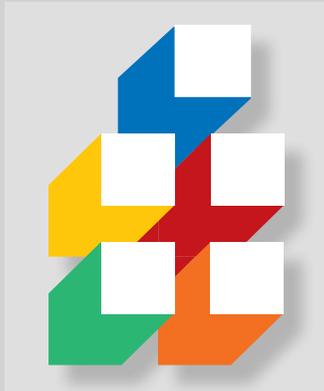




**Building Service 32BJ Health Fund**  
**Planes Metropolitan**  
**y Suburban**



**Descripción abreviada del Plan**

1 de julio de 2017



## Aviso de traducción

Este folleto contiene un resumen en inglés de sus derechos y beneficios con el Plan del Building Service 32BJ Health Fund. Si tiene alguna dificultad para entender cualquier parte de este folleto, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para recibir asistencia, o escriba a la siguiente dirección:

Member Services  
Building Service 32BJ Health Fund  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-4676

El horario de atención es de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

This booklet contains a summary in English of your Plan rights and benefits under the Building Service 32BJ Health Fund. If you have difficulty understanding any part of this booklet, contact Member Services at 1-800-551-3225 for assistance or write to:

Member Services  
Building Service 32BJ Health Fund  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-4676

The office hours are from 8:30 a.m. to 5:00 p.m., Monday through Friday. You may also visit [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

Kjo broshurë përmban një përmbledhje në anglisht, në lidhje me të drejtat dhe përfitimet tuaja të Planit nën Building Service 32BJ Health Fund. Nëse keni vështirësi për të kuptuar ndonjë pjesë të kësaj broshure, kontaktoni Shërbimin e Anëtarit në numrin 1-800-551-3225 për ndihmë ose mund të shkruani tek:

Member Services  
Building Service 32BJ Health Fund  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-4676

Orari zyrtar është nga ora 8:30 deri më 17:00, nga e hëna deri të premten. Gjithashtu, ju mund të vizitoni faqen e Internetit [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

Niniejsza broszura zawiera opis, w języku angielskim, Twoich praw i świadczeń w ramach Planu Building Service 32BJ Health Fund. W przypadku jakichkolwiek trudności ze zrozumieniem dowolnej części broszury, prosimy skontaktować się z Centrum obsługi członków pod numerem telefonu 1-800-551-3225 lub pisemnie na adres:

Member Services  
Building Service 32BJ Health Fund  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-4676

Biuro czynne jest w godzinach od 8:30 do 17:00 od poniedziałku do piątku. Można również odwiedzić naszą stronę pod adresem [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

## Building Service 32BJ Fondo de salud

25 West 18th Street, New York, NY 10011-4676  
Teléfono: 1-800-551-3225

El Building Service 32BJ Health Fund es administrado por una Junta de fideicomiso conjunta compuesta por los Agentes fiduciarios de la Unión y del empleador con igual poder de voto.

### Agentes fiduciarios de la Unión

Héctor J. Figueroa  
Presidente  
32BJ SEIU  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-1991

Larry Engelstein  
Vicepresidente Ejecutivo  
32BJ SEIU  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-1991

Kevin J. Doyle  
a la atención de 32BJ SEIU  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-1991

Shirley Aldebol  
Vicepresidente  
32BJ SEIU  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-1991

### Agentes fiduciarios del Empleador

Howard I. Rothschild  
Presidente  
Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc.  
292 Madison Avenue  
New York, NY 10017-6307

Charles C. Dorego  
Vicepresidente Principal/Consejero General  
Glenwood Management  
1200 Union Turnpike  
New Hyde Park, NY 11040-1708

John C. Santora  
Director Ejecutivo, América del Norte  
Cushman & Wakefield, Inc.  
1290 Avenue of the Americas  
New York, NY 10104-6178

Fred Ward  
Vicepresidente, Relaciones Laborales  
ABM  
321 West 44th Street  
New York, NY 10036-5454

### Directora Ejecutiva, Building Service 32BJ Benefit Funds

Susan Cowell

### Director, Building Service 32BJ Health Fund

Angelo V. Dascoli

### Auditor del Fondo

Bond Beebe

### Consejero Legal

Bredhoff & Kaiser, P.L.L.C.  
Proskauer Rose, LLP  
Raab, Sturm & Ganchrow, LLP

# Índice

	Página		Página
<b>Aviso importante</b> .....	7	Salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias. ....	42
<b>Preguntas frecuentes</b> .....	9	Atención médica preventiva .....	43
<b>Elegibilidad y participación</b> .....	16	Servicios de planificación familiar .....	44
Cuándo es elegible .....	16	Atención de maternidad y embarazo .....	45
Cuándo ya no es elegible .....	16	Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la vista (incluida la rehabilitación) .....	46
Si se reintegra al trabajo .....	17	Equipo médico duradero y suministros médicos .....	47
Extensión de los beneficios de salud .....	17	Atención dental .....	48
COBRA .....	17	Gastos hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias excluidos .....	49
El retiro entre los 62 y los 65 años .....	18	<b>Beneficios de medicamentos con receta</b> .....	55
Extensión de la cobertura de salud pagada por el Fondo .....	19	Medicamentos especializados .....	56
Incapacidad .....	19	5 Star Wellness Program .....	57
Arbitraje .....	20	Existen varias formas de surtir su receta .....	57
Ley de licencias médicas y familiares (FMLA ) .....	21	Para medicamentos a corto plazo: en la farmacia .....	57
Licencias por Servicio Militar .....	21	Para medicamentos de mantenimiento .....	57
Elegibilidad de los dependientes .....	21	A través del Maintenance Choice Program .....	57
Cuándo sus dependientes ya no son elegibles .....	23	A través del Mail Service Program de CVS Caremark .....	58
Cómo inscribirse .....	23	Para medicamentos especializados .....	59
Normas especiales de inscripción .....	24	En una farmacia minorista CVS .....	59
Su obligación de avisar .....	25	A través del CVS Caremark Specialty Pharmacy Program .....	59
<b>Los beneficios que se proporcionan</b> .....	26	<b>Programas de administración de la cobertura de planes de medicamentos con receta</b> .....	59
Monto máximo anual que paga de su bolsillo en beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias y farmacia dentro de la red .....	26	Autorización previa .....	59
<b>Beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias</b> .....	27	Limitaciones de cantidad .....	60
Condiciones para el reembolso de gastos médicos y hospitalarios .....	28	Terapia escalonada .....	60
Información sobre los proveedores participantes .....	29	Limitación de frecuencia .....	61
Cuando se atiende dentro de la red .....	29	Medicamentos elegibles .....	61
Cuando se atiende fuera de la red .....	30	Medicamentos excluidos .....	61
Cobertura cuando está lejos de casa .....	32	<b>Beneficios dentales</b> .....	62
Montos máximos de los beneficios .....	33	Cómo funciona el Plan .....	62
Ley de Protección de la salud de madres y recién nacidos .....	33	Proveedores de servicios dentales participantes .....	63
Precertificación para servicios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias .....	33	Dentistas no participantes .....	63
Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo .....	35	El 32BJ Dental Center .....	64
Programa de servicios cubiertos .....	36	Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento .....	64
En el hospital y en otros centros de tratamiento para pacientes internados .....	37	Los servicios dentales que están cubiertos .....	65
Atención de emergencia .....	39	Máximo anual .....	65
Centros de tratamiento para pacientes externos .....	39	Limitaciones de frecuencia .....	65
Atención en el consultorio del médico .....	40	Programa de servicios dentales cubiertos .....	66
Atención médica en el hogar .....	41	Beneficio alternativo para la cobertura dental .....	69
		Lo que no está cubierto .....	69
		Coordinación de beneficios dentales .....	72

	<b>Página</b>
<b>Beneficios de cuidado de la vista</b> .....	73
Gastos elegibles .....	74
Gastos excluidos .....	75
<b>Beneficios por incapacidad a largo plazo (LTD)</b>	
<b>(Plan Metropolitan únicamente)</b> .....	75
Elegibilidad .....	75
Monto del beneficio por incapacidad a largo plazo.....	76
Cuándo comienzan los beneficios.....	76
Cómo solicitar los beneficios por incapacidad a largo plazo .....	76
Cuándo terminan los beneficios .....	77
Lo que no está cubierto .....	78
<b>Beneficios de seguro de vida</b> .....	78
Monto del beneficio .....	78
Designación de un beneficiario.....	78
Extensión del seguro de vida por incapacidad .....	79
Cuándo termina la cobertura .....	79
<b>Beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&amp;D)</b> .....	80
Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D) .....	80
Lo que no está cubierto .....	80
Cuándo termina la cobertura .....	81
<b>Beneficio por muerte para pensionados</b> .....	82
<b>Procedimientos de reclamaciones y apelaciones</b> .....	82
Reclamaciones de beneficios .....	83
Presentación de reclamaciones de beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias .....	83
Presentación de reclamaciones de beneficios de farmacia .....	84
Presentación de reclamaciones de beneficios de atención dental .....	84
Presentación de reclamaciones de beneficios de cuidado de la vista.....	85
Presentación de reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (LTD).....	85
Presentación de reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado .....	86
Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D).....	86
Adónde enviar los formularios de reclamaciones.....	87
Aprobación y rechazo de reclamaciones .....	87
Reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias) y reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de la vista).....	88
Reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (LTD) (Plan Metropolitan únicamente).....	91
Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D) .....	92
Reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado .....	93
Aviso de la decisión.....	93
Apelación de reclamaciones rechazadas.....	93

	<b>Página</b>
Presentación de una apelación .....	95
Dónde presentar una apelación de primera instancia .....	96
Plazos para las decisiones sobre apelaciones .....	97
Apelaciones expeditivas para reclamaciones de atención urgente .....	97
Apelación de reclamaciones anteriores o simultáneas al servicio para servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia, dentales o de la vista) .....	97
Apelación de reclamaciones posteriores al servicio para servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (servicios de farmacia, dentales o de la vista) . . . .	98
Solicitud de apelación expeditiva .....	98
Apelación de segunda instancia para reclamaciones que involucran juicio médico . . . .	98
Reclamaciones de servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias) y reclamaciones de farmacia.....	98
Instancia voluntaria de apelación .....	100
Reclamaciones administrativas de servicios de salud y de farmacia, de servicios de salud auxiliares (beneficios dentales y de la vista) y de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales .....	100
Apelación de reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (Plan Metropolitan únicamente) y beneficio por muerte del pensionado. . . . .	101
Aviso de la decisión de la apelación .....	102
Acciones posteriores.....	102
<b>Incompetencia</b> .....	103
<b>Dirección de correo</b> .....	103
<b>Coordinación de beneficios</b> .....	103
Medicare.....	105
<b>Divulgación de información al Fondo: Fraude</b> .....	106
<b>Subrogación y reembolso</b> .....	107
<b>Pagos en exceso</b> .....	111
<b>Cobertura de salud colectiva continuada</b> .....	111
Durante una licencia médica y familiar .....	111
Durante una licencia por servicio militar .....	112
Conforme a COBRA.....	113
Continuación de cobertura conforme a COBRA .....	114
<b>Otra información del Plan de salud que debe saber</b> .....	118
Cesión de beneficios del Plan .....	118
Exención de responsabilidad por la práctica médica.....	119
Privacidad de la información de salud protegida .....	119
Conversión a cobertura individual.....	120
<b>Información general</b> .....	121
Contribuciones del empleador .....	121
Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios.....	121

	Página
Cumplimiento de las leyes federales . . . . .	122
Modificación o cancelación del Plan . . . . .	122
Administración del Plan. . . . .	122
Declaración de derechos según la Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 con sus modificaciones . . . . .	124
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan . . . . .	124
Haga cumplir sus derechos . . . . .	125
Ayuda con sus preguntas . . . . .	125
<b>Información del plan . . . . .</b>	<b>126</b>
Financiamiento de los beneficios y tipo de administración . . . . .	126
Patrocinador y administrador del Plan . . . . .	126
Empleadores participantes. . . . .	127
Agente encargado de la notificación del proceso legal. . . . .	127
<b>Glosario . . . . .</b>	<b>128</b>
<b>Notas al pie . . . . .</b>	<b>131</b>
<b>Apéndice A (Requisitos de elegibilidad para los empleados de las escuelas públicas de la Ciudad de New York) . . . . .</b>	<b>138</b>
<b>Apéndice B . . . . .</b>	<b>140</b>
Cómo funciona el Plan . . . . .	140
El 32BJ Dental Center. . . . .	141
Proveedores de servicios dentales participantes . . . . .	141
Dentistas no participantes . . . . .	141
Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento. . . . .	142
Los servicios dentales que están cubiertos. . . . .	142
Máximo anual . . . . .	142
Limitaciones de frecuencia . . . . .	142
Programa de servicios dentales cubiertos . . . . .	143
Beneficio alternativo para la cobertura dental . . . . .	146
Lo que no está cubierto . . . . .	146
Coordinación de beneficios dentales . . . . .	146
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones. . . . .	146
Información de contacto . . . . .	Interior de la contraportada

## Aviso importante

Este folleto es el documento del Plan y la Descripción abreviada del Plan (Summary Plan Description, "SPD") del plan de beneficios ("el Plan") de los planes de beneficios Metropolitan y Suburban del Building Service 32BJ Health Fund ("el Fondo") para los fines de la Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 con sus modificaciones (Employee Retirement Income Security Act of 1974, "ERISA"). Los términos contenidos en el presente constituyen los términos del Plan.\* Sus derechos a los beneficios sólo se pueden determinar según esta SPD, tal como lo interpreta la acción oficial de la Junta de fideicomiso ("la Junta"). Debe consultar este folleto cuando necesite información sobre los beneficios de su Plan. Además, la Junta se reserva el derecho, a su exclusivo y absoluto criterio, de modificar el Plan en cualquier momento.

En el caso de que se produzca algún conflicto o ambigüedad entre esta SPD y su acuerdo colectivo de trabajo, prevalecerá esta SPD. Asimismo, en el caso de que se produzca algún conflicto entre los términos y condiciones de los beneficios del Plan según se establecen en la SPD, y cualquier aviso que reciba en forma oral por parte de un empleado o representante sindical del Building Service 32BJ Benefit Funds, prevalecerán los términos y condiciones establecidos en este folleto.

- Guarde este folleto (póngalo en un lugar seguro). Si pierde una copia, puede pedir otra al Centro de servicios para afiliados u obtenerla en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).
- Si cambia su nombre o dirección, notifíquese inmediatamente al Centro de servicios para afiliados llamando al 1-800-551-3225 para que se actualicen sus registros.
- Las palabras que aparecen en **negrita** se definen en el Glosario.
- En este folleto, las palabras "usted" y "su" se refieren a los participantes que tienen empleos que los convierten en elegibles para los beneficios del Plan.

---

\* Esta SPD es el documento del Plan para los Planes Metropolitan y Suburban, que incluye beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, dentales, de la vista, de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y el beneficio por muerte del pensionado. El Plan Metropolitan también incluye beneficios por incapacidad a largo plazo. Los contratos de seguro de MetLife son los documentos del Plan para los planes de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Los planes y los beneficios que pagan están limitados por todos los términos, exclusiones y limitaciones de aquellos contratos en vigencia al momento del incidente cubierto. La Junta se reserva el derecho de cambiar los contratos y las compañías de seguro. Si la Junta realizara uno de estos cambios, la cobertura de beneficios que se describe en esta SPD podría no ser correcta. Puede solicitar copias de los contratos de seguro a MetLife.

