaciones recibidas de un dentista que no esté en la red. Llame a CIGNA Dental al (800) 797-3381 o visite la página de web www.cignadentalnetworksolutions.com para obtener una lista de dentistas de todo el país.

PRESTACIONES DE LA RED DE CIGNA

PRESTACIONES BÁSICAS GENERALES

El Plan ofrece los siguientes servicios básicos siempre y cuando estos servicios sean prestados por un dentista de la red:

Examen dental de rutina, con un límite de 2 citas al año por Persona Asegurada (una vez cada 6 meses), además de Examinaciones de emergencia;

Rayos X – incluye una radiografía simple, serie completa y aletas de mordida. La serie completa

de la boca está limitada a una por Persona Asegurada cada 36 meses. Las radiografías de aletas mordidas tienen un límite de una por Persona Asegurada cada seis meses. Radiografías panorámicas pueden ser substituidas por una serie completa de la boca cuando las aletas mordidas se toman al mismo tiempo durante un diagnóstico inicial.

Profilaxis – incluye limpieza, limpieza con pasta de fluoruro y raspado, con una frecuencia no mayor de una vez cada seis meses;

Odontología restaurativa como se especifica a continuación:

Empastes – Empastes a base de plata y compuestos, de tamaño y cantidad ilimitada, con anestesia local;

Tratamiento de las encías – Raspado de los dientes por encima y por debajo, o el raspado de rutina de una profilaxis profunda; Un límite de 2 Tratamientos y/o raspado de las encías al año por Persona Asegurada;

Extracción simple (no-quirúrgica) – Ilimitadas en cantidad, con anestesia local;

Medicamentos – consulte la Sección 6 de este Plan sobre los medicamentos recetados.

Esto es sólo un resumen de las prestaciones dentales que ofrece el Fondo. Contacte la Oficina del Fondo para obtener una lista completa de las prestaciones.

EXCLUSIONES

Los siguientes servicios no serán cubiertos por las prestaciones dentales del Plan:

- No se ofrece servicios dentales más especializados como coronas, puentes, etc.
- Empastes temporales que serán remplazados por uno permanente en un periodo de 30 días después que las prestaciones hayan terminado;
- Un procedimiento empezado antes que el individuo sea elegible para este Plan;
- Anestesia puesta en el Hospital o anestesia general para procedimientos de odontología restaurativa o rellenos;
- Tratamientos separados de fluoruro;
- Radiografías panorámicas, excepto cuando es substituida por un radiografía complete de la boca;
- Implantes, Tratamiento o diagnóstico de problemas en la articulación temporomandibular, tales como los procedimiento para problemas de mordida;
- Llamadas de cabecera, ya sea desde la casa o del Hospital;
- Tratar en las oficinas del dentista a una Persona Asegurada cuya condición médica, según el criterio del director de los servicios dentales, podría ser inseguro o significar un peligro para la salud de la Persona Asegurada;
- Cualquier procedimiento de tipo cosmético o de embellecimiento;
- Reparación o cementación de incrustaciones o recubrimientos;
- Servicios de un dentista o de otros profesionales de las artes curativas que no este reconocido por el Plan;
- Procedimientos experimentales, implantes o regímenes farmacológicos;
- Fármacos de marca disponibles con o sin receta;
- Artículos de conveniencia o personales;

- Servicios por accidente o condiciones que son cubiertas por Compensación de Trabajadores por la Ley de Responsabilidad del Empleador (Employer's Liability Law);
- Cirugía oral;
- Tratamiento de tumores malignos, quistes, neoplasias o malformaciones congénitas;
- Dentaduras, coronas o puentes;
- Servicios que, según el criterio del dentista que lo atiende, no son necesarios para la salud dental del paciente;
- Servicios prestados o pagados por una agencia gubernamental (sea o no estatal o federal) o por un plan gubernamental o ley, excepto los cargos que la Persona Asegurada está obligada a pagar, a menos que dicha ley lo requiera, exclusión que se extiende a todas las prestaciones establecidas por los Estados Unidos, Ley de Seguridad Social y sus modificaciones;
- Servicios cubiertos por otros seguros o empleadores, sindicato o asociación que patrocine el plan;
- Colocar injertos óseos o sustancias extra-orales para Tratamientos de trastornos periodontales;
- Tratamiento de una enfermedad o de daños por causa de Guerra, declarada o no, y enfermedad o daños ocurridos después de que este Plan ya no esté vigente y causado por una explosión atómica, por causa o no de guerra;
- Profilaxis más frecuentes que una vez cada seis meses;
- Cualquier otra exclusión general listada en la Sección 5 o 9 de este documento.



VISIÓN

8

TABLA DE PRESTACIONES

	Prestaciones dentro de la red El Plan paga:	Prestaciones fuera de la red El Plan paga:
Examen Anual	100% después que Usted pague: \$10 de Copago	Hasta \$50 después que Usted pague: \$10 de Copago
Lentes (anual)		
Visión simple	100% después que Usted pague: \$25 de Copago	Hasta \$50 después que Usted pague: \$25 de Copago+
Bifocales	100% después que Usted pague: \$25 de Copago	Hasta \$50 después que Usted pague: \$25 de Copago+
Trifocales	100% después que Usted pague: \$25 de Copago	Hasta \$50 después que Usted pague: \$25 de Copago+
Lenticulares	100% después que Usted pague: \$25 de Copago	Hasta \$50 después que Usted pague: \$25 de Copago+
Monturas*	Hasta \$130 de subsidio	Hasta \$70 después que Usted pague: \$25 de copago+
Lentes de Contacto**	Hasta \$130 de subsidio	Hasta \$105 después que Usted pague: \$25 de copago
Lentes de Seguridad***	100%	\$0

* Cada dos años

** En lugar de examen, lentes y monturas, cada dos años)

*** Disponible solamente para Participantes

+ \$25 de Copago para lentes y montura de manera combinada; por los tanto, un juego completo de lentes y montura está sujeto a un Copago no mayor de \$25

SERVICIOS DE VISIÓN DEL PLAN (VISION SERVICE PLAN, O VSP)

El VSP está disponible para los Participantes y Dependientes elegibles que reciban prestaciones médicas del Plan. El Plan ofrece Prestaciones para el cuidado de la visión a través de un Plan de Servicio de Visión (“VSP”). El VSP es una organización preferencial de Servicios especializados en la visión a tasas negociadas. A solicitud del Participante, el Plan le entregará una lista de especialistas de los ojos del plan VSP. Con VSP, un Participante o Dependiente elegible puede escoger un profesional privado y de la cadena comercial, ambos de prestadores pertenecientes a la red.

Busque la dirección y el nombre de un especialista de la red en la página web de VSP –www.vsp.com o llame al Servicio de localización de prestadores de VSP al (800) 877-7195, y siga las instrucciones de la llamada. Usted necesitará el número único de identificación del asegurado primario y el código postal del área que Usted desea chequear.

Antes de usar las Prestaciones de un profesional de la red, llámelo y haga una cita. Por favor, infórmele a ése que Usted o su dependiente es un Participante del VSP. Esto ayudará al profesional a obtener el número de autorización antes de su cita.

PRESTACIONES VSP DENTRO DE LA RED

Las siguientes Prestaciones están disponibles a través de los especialistas de visión de VSP:

Examen Visual - Un examen completo de la vista está enteramente cubierto después del Copago de \$10, una vez al año cuando es realizado por un optometrista u oftalmólogo perteneciente a la red.

Materiales - Los lentes de tipo estándar son cubiertos una vez al año, y las monturas de la selección de VSP son cubiertas cada dos años, o el Participante o Dependiente elegible podrá seleccionar lentes de contacto en lugar de lentes y montura una vez cada dos años.

Par de Lentes - Si han sido recetados, el Plan cubre completamente el costo de un par de lentes estándar de visión simple o un par de lentes multifocales después de cancelar el Copago. El recubrimiento estándar anti rayas de los lentes está completamente cubierto. Si se escoge opciones para los lentes que no están cubiertas en el programa, tales como lentes progresivos o bifocales, lentes de policarbonato, tinciones de alto índice UV, y recubrimientos antirreflejos, estas pudieran estar disponibles con un descuento.

Monturas - El Plan cubre en su totalidad una montura de la selección del VSP. Si escoge monturas fuera de la selección cubierta, recibirá un subsidio de minorista de \$130 (\$46 a nivel de mayorista) por los gastos de montura por prestadores privados.

Lentes de Contacto – Podrá escoger lentes de contacto en lugar de cristales y monturas. Las prestaciones de VSP para lentes de contacto incluye honorarios de examinación/prueba, lentes de contacto y hasta dos visitas de seguimiento. Si se elige usar lentes de contacto descartables, se cubren hasta cuatro cajas (dependiendo de la prescripción) cuando estos se adquieren de un prestador de la red. Es importante tomar en cuenta que los lentes cubiertos por VSP pueden variar en los distintos prestadores. Si se eligen lentes fuera de la selección cubierta por el Plan, se aplicará un subsidio de \$130 como parte de pago por la evaluación/prueba y compra de lentes de contacto una vez cada dos años. Lentes de contacto tóricos, permeable a gases, y bifocales son ejemplos de los lentes de contacto que están fuera de los lentes cubiertos por VSP/ Los lentes de contacto necesarios están completamente cubiertos luego de realizar cualquier Copago aplicable.

Cirugía ocular refractiva - Los Participantes y Dependientes elegibles al VSP reciben un descuento en el costo de la cirugía ocular refractiva de numerosos prestadores alrededor de los Estados Unidos. Para encontrar un cirujano de laser ocular en su área, visite la página de internet de VSP, www.vsp.com.

Los Participantes y Dependientes elegibles se tendrán que responsabilizar por el costo adicional de:

- Opciones especiales tales como lentes foto sensitivos, tinciones cosméticas, o lentes de tamaño especial.
- Montura de tipo especial (ej. monturas de diseñadores) que excedan la prestación máxima permitida.
- Un segundo par de lentes

PRESTACIONES VSP FUERA DE LA RED

Si se eligen los servicios de un prestador fuera de la red, el reembolso estará limitado a los montos mostrados en la Tabla de Prestaciones de cuidados de la visión presentada más arriba.