- La palabra "dependiente" se refiere al miembro de la familia del participante que es elegible para los beneficios del Plan. En las secciones que describen los beneficios pagaderos a los participantes y dependientes, las palabras "usted" y "su" también se pueden referir al paciente.
- Este folleto describe las disposiciones del Plan en vigencia a partir del 1 de julio de 2017, a menos que se especifique lo contrario. Si usted es retirado y elegible para los beneficios del Plan, es elegible para los beneficios del Plan actual y no los vigentes al momento en que dejó de trabajar.
- El nivel de contribuciones proporcionado en su acuerdo colectivo de trabajo o en el acuerdo de participación determina el Plan para el cual usted es elegible, a menos que los Agentes fiduciarios determinen otra cosa. En general, el Plan Metropolitan cubre a los participantes que trabajan en empleos residenciales y comerciales en Manhattan, Brooklyn, Queens y Staten Island. Tenga en cuenta que la mayoría de los Guardias de seguridad están cubiertos por el Plan Básico que tiene un folleto separado. En general, el Plan Suburban cubre a los participantes que trabajan en las escuelas públicas de la Ciudad de New York, en empleos residenciales en Westchester y Long Island, y en Co-op City en el Bronx y en otras ubicaciones fuera del área metropolitana de New York.

Si bien el Fondo proporciona otros planes, estos no se describen en este folleto. Si no está seguro de qué plan se aplica a su caso, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información.

## Preguntas frecuentes

### 1. ¿Qué beneficios brinda el Plan?

El plan brinda un programa integral de beneficios, el cual incluye:

- beneficios hospitalarios,
- beneficios médicos,
- beneficios de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias,
- beneficios de medicamentos con receta,
- beneficios dentales,
- beneficios de la vista,
- beneficio por incapacidad a largo plazo (Plan Metropolitan únicamente),
- beneficio de seguro de vida,
- beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales, y
- beneficio por muerte para pensionados.

Cada uno de estos beneficios se describe en detalle más adelante en este folleto.

### 2. ¿Son elegibles mis dependientes?

Sí, si su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación prevé la cobertura familiar. En general, sus dependientes cubiertos incluyen a su cónyuge y a sus hijos hasta que cumplan 26 años. (Consulte la tabla en la página 22 para obtener una descripción más completa de los dependientes).

### 3. ¿Qué debo hacer para obtener cobertura para mis dependientes?

- completar y devolver el formulario apropiado, y
- brindar documentación que demuestre que el individuo que desea inscribir es su dependiente. Por ejemplo, debe suministrar un certificado de matrimonio para obtener cobertura para su cónyuge o un certificado de nacimiento para un hijo dependiente.

Puede obtener los formularios en:

- el sitio web [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org), o
- el Centro de servicios para afiliados llamando al 1-800-551-3225.

#### 4. ¿Qué sucede si me caso o tengo un bebé?

Usted debe:

- notificarle al Fondo dentro de un plazo de 30 días desde la fecha de casamiento o nacimiento,
- completar y devolver el formulario apropiado, y
- suministrar documentación que demuestre la relación.

Si le notifica al Fondo dentro de un plazo de 30 días, su dependiente tendrá cobertura desde la fecha del evento (nacimiento, adopción, casamiento). Si no le notifica al Fondo dentro de los 30 días del evento, la cobertura para su cónyuge o hijo comenzará a regir prospectivamente a partir de la fecha en que usted notifique al Fondo.

#### 5. ¿Cómo sé si mi médico pertenece a la red?

Para saber si su **médico** pertenece a la **red** Empire BlueCross BlueShield Direct Point-of-Service (“POS”):\*

- visite el sitio web [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org), o
- llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.

#### 6. ¿Cuál es el costo que debo pagar de mi bolsillo para consultar a un médico de la red?

Existen dos tipos de **médicos** en la **red**: los **proveedores participantes** y aquellos proveedores que han sido designados por el Health Fund como proveedores de los 5 Star Centers. Si usted recibe atención de un proveedor de un 5 Star Center, pagará el monto más bajo. Consulte a continuación:

	<b>Proveedores de los 5 Star Centers</b>	<b>Proveedores participantes</b>
Visitas al consultorio del médico	\$0 <b>de copago</b> por consulta	\$40 <b>de copago</b> por consulta
Consulta de salud mental/ del comportamiento/abuso de sustancias	\$0 <b>de copago</b> por consulta	\$20 <b>de copago</b> por consulta

#### 7. ¿Qué sucede cuando necesito atención y estoy lejos de casa?

Usted está cubierto. Asegúrese de utilizar un **proveedor participante** en una **red** local de BlueCross BlueShield.

#### 8. ¿Cómo encuentro un proveedor de un 5 Star Center con un copago de \$0?

- visite el sitio web [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org), o
- llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.

\* Los participantes que viven en la Ciudad de New York o en los condados aledaños de NY, NJ y CT, tienen la **red** POS. Aquellos que viven fuera de esta área, tienen la **red** Empire Preferred Provider Organization (“PPO”).

#### 9. ¿Qué sucede si consulto a un médico no participante?

Pagará más. Usted deberá pagar:

- \$250 (el **deducible** anual),
- 30% del **monto permitido**, y
- Todos los cargos que excedan el **monto permitido**.

Si está pensando en usar un proveedor no participante y le gustaría tener una idea de cuánto deberá pagar, comuníquese con Empire al 1-866-316-3394. Para poder ayudarlo, Empire necesitará saber la ubicación (ciudad y estado) del proveedor no participante con quien se atenderá y el código CPT (“Current Procedural Terminology”, terminología de procedimientos actual) para el procedimiento que recibirá. Debe obtener el código CPT del proveedor no participante.

#### 10. ¿Qué es el monto permitido?

El **monto permitido** no es lo que le cobra el **médico** a usted. Es el monto que el Plan pagará por un **servicio cubierto**, y generalmente es un monto mucho más bajo que lo que le cobra a usted el **médico**. Cuando se atiende **dentro de la red**, el **monto permitido** es el monto que Empire y el proveedor **dentro de la red** han acordado mediante un contrato. Cuando se atiende **fuera de la red**, el **monto permitido** es aproximadamente el equivalente al 110% de la tarifa de reembolso de Medicare pero varía conforme al procedimiento. No es el monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que los proveedores del área generalmente cobran por el mismo procedimiento o un procedimiento similar, lo cual se conoce normalmente como la tarifa usual, acostumbrada y razonable (usual, customary and reasonable, “UCR”).

#### 11. ¿Existe un límite en la cantidad de veces que puedo consultar a un médico?

Generalmente, no existe un límite en la cantidad de veces que puede consultar a un **médico**. Sin embargo, existen algunos límites para determinados tipos de servicios. Por ejemplo, la atención para el tratamiento de alergias cuenta con cobertura para hasta 12 consultas por año, más dos consultas para la realización de pruebas por año calendario. (Consulte las páginas 36 a 48 para conocer todos los servicios con límites de consultas).

#### 12. ¿Cuál es el costo que debo pagar de mi bolsillo por una consulta en la sala de emergencias?

\$100 por cada una de las dos primeras consultas en la sala de **emergencias** por año calendario; \$200 por cada consulta de ahí en adelante.

#### 13. ¿Se requiere autorización previa para recibir servicios? ¿Necesito obtener permiso antes de poder utilizar algunos de los servicios?

Sí, se requiere autorización previa para los siguientes servicios:

- diagnóstico por imágenes de alta tecnología (tomografías computarizadas, tomografía por emisión de positrones, MRI/MRA y pruebas de medicina nuclear),
- otros servicios de diagnóstico por imágenes (prueba de densidad ósea y pruebas de ecocardiograma de estrés),
- Intervención coronaria percutánea (“ICP”), cateterización cardíaca y ecografía vascular,
- cirugía hospitalaria y de paciente internado,
- servicios de salud mental/del comportamiento para pacientes internados y para pacientes externos de manera intensiva,
- servicios para trastornos por abuso de sustancias para pacientes internados y para pacientes externos de manera intensiva,
- servicios de rehabilitación,
- radioterapia,
- estudios del sueño,
- centro de enfermería especializada,
- servicios de atención para enfermos terminales (sólo para pacientes internados),
- equipo médico duradero,
- fisioterapia y terapia ocupacional,
- ambulancia aérea (en situaciones que no son de emergencia ), y
- cirugía ambulatoria (procedimientos reconstructivos y ópticos).

Cuando utiliza **proveedores participantes**, el proveedor obtendrá la autorización previa para usted.

#### 14. ¿Cuál es el costo que debo pagar de mi bolsillo por una consulta en un hospital dentro de la red?

Existe un **copago** de \$100 si utiliza un hospital **dentro de la red**. En la mayoría de los casos, no habrá costos adicionales para usted más allá del **copago**. Sin embargo, hable con su **médico** para asegurarse de que su cirujano y los demás proveedores también se encuentren **dentro de la red**. Porque si no lo están, usted podría ser responsable de los **deducibles** y **coseguro** y es posible que se le facture el saldo si los cargos del proveedor **fuera de la red** exceden el **monto permitido** máximo.

#### 15. ¿Tengo que presentar reclamaciones?

- **No.** Si utiliza un **proveedor participante dentro de la red** o un 5 Star Center no debe presentar reclamaciones. El proveedor lo hará por usted.
- **Sí.** Si utiliza un proveedor **dentro de la red**, debe presentar las reclamaciones usted mismo.

#### 16. ¿Todos los medicamentos con receta están cubiertos?

**No.** El Plan tiene un formulario o una lista de medicamentos cubiertos. Este formulario incluye medicamentos genéricos y de marca.

#### 17. ¿Cuánto pago por los medicamentos con receta que están en el formulario del Plan?\*

	Medicamentos a corto plazo en una farmacia participante (suministro para hasta 30 días)	Medicamentos de mantenimiento mediante pedido por correo o en una farmacia CVS (suministro de hasta 90 días)	Farmacia no participante
Medicamentos genéricos	\$10 de copago	\$20 de copago	Cubierto hasta el importe que el Fondo le pagaría a una farmacia minorista participante menos su <b>copago</b> .
Medicamentos de marca	\$30 de copago	\$60 de copago	Cubierto hasta el importe que el Fondo le pagaría a una farmacia minorista participante menos su <b>copago</b> .

Su **médico** puede comunicarse con CVS Caremark al 1-877-765-6294 para obtener información sobre alternativas para medicamentos que no se encuentran en el formulario del Plan.

\*Si está inscrito en el 5 Star Wellness Program, sus **copagos** por los medicamentos con receta podrían ser menores. Consulte la página 57 para obtener más información.

#### 18. ¿De qué se trata la cobertura dental?

- Servicios preventivos y de diagnóstico como exámenes dentales de rutina, limpiezas, radiografías, aplicaciones de fluoración tópica y sellantes,
- servicios terapéuticos y restaurativos básicos, como obturaciones y extracciones,
- servicios mayores como puentes dentales fijos, coronas, prótesis y cirugía de encías, y
- servicios de ortodoncia (menores de 19 años), como procedimientos diagnósticos y aparatos para realinear los dientes.

Los beneficios dentales están sujetos a límites de frecuencia y existe un monto máximo anual para la atención dental para adultos. (Para obtener detalles adicionales, consulte las páginas 62 a 73).

#### 19. ¿Con qué frecuencia puedo obtener anteojos y realizarme un examen de la vista?

Una vez cada 24 meses. Los participantes y los dependientes menores de 19 años son elegibles para un examen de la vista una vez cada 12 meses.

## 20. ¿Puedo obtener beneficios por incapacidad?

Si tiene la cobertura del Plan Metropolitan y queda completamente incapacitado mientras está trabajando en un **empleo cubierto**, es posible que califique para recibir un beneficio mensual por incapacidad a largo plazo de \$250. El beneficio es pagadero el primer día del séptimo mes posterior a la fecha de su incapacidad. (Para obtener detalles, consulte las páginas 75 a 78).

## 21. ¿Cuál es mi cobertura de seguro de vida?

- Los participantes del Plan Metropolitan: \$40,000
- Los participantes del Plan Suburban: \$25,000

No existe cobertura de seguro de vida para sus dependientes.

## 22. ¿Qué sucede si tengo otro seguro de salud?

Si usted o sus dependientes tienen otro seguro, este Plan y su otro plan coordinarán los pagos de beneficios. Un plan será el plan principal y el otro será el plan secundario. Generalmente, el plan que lo cubre a usted o sus dependientes a través del trabajo es el plan principal; por ejemplo, si su cónyuge tiene cobertura en el trabajo, ese plan será el plan principal de su cónyuge. El plan principal pagará primero y el plan secundario podrá reembolsarle los gastos restantes hasta alcanzar el **monto permitido**. Este proceso se conoce como Coordinación de beneficios. (Consulte las páginas 103 a 106 para obtener más información).

## 23. ¿Qué sucede con mi cobertura de salud si cambio de empleadores cubiertos por la 32BJ?

Si cambia de **empleadores** cubiertos y tiene una interrupción en el empleo de 91 días o menos, su cobertura comenzará el primer día en que vuelva a trabajar. Si está desempleado por un período superior a los 91 días, su cobertura no comenzará hasta que complete 90 días consecutivos de empleo con su nuevo **empleador** cubierto.

## 24. ¿Cuánto tiempo puedo conservar la cobertura de salud si abandono la industria?

Su cobertura continuará sin costo durante 30 días después del último día que trabaje en su **empleo cubierto**. Antes de que venzan los 30 días, se le ofrecerá, conforme a la Ley de Conciliación del presupuesto colectivo consolidado (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, "COBRA") de 1986, la oportunidad de comprar cobertura hospitalaria, médica, de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancia, de medicamentos con receta, dental y de la vista por hasta 17 meses como máximo.

## 25. ¿Qué sucede con mi cobertura de salud si sufro una incapacidad?

Si usted es elegible, el Fondo le pagará hasta 30 meses de cobertura de salud continua (extensión de salud pagada por el Fondo). Para ser elegible, usted debe:

- haber sufrido una incapacidad (ya sea total o total y permanente) mientras trabajaba en un **empleo cubierto**,
- ser incapaz de trabajar,
- estar recibiendo (o contar con la aprobación para recibir) uno de los siguientes beneficios:
  - incapacidad a corto plazo (Short-term Disability, "STD") (hasta seis meses únicamente),
  - indemnización por accidentes y enfermedades laborales,
  - incapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, "LTD") conforme al Plan Metropolitan, o
  - pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund.

## 26. ¿Qué sucede con mi cobertura de salud si tengo más de 65 años y sufro una incapacidad?

- Si usted es elegible, el Fondo le pagará hasta seis meses de cobertura de salud continua (extensión de salud pagada por el Fondo).
- Si no es elegible para la extensión de salud pagada por el Fondo y elige COBRA y ya tiene la Parte A y la Parte B de Medicare, o ambas, Medicare será la aseguradora principal y este Plan será la secundaria. Necesita inscribirse en la Parte B inmediatamente porque este Plan sólo pagará lo que hubiese pagado después de que Medicare pagara como aseguradora principal. Si no se inscribe en la Parte B, esto podría ocasionar que incurra en gastos médicos significativos por los cuales usted será responsable. (Consulte las páginas 103 a 106 para obtener más información).

## 27. ¿Qué sucede con mi cobertura de salud cuando me retiro?

Si se retira directamente de un **empleo cubierto** entre los 62 y los 65 años y tiene 15 años de Crédito de servicio de pensión del Building Service 32BJ Pension Fund, y cumple con todos los demás criterios estipulados en la página 18 bajo la sección El retiro entre los 62 y los 65 años, el Fondo pagará la extensión de cobertura de salud por usted hasta los 65 años. Si el Fondo paga por la extensión de la cobertura de salud, no incluirá la cobertura dental a menos que también cuente con la aprobación para recibir una pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund. Usted tendrá la opción de elegir y pagar la cobertura dental. (Consulte la sección El retiro entre los 62 y 65 años en la página 18). Este beneficio no está disponible si se retira conforme a un plan de pensión diferente, como el 32BJ North Pension Plan o el 32BJ/ Broadway League Pension Plan.

## 28. ¿Qué sucede con la cobertura de salud de mi familia si yo muero?

Si su familia está inscrita/cubierta en la fecha de su muerte, su cobertura continuará sin costo durante 30 días. Antes de que venza el período de 30 días, se le ofrecerá a su familia la oportunidad de continuar la cobertura conforme a COBRA durante 35 meses adicionales mediante el pago de una prima mensual.

## 29. ¿Con quién me comunico si tengo preguntas?

Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. O bien puede visitar el Welcome Center en 25 West 18th Street, New York, NY 10011, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 6:00 p. m.

## Elegibilidad y participación

### Cuándo es elegible

La elegibilidad para los beneficios del Plan depende del acuerdo específico que cubra su empleo. A menos que se especifique lo contrario en su acuerdo colectivo de trabajo o en el acuerdo de participación, la elegibilidad es la siguiente:

Su **empleador** deberá comenzar a realizar contribuciones al Plan en su nombre cuando usted cumpla 90 días consecutivos de **empleo cubierto** con el mismo **empleador** trabajando más de dos días a la semana, a menos que se especifique lo contrario en su acuerdo colectivo de trabajo o en el acuerdo de participación. Con este propósito, el **empleo cubierto** incluye ciertas licencias. Los días de enfermedad, embarazo o lesión cuentan para los efectos del período de espera de 90 días. Cuando haya completado el período de 90 días de trabajo para su **empleador**, usted y sus dependientes elegibles adquieren elegibilidad para los beneficios descritos en este folleto a partir del día 91 de su **empleo cubierto**.

Los empleados de las escuelas públicas de la Ciudad de New York deben consultar el Apéndice A para conocer sus requisitos de elegibilidad específicos.

Se aplican requisitos de elegibilidad adicionales para el retiro entre los 62 y los 65 años (consulte la página 18), los beneficios por incapacidad a largo plazo (consulte las páginas 75 a 78) y el beneficio por muerte para pensionados (consulte la página 82).

### Cuándo ya no es elegible

Su elegibilidad para el Plan termina:

- al final del día 30 después de dejar de trabajar regularmente en un **empleo cubierto**, sujeto a los derechos en virtud de COBRA. (Consulte las páginas 17 a 21 y las páginas 113 a 118).
- en la fecha en que su **empleador** pone término a su participación en el Plan,

- en la fecha en que se cancele el Plan, o
- en la fecha en que cancela su cobertura porque es elegible para Medicare. (Consulte la página 105).

Los empleados de las escuelas públicas de la Ciudad de New York deben consultar el Apéndice A para conocer sus requisitos de elegibilidad específicos.

Además, la Junta se reserva el derecho, a su absoluta discreción, de cancelar la elegibilidad si su **empleador** está muy atrasado con el pago de sus contribuciones al Fondo.

### Si se reintegra al trabajo

Si deja de trabajar después de que haya empezado su elegibilidad y vuelve a tener un **empleo cubierto** (con el mismo **empleador contribuyente** u otro diferente):

- dentro de 91 días, su participación en el Plan se reanuda el primer día en que vuelva al trabajo, o
- más de 91 días después, tendrá que cumplir 90 días consecutivos de **empleo cubierto** con el mismo **empleador**, antes de poder reanudar la participación.

Mientras sea elegible, sus dependientes también lo serán, siempre que los haya inscrito correctamente y cumplan con la definición de "dependiente" según el Plan (consulte la sección "Elegibilidad de los dependientes" en las páginas 21 a 26).

### Extensión de los beneficios de salud

La cobertura de salud puede continuar si usted no está trabajando en las circunstancias que se describen en las siguientes páginas.

### COBRA

Conforme a la Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, "COBRA"), se exige a los planes de salud colectivos ofrecer la continuación temporal de la cobertura de salud, en la que el empleado paga todo, en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo. La "cobertura de salud" incluye la cobertura médica, hospitalaria, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de cuidado de la vista y de atención dental del Plan. No incluye seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (Accidental Death & Dismemberment, "AD&D"). (Consulte las páginas 113 a 118 para obtener más información sobre COBRA).

## El retiro entre los 62 y los 65 años

Si se retira con una pensión adelantada o regular del 32BJ Pension Fund, usted y sus dependientes elegibles califican para beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, de medicamentos con receta y de cuidado de la vista en virtud del plan y en base prospectiva si cumple todos los siguientes requisitos y se inscribe para recibir la cobertura:

- se retira de un **empleo cubierto** antes de los 65 años, pero después de los 62,
- acumuló 15 años combinados de crédito de servicio para pensión conforme al Building Service 32BJ Pension Fund,
- trabajó en un **empleo cubierto** 90 días inmediatamente antes de su retiro y al menos 36 de los 60 meses anteriores a su retiro (hasta los 6 primeros meses de tiempo en incapacidad a corto plazo o en indemnización por accidentes o enfermedades laborales cuentan como trabajo en un **empleo cubierto** para los efectos de determinar si se cumple con los requisitos de los 90 días y los 36 meses), y
- usted recibe una pensión de retiro adelantada o regular del Building Service 32BJ Pension Fund.

Usted y sus dependientes elegibles tendrán derecho hasta que usted o ellos adquieran elegibilidad para Medicare, hasta que cumpla los 65 años o hasta que su pensión se suspenda, lo que ocurra primero. Si un dependiente adquiere elegibilidad para Medicare debido a la edad o por motivo de incapacidad, Medicare se convierte en el plan principal y este plan se convierte en secundario para cada dependiente elegible para Medicare. Si su dependiente no se inscribe para recibir la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare, incluso si este Plan paga como seguro secundario, usted será considerado financieramente responsable de lo que Medicare habría pagado si usted se hubiese inscrito adecuadamente. Los dependientes cubiertos que no son elegibles para Medicare seguirán recibiendo cobertura principal del Fondo de salud. Sin embargo, una vez que ya no sea elegible para recibir los beneficios del Plan, sus dependientes tampoco serán elegibles para recibir los beneficios del Plan.

Este beneficio no incluye cobertura dental, \* beneficios por incapacidad a largo plazo, seguro de vida ni seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Si desea la cobertura dental, tendrá la opción de elegir y pagar por ella.

Esta extensión de cobertura es pagada por el Fondo y contará para efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

---

\* Los individuos que cuentan con la aprobación para recibir una pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Plan, quienes también son elegibles para un retiro normal o adelantado entre los 62 y los 65 años, recibirán cobertura dental como parte de la extensión de salud.

## Extensión de la cobertura de salud pagada por el Fondo

Si se cumplen todos los requisitos de elegibilidad, el Fondo pagará la cobertura COBRA en las siguientes situaciones: incapacidad, la cual debe haber ocurrido mientras usted se encontraba en un **empleo cubierto** y arbitraje, tal como se describe inmediatamente después de esta sección. Todos los períodos de Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo contarán para efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua en virtud de COBRA. La cobertura de la extensión de salud pagada por el Fondo incluye atención médica, hospitalaria, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, medicamentos con receta, atención dental y cuidado de la vista. El seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales continúan durante los primeros seis meses únicamente. (Consulte la página 79 para obtener información sobre la Extensión del seguro de vida por incapacidad).

Para recibir esta cobertura extendida, debe llenar el Formulario de elección de continuación de la cobertura COBRA que recibirá por correo. Si no envía a tiempo el Formulario de elección, es posible que pierda su elegibilidad para la cobertura continua en virtud de la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo. El Formulario de elección llenado, junto con toda la documentación exigida (por ejemplo, comprobante de incapacidad) debe enviarse a:

**COBRA Department**  
**Building Service 32BJ Benefit Funds**  
**25 West 18th Street**  
**New York, NY 10011-4676**

## Incapacidad

Puede continuar siendo elegible para una cobertura de salud de hasta 30 meses (consulte Extensión de salud pagada por el Fondo más arriba), siempre que se inscriba para recibir cobertura, no pueda trabajar y esté recibiendo (o se ha aprobado que reciba) uno de los siguientes beneficios por incapacidad:

- incapacidad a corto plazo (hasta seis meses únicamente),
- indemnización por accidentes y enfermedades laborales,
- incapacidad a largo plazo ("LTD") conforme a este Plan\* (consulte las páginas 75 a 78), o
- pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund.

---

\* Esto incluye a los beneficiarios que de otro modo calificarían para incapacidad a largo plazo, pero no califican porque son elegibles para una pensión mayor que \$250 y a aquellos beneficiarios cuyos pagos de LTD mensuales terminen debido a su elegibilidad para una pensión mayor que \$250 mensuales.

Su cobertura extendida terminará cuando suceda cualquiera de las siguientes situaciones:

- usted elige no continuar la cobertura,
- vuelve a trabajar en cualquier empleo,
- su beneficio por incapacidad a largo plazo termina debido a que el Fondo determina que usted ya no está incapacitado totalmente,
- han pasado 30 meses desde que dejó de trabajar debido a una incapacidad,
- su indemnización por accidentes y enfermedades laborales o sus beneficios por incapacidad a corto plazo terminan,
- usted recibe los beneficios máximos conforme al beneficio por incapacidad a corto plazo o la indemnización por accidentes y enfermedades laborales y no es elegible para los beneficios por incapacidad a largo plazo o una pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund, o
- se vuelve elegible para Medicare como su aseguradora principal.

Si muere mientras recibe cobertura de salud extendida, la elegibilidad de sus dependientes terminará 30 días después de la fecha de su muerte.

Para recibir esta cobertura extendida (extensión de salud pagada por el Fondo), debe solicitarla y enviar un comprobante de incapacidad a más tardar 60 días después de la fecha en que habría perdido la cobertura (90 días después de que dejó de trabajar debido a una incapacidad). Para solicitar esta cobertura, debe llenar el Formulario de elección de continuación de la cobertura COBRA que recibirá por correo. Además, puede obtener una copia de este formulario en el Centro de servicios para afiliados. El Plan se reserva el derecho de exigir periódicamente un comprobante de que usted sigue incapacitado. Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA. (Consulte las páginas 113 a 118 para obtener información sobre COBRA).

### **Arbitraje**

Si es despedido\* y la Unión lleva su queja a arbitraje a fin de lograr su reincorporación al trabajo, se extenderá su cobertura de salud por hasta seis meses o hasta que se decida su arbitraje, lo que ocurra primero. (Consulte la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo en la página 19). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

---

\*Las suspensiones indefinidas o las suspensiones con despido pendiente se tratan de la misma manera que los despidos.

### **Ley de licencias médicas y familiares (FMLA)**

Puede tener derecho a tomar hasta 26 semanas de licencia de su empleo conforme a la Ley de licencias médicas y familiares (Family and Medical Leave Act, "FMLA"). Es posible que pueda continuar recibiendo cobertura de salud durante una licencia FMLA. (Consulte las páginas 111 y 112 para obtener más información).

### **Licencia por servicio militar**

Si está en servicio militar activo, tiene ciertos derechos conforme a la Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados de 1994 (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, "USERRA"), siempre que se inscriba para recibir cobertura continua de salud. (Consulte las páginas 112 y 113 para obtener más información). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

### **Elegibilidad de los dependientes**

Si su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación proporciona cobertura para dependientes, en las páginas siguientes se describen los dependientes elegibles conforme al Plan:

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Cónyuge	Ninguna	La persona con la que está legalmente casado (si usted está legalmente separado* o divorciado, su cónyuge no está cubierto).
Hijos	Hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo cumple uno de los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• es su hijo biológico;</li> <li>• es su hijo adoptado** o asignado para adopción antes de ésta; o</li> <li>• es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge.</li> </ul> El hijo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• no está casado,</li> <li>• tiene la misma dirección principal que el participante***, o según lo establezcan los términos de una orden de manutención infantil médica calificada ("QMCSO") (consulte la página 119), y</li> <li>• es dependiente del participante para toda su manutención anual y éste lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos***.</li> </ul>
Hijos (dependientes): — un nieto, sobrino o sobrina SÓLO si usted es su tutor legal**** (si la solicitud de tutela legal está pendiente, debe proporcionar documentación de que se presentaron los papeles y proporcionar un comprobante cuando concluya el proceso legal)	Hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	

\* Generalmente, una separación legal es cualquier orden judicial o acuerdo presentado ante los tribunales conforme al cual las partes reconocen que están viviendo de manera separada. La separación legal incluye, entre otros, un divorcio de cuerpos y bienes, un divorcio limitado, una separación judicial, una manutención separada, un acuerdo entre cónyuges, un acuerdo de división de bienes conyugales y un acuerdo de división de bienes.

\*\*Su hijo dependiente adoptado tendrá cobertura desde la fecha en que fue adoptado o “colocado para adopción” con usted, lo que ocurra antes (pero no antes de que usted sea elegible), si inscribe al niño dentro de un plazo de 30 días después de su colocación o adopción, lo que ocurra primero. (Consulte la sección Su obligación de avisar en las páginas 25 y 26). Se coloca con usted a un niño para adopción en la primera fecha en que usted queda obligado a proporcionar manutención parcial o total para el niño que desea adoptar. Sin embargo, si se coloca con usted a un niño para adopción, pero la adopción finalmente no se produce, la cobertura de ese niño terminará en la fecha en que usted ya no tenga una obligación legal para su manutención. Si adopta a un niño recién nacido, este está cubierto desde el nacimiento siempre que usted tenga la custodia inmediatamente después de que el niño sea dado de alta del hospital y presente una petición de adopción a las autoridades estatales correspondientes dentro de un plazo de 30 días después del nacimiento del niño. Sin embargo, los recién nacidos adoptados no estarán cubiertos desde el nacimiento si uno de los padres biológicos del niño cubre la hospitalización inicial del recién nacido, se presentó un aviso revocando la adopción o uno de los padres biológicos revoca su consentimiento para la adopción.

\*\*\* Si usted está legalmente separado o divorciado, su hijo puede vivir y/o ser dependiente para fines tributarios del cónyuge del que se separó o divorció legalmente. Si nunca estuvo casado(a) con la madre/el padre de su hijo, entonces el hijo puede vivir con el otro progenitor, pero debe ser dependiente suyo para fines tributarios.