Cuando se usan los servicios de prestadores fuera de la red, los recibos detallados con el Número Único de Identificación del Participante y la fecha de nacimiento deberán ser enviados en los primeros 60 días después de la fecha de los servicios para recibir el reembolso a la siguiente dirección: VSP Atención Reclamos P.O. Box 997 105, Sacramento. CA 95899-7105, o por fax al (916) 851-5152.

Favor de tomar nota: Para recibir el reembolso los recibos por servicios y suministros recibidos en distintas fechas deberán ser sometidos al mismo tiempo.

EXCLUSIONES

Los siguientes servicios y suministros están excluidos de la cobertura de prestaciones de Visión del Plan:

- Lentes para después de una cirugía de cataratas;
- Artículos que no hayan sido recetados;
- Tratamiento médico o quirúrgico para enfermedades de los ojos que requieran los servicios de un médico;
- Servicios o suministros cubiertos bajo la Ley de Remuneración de Trabajadores.
- Servicios o suministros que el paciente obtiene, sin costo, de cualquier programa u organización gubernamental;
- Servicios o suministros que no estén específicamente cubiertos por el Plan ;
- Gafas de sol, normales o recetadas;
- Reemplazo o reparación de cristales o marcos perdidos o rotos;
- Cosas extras de tipo cosmético, excepto como se indica en la Tabla de Prestaciones de la póliza;
- Exámenes, cristales, monturas o lentes de contacto obtenidos con mayor frecuencia que los proporcionados por el Plan;
- Gafas de seguridad, anteojos o accesorios, salvo que no estén en Tabla de Prestaciones;
- Entrenamiento visual, ortóptica, aniseikonia o para la rapidez de la lectura y comprensión en los estudios;

- Gastos previos o posteriores a la fecha de elegibilidad;
- Gastos por prestaciones que no son pagados por el Plan;
- Queratotomía radial; y
- Cualquier otra exclusión general esta listada en la Sección 5 o 9 de este documento.



LIMITACIONES GENERALES

9

TIPOS DE PROFESIONALES DE SALUD

Dentro de los límites establecidos en este Plan, el Fondo pagará por los servicios prestados de los siguientes profesionales de salud:

- Doctor de Medicina (MD),
- Doctor en Quiropráctica (DC),
- Doctor de Cirugía Dental (DDS),
- Doctor de Medicina Dental (DMD),
- Doctor de Osteopatía (DO),
- Doctor de Podología Médica (DPM),
- Doctor en Psicología (PsyD),
- Médico de Optometría (OD),
- Enfermera Práctica con Licencia (LPN),
- Enfermera Registrada (RN),
- Trabajador Social Clínico con Licencia (LCSW), o
- Fisioterapeuta con Licencia (LPT).

El Plan cubrirá también las referencias de estos profesionales a otros profesionales afiliados a una organización que está bajo la supervisión directa de alguno de los profesionales arriba mencionados. Estos otros profesionales deberán tener una licencia reconocida por las leyes del estado donde se realiza el tratamiento. Los servicios que presten deberán corresponder a las responsabilidades específicas de su licencia.

SERVICIOS NO CUBIERTOS

El Plan no pagará por:

- Todos aquellos servicios que no estén listados como Servicios cubiertos;
- Gastos por servicios que no son Médicamente necesarios, excepto aquellos especificados anteriormente;
- Gastos por encima de la tarifa del UCR para prestaciones fuera de la red;
- Accidentes o enfermedades laborales (ver las disposiciones de compensación de trabajadores en la sección C, más abajo);
- Cargos por pérdidas resultantes de la guerra o de un acto de guerra,
- Cargos por accidente o enfermedad contraída mientras se presta servicio en las Fuerzas Armadas,
- Cargos por cirugía cosmética, electiva o reconstructiva, excepto aquellas especificadas anteriormente;
- Gastos incurridos en relación al embarazo, parto o aborto espontáneo excepto cuando éstos son incurridos por la Participante o Cónyuge elegible del Participante;
- Gastos de Custodia, excepto como lo establece el Director de CIGNA OAP;
- Cargos por Servicios prestados por un trabajador social con licencia u otro especialista certificado para el tratamiento de trastornos mentales, a menos que tales servicios se realicen bajo la dirección de un psiquiatra o psicólogo.
- Servicios que Usted no tiene que pagar;
- Servicios y suministros en etapa experimental, investigativa o no probados por ser considerados una práctica médica no demostrada; o cualquier Tratamiento, medicamento, o suministro no reconocido como práctica médica aceptada, o algo que requiera aprobación del gobierno y que no haya recibido esta en el momento en que se realizaron los servicios;
- Gastos de educación, formación o cuarto y comida mientras permanece en una institución cuyo rol principal es la enseñanza o formación, el reposo, un lugar para personas mayores o un hogar de ancianos;
- Servicios cubiertos por algún programa gubernamental;
- Procedimientos no ordenados por un médico o que no sean médicamente necesarios;
- Tratamientos contra la obesidad;
- Tratamiento de callos, juanetes (excepto cirugía capsular o del hueso), uñas del pie, pie plano, pies débiles, deformación o dolor crónico de los pies, excepto cuando se realiza una cirugía mayor.
- Compra o alquiler de aire acondicionado, humidificadores, equipo para ejercicio, bañeras tipo jacuzzi o equipos similares;
- Servicios cuyos cargos son presentados un año después;
- Gastos de formación educativa; y
- Cualquier daño o enfermedad sufrida por la Persona Asegurada donde un Tercero pudiera ser responsable.

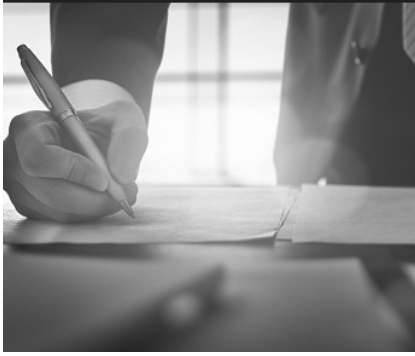
Además de lo anterior, cuando dos o más procedimientos quirúrgicos se realizan al mismo tiempo y en la misma sala de operaciones, sólo se pagará por la operación de mayor costo.

COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

En general, no se aceptarán cobros por servicios de compensación a nombre de los Dependientes de un Participante o sus Dependientes. Este Plan está diseñado para cubrir las enfermedades y daños físicos de Participantes y sus Dependientes elegibles que no estén relacionados con el trabajo. Debido a que los costos médicos siguen aumentando, Usted deberá ser extremadamente cuidadoso de no presentar cobros al Plan relacionados con el trabajo. También deberá tener cuidado de no usar Su tarjeta para obtener medicamentos recetados para una herida o enfermedad relacionada con el trabajo.

La ley obliga a su Empleador a proporcionarle a Usted cobertura médica para todas las enfermedades o heridas relacionadas con el trabajo.

No obstante, la Junta de Fiduciarios reconoce que si la compañía de seguros del Empleador de un Participante niega inicialmente un reclamo de compensación, el proceso de apelación puede tomar bastante tiempo. Por lo tanto, en ciertos casos relacionados con enfermedades y accidentes de trabajo la Junta ha adoptado disposiciones interinas de ayuda financiera por parte del Plan para el Participante durante el proceso de apelación. Esta excepción se aplica solamente a los Participantes. Para que un Participante reciba las prestaciones por una herida o enfermedad laboral, el Participante tiene que cumplir con todas las provisiones del Fondo en cuanto a subrogación y reembolso establecidos en el Artículo 11, y el Participante y el abogado que lo represente habrán de firmar el acuerdo de subrogación del Fondo. El incumplimiento de las provisiones del Fondo en cuanto a subrogación y reembolso o la negativa del Participante o del abogado que lo representa a firmar el acuerdo de subrogación del Fondo dará lugar a la negativa de pago de las prestaciones relacionadas con el daño/enfermedad laboral del Participante.



ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

10

As a Participant in the Regional District Welfare Fund, You are entitled to certain rights and protections under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

DETERMINACIONES DE SOLICITUDES (CLAIMS)

Si sus Prestaciones del Plan son rechazadas parcial o completamente, Usted será notificado en un plazo razonable, pero no más tarde de lo siguiente:

TIPO DE SOLICITUD (CLAIM)	LÍMITE DE TIEMPO PARA DETERMINACIÓN DE RECLAMO	EXTENSIONES PERMITIDAS
Médicos, medicamentos recetados, dental, visión, Ayuda a miembros, Salud mental, Adicción a drogas y alcohol, Gestión de una enfermedad		
Urgentes (medicamento necesario)	72 horas	Ninguna
Previas al servicio	15 días	15 días
Solicitudes después del servicios	30 días	15 días
Solicitudes concurrentes (cuyo tratamiento está en curso)	Antes del término del cuidado (si solicitado con suficiente anticipación)	Ninguna

Si la Oficina del Fondo necesita más información para tomar una determinación sobre su solicitud, se le notificará en un plazo razonable, que no excederá el período de tiempo requerido por ley. Las extensiones se permiten si la Oficina del Fondo determina que existen circunstancias especiales ajenas a la voluntad del Fondo y una extensión es necesaria para procesar la solicitud. En estos casos, Usted recibirá una notificación de la prórroga por escrito antes de que el tiempo para responder termine.