\*\*\*\* Tutor/tutela legal incluye custodia/custodia legal.

## Cuándo sus dependientes ya no son elegibles

Sus dependientes seguirán siendo elegibles siempre que usted siga siendo elegible, excepto por lo siguiente:

- La elegibilidad de su *cónyuge* termina 30 días después de la separación legal\* o divorcio.
- La elegibilidad de su hijo termina cuando éste ya no cumple los requisitos para ser considerado hijo dependiente, según se describe en la página 22, 30 días después de que el hijo cumple 26 años o al finalizar el año calendario en que el hijo cumple 26 años, lo que sea que ocurra primero.
- La elegibilidad de un cónyuge e hijos (incluidos los hijos dependientes) termina 30 días después de su muerte.

## Cómo inscribirse

La cobertura para dependientes según el Plan no es automática.

Si en el momento en que resulta elegible conforme al Plan desea inscribir a sus dependientes elegibles, debe completar el formulario correspondiente y presentarlo ante el Fondo dentro de los 30 días a partir de la fecha en que resultó elegible por primera vez para recibir los beneficios de salud.

Consulte la sección Elegibilidad de los dependientes en las páginas 21 y 23 para determinar si sus dependientes son elegibles para la inscripción. También deberá enviar la documentación que demuestre la condición de relación, incluido un certificado de matrimonio (para su cónyuge), certificados de nacimiento y, si corresponde, un comprobante de la condición de dependencia (para sus nietos y sobrinos). En la mayoría de los casos, la cobertura de sus dependientes comenzará en la primera fecha en que sean elegibles. Sin embargo, si no inscribe a sus dependientes dentro de los 30 días desde

\*Generalmente, una separación legal es cualquier orden judicial o acuerdo presentado ante los tribunales conforme al cual las partes reconocen que están viviendo de manera separada. La separación legal incluye, entre otros, un divorcio de cuerpos y bienes, un divorcio limitado, una separación judicial, una manutención separada, un acuerdo entre cónyuges, un acuerdo de división de bienes conyugales y un acuerdo de división de bienes.

la fecha en que resultó elegible por primera vez para recibir la cobertura de salud conforme a este Plan, la cobertura de sus dependientes no comenzará hasta la fecha en que le notifique al Fondo. Después de que comience su cobertura conforme al Plan, si se produce un cambio en su situación familiar (por ejemplo, se casa o adopta a un niño) o desea cambiar la cobertura de un dependiente existente por cualquier razón, debe llenar el formulario correspondiente. Se aplican normas especiales con respecto a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su nuevo dependiente. (Consulte la sección Su obligación de avisar en las páginas 25 y 26 para obtener más detalles).

Las reclamaciones de dependientes para gastos elegibles se pagarán sólo después de que el Fondo haya recibido el formulario correspondiente y la documentación de respaldo. Si sus formularios no están llenados de forma completa o exacta, o si el Fondo no recibe la documentación solicitada, se retrasará cualquier beneficio pagadero. El Fondo puede solicitar periódicamente un comprobante que demuestre que usted o su dependiente siguen siendo elegibles. Si no suministra dicha información, podría perder la cobertura y el derecho de elegir continuar con la cobertura de salud conforme a COBRA.

## Normas especiales de inscripción

Para aquellos participantes que trabajan conforme a un acuerdo colectivo de trabajo que establece una inscripción abierta anual, según los términos de dicho acuerdo, es posible que tenga permitido inscribir a uno o más de sus dependientes (según se define en la página 22) de la misma manera que se describe anteriormente y en la sección "Cómo inscribirse" en las páginas 23 y 24. Sin embargo, una vez que elige inscribir o no inscribir a uno o más dependientes específicos, esta elección generalmente se vuelve definitiva y no se puede modificar durante todo el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre). Se aplica una excepción si:

- usted adquiere un nuevo dependiente a través de matrimonio, nacimiento o adopción o colocación para adopción, o
- usted tiene un dependiente que no está inscrito que ha perdido su cobertura a través de otro plan de salud grupal (a menos que la pérdida de la cobertura haya sido por justa causa o porque su dependiente no pagó las primas a tiempo), o el **empleador** deja de contribuir a la cobertura de su dependiente bajo el otro plan.

Si su dependiente eligió la cobertura COBRA, todo el período de cobertura COBRA debe de haber finalizado para que se pueda aplicar esta regla. En cualquiera de estas circunstancias, usted puede inscribir a su dependiente durante un período de inscripción especial que finaliza 30 días después de la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción/colocación para adopción, pérdida

de la cobertura de salud grupal o la terminación de las contribuciones del **empleador** al otro plan de salud grupal.

Habrán un período de inscripción abierto antes del final de cada año calendario en el que usted podrá hacer un cambio en sus dependientes inscritos, o podrá inscribir a un dependiente si no ha inscrito a nadie anteriormente (o si su dependiente inscrito anteriormente dejó de ser elegible durante el año calendario) para el próximo año calendario. Si usted no hace nada durante el período de inscripción abierta, su elección existente se mantendrá en vigencia para el próximo año calendario.

## Su obligación de avisar

Si después de que su cobertura conforme al Plan haya entrado en vigencia ocurre un cambio en su situación familiar (por ej. matrimonio, separación legal, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo), es su obligación avisar inmediatamente al Fondo de dicho cambio y llenar el formulario correspondiente. Si avisa al Fondo dentro de un plazo de 30 días a partir del matrimonio o nacimiento o adopción de un hijo, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará en la fecha del matrimonio o en la fecha del nacimiento o adopción. Si no avisa al Fondo dentro de los 30 días, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará a regir a partir de la fecha en que usted notifique al Fondo. No se pagarán beneficios hasta que proporcione al Fondo la documentación de respaldo necesaria. Además, asegúrese de notificarle al Fondo si su nieto(a) o sobrino(a) ya no vive con usted, se casó o ya no cumple los requisitos para obtener cobertura por algún otro motivo, según se describe en la página 22.

Si, después de entrar en vigencia su cobertura del plan, sus dependientes pierden la elegibilidad para Medicaid o el Children's Health Insurance Program ("CHIP"), o se vuelven elegibles para recibir un subsidio del estado para la inscripción en el Plan de Medicaid o CHIP, y usted desea inscribirlos en el plan, es su responsabilidad notificarle al Fondo inmediatamente sobre tal cambio y llenar el formulario correspondiente. Si notifica al Fondo dentro de los 60 días siguientes a la pérdida de Medicaid/CHIP o a la fecha en que sus dependientes se vuelvan elegibles para recibir el subsidio del estado, la cobertura de sus dependientes se iniciará a partir de la fecha en que pierden la elegibilidad para Medicaid/CHIP o de la fecha en que se volvieron elegibles para el subsidio. Si no le notifica al Fondo dentro de los 60 días, la cobertura para sus dependientes comenzará a regir a partir de la fecha en que usted notifique al Fondo. Si no le notifica al Fondo sobre la pérdida de elegibilidad para Medicaid/CHIP o sobre el comienzo de la elegibilidad para el subsidio del estado de sus dependientes, puede haber, como consecuencia, demoras o el rechazo del pago de sus beneficios de salud, o la pérdida del derecho a elegir cobertura continua de salud de COBRA.

Si no le notifica al Fondo sobre un cambio en la situación familiar podría producirse un retraso o rechazo del pago de los beneficios de salud o la pérdida del derecho a elegir la continuación de la cobertura de salud conforme a COBRA. Además, solicitar deliberadamente beneficios para una persona que no es elegible se considera un fraude y podría estar sujeto a procedimientos penales.

## Los beneficios que se proporcionan

El Fondo proporciona un programa integral de beneficios, que incluye beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, dentales, del cuidado de la vista, por incapacidad a largo plazo (para los participantes del Plan Metropolitan únicamente), de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales y de beneficios por muerte del pensionado (sólo para los pensionados del Building Service 32BJ Pension Fund). Cada uno de estos beneficios se describe en las secciones siguientes.

### Monto máximo anual que paga de su bolsillo en beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias y farmacia dentro de la red

*Monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios dentro de la red.* Existe un monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento, de abuso de sustancias y de farmacia **dentro de la red**. El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo es \$7,150 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo es \$14,300.\* Si tiene otros miembros de su familia inscritos en este plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar.

El monto máximo anual que paga de su bolsillo se divide entre los beneficios médicos y de medicamentos con receta.

El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios médicos **dentro de la red** es \$5,400 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo para beneficios médicos **dentro de la red** es \$10,800. Después de que una familia haya pagado \$10,800 en costos que paga de su bolsillo para beneficios médicos **dentro de la red**, independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios médicos **dentro de la red**, ya no existen costos adicionales que deba pagar de su bolsillo por ningún beneficio médico adicional **dentro de la red** durante el año calendario.

\* El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) examina los límites anualmente y puede aumentarlos según el porcentaje de ajuste de la prima (un cálculo estimativo del cambio promedio en las primas de seguro de salud). El Plan cambiará los montos máximos que paga de su bolsillo cada 1 de enero para ajustarse a los límites del HHS.

El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta **dentro de la red** es \$1,750 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta **dentro de la red** es \$3,500. Después de que una familia haya pagado \$3,500 en costos que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta **dentro de la red**, independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta dentro de la red, ya no existen costos adicionales que deba pagar de su bolsillo por ningún beneficio de medicamentos con receta adicional **dentro de la red** durante el año calendario.

*Los gastos que se tienen en cuenta a los fines del monto máximo anual que paga de su bolsillo son:*

- **copagos,**
- **deducibles y**
- **coseguro.**

*Gastos que no se tienen en cuenta a los fines del monto máximo anual que paga de su bolsillo.* Los siguientes gastos no se aplican para fines del monto máximo anual que paga de su bolsillo **dentro de la red**:

- primas,
- facturación de saldos y
- gastos para servicios no cubiertos.

## Beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias

El Plan proporciona beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias a través de Empire BlueCross BlueShield (“Empire”). El Plan ofrece la **red** Empire BlueCross BlueShield Direct Point-of-Service (“POS”).\* Esta **red** incluye más de 85,000 **médicos** y otros proveedores y casi 200 hospitales en los siguientes tres estados:

- *New York:* 29 condados del este: Albany, Bronx, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Kings, Montgomery, Nassau, New York, Orange, Putnam, Queens, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Suffolk, Sullivan, Ulster, Warren, Washington y Westchester.

\* Si no puede encontrar un **proveedor dentro de la red** en su área que pueda brindarle un servicio o suministro que está cubierto conforme a este Plan, debe comunicarse al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación para obtener autorización para la cobertura de un proveedor **fuera de la red**. Si obtiene autorización para recibir servicios provistos por un proveedor **fuera de la red**, los beneficios para dichos servicios se cubrirán al nivel de beneficios **dentro de la red**.

- *New Jersey*: siete condados del norte: Bergen, Hudson, Middlesex, Monmouth, Passaic, Sussex y Union.
- *Connecticut*: todos los condados.

Los participantes que residen fuera de los condados de Connecticut, New York y New Jersey identificados anteriormente recibirán sus beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias a través de la **red** Empire Preferred Provider Organization (“PPO”). La red PPO les permite a los participantes y sus dependientes acceder a los beneficios **dentro de la red** a través de los proveedores que participan en el plan local de BlueCross BlueShield donde reside el participante, bajo los mismos términos que los **proveedores dentro de la red** conforme a la red POS. (Todos los beneficios hospitalarios y médicos descritos en las páginas siguientes son idénticos para las **redes** POS y PPO).

### Condiciones para el reembolso de gastos médicos y hospitalarios

- Los cargos deben ser por atención **médicamente necesaria**. El Plan pagará beneficios sólo por los servicios, suministros y equipos que el Plan considere que son **médicamente necesarios**.
- El Plan pagará beneficios sólo hasta el **monto permitido**.
- Se debe incurrir en los cargos mientras el paciente esté cubierto. El Plan no reembolsará ningún gasto incurrido por una persona mientras ésta no estaba cubierta por el Plan.

*Tarjeta de identificación de Empire*. Esta tarjeta le proporciona acceso a miles de **médicos**, cirujanos, hospitales y otros centros de atención médica **dentro de la red**. También le da acceso telefónico las 24 horas a una enfermera registrada que puede ayudarle a tomar decisiones de atención médica.

*Línea de salud de enfermería*. Brinda información gratuita las 24 horas para los afiliados de Empire. Cuando llame, puede hablar con una enfermera registrada o seleccionar entre más de 1,100 mensajes grabados en inglés o español sobre una amplia gama de temas. Si no habla inglés ni español, se dispone de intérpretes a través de AT&T Language Line. Puede ser útil hablar con una enfermera registrada cuando necesite ayuda para evaluar sus síntomas, decidir si es necesario ir a la sala de emergencias o comprender una enfermedad, procedimiento, receta o diagnóstico. Puede comunicarse con la Línea de salud de enfermería al 1-877-825-5276.

*LiveHealth Online*. LiveHealth Online es una conveniente forma de tener una interacción personalizada con un **médico** cuando necesita atención pero no puede comunicarse con su **médico** regular fuera del horario de atención, los fines de semana o los feriados. LiveHealth Online debe usarse para situaciones médicas que no son de urgencia, como resfriados, dolores de garganta o gripe. LiveHealth Online de Empire BlueCross BlueShield está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y no se cobra ningún copago por este servicio. El **médico** que lo atiende en línea puede diagnosticar, tratar y, si las leyes del estado lo permiten, recetar medicamentos.

Descargue la aplicación LiveHealth Online en una computadora, tableta o teléfono inteligente y siga las instrucciones.

### Información sobre los proveedores participantes

Dentro de la **red** POS de Empire, hay **médicos** y especialistas participantes.

Además de la **red** de Empire, el 32BJ Health Fund ha identificado una **red** limitada de proveedores de 5 Star Centers.

### Cuando se atiende dentro de la red

Cuando se atiende con un **proveedor dentro de la red**, tendrá costos bajos o ningún costo por los **servicios cubiertos**. Además, no tiene que pagar **deducibles** ni **coseguros**, ni tampoco presentar o hacer un seguimiento de sus reclamaciones. Sin embargo, ciertos procedimientos, como el reemplazo total de articulaciones o la cirugía bariátrica, tienen limitaciones específicas sobre la atención **dentro de la red**. Consulte las tablas en las páginas 37 a 48 para obtener detalles.

Cuando se atiende con un proveedor de un 5 Star Center, sus gastos están cubiertos al nivel máximo. No existe **copago** por consultas en el consultorio de un **médico** o especialista brindadas por un proveedor de un 5 Star Center.

Cuando se atiende con un **proveedor participante**, sus gastos están cubiertos pero le costará más. Su **copago** para los **médicos** y especialistas participantes es de \$40 por visita al consultorio.

Su **copago** para todos los profesionales participantes de atención de la salud mental/del comportamiento o de atención por abuso de sustancias es de \$20 por consulta en el consultorio.

Los beneficios **dentro de la red** se aplican sólo a los servicios o suministros que están cubiertos por el Plan y son proporcionados o autorizados por un proveedor **dentro de la red**. El proveedor **dentro de la red** evaluará sus necesidades médicas y le aconsejará la atención adecuada, además de encargarse de la coordinación de cualquier prueba, precertificación o admisión hospitalaria necesaria. Cuando se atiende con un **médico**, o en un hospital

o con otro proveedor **dentro de la red**, el Plan generalmente paga el 100% después del **copago** para la mayoría de los cargos, incluida la hospitalización. No deberá pagar un **deducible**.

Siempre debe verificar con su proveedor **dentro de la red** (o puede comunicarse con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225) para asegurarse de que cualquier derivación a otros **médicos** o para realizarse pruebas de diagnóstico sean también con un **proveedor dentro de la red**.

### Cuando se atiende fuera de la red

La atención provista por un proveedor **fuera de la red** se reembolsa al nivel más bajo. Si utiliza proveedores **fuera de la red**, primero debe pagar el **deducible** anual. Después de completar el pago del **deducible** anual, se le reembolsará en un 70% del **monto permitido**. El **monto permitido** no es lo que le cobra el **médico** a usted. Cuando se atiende **fuera de la red**, el **monto permitido** es aproximadamente el equivalente al 110% de la tarifa de reembolso de Medicare pero varía conforme al procedimiento. No es el monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que los proveedores del área generalmente cobran por el mismo procedimiento o un procedimiento similar, lo cual se conoce normalmente como la tarifa usual, acostumbrada y razonable (usual, customary and reasonable, "UCR").

Los montos que superen el **monto permitido** no son elegibles para reembolso y es su responsabilidad pagarlos. Esto es además de cualquier **deducible** y **coseguro** requerido. **Algunos servicios no están cubiertos cuando utiliza un proveedor fuera de la red. (Consulte las páginas 36 a 48 para obtener más información).**

Si se atiende con un proveedor **fuera de la red**, pregúntele si acepta el pago de Empire en calidad de pago total (excluidos sus requisitos de **deducible** o **coseguro**). Si bien muchos proveedores le dirán que aceptan la cobertura de "32BJ" o de "Empire", es posible que no acepten la cobertura del Plan como pago total. Luego le facturarán directamente los cargos que superen el **monto permitido** del Plan. Esto se conoce como "facturación de saldos". Si su proveedor acepta el pago de Empire como pago total, es mejor que obtenga un acuerdo por escrito que así lo indique.

Si su proveedor no acepta el pago de Empire en calidad de pago total, además del 30% del **monto permitido** que usted paga, usted será responsable de los cargos adicionales.

**Deducible anual.** Su **deducible** anual individual es \$250 y su **deducible** anual familiar es \$500. Si tiene otros miembros de la familia inscritos en el plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio **deducible**

individual hasta que el monto total de los gastos **deducibles** pagados por todos los miembros de la familia alcanza el **deducible** familiar total.

*Gastos que no se tienen en cuenta para efectos del **deducible**:*

- **copagos dentro de la red,**
- cargos que excedan el **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red,**
- montos de sanciones que paga debido a que no realizó la precertificación de una hospitalización o no cumplió cualquier otro requisito de precertificación similar, y
- cargos excluidos o limitados por el Plan. (Consulte las páginas 36 a 55).

**Coseguro.** Una vez que se paga el **deducible** anual, el Plan paga el 70% del **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red**. Usted paga el 30% restante, el cual constituye su **coseguro**. Usted también paga cualquier monto que supere el **monto permitido**.

**Coseguro anual máximo.** El Plan limita el **coseguro** que cada paciente tiene que pagar en un determinado año calendario. También limita el monto que cada familia debe pagar. Su **coseguro** anual máximo es \$750 y el **coseguro** anual máximo de su familia es \$1,500. Cualquier gasto elegible que se presente para reembolso después de alcanzar el **coseguro** anual máximo se paga al 100% del **monto permitido**. Usted todavía tendrá que pagar cualquier cargo que supere el **monto permitido**.

*Gastos que no se tienen en cuenta para efectos del **coseguro** máximo:* Los siguientes gastos no se aplican para efectos del **coseguro** anual máximo **fuera de la red**:

- **copagos dentro de la red,**
- **deducibles,**
- cargos que excedan el **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red,**
- montos que paga debido a que no realizó la precertificación de una hospitalización o no cumplió cualquier otro requisito de precertificación similar, y
- cargos excluidos o limitados por el Plan. (Consulte las páginas 30 a 32 y las páginas 36 a 55).

Si decide permanecer con su proveedor **fuera de la red**, es posible que tenga costos significativos que deba pagar de su bolsillo. Si bien el Plan paga el 70% del **monto permitido**, el **monto permitido** no es lo que el proveedor no participante le cobra a usted.

Los cargos de los proveedores no participantes pueden variar enormemente, pero generalmente son mucho más altos que el **monto permitido**. A continuación, le presentamos un ejemplo, sólo con fines ilustrativos, del monto que usted debe pagar cuando utiliza un proveedor no participante:

El cirujano no participante cobra **\$5,000** por una cirugía completa de reemplazo de rodilla. El **monto permitido es de \$1,310**. El monto que excede el **monto permitido es \$3,690**. Independientemente de lo que cobre el proveedor no participante por una cirugía completa de reemplazo de rodilla, el Plan sólo tiene en cuenta el **monto permitido** (\$1,310) al momento de determinar lo que pagará. Usted es responsable por el **deducible** (\$250) y el **coseguro** (\$318) (30% del **monto permitido** menos el **deducible**) y por el monto que excede el **monto permitido** (\$3,690).

El monto que usted paga:

<b>Deducible</b>	\$250
<b>Coseguro</b> (30% del <b>monto permitido</b> , menos el <b>deducible</b> )	\$318
Monto que excede el <b>monto permitido</b>	\$3,690
<b>Monto que usted debe pagar</b>	<b>\$4,258</b>

Esto significa que cuando el proveedor no participante cobre \$5,000, usted pagará \$4,258.

El monto que el Plan paga:

<b>Coseguro</b> (70% del <b>monto permitido</b> , menos su <b>deducible</b> )	\$742
<b>Monto que el Plan paga</b>	<b>\$742</b>

Si está pensando en usar un proveedor no participante y le gustaría tener una idea de cuánto deberá pagar, comuníquese con Empire al 1-866-316-3394. Para poder ayudarlo, Empire necesitará saber la ubicación (ciudad y estado) del proveedor no participante con quien se atenderá y el código CPT para el procedimiento que recibirá. Debe obtener el código CPT del proveedor no participante.

### Cobertura cuando está lejos de casa

Cuando usted se encuentra fuera del área cubierta por la **red** POS (consulte la nota al pie 8 en la página 134), cuenta con cobertura para toda la atención **médicamente necesaria** bajo los términos que se aplican **dentro de la red** con un **copago** cuando utiliza un **proveedor participante** local de BlueCross BlueShield.

### Montos máximos de los beneficios

No existen límites de por vida para los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias. Sin embargo, existen límites en la cantidad (y la frecuencia) con que el Plan pagará ciertos servicios, incluso cuando estén cubiertos. Si hay límites para un servicio en particular, éstos se indicarán en la sección **servicios cubiertos**. (Consulte las páginas 36 a 48).

### Ley de Protección de la salud de madres y recién nacidos

En general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios de duración de estadía en un hospital relacionada con un parto para la madre o el hijo recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal generalmente no le prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, tras consultar con la madre, dar de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, puede que los planes y la aseguradora, en virtud de la ley federal, no requieran que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la compañía aseguradora para prescribir un período de estadía que no exceda las 48 horas (o las 96 horas).

### Precertificación para servicios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias

Cuando se atiende con un proveedor **dentro de la red**, éste realiza la precertificación por usted.

Cuando se atiende con un proveedor **fuera de la red**, usted es responsable de obtener la precertificación para los servicios requeridos. Esto significa que usted tiene que comunicarse con el Medical Management Program de Empire como se indica en esta página y la página 34, o asegurarse de que su proveedor lo haga. Si no precertifica un servicio, se aplicará una multa financiera que usted deberá pagar.

**Para los servicios hospitalarios/médicos que requieren autorización previa**, los proveedores y afiliados deben llamar al 1-800-982-8089 las 24 horas del día, los siete días de la semana.

**Para los servicios de salud mental/del comportamiento/de abuso de sustancias que requieren autorización previa**, los proveedores y afiliados deben llamar al 1-855-531-6011 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Tipo de atención	Cuándo debe llamar
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambulancia aérea<sup>9</sup> (no de emergencia)</li> <li>Exámenes de MRI o MRA</li> <li>Exámenes CAT y PET, y estudios de imágenes nucleares</li> <li>Pruebas de densidad ósea y ecocardiograma de estrés</li> <li>Fisioterapia y terapia ocupacional</li> <li>Prótesis/aparatos ortopédicos y equipo médico duradero (alquiler o compra)</li> <li>Servicios intensivos para pacientes externos para salud mental/del comportamiento o abuso de sustancias</li> <li>Radioterapia</li> <li>Estudios del sueño</li> <li>Intervención coronaria percutánea ("ICP"), cateterización cardíaca y ecografía vascular</li> </ul>	Lo antes posible antes de que reciba atención.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos quirúrgicos (para pacientes internados y externos)</li> </ul>	Dos semanas antes de que le realicen la cirugía o tan pronto como la atención sea programada.
<p><b>Paciente internado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Admisiones hospitalarias/de salud mental/ del comportamiento o abuso de sustancias programadas</li> <li>Centro para pacientes con enfermedades terminales</li> <li>Admisiones a un centro especializado de enfermería o de rehabilitación</li> </ul>	Dos semanas antes de que reciba atención o tan pronto como la atención sea programada.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Admisiones de maternidad</li> <li>Admisiones de <b>emergencia</b></li> </ul>	Dentro de un plazo de 48 horas después del parto o de la admisión.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Admisiones de maternidad que duren más de dos días (o cuatro días para parto por cesárea)</li> <li>Hospitalización continua</li> </ul>	Apenas sepa que la atención va a durar más de lo planificado originalmente.

Consulte la nota al pie 9 en la página 134.

*Cómo funciona la precertificación.* Los profesionales del Medical Management Program de Empire revisarán la atención propuesta a fin de certificar la hospitalización o la cantidad de consultas (si corresponde) y aprobarán o rechazarán la cobertura del procedimiento basado en la necesidad médica. Le enviarán una declaración por escrito con la aprobación o rechazo dentro de tres días hábiles después de haber recibido toda la información necesaria. En situaciones de atención urgente, el Medical Management Program de Empire tomará su decisión en un plazo de 72 horas después de recibir toda la información necesaria. (Para obtener más información, consulte las páginas 88 a 91).

*Cuando se atiende fuera de la red, si no precertifica la atención que figura anteriormente dentro de los plazos de tiempo requeridos, los pagos de los beneficios se verán reducidos en \$250 por cada admisión, tratamiento o procedimiento. Si el Plan determina que la admisión o procedimiento no era médicamente necesario, no se pagarán beneficios.*

## Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo

El monto que debe pagar depende de dónde recibe la atención y del tipo de atención que recibe. En todos los casos, puede minimizar los gastos que paga de su bolsillo utilizando los proveedores de los 5 Star Centers cuando estén disponibles y obteniendo sus servicios **dentro de la red**.

Puede evitar el **copago** de \$75 del hospital para pacientes externos al utilizar centros médicos independientes (que no pertenezcan a un hospital) o consultorios de **médicos** para procedimientos como pruebas de laboratorio, fisioterapia, pruebas de diagnóstico y procedimientos quirúrgicos menores.

No existen montos máximos en dólares de por vida o anuales para los beneficios. Algunos beneficios tienen máximos de consultas anuales. (Consulte el Programa de **servicios cubiertos** en las páginas 36 a 48).

Recuerde que el monto máximo anual que paga de su bolsillo y que pagará por los **copagos** por servicios médicos y hospitalarios **dentro de la red** es \$5,400 para un individuo y \$10,800 para una familia.\* Si tiene otros miembros de su familia en este plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar. No existen otros **copagos** para servicios médicos y hospitalarios **dentro de la red** por el resto del año calendario una vez que alcance este monto máximo anual.

Tipo de atención	Gastos que paga de su bolsillo según el lugar de servicio		
Consultas al médico	Copago dentro de la red		Gastos fuera de la red
	Proveedor de un 5 Star Center	Médico/proveedor participante	Proveedores no participantes
Consultorio del <b>médico</b>	\$0	\$40	Usted paga el <b>deducible</b> , 30% del <b>monto permitido</b> y la facturación de cualquier saldo.
Centro de atención de urgencia	\$0	\$40	
Consulta de salud mental/del comportamiento o abuso de sustancias	\$0	\$20	
Servicios de atención preventivos	\$0	\$0	

\* El Departamento de Salud y Servicios Humanos examina los límites anualmente y puede aumentarlos según el porcentaje de ajuste de la prima (un cálculo estimativo del cambio promedio en las primas de seguro de salud). El Plan cambiará los montos máximos que paga de su bolsillo cada 1 de enero para ajustarse a los límites del HHS.

Consultas en hospitales y centros	Copago del centro u hospital participante	Gastos del centro u hospital no participante
Sala de <b>emergencias</b> del hospital	\$100 por consulta. Después de la segunda consulta en un año calendario, \$200.	
Radiología de alta tecnología (CAT, MRI, MRA, PET e imágenes nucleares)	\$75 por prueba	Usted paga el <b>deducible</b> , 30% del <b>monto permitido</b> y la facturación de cualquier saldo.
Paciente internado en un hospital	\$100 por admisión	No se cubren los proveedores no participantes que brindan servicios de abuso de sustancias para pacientes externos e internados de New York que no cuenten con la certificación y/o licencia de la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias y los proveedores no participantes en todos los demás estados que no cuenten con la certificación de una agencia estatal similar y que no cuenten con la acreditación de The Joint Commission.
Departamento para pacientes externos del hospital	\$75 por consulta (excepto por servicios de maternidad, quimioterapia, radioterapia y servicios intensivos para pacientes externos de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias)*	

\* No existe un **copago** para los análisis de sangre y los servicios de maternidad para pacientes externos. La radioterapia y la quimioterapia para pacientes externos tienen un límite de un **copago** por año calendario. Los servicios intensivos para pacientes externos de salud mental/del comportamiento o abuso de sustancias tienen un límite de un **copago** por episodio de tratamiento.

## Programa de servicios cubiertos

Las siguientes tablas muestran diferentes tipos de servicios de atención médica, cómo se cubren **dentro de la red** en comparación con **fuera de la red** y si existe alguna limitación para su uso:

## En el hospital<sup>1</sup> y en otros centros de tratamiento para pacientes internados\*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Habitación semiprivada y comidas* (para atención obstétrica, las hospitalizaciones se cubren hasta por lo menos 48 horas después de un parto normal, o hasta por lo menos 96 horas después de una cesárea).	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión		
Servicios en el hospital de <b>médicos</b> y cirujanos, y otros profesionales		El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	
Anestesia y oxígeno en el hospital			
Sangre y transfusiones sanguíneas en el hospital			
Unidad de cuidados cardíacos (Cardiac Care Unit, "CCU") y Unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, "ICU")	El Plan paga el 100%		
Quimioterapia y radioterapia para pacientes internados			
Diálisis renal para pacientes internados <sup>3</sup>			
Exámenes prequirúrgicos para pacientes internados			
Servicios nutricionales y de dieta especiales y <b>médicamente necesarios</b> durante la permanencia en el hospital			
Servicios de laboratorio y radiología para pacientes internados (incluida la radiología de alta tecnología)			
Cirugía bariátrica*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión		
Cirugía de trasplante*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión.	Sin cobertura	Los trasplantes de riñón y pulmón están cubiertos <b>dentro de la red</b> únicamente en cualquier hospital participante de BlueCross BlueShield. Otros trasplantes están cubiertos únicamente en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence. <sup>1</sup> Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener una lista de los Blue Distinction Centers of Medical Excellence.
Monto máximo de por vida para traslado para trasplantes	\$10,000 por trasplante		

\* Se requiere precertificación para todas las admisiones de pacientes internados. Para obtener las definiciones de los distintos tipos de centros y más detalles, consulte la nota al pie 1 en la página 131 y 132 y la nota al pie 3 en la página 132.