La notificación sobre una denegación de servicios que recibirá del Fondo incluirá lo siguiente:

- La razón o razones de la denegación;
- Provisiones específicas en las que el Plan basa su denegación;
- Descripción de material o información adicional necesaria para procesar la solicitud y las razones de por qué dicho material o información es necesaria;

- Descripción y plazos de los procedimientos de revisión del Plan, e información sobre Su derecho a entablar una acción civil bajo la sección 502(a) de ERISA después de haber agotado el proceso de apelación;
- Si una norma interna, directriz, Protocolo u otro criterio similar es utilizados en la denegación de servicios médicos, medicamentos recetados, dental, visión, programa de asistencia para miembros, salud mental, problemas de alcohol y drogas, y accidentes y enfermedades; dicha regla específica, directriz, Protocolo u otro criterio similar utilizado en la determinación será proporcionado sin costo alguno si Usted lo pide; y
- Con respecto a solicitudes para medicamentos recetados, servicios médicos, dentales, visión, salud mental, tratamiento por dependencia a drogas o alcohol, si la denegación está basada en necesidad médica o en el carácter Experimental, Investigativo o Tratamiento No Aprobado, o una exclusión o limitante similar, se proporcionará sin costo alguno, bien sea una explicación del juicio médico o científico de esta determinación, aplicando los términos del Plan a Sus circunstancias médicas, o una declaración de que dicha explicación será dada al hacerse la solicitud.
- Con respecto a los servicios de urgencia, una descripción del proceso de revisión rápida aplicable a tales servicios.

Cuando una persona no cumple con los procedimientos del Plan de enviar una solicitud antes del servicio, el Plan deberá notificar al demandante o su representante autorizado lo antes posible y en menos de 5 días (24 horas para solicitudes urgentes) de la falla y de los procedimientos que deberá seguir para solicitar las Prestaciones.

APELACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN/SOLICITUD

Si Su solicitud es denegada, Usted o Su representante autorizado podrá apelar la denegación de la solicitud mediante una notificación por escrito a la Junta de Fiduciarios en los 180 días de la fecha de la denegación. Su apelación puede incluir comentarios escritos, documentos, registros e información referente a la solicitud de prestaciones. Una apelación debe presentarse por escrito a la Oficina del Fondo por el demandante o un representante autorizado. Una apelación debe incluir la siguiente información:

- Las Prestaciones que están siendo apeladas;
- Las razones de la apelación;
- Cualquier información adicional que el reclamante considere pertinente.

Excepto las solicitudes médicas urgentes, sólo se aceptarán apelaciones de un representante autorizado si es acompañado de una declaración escrita firmada por el reclamante (o dependiendo del caso, por los padres o tutor legal) que identifica y autoriza al representante a solicitar las Prestaciones. Una asignación de Prestaciones no hace de un profesional médico un representante autorizado.

El no presentar la documentación dentro de los 180 días establecidos después que la solicitud fuera denegada, será un impedimento para recibir las Prestaciones u otras ayudas del Plan. En el caso de una solicitud médica urgente, un reclamante o su representante autorizado podrá pedir verbalmente o por escrito una apelación inmediata, y toda la información necesaria -incluyendo la revisión de Prestaciones por parte del Plan- se transmitirá entre el Plan y el reclamante por teléfono, fax u otro método disponible.

Procedimientos de apelación – A continuación presentaremos los procedimientos exclusivos para un reclamante que no está satisfecho con una determinación de elegibilidad, con Prestaciones recibidas o es afectado negativamente por una acción del Plan. Estos procedimientos deberán ser utilizados antes de que un reclamante presente una demanda bajo la sección 502(a) de ERISA. Cualquier reclamo levantado en contra del Fondo, sus empleados o sus Agentes Fi-

Tipo de solicitudes (claims)	Tiempo límite para la resolución de una apelación	Extensiones permitidas
Médicos, medicamentos recetados, dental, visión, ayuda a miembros, salud mental, dependencia a drogas y alcohol, gestión de enfermedad	Reunión Trimestral siguiente (Si la solicitud es recibida con 30 días antes)	Si se recibe en un plazo de 30 días antes de la reunión trimestral se pospone para siguiente reunión trimestral
Solicitudes Urgentes	72 horas	Ninguna
Solicitudes antes del servicio	30 días	Ninguna
Solicitudes después del servicio	Reunión de la Junta Directiva (si la solicitud es recibida con 30 días antes))	Siguiente reunión trimestral
Solicitudes recurrentes ((cuando el tratamiento está en curso)	Antes que termine el tratamiento of care (Con notificación suficiente)	Ninguna

duciarios, debe ser hecho en una corte distrital de los Estados Unidos para el Distrito Este de Missouri y deberá ser introducida en un período de dos (2) años a partir de la fecha de la acción que originó el reclamo.

Además si lo pide, Usted puede tener acceso gratuito y razonable a copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente a su reclamo, y una lista de expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento referente a las Prestaciones se obtuvo a nombre del Plan. Si la denegación tiene una base médica, una explicación de esa determinación y su aplicación a las circunstancias médicas del individuo también estará disponible si lo pide.

Audiencias del Comité de Apelación - Excepto las solicitudes urgentes y médicas previas al servicio, una apelación se presentará en la siguiente reunión trimestral del Comité de Apelación del Plan. Si la apelación se recibe en menos de 30 días antes de la reunión trimestral, la consideración de la apelación podrá posponerse (si es necesario) hasta la segunda reunión trimestral. El Consejo determinará su apelación en un plazo razonable de tiempo, pero no más tarde de lo siguiente:

Usted será notificado tan pronto la Junta evalúe y determine su petición, que no tardará más tarde de 5 días después de haberse tomado la decisión.

Si la denegación de prestaciones por un servicio médico, dental, visión, salud mental, problemas de drogas y alcohol, accidentes y enfermedades se basa total o parcialmente en una decisión médica que está en revisión, la Junta consultará con otro profesional médico que no haya sido consultado en relación a esta denegación, que no esté subordinado a nadie que haya sido consultado y que tenga la formación y experiencia adecuada en el campo médico en cuestión. Al determinarse la apelación, la Junta no podrá permitirse considerar la denegación de la solicitud inicial.

La Junta le notificará por escrito la determinación de Prestaciones que están siendo evaluadas. En caso de una denegación, la notificación incluirá lo siguiente:

- La razón o razones de la denegación;
- Provisiones específicas en las que el Plan basa su denegación;
- Información acerca de Su derecho a pedir una cantidad razonable y libre de cargo de

copias de todos los documentos, registros y otra información pertinente a la solicitud de prestaciones;

- Información de otros procedimientos voluntarios de apelación y de Su derecho a obtener información sobre estos procedimientos, y acerca de Su derecho a iniciar una demanda civil bajo la sección 502(a) de ERISA;
- Con respecto a reclamos por medicamentos de receta, servicios médicos, dentales, visión, salud mental, tratamiento de dependencia a drogas o al alcohol, o manejo de caso clínico, si una regla interna, lineamiento, protocolo u otro criterio similar fue utilizado en hacer la determinación adversa, la regla específica, lineamiento, protocolo u otro criterio similar debe ser presentado; o una declaración de que tal regla, lineamiento, protocolo o criterio similar se hará disponible libre de cargo cuando el interesado solicite una copia.
- Con respecto a reclamos por medicamentos de receta, servicios médicos, dentales, visión, salud mental, tratamiento de dependencia a drogas o al alcohol, si la denegación está basada en necesidad médica o en el carácter Experimental, Investigativo o Tratamiento No Aprobado, o una exclusión o límite similar, se proporcionará sin costo alguno, bien sea una explicación del juicio médico o científico para esta determinación, aplicando los términos del Plan a Sus circunstancias médicas, o una declaración de que dicha explicación ser á dada al hacerse la solicitud; y
- La siguiente declaración, “Usted y su plan pueden tener otras opciones alternativas voluntarias de resolución de disputas, tales como la mediación. Una manera de informarse acerca de lo que pudiera estar disponible es contactar a la oficina local del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y a la agencia reguladora de aseguradoras del estado donde usted resida”.

Usted no podrá presentar una demanda ante un tribunal mientras no haya agotado el proceso de revisión y se haya llegado a una determinación final. Durante el proceso de revisión sólo se considerarán los hechos, pruebas y argumentos presentados a la Junta de Fiduciarios. Cuestiones no presentadas a esta Junta durante la apelación no se tomarán en consideración.

COORDINACIÓN DE PRESTACIONES

De acuerdo a los términos de este Plan, Usted no tendrá derecho a recibir un pago por más del 100% de sus gastos cubiertos por este Plan y por otro plan en combinación. Los pagos que Usted reciba de otras fuentes pueden afectar los pagos de este Plan. La Oficina del Fondo trabajará con Su otro plan de salud para asegurar que Usted reciba todas las Prestaciones a las que tenga derecho.

Cuando dos planes ofrecen la misma cobertura, uno actúa como primario y el otro como secundario. El plan principal pagará primero las Prestaciones sin considerar los otros planes. El/ Los plan(es) secundario(s) pagará(n) entonces la diferencia hasta cubrir el total de gastos. El orden en el que se determinarán las Prestaciones es como sigue:

Cuando el otro plan no tiene una disposición de coordinación de beneficios (COB), ese plan tendrá que pagar primero las Prestaciones.