**En el hospital<sup>1</sup> y en otros centros de tratamiento para pacientes internados\*  
(continuación)**

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Reemplazo total de articulaciones (cadera y rodilla)*	El Plan paga el 100% si la cirugía se realiza en un centro que es parte de la <b>red</b> de hospitales del Mount Sinai Health System ("MSHS") en la Ciudad de New York. Para las cirugías realizadas en otro centro que pertenece a la <b>red</b> , el Plan paga hasta el 100% del <b>monto permitido</b> que hubiese pagado en un centro del MSHS. El afiliado es responsable del monto que exceda el <b>monto permitido (copago)</b> hasta alcanzar el monto máximo anual que paga de su bolsillo <b>dentro de la red</b> .	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b> .	Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del Programa de reemplazo de articulaciones de la 32BJ.
Cirugía de reasignación de sexo	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b> .	
Centro de enfermería especializada <sup>4</sup> *	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Los beneficios son pagaderos hasta por 60 días al año.
Centro de atención para pacientes con enfermedades terminales <sup>5</sup> *	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente.

\* Se requiere precertificación.

Para obtener las definiciones de los distintos tipos de centros y más detalles, consulte la nota al pie 1 en la página 131, nota al pie 4 en las páginas 132 y 133 y nota al pie 5 en la página 133.

**Atención de emergencia**

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Sala de emergencias <sup>8</sup> (Emergency room, "ER") en un hospital	El Plan paga el 100%* después de un <b>copago</b> de \$100 por las primeras 2 visitas; luego un <b>copago</b> de \$200 por visita		El <b>copago</b> de la sala de emergencias aumenta después de la segunda visita a una sala de emergencias en un año calendario. Las consultas de seguimiento a la sala de emergencias no están cubiertas.
Centro de atención de urgencia	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$40	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	
Servicio de ambulancia <sup>9</sup>	El Plan paga el 100%		Sin cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.

Consulte las notas al pie 8 y 9 en la página 134.

\* En una **emergencia**, si usted utiliza proveedores **fuera de la red**, usted podría ser responsable de los **deducibles** y **coseguro**, y es posible que se le facture el saldo si los cargos del proveedor **fuera de la red** exceden el **monto permitido**.

**Centros de tratamiento para pacientes externos**

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Cirugía <sup>2</sup> y la atención relacionada con ésta (incluidas las salas de operación y recuperación)*	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> basado en el lugar en que se brinda el servicio:	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Cuando los servicios se reciben en un entorno hospitalario para pacientes externos, existe un <b>copago</b> de \$75 por consulta, excepto por la quimioterapia y la radioterapia que tienen un <b>copago</b> de \$75 por año calendario. Nota: No existe ningún <b>copago</b> para los análisis de sangre realizados en un entorno hospitalario para pacientes externos <b>dentro de la red</b> .
Procedimientos de diagnóstico (como endoscopias), pruebas de laboratorio y radiografías (no se incluyen las de alta tecnología; consulte más abajo)	Si es en un entorno hospitalario para pacientes externos: <b>copago</b> de \$75		
Radioterapia*	Si es en un centro quirúrgico independiente: <b>copago</b> de \$0		
Quimioterapia*			
Tratamiento de oxígeno hiperbárico*			
Diálisis renal <sup>3</sup> *			
Fisioterapia*		Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Límite de hasta 30 consultas por año calendario.
Diagnóstico por imágenes de alta tecnología (CAT, MRI, MRA, PET e imágenes nucleares)*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$75	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	

\* Se requiere precertificación. Consulte las notas al pie 2 y 3 en la página 132.

## Atención en el consultorio del médico

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas al consultorio	El Plan paga el 100% por las consultas con un proveedor de los 5 Star Centers.		
Consultas a especialistas			
Educación y control de la diabetes <sup>10</sup>			
Atención de las alergias			
Exámenes de la audición	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> para las consultas en el consultorio con <b>proveedores dentro de la red</b> . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).		Límite de 12 consultas de tratamiento por año, de las cuales dos pueden ser consultas para la realización de pruebas para la atención de las alergias.
Cirugía en el consultorio del <b>médico</b> <sup>2</sup>	El Plan paga el 100%		Cuando sean <b>médicamente necesarios</b> .
Procedimientos de diagnóstico, pruebas de laboratorio y radiografías (no se incluyen las de alta tecnología; consulte más abajo)	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Las pruebas de laboratorio deben enviarse a un laboratorio participante de Empire, como Quest o LabCorp.
Diagnóstico por imágenes de alta tecnología (CAT, MRI, MRA, PET e imágenes nucleares)*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$75		
Consultas al quiropráctico	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).		Límite de hasta diez consultas por año calendario.
Atención podiátrica, incluida la atención de rutina de los pies.	EL Plan paga el 100% por la atención que recibe de un proveedor de los 5 Star Centers, de otro modo, existe un <b>copago</b> . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).		No se incluyen los servicios ortopédicos de rutina. Los servicios ortopédicos que son <b>médicamente necesarios</b> se limitan a un par por adulto y dos pares por niño por año calendario.
Consultas de acupuntura	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Límite de hasta 20 consultas por año calendario.

\*Se requiere precertificación.

Consulte la nota al pie 2 en la página 132 y la nota al pie 10 en la página 135.

## Atención médica en el hogar<sup>6</sup>

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas de atención médica en el hogar <sup>6</sup>	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Límite de hasta 200 consultas por año calendario.
Terapia de infusión en el hogar <sup>7</sup>			<b>Dentro de la red</b> únicamente.
Diálisis renal en el hogar <sup>3</sup>			<b>Dentro de la red</b> únicamente.
Fisioterapia en el hogar			<b>Dentro de la red</b> únicamente. Límite de 200 consultas de atención en el hogar por año calendario, incluida la fisioterapia en el hogar.
Atención en el hogar para pacientes con enfermedades terminales <sup>5</sup>			<b>Dentro de la red</b> únicamente.

Consulte la nota al pie 3 en la página 132, las notas al pie 5 y 6 en la página 133 y la nota al pie 7 en la página 134.

## Salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
<b>Salud mental/del comportamiento:</b>			
Servicios de salud mental/del comportamiento para pacientes internados*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	<b>Copago</b> de \$75 por episodio de tratamiento intensivo para pacientes externos en el hospital.  No se cubren los proveedores no participantes que brindan servicios de abuso de sustancias para pacientes externos e internados de New York que no cuenten con la certificación y/o licencia de la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias y los proveedores no participantes en todos los demás estados que no cuenten con la certificación de una agencia estatal similar y que no cuenten con la acreditación de The Joint Commission.  <b>Copago</b> de \$75 por episodio de tratamiento intensivo para pacientes externos en el hospital.
Visitas al consultorio del <b>médico</b>	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$20**		
Centro hospitalario para pacientes externos*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$75		
<b>Atención por abuso de sustancias:</b>			
Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión		
Visitas al consultorio del <b>médico</b>	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$20**		
Centro hospitalario para pacientes externos*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$75		

\* Se requiere precertificación.

\*\* No existe un **copago** si recibe la atención de un proveedor de los 5 Star Centers.

## Atención médica preventiva\*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Servicios de salud preventivos <sup>11</sup> , incluido un examen físico anual y controles para detectar cáncer colorrectal, de pulmón y de piel, hepatitis B y C, y osteoporosis y obesidad	El Plan paga el 100% \$0 de <b>copago</b>	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Los servicios de salud preventiva cubiertos se basan en la edad, el sexo y los factores de riesgo de la salud.
Atención de mujeres sanas, que puede incluir un examen anual para mujeres sanas y controles para la detección de cáncer de cuello uterino, controles relacionados con el embarazo y controles de salud reproductiva.			El examen anual y los servicios de salud preventiva cubiertos se basan en la edad y los factores de riesgo de la salud.
La atención de niños sanos <sup>12</sup> ofrece chequeos y servicios de salud preventiva regulares, y las inmunizaciones indicadas en la nota al pie 12			Las consultas de niños sanos están sujetas a los límites de frecuencia enumerados a continuación y los servicios de salud preventiva se basan en la edad:
<b>Las consultas de niños sanos están sujetas a las siguientes limitaciones de frecuencia:</b> <b>Cantidad de consultas/Rango de edad:</b> 1 examen al nacer/Recién nacido • 6 consultas/Menos de 1 • 7 consultas/1 a 4 años • 7 consultas/5 a 11 años • 6 consultas/12 a 17 años • 2 consultas/18 a 19 años			
Inmunizaciones de rutina: todas las edades (incluye inmunizaciones para viajes)	El Plan paga el 100% \$0 de <b>copago</b>	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Las inmunizaciones se basan en la edad y los factores de riesgo de la salud.
Mamografías **			Exámenes basados en la edad y los factores de riesgo para la salud del paciente.
Asesoramiento en nutrición			

\* Consulte las notas al pie 11 y 12 en la página 135.

El Plan cubre ciertos servicios de atención preventiva sin cobrar **copagos** cuando utiliza un **proveedor dentro de la red**. Las cuatro áreas de servicios de atención preventiva son:

- los artículos o servicios basados en evidencia con una calificación de A o B recomendados por la United States Preventive Services Task Force (“USPSTF”),
- las inmunizaciones para uso de rutina en niños, adolescentes o adultos recomendadas por *Advisory Committee on Immunization Practices de los Centers for Disease Control and Prevention*,
- la atención preventiva y pruebas de detección basadas en evidencia y estipuladas en las pautas integrales respaldadas por la Health Resources and Services Administration (“HRSA”) para bebés, niños y adolescentes, y
- otra atención preventiva y pruebas de detección basadas en evidencia y estipuladas en las pautas integrales respaldadas por HRSA para mujeres.

Algunos de los servicios de atención preventiva que se cubren están enumerados en la tabla que figura anteriormente. La lista de servicios de atención preventiva puede cambiar. Puede encontrar una lista de los servicios de atención preventiva en [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov) o comunicándose con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.

\*\* Cobertura de las mamografías, independientemente de la edad, para las personas cubiertas que tengan antecedentes de cáncer o que tengan un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) con antecedentes de cáncer de mama y con recomendación de un **médico**.

## Servicios de planificación familiar

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Las consultas al consultorio de planificación familiar y asesoramiento para el uso de métodos y dispositivos anticonceptivos (como ligadura de trompas, y colocación de DUI y diafragmas)	No hay <b>copago</b> El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	
Vasectomía (no incluye procedimientos de reversión)	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).		El tipo de centro en el que se brinde el servicio determinará el <b>copago</b> .  Las pruebas de fertilidad se limitan a una por año calendario.
Aborto, incluye procedimientos electivos y no electivos			
Pruebas de fertilidad			
Tratamiento de la infertilidad	Sin cobertura	Sin cobertura	

## Atención de maternidad y embarazo

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Consultas en el consultorio para atención prenatal y postnatal de un <b>médico</b> con licencia o partera <sup>13</sup> certificada, incluidos los procedimientos diagnósticos	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> inicial. (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36). No existen <b>copagos</b> para la primera consulta postnatal.	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	El <b>copago</b> para atención prenatal se limita al <b>copago</b> para la primera visita únicamente de la atención de maternidad.
Atención de enfermería para recién nacido en hospital y servicios de atención de enfermería en el hogar			
Admisión para atención obstétrica* (en un hospital o centro de maternidad)	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>  No existe cobertura para centros de maternidad <b>fuera de la red</b>	Lo centros de maternidad <b>fuera de la red</b> no están cubiertos.
Parto en el hogar con una enfermera partera certificada <sup>14</sup>	El Plan paga el 100%		Cuando el Plan autoriza el uso de una enfermera partera no participante para un parto en el hogar, los servicios se pagan a la misma tarifa que los de un obstetra participante.
Una consulta de atención médica en el hogar	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Una (1) consulta de cuidados de salud en el hogar dentro de un plazo de 24 horas desde el alta, si la madre sale del hospital antes del período de 48 o 96 horas indicado en los beneficios hospitalarios.
Circuncisión de varones recién nacidos			

\* Se requiere precertificación.

\* Consulte las notas al pie 13 y 14 en la página 135.

**Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la vista (incluida la rehabilitación)<sup>15</sup>**

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Servicios para pacientes internados*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Con cobertura por hasta 30 días de fisioterapia para pacientes internados por año calendario ( <b>dentro de la red y fuera de la red</b> combinados).
Servicios para pacientes externos* Centro para pacientes externos o consultorio del <b>médico</b>	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Los beneficios son pagaderos por hasta 30 consultas por año calendario para la fisioterapia. Treinta consultas adicionales por año calendario para terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de la vista combinadas.
Servicios en el hogar	El Plan paga el 100%		<b>Dentro de la red</b> únicamente. Límite de 200 consultas por año calendario para todas las consultas en el hogar, incluidas las consultas de fisioterapia a domicilio.

\*Se requiere precertificación.

Consulte la nota al pie 15 en la página 135.

**Equipo médico duradero y suministros médicos<sup>16</sup>**

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Equipo médico duradero* (como sillas de ruedas, nebulizadores, oxígeno y camas de hospital)	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Beneficio <b>dentro de la red</b> únicamente.
Prótesis/aparatos ortopédicos*	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Los aparatos ortopédicos están cubiertos sólo para aparatos ortopédicos de pie que no sean de rutina y se limitan a un par por adulto y dos pares por niño en un año calendario.
Suministros médicos y para la diabetes (como catéteres y jeringas)	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Beneficio <b>dentro de la red</b> únicamente.
Pelucas	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Con cobertura únicamente después de quimioterapia o radioterapia.
Suplementos nutricionales <sup>17</sup> que requieren receta médica (como fórmulas, incluidas las fórmulas para bebés, y productos alimenticios sólidos modificados)	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	
Audífonos	El Plan paga el 100% para dos audífonos de por vida.	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Limitación del beneficio de por vida.  Con cobertura únicamente con un proveedor de audífonos participante.

\* Se requiere precertificación.

Consulte las notas 16 y 17 en la página 136.

## Atención dental\*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Extracción quirúrgica de muelas del juicio impactadas únicamente	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	
Reparación de dientes naturales únicamente dentro de los 12 meses siguientes a una lesión en los dientes naturales sanos			

\* La atención dental también se cubre conforme a los beneficios dentales del Plan descritos en las páginas 62 a 73 de esta SPD. Cuando un procedimiento dental sea elegible para recibir cobertura conforme a su plan médico/hospitalario y también a su plan dental, su plan médico/hospitalario siempre será el pagador principal.