Cuando el otro plan carece de provisiones COB, la primera de éstas reglas que se aplique tendrá precedencia:

1. Un plan que cubre a la persona como empleado, participante, miembro, subscriptor o no-dependiente será el plan primario.
2. Si el solicitante es un niño dependiente cubierto por más de un plan, el orden de las prestaciones es determinado como sigue, a menos que una orden judicial lo establezca de manera distinta:
 - (a) Para un niño dependiente cuyos padres están casado y viven juntos, o cuyos padres viven

juntos independientemente de si están casados o no, el plan del padre cuya fecha de nacimiento ocurre más temprano en el año natural, es el plan primario:

- i. Si ambos padres tienen la misma fecha de nacimiento, el plan que haya cubierto al padre durante un período de tiempo más largo será el plan primario.
 - ii. Si uno de los planes usa la regla de género (ej. la cobertura del padre es primaria con respecto al plan de la madre) y el otro plan coordina utilizando la regla basada en la fecha de nacimiento de los padres, el plan que utiliza la regla de género será el plan primario.
- (b) Para un niño dependiente cuyos padres están divorciados o separados o no están viviendo juntos, independiente de si estuvieron casados o no:
- iii. Si el decreto de una corte establece que uno de los padres es responsable de los gastos de cuidado de salud o la cobertura de salud del niño dependiente, entonces el plan que cubre al padre responsable de los gastos de salud o cobertura de salud del niño dependiente es el plan primario.
 - iv. Si el decreto de una corte establece que ambos padres son responsables de los gastos de cuidado de salud o la cobertura de salud del niño dependiente, el plan que cubre al padre que tiene la custodia principal del niño es el plan primario;
 - v. Si el decreto de una corte establece que ambos padres son responsables de los gastos de cuidado de salud o la cobertura de salud del niño dependiente, y el decreto de la corte establece que los padres tienen custodia compartida, la provisión del subpárrafo 2(a) más arriba determinará el orden de las prestaciones;
 - vi. Si el decreto de la corte establece que los padres tienen custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene la responsabilidad de los gastos de cuidado de salud o la cobertura de salud del niño dependiente, la provisión del subpárrafo 2(a) más arriba determinará el orden de las prestaciones;
 - vii. Si no hay decreto de una corte y el niño vive principalmente con uno de los padres, el orden de las prestaciones para el niño será como sigue:
 - El Plan del padre con quien el niño reside principalmente
 - El Plan del cónyuge del padre con quien el niño reside principalmente
 - El Plan del padre con quien el niño no reside principalmente; y luego
 - El Plan del cónyuge del padre con quien el niño no reside principalmente
 - viii. Si no hay una orden de una corte y el niño reside a partes iguales con cada padre, la provisión del subpárrafo 2(a) determina el orden de las prestaciones.
 - ix. Si no hay decreto de una corte y el niño no reside con ninguno de los padres, la provisión del subpárrafo 2(a) más arriba determina el orden de las prestaciones.
3. Cuando las reglas de los párrafos 1 y 2 no establecen una orden de prioridad, el plan que ha cubierto a la persona por el mayor período de tiempo será considerado el primario.
 4. Si ninguna de las dos reglas precedentes determina el orden de las prestaciones, el/ los gasto(s) Autorizado(s) será(n) compartido(s) a partes iguales entre los planes. Adicionalmente, este Plan no pagará más de lo que hubiese pagado si fuese considerado el plan primario.
 5. Un plan gubernamental es siempre primario, a menos que la ley lo exija.

Usted tiene la responsabilidad de informar abiertamente al Plan de todos los seguros de salud que usted tenga. Esta información deberá estar reflejada en la Tarjeta de inscripción individual que Usted llena cuando obtiene elegibilidad. También Usted estará obligado a informar al Plan tan pronto la cobertura de los otros planes médicos cambien.

COORDINACIÓN DE LAS PRESTACIONES CON MEDICARE

PARTICIPANTES ACTIVOS Y SUS DEPENDIENTES

Por ley federal, si el Dependiente elegible o el mismo Participante es elegible a las Prestaciones de salud de este Plan y además es elegible a Medicare sin importar la edad, este Plan será el plan primario y Medicare pagará después de este Plan. Es decir, este Plan pagará sus Prestaciones normales primero y Medicare podrá pagar algunos o todos los gastos no pagados por este Plan.

A pesar de que este es un Plan primario para los Participantes y sus Dependientes elegibles, se le recomienda a éstos a inscribirse en Medicare si son elegibles. La Parte A de Medicare que cubre los gastos de hospital no requiere de una cuota, pero la Parte B que cubre otros gastos médicos requiere de una contribución mensual.

ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL (ESRD, SIGLAS EN INGLÉS)

Medicare tiene normas especiales para las personas que debido a tener una enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal) son elegibles a Medicare. En la mayoría de los casos este Plan será el principal durante los primeros 30 meses de elegibilidad a Medicare debido al ESRD. Después de los 30 meses, o cuando se agoten las Prestaciones, -lo que primero ocurra- Medicare será primario y este Plan será secundario. La única excepción es si la persona está retirada y ya está cubierta por Medicare cuando cumple los requisitos de elegibilidad de Medicare debido a ESRD. En ese caso, Medicare seguirá siendo el plan primario y este Plan continuará pagando como secundario.

NO ASIGNACIÓN DE PRESTACIONES

No podrá asignar, prometer, impedir o de lo contrario enajenar un interés legal o en su beneficio bajo este Plan, y cualquier intento de hacerlo será anulado. En el caso de un pago directo de Prestaciones a un profesional médico, se hará de acuerdo a la conveniencia de la Persona Asegurada y a la discreción del Fondo, y no significará una asignación de Prestaciones bajo el Plan.

ORDEN DE APOYO MÉDICO CALIFICADO INFANTIL (OAMCI)

Una OAMCI es una orden judicial que le da a un niño, -que de otra manera no sería elegible a cobertura médica bajo este Plan- el derecho a dicha cobertura. Normalmente esa orden es emitida por un tribunal en conexión con un divorcio o separación. Antes de que la Oficina del Fondo pueda cumplir con una OAMCI, tiene que determinar que la orden judicial cumpla con los requisitos de las leyes aplicables del OAMCI. El Participante será notificado si la orden judicial es recibida en la Oficina del Fondo, y del procedimiento a usar para determinar si la orden es una OAMCI. Usted puede obtener una copia de los procedimientos de OAMCI del Plan de la Oficina del Fondo sin costo alguno.

POLÍTICAS DE SOBREPAGO O PAGO EQUIVOCADO

Si el Plan hace un pago en exceso o un pago equivocado por un Participante, Dependientes u otra persona que no tenga derecho a éste, o si el Plan paga Prestaciones por un individuo o en su nombre que no cumple con las disposiciones de subrogación y reembolso del Plan, el Plan tiene el derecho de recuperar el pago de la persona que fuera pagada o de la persona que se haya beneficiado incluyendo el Participante o el profesional que prestó el servicio. El Plan también puede tratar de recuperar fondos de un individuo o entidad responsable de proporcionar información errónea o de no proporcionar la información necesaria al Plan de que un pago inadecuado de prestaciones se ha realizado. Entre los derechos del Plan se incluye el derecho a deducir la cantidad pagada por error de las Prestaciones futuras del Participante o de sus Dependientes.

El Plan también puede recuperar Prestaciones de una persona responsable de proporcionar información errónea acerca de una persona afín de obtener elegibilidad.

Tan pronto se someta una petición de devolución, el Participante deberá rembolsar al Plan. Si no se recibe respuesta en 10 días, o si el Participante no puede o no rembolsa al Plan directamente, la cantidad pagada en exceso será deducida de futuras solicitudes presentadas por el Participante y sus Dependientes hasta que se recupere el monto en su totalidad.

Si se realiza un sobrepago o pago erróneo por un servicio, tal exceso deberá mantenerse en fideicomiso constructivo por el prestador del servicio. El Plan tratará de recuperarlo del profesional que prestó el servicio. Si éste no devuelve el dinero, se presentará una demanda de reembolso directamente al Participante. Si el Plan no consigue recuperar el sobrepago, o si el Participante no puede o no rembolsa al Plan directamente, la cantidad pagada en exceso se descontará en las futuras solicitudes presentadas por el Participante y sus Dependientes hasta que se recupere en su totalidad.

Los Fiduciarios se reservan todos los derechos legales, incluido el derecho a demandar por el importe total de los pagos en exceso.



REEMBOLSO Y SUBROGACIÓN

11

El Fondo no está obligado a pagar Prestaciones en conexión con una enfermedad o accidente que pueda haber sido la responsabilidad de un Tercero.

Si este Fondo paga las Prestaciones de una Persona Asegurada o a nombre de ésta cuando la enfermedad o daño pueda ser la responsabilidad de un Tercero, el Fondo tiene derecho a un reembolso y subrogación; esas prestaciones se pagan con la condición de que la Persona Asegurada (y su Cónyuge o hijos(as), en la medida en que el cónyuge y/o hijos se recuperen de los daños, incluyendo pero no limitado a daños por pérdida de consorcio en relación a la enfermedad o lesión sufrida por la Persona Asegurada) cumpla con los términos y condiciones establecidos en este documento y en cualquier otro contrato escrito entre el Fondo y la Persona Asegurada.

Para poder recibir los Prestaciones de este Fondo cuando un Tercero es responsable de indemnizar a la Persona Asegurada (y en ciertos casos a su cónyuge, padre(s) y/o hijo(s)), la Persona Asegurada (y su cónyuge, padre(s) y/o hijo(s)) deberá(n) notificar al Fondo cuando ocurra una enfermedad o daño que requiera que un Tercero compense a la Persona Asegurada (o a su cónyuge, padre(s) y/o hijo(s)).

DEFINICIONES

Para propósitos de esta sección de Subrogación y Reembolso, se aplicarán las siguientes definiciones:

Persona Asegurada significa un individuo por quien, -o en cuyo nombre- este Fondo paga Prestaciones, entre ellos el/la tutor/a de dicho individuo, representantes de propiedades, herederos u otros representantes.

Terceros significa un individuo(s) o entidad(es) que causó la enfermedad o daño a la Persona Asegurada y cualquier otro individuo(s) o entidad(es) que tenga la obligación de indemnizar a la Persona Asegurada (o su cónyuge, padre/s y/o hijo/s) como consecuencia de esa enfermedad o daño físico. Por ejemplo, la aseguradora del Tercero responsable y la aseguradora de la Persona Asegurada se incluyen en el significado de "Terceros" en la medida en que dichos aseguradores están obligados a indemnizar a la Persona Asegurada (o su cónyuge, padre/s y/o hijo/s) como consecuencia de la enfermedad o daño físico.