## Gastos hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias excluidos

Los siguientes gastos no están cubiertos por la cobertura hospitalaria, médica, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias. Sin embargo, algunos gastos están cubiertos por sus coberturas de medicamentos con receta, del cuidado de la vista y de atención dental.

Consulte las otras secciones de este folleto para ver si un gasto no pagado como hospitalario/médico está cubierto de otra forma por el Plan.

- gastos en los que se incurrió antes de que comenzara la cobertura del paciente o después de que ésta terminara
- tratamiento que no es **médicamente necesario**
- tratamiento cosmético<sup>18</sup>
- tecnología, tratamientos, procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos médicos que, a juicio de Empire, son experimentales, están en investigación, son obsoletos o son poco eficaces<sup>19</sup>. También queda excluida cualquier hospitalización relacionada con tratamientos experimentales o en investigación
- gastos para el tratamiento de la infertilidad
- tecnologías de reproducción asistida, incluidas, entre otras, fertilización in vitro, inseminación artificial, transferencia intrafalopiana de gametos y cigotos e inyección intracitoplasmática de espermatozoides
- reversión de una esterilización
- gastos de viaje, excepto los especificados
- pruebas psicológicas con propósitos educativos para niños o adultos
- suministros comunes de primeros auxilios como cinta adhesiva, gasa, antisépticos, vendajes y aparatos quirúrgicos que se encuentren en existencias, tales como aparatos ortopédicos, soportes elásticos, cuellos cervicales semirrígidos o zapatos quirúrgicos
- gastos por acupresión, plegarias, curación religiosa, incluidos servicios o suministros naturopáticos, naprapáticos u homeopáticos
- gastos por membresías o visitas a clubes de salud, programas de ejercicios, gimnasios u otros establecimientos de acondicionamiento físico
- programas comerciales para la pérdida de peso, por ejemplo, Weight Watchers y Jenny Craig
- cargos de la sala de operaciones para cirugía, bandeja de instrumentos y paquetes esterilizados incurridos en un centro sin licencia del estado, incluido el consultorio del **médico**

Consulte la nota al pie 18 de la página 136 y la nota al pie 19 de la página 137.

- aparatos ortopédicos de rutina para el cuidado de los pies (incluida la entrega de zapatos quirúrgicos y radiografías pre y postoperatorias) asociados con el cuidado de rutina de los pies
- exámenes de rutina de la audición para adultos
- tratamiento para servicios para retraso mental
- evaluaciones psicológicas formales y recomendaciones de aptitud para el desempeño
- hospitalización a largo plazo para atención residencial
- terapia educativa o de capacitación para incapacidades del aprendizaje o la lectura
- pruebas, controles o tratamiento para trastornos del aprendizaje, trastornos del lenguaje expresivo, trastornos de las matemáticas, trastornos fonológicos y trastornos de comunicación
- tratamiento de afecciones que no se incluyen como trastornos mentales en la edición más reciente del "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)
- tratamiento de la salud del comportamiento provisto por cualquier proveedor que no cuente con una licencia independiente
- pruebas psicológicas (excepto las realizadas por un psicólogo certificado para ayudar en la planificación del tratamiento, incluida la administración de medicamentos o la aclaración diagnóstica) y quedan específicamente excluidas todas las pruebas educativas, académicas y de logros
- servicios provistos para la terapia del análisis aplicado del comportamiento (Applied Behavioral Analysis, "ABA")
- **camioneta (ambulette)**, con excepción de lo estipulado en la nota al pie 6 en la página 133
- los siguientes servicios específicos de atención preventiva:
  - exámenes de evaluación realizados en su lugar de trabajo sin costo para usted
  - servicios gratuitos de evaluación ofrecidos por el departamento de salud del gobierno
  - exámenes realizados por una unidad de evaluación móvil, a menos que un **médico** no afiliado a la unidad móvil indique los exámenes
- los siguientes servicios específicos de **emergencia**:
  - uso de la sala de emergencia para tratar dolencias para las que usted no tiene un **médico** habitual o debido a que es tarde en la noche (y la necesidad de tratamiento no cumple la definición del Plan de lo que es una **emergencia**) (Consulte la página 129).
  - uso de la sala de emergencias para consultas de seguimiento
- los siguientes servicios específicos de atención de maternidad:
  - días en el hospital que no son **médicamente necesarios** (que superen las 48/96 horas de hospitalización que el Fondo debe cubrir según lo exigido por ley)
  - habitación privada (si usa una habitación privada, usted paga la diferencia entre el costo de ésta y una habitación semiprivada. El costo adicional no cuenta para los efectos de su **deducible** o **coseguro**).
  - establecimientos de centros de maternidad **fuera de la red**
  - enfermería privada
  - servicios de una doula
- los siguientes gastos específicos de atención de hospitalización:
  - servicio de enfermería privada
  - habitación privada (si usa una habitación privada, usted paga la diferencia entre el costo de ésta y una habitación semiprivada. El costo adicional no cuenta para los efectos de su **deducible** o **coseguro**).
  - hospitalizaciones diagnósticas, a menos que estén relacionadas con síntomas específicos que si no se tratan mediante una hospitalización podrían tener como consecuencia un daño corporal grave o poner en riesgo la vida
  - cualquier parte de una hospitalización que sea principalmente de custodia
  - cirugía cosmética electiva<sup>18</sup> o cualquier gasto hospitalario relacionado o tratamiento de cualquier complicación relacionada
  - servicios hospitalarios recibidos en una clínica que no cumple la definición de hospital u otro centro cubierto según Empire
  - cirugía bariátrica en un centro que no sea un Blue Distinction Hospital dentro de la **red** Empire
- los siguientes gastos específicos de atención hospitalaria ambulatoria:
  - atención médica de rutina, incluidas entre otras, inoculación, vacunación, administración o inyección de medicamentos, excepto quimioterapia
  - extracción o almacenamiento de la propia sangre, productos derivados de la sangre o semen.

---

Consulte la nota 18 en la página 136.

- todos los servicios **fuera de la red** excluidos

Los siguientes servicios y/o gastos **fuera de la red** están excluidos de la cobertura conforme al Plan. **El Plan no pagará beneficios por los siguientes servicios fuera de la red:**

- diálisis renal
- cirugía bariátrica realizada en cualquier hospital que no sea un centro Blue Distinction Center of Medical Excellence
- cirugía de trasplante de médula ósea, hígado, corazón y páncreas realizada en cualquier hospital que no sea un centro Blue Distinction Center of Medical Excellence
- cirugía de trasplante de riñón o de pulmón realizadas en un hospital BlueCross BlueShield no participante.
- centro de enfermería especializada
- atención médica a domicilio
- centro de atención para pacientes con enfermedades terminales
- terapia de infusión en el hogar
- centros de maternidad
- servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de la vista para pacientes externos
- equipo médico duradero
- prótesis/aparatos ortopédicos
- suministros médicos
- audífonos
- el siguiente equipo específico:
  - acondicionadores de aire o purificadores
  - humidificadores o deshumidificadores
  - equipo de ejercicios
  - piscinas
- atención en un centro de enfermería especializada que principalmente:
  - brinde asistencia para actividades de la vida diaria
  - sea para el descanso o para los adultos mayores
  - brinde atención de convalecencia
  - brinde atención de sanatorio
  - brinde una cura de descanso

- los siguientes servicios específicos de atención médica en el hogar:
  - servicios de custodia, incluido el baño, la alimentación, el cambio de pañales u otros servicios que no requieran atención especializada
- los siguientes servicios específicos de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o de la vista:
  - terapia para mantener o prevenir el deterioro de las habilidades físicas actuales del paciente
  - tratamiento para el retraso en el desarrollo, incluida terapia del habla
- los siguientes servicios específicos de cuidado de la vista:
  - gastos para corrección quirúrgica de un error refractivo o procedimientos refractivos de queratoplastia, incluidos, entre otros, queratotomía radial (RK), queratotomía fotorrefractiva (PRK) y láser in situ keratomileusis 21 (LASIK) y sus variantes
  - anteojos, lentes de contacto y un examen de ajuste, excepto después de una cirugía de cataratas. Sin embargo, consulte la sección Beneficios del cuidado de la vista en las páginas 73 a 75 para averiguar de qué forma los anteojos y lentes pueden estar cubiertos por el programa para el cuidado de la vista.
  - cuidado de la vista de rutina (consulte la sección Beneficios del cuidado de la vista en las páginas 73 a 75 para obtener información sobre la cobertura)
- los siguientes servicios que pueden tener cobertura de otra parte del Plan:
  - tratamiento dental, excepto la extracción quirúrgica de dientes impactados o tratamiento de dientes naturales lesionados por un accidente si se tratan en un *plazo de 12 meses* desde la lesión. Sin embargo, consulte la sección Beneficios dentales en las páginas 62 a 73 y en las páginas 140 a 146.
  - todos los medicamentos de venta con y sin receta, inyectables autoadministrados, vitaminas, terapia de vitaminas, supresores del apetito o cualquier otro tipo de medicamentos, a menos que se indique específicamente. Sin embargo, consulte la sección Beneficios de medicamentos con receta en las páginas 55 a 62 para conocer cuál es la cobertura de los gastos de medicamentos con receta.
  - dentadura postiza (sin cobertura conforme a los beneficios hospitalarios/ médicos, pero podría estar cubierta conforme a los beneficios dentales). (Consulte la sección Beneficios dentales en las páginas 62 a 73 y en las páginas 140 a 146).
- los siguientes servicios y gastos varios de atención médica:
  - servicios prestados en casas de reposo o de convalecencia; instituciones principalmente de descanso o para los adultos mayores; centros de rehabilitación (excepto para fisioterapia); spas; sanatorios o enfermerías en escuelas, universidades o campamentos

- lesión o enfermedad que surge de una ocupación o empleo remunerado o que genere ganancias para la cual hay una Ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales (para obtener información sobre la subrogación de beneficios, consulte las páginas 107 a 110)
- lesión o enfermedad que surge de un acto de guerra (declarada o no declarada) o servicio militar de cualquier país
- lesión o enfermedad que surge de un acto criminal (que no sea violencia doméstica) por parte de la persona cubierta o una lesión autoinflingida de forma intencional que no sea consecuencia de enfermedad mental
- gastos por los servicios o suministros por los cuales una persona cubierta recibe el pago o el reembolso de un seguro contra accidentes o como consecuencia de una acción legal o gastos por los cuales la persona cubierta ya ha sido reembolsada por otro tercero que fue responsable debido a negligencia u otro hecho ilícito o ilícito civil de esa parte (para obtener más información sobre la subrogación de beneficios, consulte las páginas 107 a 110)
- gastos reembolsables según las cláusulas "sin culpa" de la ley de un estado
- servicios cubiertos por programas gubernamentales, excepto conforme a Medicare, Medicaid u otro que se indique
- cualquier atención de un hospital o de un **médico** recibida fuera de los Estados Unidos que no sea atención de **emergencia**
- servicios hospitalarios gubernamentales, excepto los servicios específicos cubiertos por un acuerdo especial entre Empire y un hospital o servicio gubernamental en la Administración de Veteranos de los Estados Unidos o los hospitales del Departamento de Defensa para afecciones no relacionadas con el servicio militar
- tratamiento o atención para el trastorno temporomandibular o trastorno de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, "TMJ")
- servicios como exámenes de laboratorio, radiografías e imágenes, y servicios de farmacia de un centro en el cual el **médico** que deriva al paciente o un familiar cercano de dicho médico tiene un interés o relación financiera
- servicios administrados por un proveedor sin licencia o prestados fuera del alcance de la licencia del proveedor
- cargos por servicios que presta un familiar
- cargos que exceden el **monto permitido** máximo o consultas que exceden el máximo anual para dicho servicio o suministro
- servicios prestados en el hogar, excepto por aquellos específicamente mencionados en este folleto como servicios cubiertos, ya sea en el hogar o en caso de **emergencia**

- servicios que a menudo se prestan sin cargo, incluso si se facturan cargos
- servicios prestados por personal del hospital o la institución que se facturan en forma separada del resto de los servicios hospitalarios o institucionales, salvo que se especifique lo contrario en este folleto

## Beneficios de medicamentos con receta

Su cobertura de medicamentos con receta es administrada por CVS Caremark. La lista de medicamentos con receta que están cubiertos por su plan se conoce como el "formulario". El formulario de su plan es genérico y obligatorio, e incluye una amplia selección de medicamentos genéricos y de marca. Ciertos medicamentos requieren aprobación previa y/o terapia escalonada. Su **médico** puede comunicarse con CVS Caremark al 1-800-294-5979 para obtener información adicional.

La tabla a continuación muestra sus **copagos** para medicamentos genéricos y de marca a corto plazo y de mantenimiento:

	Medicamentos a corto plazo en una farmacia participante (suministro para hasta 30 días)	Medicamentos de mantenimiento mediante pedido por correo o en una farmacia CVS (suministro de hasta 90 días)	Farmacia no participante
<b>Medicamentos genéricos</b>	\$10 de <b>copago</b>	\$20 de <b>copago</b>	Cubierto hasta el importe que el Fondo le pagaría a una farmacia minorista participante menos su <b>copago</b> .
<b>Medicamentos de marca</b>	\$30 de <b>copago</b>	\$60 de <b>copago</b>	Cubierto hasta el importe que el Fondo le pagaría a una farmacia minorista participante menos su <b>copago</b> .

Si el costo del medicamento es menor que el del **copago**, usted paga el costo del medicamento.

Si su **médico** le receta un medicamento de marca del formulario y coloca sus iniciales en el casillero que indica "dispense tal como dice" (Dispense As Written, "DAW") cuando esté disponible un medicamento genérico equivalente tipo "A", tendrá un **copago** de \$30 y tendrá que pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico. Los medicamentos de marca pueden ser muy costosos; por lo tanto, pida a su **médico** que le recete medicamentos genéricos siempre que sea posible.

Recuerde que el monto máximo anual que paga de su bolsillo y que pagará por los **copagos** por medicamentos con receta **dentro de la red** es \$1,750 para un individuo y \$3,500 para una familia.\* Si tiene otros miembros de su familia en este plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar. No existen otros **copagos** por medicamentos con receta **dentro de la red** por el resto del año calendario una vez que alcance este monto máximo anual.

Nota: Usted puede surtir su receta en una farmacia no participante, pero tendrá que pagar el costo completo y luego presentar una reclamación ante CVS Caremark para ser reembolsado hasta el monto que CVS Caremark le hubiera pagado a una farmacia participante (menos su **copago**). Comuníquese con CVS Caremark por teléfono o Internet para obtener el formulario de reclamación necesario si surte su receta en una farmacia no participante. (Consulte el interior de la contraportada para obtener el número de teléfono y el sitio web de CVS Caremark).

Nota: No se requiere **copago** para las recetas de anticonceptivos. (Consulte los medicamentos elegibles en la página 61).