REEMBOLSO

Una Persona Asegurada (y su cónyuge, padre(s) y/o hijo(s)) ha(n) de notificar al Fondo cuando el/ella sufre una enfermedad o daño por la que un Tercero pudiera ser responsable de compensar a la Persona Asegurada (o su cónyuge, padre/s y/o hijo/s). Si el Fondo paga una prestación a una Persona Asegurada o en su nombre por enfermedad o daño cuya responsabilidad es de un Tercero, dichas prestaciones serán pagadas con la condición expresa de que la Persona Asegurada (o su cónyuge, padre/s y/o hijo/s), en la medida en que el cónyuge, padre/s y/o hijo/s se recupere(n) del daño, incluyendo pero no limitado a daños por pérdida de consorcio, en relación con la enfermedad o daño sufrido por la Persona Asegurada, los beneficiados deberán rembolsar al Fondo las prestaciones que éste haya pagado si la Persona Asegurada (o su cónyuge, padre/s y/o hijo/s) recupera dinero del/de los Tercero(s).

Si el Fondo paga prestaciones relacionadas a dichos daños o enfermedad, el Fondo tiene la primera prioridad sobre la Persona Asegurada (o sobre su cónyuge, padre/s y/o hijo/s) u otra entidad, a recibir el reembolso de la cantidad recuperada de acuerdo a la cantidad pagada por el Fondo a nombre de las Personas Aseguradas, Esto aplica a toda recuperación por parte de Terceros por medio de acuerdo, arbitraje, sentencia, seguro u otro, incluyendo, pero no limitado a cantidades recuperadas de motoristas sin o con seguro limitado, seguro sin culpa, cobertura de gastos médicos (propietarios de autos, vivienda u otros), compensación por accidente de trabajado, compromisos o premios, otros seguros de grupo (incluidos los planes estudiantiles), y las recuperaciones directas de las partes responsables. La Persona Asegurada (y su cónyuge, sus padres y / o sus hijos) acuerda asignar al Fondo un interés (igual a la cantidad de beneficios pagados en relación con la Enfermedad o Lesión) de una demanda, factura, reclamo, acción o derecho de acción presentado por la Persona Asegurada (o su cónyuge, padre/s o hijo/s).

Si el Fondo paga beneficios a nombre de la Persona Asegurada y él / ella recibe una compensación (o si su cónyuge, padres y / o hijos / as la reciben), él o ella deberá rembolsar prontamente al Fondo lo que sea menos: (1) el monto total recuperado, o (2) el valor total de las prestaciones pagadas por el Fondo en su nombre, haya o no él o ella recibido una indemnización completa o “made whole” por sus pérdidas, independientemente de cómo la recuperación es caracterizada e independientemente de que la recuperación se realice en forma de pago por gastos médicos, a menos que debido a circunstancias extenuantes, el Fondo acepte una cantidad menor por escrito. El Fondo rechaza específicamente la doctrina de “make whole”. El Fondo podrá recuperar la totalidad de los beneficios pagados por el Fondo, sin tomar en consideración que haya un reclamo contra la Persona Asegurada o contra su cónyuge, madre o padre(s), hijo/a(s) o beneficiario(s), ya sea por negligencia comparativa u otra razón.

Como condición de pago de las prestaciones del Fondo, la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s, hijo/s y abogado/s) deberá: (1) aceptar que el Fondo tiene prioridad ante las ganancias como resultado de un acuerdo, laudo arbitral, dictamen u otras cantidades; y (2) asignar al Fondo las Prestaciones que él o ella tenga a través de otro seguro u otra cobertura, en la medida de lo que el Fondo pida se le reembolse. Al aceptar por adelantado prestaciones del Fondo bajo esta sección, la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s, hijo/a/s y abogado/s) reconoce que una ganancia producto de una liquidación o sentencia, incluyendo fondos retenidos por otra persona, serán retenidos a beneficio del Fondo y la Persona Asegurada (y su cónyuge, hijo/a/s y abogado/s) acepta el derecho del Fondo a recalcar la importancia de una retención equitativa o de un fideicomiso constructivo sobre las ganancias de un acuerdo, para que los derechos del Fondo sean respetados.

El Fondo está de acuerdo en que su reembolso pueda reducirse proporcionalmente al incluir los honorarios de abogados y costos incurridos por el Participante o la Persona Asegurada en relación a la recuperación de la cantidad que el Fondo decida a su entera discreción, pero de ninguna manera será más de un tercio de los honorarios y costos. No se podrán deducir los gastos

de corte u honorarios de abogados de la recuperación del Fondo sin el consentimiento expreso y por escrito del Fondo. La supuesta “Doctrina del Fondo” o “Doctrina del Fondo Común” o “Doctrina del Abogado del Fondo” no invalida este derecho.

En cuanto a enfermedades o daños físicos de tipo ocupacional, los derechos de recuperación del Fondo se aplicarán a todos los montos recuperados, independientemente de si la Enfermedad o Daño sea indemnizable por compensación de trabajadores u otro tipo de cobertura. Cualquier compensación o compromiso de solución, incluyendo acuerdos de suma global, deberán incluir los intereses del Fondo y el Fondo deberá ser reembolsado como primera prioridad.

SUBROGACIÓN

Una Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) ha de notificar al Fondo cuando él/ella sufra una Enfermedad o Daño por el cual un Tercero pudiera tener la responsabilidad de compensar a la Persona Asegurada (o su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s). Si el Fondo paga las Prestaciones por una Persona Asegurada o en su nombre por Enfermedad o Daño causado por un Tercero, estas Prestaciones serán pagadas con la condición expresa de que el Fondo tendrá subrogación en todas las solicitudes, demandas, acciones o derechos de acción de la Persona Asegurada (y de su cónyuge, madre, padre/s o hija/o/s) contra el Tercero (incluyendo compañías de seguros) en la medida del valor de las prestaciones pagadas por el Fondo. Este derecho incluye, pero no está limitado a los derechos de un motorista sin seguro o con seguro insuficiente, seguro sin culpa, cobertura médica (automóvil, vivienda u otro tipo), compensación de trabajadores u otro seguro. Esto significa que en la medida en que la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) tenga una reclamación contra un Tercero como consecuencia de una Enfermedad o Daño cuyas Prestaciones el Fondo paga, el Fondo tiene derecho a involucrarse en la demanda de la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s). De hecho el Fondo “se coloca en el lugar” de la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) con respecto a tales reclamaciones. El importe de los intereses de subrogación del Fondo es igual a la cantidad que paga por la Enfermedad o Daño, además de los honorarios y gastos de abogados incurridos en los procesos contra Terceros.

El Fondo puede hacer valer su reclamación contra un Tercero sin importarle la posición de la Persona Asegurada (o su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) ante una reclamación. Además el Fondo puede unirse a una reclamación, demanda, acción u otros derechos que la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) tenga contra Terceros. A pesar de que el Fondo puede hacer valer su reclamación individualmente o unirse a una reclamación, demanda, acción o derechos de acción, el Fondo no está obligado a hacerlo. El Fondo no renuncia a sus derechos de reembolso aunque no se declare independientemente contra un Tercero, o no se una a una reclamación, demanda, acción o derechos de acción presentada por la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) contra un Tercero.

El derecho de subrogación del Fondo es un derecho de primera prioridad y deberá ser satisfecho por completo antes que se resuelvan las reclamaciones de la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) o las de su representante (s) aunque él/ella no sea compensado/a completamente por todas las pérdidas.

OBLIGACIONES DE LA PERSONA ASEGURADA (Y SU CÓNYUGE Y/O DEPENDIENTES)

La Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) deberá cooperar con el Fondo y sus agentes y hacer lo que sea necesario para proteger los derechos de subrogación y reembolso del Fondo. La cooperación significa ofrecer al Fondo toda información pertinente solicitada por éste, incluyendo pero no limitado a información relacionada a la Enfermedad o Daño de

la Persona Asegurada; la firma y entrega de documentos que el Fondo razonablemente solicite para establecer los derechos del Fondo y las obligaciones de la Persona Asegurada (y de su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s), y efectuar las Prestaciones, proteger el derecho de reembolso del Fondo, o asegurar la subrogación de la reclamación u acuerdo de subrogación del Fondo y tomar otras acciones que el Fondo razonablemente solicite afin de obtener un reembolso completo. La Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) no deberá iniciar una acción que perjudique los derechos de reembolso o de subrogación del Fondo, y la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) deberá notificar a su abogado (si lo tiene) sobre (1) los derechos del Fondo a la subrogación y reembolso, y (2) que el dinero recibido por la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) o en su nombre son propiedad del Fondo y se mantendrán en fideicomiso constructivo para el Fondo. La Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y / o hijo/a/s) deberá pedir a su abogado que llene la porción que le corresponde a éste del acuerdo de subrogación del Fondo. La Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) deberá notificar al Fondo cuando un reclamo/s se haya iniciado contra un Tercero/s y deberá mantener al Fondo informado sobre el estado de dicha reclamación o reclamaciones. Además, la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y / o hijo/a/s) deberá notificar a los Terceros de los derechos de subrogación y reembolso del Fondo, y que cualquier monto pagadero a la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y / o hijo/a/s) son propiedad del Fondo y deberán mantenerse en fideicomiso constructivo para el Fondo. La Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y / o hijo/a/s) deberá: obtener un consentimiento por escrito del Fondo o de su representante antes de resolver una reclamación a la cual este Fondo esté subrogado o tenga derecho a reembolso; notificar al Fondo de indemnizaciones que reciba la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y / o hijo/a/s) de un Tercero por Enfermedad o Daño; reembolsar inmediatamente al Fondo en cuanto se reciba dicha compensación; y mantener la cantidad recobrada en Prestaciones del Fondo hasta completar el total del monto pagado por el Fondo por dicha Enfermedad o Daño.

Hasta que el Fondo no haya sido totalmente reembolsado por las prestaciones que pagó en relación con el Daño o Enfermedad por la cual un Tercero es responsable, cualquier monto recibido por la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y / o hija/o/s) o en su nombre por parte de un Tercero son propiedad del Fondo y son mantenidos en un fondo constructivo por la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y / o hija/o/s), así como como sus agentes, incluyendo abogado (s).

EJECUCIÓN DE LAS PROVISIONES DEL FONDO

En caso de que la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y / o hija/o/s) no cumpla con sus obligaciones de subrogación y reembolso, el Fondo podría tomar una acción que los fideicomisarios consideren necesaria para hacer prevalecer los derechos que el Fondo tiene ante estas disposiciones. El Fondo puede negarse a pagar las prestaciones por Enfermedad o Daño, si la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y / o hija/o/s) no cumple con su obligación de proporcionar información y documentos o de no ejecutar el contrato de subrogación y reembolso. Si el Fondo paga prestaciones y la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y / o hija/o/s) luego no cumple con sus deberes bajo esta sección, el Fondo podrá recuperar las cantidades pagadas mediante la retención de prestaciones futuras de la Persona Asegurada, el Participante (si es diferente de la Persona Asegurada), y otros Dependientes Asegurados del Participante, pidiendo que los profesionales de salud les reembolsen o poniendo una demanda legal contra la Persona Asegurada, (y/o su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s). Si para hacer valer sus derechos bajo estas disposiciones de subrogación y reembolso los administradores emprenden una acción legal y ganan en todo o en parte, la Persona Asegurada (o su cónyuge, madre, padre/s y/o hija/o/s) deberá pagar los honorarios legales y gastos que los fideicomisarios incurran en esta acción.

OBLIGACIONES DEL ABOGADO DE LA PERSONA ASEGURADA (Y SU CÓNYUGE, MADRE, PADRE/S Y/O HIJA/O/S)

Si la Persona Asegurada (o su cónyuge, madre, padre/s y/o hija/o/s) decide contratar un abogado para representarle por causa de Enfermedad o Daño, la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hija/o/s) deberá notificar al Fondo inmediatamente después de la retención de dicho abogado. Además, la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hija/o/s) deberá notificar a su abogado de los derechos a la subrogación y reembolso del Fondo, y su abogado deberá completar la parte que le corresponde del acuerdo de subrogación del Fondo. El abogado de la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hija/o/s) deberá estar dispuesto a entrar en un acuerdo con el Fondo diciendo que él o ella reconoce el derecho de subrogación y reembolso del Fondo y que él o ella reconoce que si se llega a una resolución, o se recupera cualquier cantidad o gasto, se recuperará en conexión con la misma, que dichas cantidades (no mayor a la cantidad pagada por el Fondo por esta Enfermedad o Daño) son activos del Fondo y que el abogado mantendrá los activos del Fondo en fideicomiso en beneficio del Fondo. Cuando se reciban Fondos, el abogado reconoce que él o ella es un fiduciario del Fondo con respecto a esos activos. Tan pronto se reciba las resoluciones de un acuerdo, el abogado deberá inmediatamente notificar al Fondo y reembolsar todo lo que se le debe a éste. El Fondo está de acuerdo en que su reembolso puede reducirse debido a la parte proporcional que le corresponde por honorarios de abogados y costos incurridos por el Participante o la Persona Asegurada en relación con la recuperación cuya cantidad estará a la completa discreción del Fondo de decidir, pero que no será más de un tercio de los honorarios y costos. No se podrán deducir los gastos de corte u honorarios de abogados de la recuperación del Fondo sin el consentimiento expreso y por escrito del Fondo. La supuesta “Doctrina del Fondo” o “Doctrina del Fondo Común” o “Doctrina del Abogado del Fondo” no invalida este derecho.

FUTURAS RECLAMACIONES RELACIONADAS CON LA MISMA ENFERMEDAD O DAÑO

Una vez se resuelvan las reclamaciones de la Persona Asegurada (o su cónyuge, madre, padre/s o hija/o/s) contra un Tercero/s, el Fondo no pagará ninguna prestación adicional por este Daño o Enfermedad causada por un Tercero/s, hasta que el total de las facturas -que de lo contrario sería cubierto por el Fondo- exceda al total de la indemnización pagada a la Persona Asegurada (y su cónyuge, madre, padre/s y/o hijo/a/s) o en su nombre por el Tercero/s. En tal situación, sólo el excedente de lo que ya estaría cubierto será considerado como cubierto.



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

12

Su información. Sus derechos. Sus responsabilidades.

Este aviso describe cómo se puede usar y compartir su información médica, y cómo usted puede acceder a esta información. Por favor léalo cuidadosamente.

SUS DERECHOS

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtenga una copia de su historial médico y de pago

- Usted puede pedir ver u obtener una copia de sus récords médicos y de pagos y alguna otra información que nosotros tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacer esto.
- Le podremos procurar una copia o un resumen de sus récords médicos y de pago en un lapso de 30 días después de haberlo solicitado. Podemos cobrar una tarifa razonable basada en el costo.
- Puede que en circunstancias limitadas le respondamos “no” a su petición, pero la razón se la diremos por escrito.

Pídanos que corrijamos los récords de salud y pago

- Puede pedirnos que corrijamos su récord médico y de pago si usted piensa que están incorrectos o incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Puede que en circunstancias limitadas le respondamos “no” a su petición, pero la razón se la diremos por escrito en un plazo de 60 días.

Pida que las comunicaciones sean confidenciales

- Puede pedirnos que cuando nos contactemos con usted lo hagamos de una manera muy específica. Por ejemplo, llamar al teléfono de casa o de la oficina, o escribirle a una dirección de correo electrónico diferente.
- Consideraremos todas las peticiones razonables, y le tendremos que decir “sí” si usted nos dice que si no lo hacemos su vida estaría en peligro.

Pídanos que limitemos lo que usemos o compartamos

- Usted puede pedirnos que no usemos o compartamos cierta información médica concerniente a su tratamiento, pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su petición.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilizada) de las horas en las que compartimos su información de salud, con quién la compartimos y por qué de los últimos seis años previos a esta petición.
- Incluiremos toda información que haya sido compartida, excepto aquella relacionada a tratamiento, pago y operaciones administrativas, y ciertas otras revelaciones sobre la salud (como por ejemplo las que usted nos autorizó hacer). Le ofrecemos hacer este conteo una vez al año gratis, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si hace una nueva solicitud antes de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso sobre la privacidad

- Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, aunque haya aceptado recibir el aviso de forma electrónica. Le entregaremos una copia en papel con prontitud.

Obtenga una copia electrónica de su récord médico electrónico

- Si su información de salud se mantiene en un formato electrónico, usted tiene el derecho de solicitar que se le entregue una copia electrónica de su récord a usted o a otra persona o entidad que usted elija. Le daremos su información electrónica de salud como lo requiere la ley, y haremos todo lo posible para entregarle su información electrónica de salud en la forma o formato que usted solicite. En caso que no pudiéramos entregarle su información de salud electrónica en la forma que la solicitó, ésta se proporcionará en nuestro formato electrónico estándar, o si no la desea en ese formato, en un formato impreso legible.
- Puede que le cobremos una tarifa razonable basada en el costo asociado al trabajo invertido en la entrega de su récord médico electrónico.

Escoja a una persona que lo represente

- Si usted le ha dado a una persona poder legal en cuanto a su salud o si tiene un tutor legal, esa persona podrá ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que esa persona tenga autoridad y pueda actuar por usted antes de tomar cualquier acción.

Presente una queja si siente que sus derechos han sido violados

- Usted puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos, y ponerse en contacto con el Oficial de Privacidad del Fondo.
- Usted puede presentar una queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y la Oficina de Derechos Civiles mandando una carta al 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775, o visitando la página www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

SUS OPCIONES

Para cierta información de salud, usted puede indicarnos sus preferencias en cuanto a qué podemos compartir. Si tiene una idea clara de cómo preferiría que nosotros compartiéramos su información en situaciones como las descritas a continuación, llámenos. Díganos cómo quiere que lo hagamos, y nosotros seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en pagar por gastos de su cuidado.
- Compartamos información en una situación de rescate debido a una emergencia

Si usted no está en la capacidad de decirnos lo que prefiere hacer, por ejemplo si está inconsciente, tendríamos que compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario disminuir el riesgo de una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad.

En los siguientes casos, nunca compartiríamos su información a menos que usted nos lo autorice por escrito:

- Propósitos de mercadeo
- La venta de su información

NUESTROS USOS Y DIVULGACIONES

Cómo generalmente nosotros usamos o compartimos información sobre salud
En general nosotros usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras:

PARA AYUDAR A ADMINISTRAR LA ATENCIÓN MÉDICA QUE USTED RECIBE

Podemos usar su información médica y compartirla con los profesionales que le estén tratando.
Ejemplo: Un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales.

PARA EL FUNCIONAMIENTO DE NUESTRA ORGANIZACIÓN

- Podemos usar y compartir su información para hacer funcionar nuestra organización y contactarle cuando sea necesario.
- No se nos permite usar su información genética para decidir si le damos seguro o el precio del mismo. Esto no aplica a los seguros de largo plazo.

Ejemplo: Usamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

PARA PAGAR POR SUS SERVICIOS MÉDICOS

Podemos usar y compartir su información de salud para coordinar el pago de sus servicios médicos. Esto puede incluir ciertas actividades que realizamos antes de aprobar o pagar por sus servicios de atención médica, como por ejemplo, determinar si usted es elegible al seguro y determinar si los servicios proporcionados a usted eran médicamente necesarios.

Ejemplo: Compartimos su información con su seguro dental para coordinar los pagos de los servicios que usted reciba.

PARA ADMINISTRAR SU PLAN

Podemos compartir su información médica con el patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su compañía nos ha contratado para ofrecerle un plan de salud, y nosotros le entregamos a su compañía ciertas estadísticas para explicar las cuotas que nosotros cobramos.

DE QUÉ OTRA MANERA PODEMOS USAR O COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

Se nos permite o requiere compartir su información de otras maneras -usualmente de forma que contribuya al bienestar público y a la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información con estos propósitos. Para mayor información diríjase: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

PARA AYUDAR CON LA SALUD PÚBLICA Y CON TEMAS DE SEGURIDAD

Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones como:

- Prevenir enfermedades
- Ayuda para recobrar productos que necesitan ser devueltos por razones de seguridad.
- Reportar reacciones adversas a medicamentos.
- Reportar sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza seria contra la salud o seguridad de alguien.

PARA LA INVESTIGACIÓN

Podemos usar o compartir su información para propósitos de investigación.

PARA CUMPLIR CON LA LEY

Si las leyes estatales o federales lo requieren, compartiremos información sobre usted, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quisiera saber si estamos cumpliendo con la ley federal de privacidad.

PARA RESPONDER A LAS SOLICITUDES DE DONACIÓN DE ÓRGANO Y TEJIDOS Y TRABAJAR CON UN MÉDICO FORENSE O DIRECTOR DE FUNERARIA

- Podemos compartir su información de salud con la organización que le done el órgano.
- Podemos compartir información de salud con un investigador forense, examinador médico o director de funeraria cuando muere un individuo.

Tratar problemas relacionados a accidentes de trabajo, cumplimiento de la ley y otras exigencias del gobierno

Podemos usar o compartir su información de salud:

- Para demandas de indemnización por accidente de trabajo
- Para propósitos de cumplimiento de la ley u orden público por parte de un oficial de la ley.
- Con organismos médicos de control de actividades autorizadas por la ley.
- Para funciones especiales del gobierno como actividades militares, de seguridad nacional y de protección presidencial.

RESPONDER A DEMANDAS Y ACCIONES LEGALES

Podemos compartir su información de salud para responder a una orden judicial o administrativa, o a una citación judicial.

INFORMARLE SOBRE OTRAS ALTERNATIVAS A SU TRATAMIENTO U OTRAS PRESTACIONES MÉDICAS RELACIONADAS

Podemos usar su información de salud para saber si usted pudiera beneficiarse de información que nosotros pudiéramos comunicarle relacionadas con otras redes de profesionales o productos o servicios disponibles en nuestro Plan; su tratamiento; gestión de casos o la coordinación de su atención, o recomendarle tratamientos alternativos, terapias, profesionales médicos o ajustes en su atención.

ACTIVIDADES DE RECAUDACIÓN DE FONDOS

No prevemos usar o revelar su PHI o información de salud protegida para actividades de recaudación de fondos. Sin embargo, podríamos usar y divulgar su información de salud para contactarlo para actividades de recaudación de fondos. Usted tiene el derecho a pedir que no lo contacten para actividades de recaudación de fondos. Si no desea recibir estos suministros, envíe una solicitud por escrito al Funcionario de Privacidad listado a continuación.

SUS RESPONSABILIDADES

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica.
- En caso de que ocurra una violación que comprometa la privacidad o seguridad de su información, usted será informado inmediatamente.
- Nosotros tendremos que seguir las normas y prácticas de privacidad descritas en el aviso y entregarle una copia.
- No usaremos o compartiremos su información de forma distinta a la descrita aquí a menos que usted nos avise por escrito que podemos. Aunque nos lo autorice, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Avísenos por escrito si cambia de opinión.

Para mayor información diríjase: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

CAMBIOS EN LOS TÉRMINOS DE ESTE AVISO

Nosotros podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestro sitio web (si hay un sitio web disponible), y le enviaremos una copia por correo.

FECHA DE VIGENCIA DE ESTE AVISO

El aviso revisado sobre Prácticas de Privacidad entró en vigor el 23 de septiembre de 2013.

INFORMACIÓN SOBRE EL OFICIAL DE PRIVACIDAD

Pamela Howard, Oficial de Privacidad de HIPAA, Fondo de Bienestar del Regional District Council
c/o The William C. Earhart Company, Inc.
3140 NE Broadway
Portland, Oregon 97232
Teléfono (503) 331-8200
Correo electrónico: pam.h@wcearth.com

INFORMACIÓN ADICIONAL

En ciertos casos, estamos obligados a cumplir con las leyes y regulaciones estatales, incluso aunque entren en conflicto con HIPAA y sus regulaciones, como por ejemplo, cuando las leyes y regulaciones estatales son más estrictas que HIPAA y sus regulaciones. Cumpliremos con todas las leyes y regulaciones estatales aplicables cuando sean más estrictas que HIPAA y sus regulaciones. Por ejemplo, no divulgaremos la identidad de un individuo a quien se le ha hecho una prueba genética o la identidad de un pariente biológico del individuo, o revelaremos información genética sobre el individuo o pariente biológico del mismo de forma que la identificación del individuo sea revelada, a menos que la Sección 192.539 del SRO lo permita o lo requiera. Además, no obtendremos ni conservaremos información genética de un individuo, excepto cuando las Secciones 192.535 y 192.537 de la ORS lo permitan o requieran.

El uso y divulgación de su información de salud está regulada por la ley federal y estatal, incluyendo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (“HIPAA”). Este Aviso intenta resumir HIPAA y sus regulaciones relevantes. HIPAA y sus regulaciones reemplazarán las discrepancias que existan entre la información contenida en este Aviso y las regulaciones, excepto cuando la información contenida en este Aviso pertenezca a una ley o regulación estatal que no es rechazada por HIPAA porque es más estricta.



INFORMACIÓN DE ERISA

13

Como Participante del Fondo de Bienestar del Distrito Regional Usted goza de ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés).

DECLARACIÓN DE SUS DERECHOS BAJO ERISA

ERISA establece que todos los Participantes del Plan tienen el derecho a:

1. Revisar sin costo alguno, en la Oficina del Fondo y en otras ubicaciones específicas, tales como los lugares de trabajo y salas de la Unión, todos los documentos que rigen el Fondo incluyendo contratos de seguros, Convenios Colectivos y una copia del último informe anual (Form 5500 Series) presentada por el Fondo al Departamento de Trabajo de Estados Unidos, y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Prestaciones de Bienestar y Pensiones.
2. Obtener, con previa solicitud escrita al Administrador del Plan, copias de todos los documentos que rigen el funcionamiento del Fondo, incluyendo contratos de seguros y acuerdos de Negociación Colectiva y copias del último informe anual (Form 5500 Series) y una versión actualizada de la Descripción Resumida del Plan. El Administrador del Plan podrá cobrar una cantidad razonable por las copias.
3. Recibir un resumen del informe financiero anual del Fondo. El Administrador del Plan está obligado por ley a entregarle a cada participante una copia del Resumen del Informe Anual.
4. Continuar con la cobertura de salud para usted o sus Dependientes elegibles si existe una pérdida de la cobertura bajo el Plan como resultado de un evento habilitante. Usted o sus Dependientes elegibles pueden tener que pagar por dicha cobertura. Revise este Plan y los documentos que rigen el Fondo sobre las normas que rigen los derechos de continuación de COBRA.

Además de crear derechos para los Participantes del Plan, ERISA impone deberes a las personas responsables de la operación de las prestaciones del Plan para empleados. Las personas que operan el Plan (llamados “fiduciarios” del Plan), tienen el deber de hacerlo con prudencia y por el interés de todos los Participantes del Plan y beneficiarios. Nadie, incluyendo a Su empleador, Su sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminar contra Usted de alguna manera afín de impedir que Usted obtenga un beneficio bajo el Plan o que Usted ejerza sus derechos bajo ERISA.

Si su solicitud para Prestaciones es denegada o ignorada en su totalidad o en parte, Usted tiene derecho a saber por qué esto se hizo, a obtener copias de los documentos relacionados a la decisión sin cargos, y a apelar cualquier negación, todo dentro de cierto límite de tiempo.

Bajo ERISA hay pasos que Usted puede seguir para hacer valer los derechos mencionados. Por ejemplo, si Usted solicita una copia del documento del Plan o el último informe anual del Fondo y no lo recibe dentro de 30 días, Usted puede iniciar una demanda en una corte federal. En estos casos, la Corte podría exigir al administrador del Plan a que le envíe los materiales y de pagarle hasta \$110 al día mientras Usted no reciba los materiales, a menos que no se los hayan enviado por razones fuera de control del Administrador del Plan.

Si tiene un reclamo por Prestaciones que han sido negadas o ignoradas, en su totalidad o en parte, Usted podrá iniciar una demanda en una corte estatal o federal. Además, si Usted está en desacuerdo con la decisión del Fondo o con la falta de decisión en relación con el estatus de aprobación de una orden de sustento médico, Ud. puede entablar una demanda en una Corte federal. Si llegase a suceder que los fiduciarios del Fondo hayan usado indebidamente el dinero del Fondo, o si Usted es discriminado por hacer valer Sus derechos, puede solicitar la ayuda del Departamento de Trabajo o Usted puede presentar la demanda en una corte federal. La corte decidirá quién deberá pagar los gastos y honorarios legales. Si el caso está a su favor, la Corte podrá ordenar a la persona que Usted ha demandado a pagar esos gastos y honorarios. Si pierde, el Tribunal puede ordenar que Usted pague estos gastos y honorarios, si por ejemplo, encuentra que su reclamo es frívolo.

Si tiene preguntas acerca de este Plan, Ud deberá comunicarse con el Administrador del Plan. Si tiene preguntas sobre esta declaración o sobre Sus derechos bajo ERISA, o si necesita ayuda en la obtención de documentos por parte del Administrador del Plan, Usted deberá comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Prestaciones de Bienestar y Pensiones, del Departamento de Trabajo de Estados Unidos, listados en su directorio telefónico, o con la División de Asistencia Técnica y Consultas, de la Administración de Prestaciones de Bienestar y Pensiones, del Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, ubicado en la 200 Constitution Avenue NW, Washington, D.C. 20210. Usted podrá también obtener ciertas publicaciones sobre Sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Prestaciones de Bienestar y Pensiones.

INFORMACIÓN REQUERIDA POR ERISA

Lo siguiente, junto a la información contenida en otras partes de este documento, es la Sinopsis o la descripción resumida del Plan bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados del 1974.

NOMBRE Y TIPO DE PLAN

Este Plan es conocido como el “Fondo de Bienestar del Regional District Council”. Según ERISA, el Plan es un “plan de bienestar y prestaciones para empleados”. El Plan ofrece servicios de hospitalización, procedimientos quirúrgicos y médicos, salud mental, tratamiento de drogas y alcohol, dental y recetas médicas a Participantes y sus Dependientes elegibles de manera individual. Las prestaciones de visión del Plan se ofrecen a través de un contrato con Vision Service Plan.

NÚMEROS DE IDENTIFICACIÓN DEL PLAN

- Número de Identificación del Empleador: 56-2546659
- Número de IRS del Plan: 001

ADMINISTRADOR DEL PLAN

El Administrador del Plan es la Junta de Fiduciarios del Fondo de Bienestar del Fondo de Bienestar del Regional District Council. La Junta de Fiduciarios consiste en un número igual de representantes del Empleador y de la Unión, seleccionados por la Unión y por los Empleadores por medio de Acuerdos de Negociación Colectiva con respecto a este Fondo. Para contactar a la Junta de Fiduciarios, utilice la siguiente dirección y número de teléfono:

Junta de Fiduciarios
c/o The William C. Earhart , Company, Inc.
P.O. Box 4148
Portland, Oregon 97208
(800) 846-0611

A partir del 21 de marzo del 2017 los miembros de la Junta son:

FIDUCIARIOS DE LA UNIÓN

Daniel S. Parker
Regional District Council
208 East New York Avenue
Deland, FL 32724

Bernard Evers
International Association of Bridge,
Structural, Ornamental and Reinforcing Iron
Workers
1750 New York Avenue N.W.
Washington, D.C. 20006

Joseph Simpson
Regional District Council Training Trust
208 East New York Avenue
Deland, FL 32724

Jose J. Mendoza
Regional Local Union No. 846
6220 Woodside Executive Court
Aiken, SC 29803

David Gornewicz
International Association of Bridge,
Structural, Ornamental and Reinforcing Iron
Workers
1750 New York Avenue N.W.
Washington, D.C. 20006

FIDUCIARIOS DEL EMPLEADOR

Jeffry Green
Harris Davis Rebar, Inc.
210 Washington St.
Bellevue, NE 68005

Cary Newton
JD Steel Co., Inc.
2101 West Jackson Street
Phoenix, AZ 85009

Keith Smith
Harris Davis Rebar, Inc.
210 Washington St.
Bellevue, NE 68005

Jeffrey Casadont
Gerdau Reinforcing Steel
7326 Mission Gorge Rd.
San Diego, CA 92120

James Whaley
Whaley Steel Corporation
114 Morenci Ave.
Mio, MI 48647

RESPONSABLE DE PROCESOS LEGALES

Todos los fideicomisarios de la Junta de Fiduciarios son agentes calificados para procesar servicios. El servicio también puede hacerse a través del Asesor Legal o el Gerente Administrativo mencionados anteriormente.

TIPO DE ADMINISTRACIÓN

El Plan es administrado por la Junta de Fiduciarios. Sin embargo, los administradores han contratado como Gerente Administrativo al “William C. Earhart Company, Inc.” para que administre y supervise las operaciones de día a día del Fondo. Las Prestaciones son proporcionadas por el Plan de la siguiente manera:

- Hospitalización, servicios médicos y quirúrgicos por acuerdo Fideicomiso a través de un sistema de auto-aseguración; pero administrado por contrato tipo prestador preferencial entre la Junta de Fiduciarios y CIGNA Healthcare.
- Medicamentos recetados con un sistema de auto-aseguro, pero operado a través de un administrador de prestaciones farmacéuticas con un contrato entre la Junta de Fiduciarios y la farmacia de CIGNA.
- Visión a través de un contrato entre la Junta de Fiduciarios y VSP.
- Dental a través de un sistema de auto-seguro, pero operado por un contrato de servicios dentales entre la Junta de Fiduciarios y CIGNA Dental.

ORGANIZACIONES LABORALES QUE REPRESENTAN A LOS PARTICIPANTES EN EL PLAN

Este Plan es mantenido por Convenios Colectivos, ejecutado por Sindicato de Metalúrgicos Local 846 y Sindicato de Metalúrgicos Local 847 locales afiliados con la International Association of Bridge, Structural, Ornamental and Reinforcing Iron Workers. Un Participante o beneficiario mediante una solicitud por escrito podrá obtener una copia de dichos convenios del administrador del Plan. Además estos Convenios Colectivos están disponibles a Participantes o beneficiarios en la Oficina del Fondo..

NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LOS EMPLEADORES QUE CONTRIBUYEN AL FONDO

Los Participantes o beneficiarios podrán obtener una lista completa de los Empleadores que contribuyen al Fondo mediante una solicitud por escrito al Administrador del Plan. Además esta lista para consulta de Participantes y beneficiarios está disponible en la Oficina del Fondo. Un Participante o beneficiario también podrá recibir del Administrador del Plan, -mediante solicitud a la Oficina del Fondo- información acerca de si un determinado empleador o unión es considerado como Empleador contribuyente, o si es un representante de un convenio colectivo de un Empleador que participe en el Plan, y si es así, la dirección de ese Empleador o unión.

FUENTES DE LAS CONTRIBUCIONES AL FONDO

Las contribuciones al Fondo las hacen cada Empleador por separado según las disposiciones de los Convenios Colectivos. Ciertas condiciones estipuladas en el Plan permiten a los Participantes y sus Dependientes a contribuir por si mismos para mantener Su estatus de elegibilidad por un periodo de tiempo limitado.

AÑO FISCAL DEL FONDO FIDUCIARIO DE SALUD

El año fiscal del Fondo empieza el 1 de julio y termina en el siguiente 30 de junio.

MODIFICACIÓN DE LA TABLA DE PRESTACIONES, TERMINACIÓN DE PRESTACIONES O TERMINACIÓN DEL PLAN

La capacidad del Fondo para proporcionar Prestaciones de salud y bienestar depende de una serie de factores que pueden variar de un año a otro o incluso de mes a mes. Por lo tanto los Fideicomisarios concretamente se reservan el derecho de cambiar, terminar, agregar o eliminar del Plan, inclusive de la Tabla de Prestaciones disponibles a los Participantes y a Sus Dependientes elegibles. Los Fideicomisarios también se reservan el derecho a adoptar reglamentos y normas nuevas, o a modificar las existentes reglas y regulaciones. Nada en este libro o en ninguna otra parte deberá interpretarse como que las Prestaciones del Plan están garantizadas. Los Fideicomisarios notificarán a los Participantes cuando se realicen cambios significativos en las normas, reglamentos o Tabla de Prestaciones.

AUTORIDAD DISCRECIONAL DE LOS FIDEICOMISARIOS

Los Fideicomisarios se reservan el derecho discrecional para inferir e interpretar los términos del Contrato de Fideicomiso, el Plan, y las reglas y regulaciones que de vez en cuando puedan hacer. Los Fideicomisarios también se reservan el derecho de hacer constancia de hechos, corregir omisiones y resolver ambigüedades en el Plan y en las reglas o regulaciones. Las Prestaciones del Plan se pagarán sólo si los Fideicomisarios en su discreción deciden que el solicitante tiene derecho a ellas.

FONDO FIDUCIARIO

Todos los activos son mantenidos en fideicomiso por la Junta de Fiduciarios. Prestaciones auto-aseguradas y gastos administrativos son pagados por el Fondo Fiduciario.

ELEGIBILIDAD

Los requisitos del Fondo con respecto a la elegibilidad, así como las circunstancias que pueden resultar en una descalificación, inelegibilidad o la denegación o pérdida de Prestaciones, se describen detalladamente en este documento.



CONTACTOS IMPORTANTES

14

Si necesita información sobre elegibilidad o Prestaciones, póngase en contacto con la Oficina del Fondo al: (800) 846-0611.

La Oficina del Fondo puede procurarle:

- Información sobre Su elegibilidad
- Formularios de inscripción
- Tarjetas de identificación
- Solicitud de servicios
- Información sobre una solicitud de servicio o una apelación
- alguna otra información sobre prestaciones no mencionada anteriormente

Cuando usted llame o visite la Oficina del Fondo, por favor tenga su número de Seguro Social o número de identificación de miembro disponible. Las horas de la Oficina del Fondo son de 9:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes, horario del este. Usted puede también acceder a la información del Participante y formularios por medio de la página de web del Participante en www.wcearthart.com.

Si Usted necesita obtener una autorización para un servicio médico o tiene un reclamo urgente o reclamaciones médicas recurrentes*, póngase en contacto con CIGNA al: (800) 768-4695

*Un "servicio médico concurrente" es una solicitud para continuar un Tratamiento actual y continuo.

Si usted necesita información acerca de recetas médicas, contacte la Farmacia de CIGNA al: (800) 244-6224

Ellos pueden entregarle lo siguiente:

- una lista de cadenas de farmacias de CIGNA a nivel nacional
- una prueba de que la farmacia forma parte del programa de farmacias de CIGNA
- los requisitos para el uso del programa para órdenes por correo

Su número de identificación de miembro se encuentra en Su tarjeta médica. Su número de grupo es **3334886**, y también está impreso en Su Tarjeta Médica.

Si necesita un dentista de CIGNA, póngase en contacto con CIGNA al: (800) 797-3381 o en www.cignadentalsolutions.com

Si necesita un profesional de salud mental de CIGNA, póngase en contacto con CIGNA al: (800) 768-4695 o en www.sharedadministration.com Si usted ve las siglas OAP “Open Access” en la cara frontal de su tarjeta de identificación, deberá seleccionar el directorio de prestadores de Administración Compartida de OAP en la página web para identificar los prestadores y hospitales participantes en esta red.

Si usted necesita información acerca de lentes, póngase en contacto con VSP al: (800) 877-7195 o en www.VSP.com

TRUST ADMINISTRATIVE OFFICE

The William C. Earhart Company, Inc.

P.O. Box 4148

3140 N.E. Broadway

Portland, OR 97208

800-846-0611

www.wcearthart.com