## Medicamentos especializados

Conforme a su plan CVS Caremark, los medicamentos especializados son medicamentos con receta de costo elevado utilizados para tratar afecciones crónicas, complejas o poco comunes como el cáncer, la artritis reumatoide y la esclerosis múltiple. Si bien a veces estos medicamentos pueden tomarse de forma oral, a menudo requieren manipulación especial como refrigeración durante el envío y almacenamiento, y se administran a través de una inyección o infusión. A menudo también requieren supervisión personalizada del paciente, coordinación de la atención y control de la adherencia al tratamiento.

Sus beneficios de farmacia cubren sólo los medicamentos especializados que se encuentran en el formulario de CVS Caremark, y pueden surtirse en una farmacia minorista CVS o través de la CVS Caremark Specialty Pharmacy. No existe cobertura para los medicamentos especializados que no se encuentran en el formulario de CVS Caremark. Y no existe cobertura para los medicamentos especializados que se encuentran en el formulario pero que no se surten en una farmacia minorista CVS o a través de la CVS Caremark Specialty Pharmacy.

El **copago** para medicamentos especializados es el mismo que se describe en la tabla de la página 55.

---

\* El Departamento de Salud y Servicios Humanos examina los límites anualmente y puede aumentarlos según el porcentaje de ajuste de la prima (un cálculo estimativo del cambio promedio en las primas de seguro de salud). El Plan cambiará los montos máximos que paga de su bolsillo cada 1 de enero para ajustarse a los límites del HHS.

## 5 Star Wellness Program

Los afiliados y sus dependientes que sufran de diabetes, asma, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica e hipertensión que reciben todos sus servicios de atención médica\* de un proveedor de los 5 Star Centers pueden obtener medicamentos con receta, ya sea genéricos o de marca, por un **copago** de \$5 en cualquier farmacia minorista participante por un suministro para 30 días o de \$10 mediante el servicio de pedido por correo de CVS Caremark o en una farmacia CVS por un suministro para 90 días. Para obtener más información o para averiguar si usted es elegible, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-877-299-1636 o envíenos un correo electrónico a [5StarCenterTeam@32bjfunds.com](mailto:5StarCenterTeam@32bjfunds.com).

## Existen varias formas de surtir su receta

### Para medicamentos a corto plazo: en la farmacia

Cuando usted necesita tomar un medicamento por un período que no supera los 60 días, puede surtir su receta en una farmacia minorista. Simplemente visite una farmacia participante con su receta y su tarjeta de identificación de CVS Caremark. Todas las recetas surtidas en una farmacia participante le proporcionarán un suministro de 30 días y una renovación de un suministro de hasta 30 días.

### Para medicamentos de mantenimiento

Si necesita tomar un medicamento con receta de manera continua durante más de 60 días, existen dos formas de surtir su receta:

1. a través del Maintenance Choice Program en cualquier farmacia CVS o
2. a través del Mail Service Program de CVS Caremark.

Usted ahorra dinero si utiliza el Maintenance Choice Program o el Mail Service Program de CVS Caremark ya que recibe un suministro para 3 meses por el equivalente a dos meses de **copago**.

El uso del Maintenance Choice Program o del Mail Service Program de CVS Caremark es obligatorio para las personas que toman medicamentos de mantenimiento (medicamentos que se toman regularmente para enfermedades crónicas como presión arterial alta, artritis, diabetes o colesterol alto). Puede utilizar el programa que le resulte más conveniente.

### A través del Maintenance Choice Program

Puede obtener sus medicamentos de mantenimiento en cualquier farmacia CVS. Solo tiene que presentar su receta para un suministro de 90 días del medicamento, pagar su **copago** por el medicamento (\$20 para medicamentos

---

\*Este requisito no se aplica a los servicios de atención de urgencia o **emergencia**, o a los servicios que no se encuentran disponibles en un proveedor de los 5 Star Centers.

genéricos y \$60 para medicamentos de marca) y obtener sus medicamentos con receta directamente en una farmacia CVS. También puede renovar todas sus recetas en una farmacia CVS.

#### A través del Mail Service Program de CVS Caremark

Puede seguir estos pasos para utilizar el servicio de pedidos por correo de CVS Caremark:

- Para su primer pedido de servicio por correo, llene las secciones del perfil del paciente del Formulario de pedido para farmacia de pedido por correo, el cual puede obtener en el Centro de servicios para afiliados o llamando a CVS Caremark al 1-877-765-6294. Asegúrese de llenarlo con toda la información requerida posible. Debe proporcionar su número de identificación único de CVS Caremark, el nombre de las personas a las que les va a enviar las recetas y la dirección a la que se debe enviar el medicamento. Proporcione cualquier información sobre alergias o antecedentes para que el farmacéutico esté informado acerca de cualquier posible conflicto con el medicamento.
- Llene el Formulario de pedido para farmacia de pedido por correo para cada receta nueva.
- Ponga dentro del sobre del servicio por correo con dirección incluida su receta del medicamento de mantenimiento, el Formulario de pedido para farmacia de pedido por correo y su pago. Debe pagar el **copago** necesario para su pedido por correo o no se surtirá su receta. Sus medicamentos le serán entregados en casa con franqueo pagado por medio de United Parcel Service o el correo de los Estados Unidos. Puede que la entrega de sus medicamentos demore unos 10 a 14 días después de surtir la receta.
- Con cada entrega se le enviará un nuevo formulario de pedido y un sobre. Estos formularios también se encuentran disponibles en el Centro de servicios para afiliados o CVS Caremark.

Si le preocupa no recibir los medicamentos a tiempo, pídale a su **médico** que haga dos recetas; una para un suministro de 30 días, para surtirla de inmediato en su farmacia minorista local y una segunda receta (para 90 días) para enviar a la farmacia de pedidos por correo para un suministro a largo plazo.

Puede pedir renovaciones de recetas por teléfono (llame al número gratuito del servicio al cliente de CVS Caremark al 1-877-765-6294) o a través de su sitio web ([www.Caremark.com](http://www.Caremark.com)). Tenga su número de receta y su tarjeta de crédito listos cuando llame o se conecte en línea.

Las renovaciones no se envían automáticamente. Si tiene renovaciones pendientes de su receta original, solicite su renovación a CVS Caremark tres semanas antes de que las necesite para evitar quedarse sin medicamento. Debería recibir su renovación en un plazo de una semana.

Se le devolverán las recetas para medicamentos no disponibles a través del correo (como los narcóticos). Estas recetas se pueden surtir en la farmacia participante local de CVS Caremark para un suministro de hasta 30 días.

#### **Para medicamentos especializados**

Si necesita un medicamento especializado incluido en el formulario, existen dos formas de surtir su receta:

1. En una farmacia minorista CVS
2. A través del CVS Caremark Specialty Pharmacy Program

Si no usa uno de estos métodos para surtir su medicamento especializado incluido en el formulario, no tendrá cobertura y será responsable por el costo completo.

#### En una farmacia minorista CVS

Puede obtener su medicamento especializado incluido en el formulario en cualquier farmacia minorista CVS. Sólo debe ir a cualquier farmacia minorista CVS y presentar su receta e identificación de CVS Caremark. Todas las recetas surtidas en una farmacia minorista CVS le proporcionarán un suministro de hasta 90 días.

#### A través del CVS Caremark Specialty Pharmacy Program

Puede utilizar el CVS Caremark Specialty Pharmacy Program llamando al 1-800-237-2767. Un representante del servicio de atención al cliente de CVS Caremark lo ayudará a completar el proceso de registro del medicamento especializado.

Nota: La farmacia especializada le enviará el pedido del medicamento con un suministro para 90 días en tres entregas separadas de suministros para 30 días cada una durante el transcurso de 90 días. Con cada entrega del suministro para 30 días que le envíe la farmacia especializada, la farmacia le cobrará 1/3 del **copago** requerido.

#### **Programas de administración de la cobertura de planes de medicamentos con receta**

El plan de medicamentos con receta utiliza programas de administración de cobertura para ayudar a asegurar que usted reciba los medicamentos con receta que necesita en la cantidad adecuada y a un costo razonable. Los programas de administración de la cobertura incluyen autorización previa, limitaciones de cantidad y terapia escalonada. Cada uno de estos programas se describe en detalle a continuación y en la página siguiente.

#### **Autorización previa**

Ciertos medicamentos requieren autorización previa antes de que el Plan pueda cubrir su receta. El Programa de autorización previa está administrado por CVS Caremark para determinar si su uso de ciertos medicamentos cumple con las condiciones de cobertura de su Plan y las guías clínicas de CVS Caremark para el uso del medicamento específico. La persona que extiende la receta debe comunicarse con el Departamento de autorización previa de CVS Caremark para suministrar la información clínica necesaria para determinar cuán apropiado es el medicamento para el afiliado antes de que se pueda surtir la receta.

## Limitaciones de cantidad

Los límites de cantidad son disposiciones en el beneficio de medicamentos con receta que están diseñadas para hacer que el uso de medicamentos con receta sea más seguro y más asequible. Le brinda los medicamentos que necesita para conservar su buena salud, al tiempo que se asegura de que usted los reciba en una cantidad que se considera segura y clínicamente apropiada. En el caso de los medicamentos con limitaciones de cantidad, puede recibir una cantidad para que le dure por una cierta cantidad de días; por ejemplo, el programa podría ofrecer un máximo de 30 píldoras para un medicamento que toma una vez al día. Esta se considera una cantidad aceptable para tomar la dosis diaria que se considera segura y efectiva, conforme a las pautas de la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, “FDA”) y las pautas de dosificación de los productos. Algunos medicamentos pueden tener un límite de cantidad con autorización previa después del límite, lo que significa que, si necesita más cantidad que el límite inicial, su **médico**/la persona que extiende la receta debe suministrar la información de necesidad médica que indique por qué necesita más medicamento.

## Terapia escalonada

La terapia escalonada es un programa que ayuda a garantizar que los medicamentos que recibe son seguros y asequibles. La terapia escalonada puede exigir primero el uso de un medicamento genérico o un medicamento de marca alternativo para ayudar a garantizar que los costos de los medicamentos con receta se mantengan bajos. Cuando le presente a su farmacéutico una receta para ciertos medicamentos, CVS Caremark comprobará si ha probado un medicamento genérico o un medicamento alternativo para tratar la misma afección. Si su historial de recetas demuestra que ya se utilizó una opción genérica o de marca alternativa, el medicamento recetado puede aprobarse y surtirse. Si su historial demuestra que no ha utilizado un medicamento genérico o de marca alternativo, el farmacéutico recibirá un mensaje que le indicará que la persona que expidió la receta debe llamar a un número telefónico gratuito para obtener más información. Se le pedirá a la persona que expidió la receta que recete una alternativa genérica primero antes de pasar al medicamento de marca específica. En caso de que la persona que expidió la receta le informe a CVS Caremark que un medicamento genérico o de marca alternativa no es adecuado para el afiliado, dicha persona puede comunicarse con el Departamento de autorización previa de CVS Caremark para obtener aprobación para el medicamento de marca específica.

Su farmacéutico le puede indicar si el pedido del medicamento de venta con receta médica que tiene que surtir requiere autorización previa, o si está sujeto a limitaciones de cantidad o terapia escalonada. Comuníquese con CVS Caremark al 1-877-765-6294 antes de que se surta el medicamento para asegurarse de que recibirá un reembolso regular por el medicamento con receta que le dieron. Si surte una receta con un medicamento que está en la lista de aquéllos que requieren autorización previa, o si está sujeto a la administración de cantidad o terapia escalonada, y no se comunica con CVS Caremark antes de surtirla, es posible que sea responsable del costo total del medicamento con receta.

## Limitación de frecuencia

Todas las recetas para inhibidores de la bomba de protones (proton pump inhibitors, “PPI”), como Nexium u Omeprazole, se surtirán con un suministro para no más de 90 días en un período de 180 días.

## Medicamentos elegibles

Los siguientes medicamentos están cubiertos por el Plan:

- medicamentos con receta con leyenda federal,
- medicamentos que requieren una receta conforme a las leyes estatales pertinentes,
- insulina, agujas y jeringas para insulina,
- tiras para análisis de diabéticos,
- Todos los tipos de anticonceptivos aprobados por la FDA, incluidos los anticonceptivos recetados orales y subdérmicos, los anticonceptivos inyectables y los diversos dispositivos anticonceptivos, sin requerir **copago**,
- vitaminas con receta para bebés de hasta 12 meses y
- vitaminas prenatales, sin **copago** requerido, por hasta 15 meses.

## Medicamentos excluidos

Los siguientes medicamentos no están cubiertos por el Plan:

- medicamentos de venta sin receta médica y vitaminas (sin embargo, ciertas vitaminas están cubiertas para la atención prenatal; consulte lo anterior para obtener información),
- medicamentos con receta que requieren autorización previa y para los cuales no se ha recibido autorización previa,
- medicamentos usados en ensayos clínicos o experimentales,
- medicamentos utilizados para el tratamiento de la infertilidad o donación de óvulos,
- medicamentos recetados para propósitos cosméticos (consulte la nota 18 en la página 136 para obtener más información),
- medicamentos usados para la pérdida de peso a menos que cumpla los criterios médicos del Plan,
- medicamentos que no están incluidos en el formulario, a menos que su médico pueda probar (por ejemplo, con documentación clínica, antecedentes del paciente de terapia con medicamentos), a satisfacción de CVS Caremark, que el medicamento que no está incluido en el formulario es necesario (los medicamentos que no están incluidos en el formulario son medicamentos que no están en la lista de medicamentos aprobados del Plan),
- dispositivos o aparatos terapéuticos, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, y

- recetas que una persona elegible tiene derecho a recibir sin cargo conforme a la Ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales o a cualquier programa federal, estatal o municipal.

## Beneficios dentales

Para todos los participantes del Plan Metropolitan y los participantes del Plan Suburban que trabajan en el área metropolitana de New York, sus beneficios dentales se describen a continuación. *Los beneficios dentales para los afiliados del Plan Suburban que trabajan y viven fuera del área metropolitana de New York, que incluye Connecticut, Pennsylvania, Maryland, Virginia, Washington, DC, o Florida, se describen en el Apéndice B.*

### Cómo funciona el Plan

El Plan proporciona cobertura para la atención dental necesaria recibida a través de:

- un **dentista participante de Delta Dental**,
- un dentista no participante, o
- el 32BJ Dental Center en 25 West 18th Street, New York, NY 10011-4676

La atención dental necesaria es un servicio o suministro que se requiere para identificar o tratar una afección, enfermedad o lesión dental. El hecho de que un dentista recete o apruebe un servicio o suministro o que un tribunal ordene que se preste un servicio o suministro no significa que sea una atención dental necesaria. El servicio o suministro debe cumplir con todas las siguientes condiciones:

- debe ser proporcionado por un dentista o, únicamente en el caso de limpieza o raspado de los dientes, realizado por un higienista dental certificado bajo la supervisión y dirección de un dentista,
- debe corresponder con los síntomas, diagnóstico o tratamiento de la afección, enfermedad o lesión,
- debe corresponder con las normas de la buena práctica dental,
- no debe ser exclusivamente para la conveniencia del paciente o del dentista, y
- debe ser el suministro o nivel de servicio más adecuado que se pueda proporcionar de forma segura al paciente.

## Proveedores de servicios dentales participantes

Los beneficios dentales del Plan Dental incluyen la opción de “proveedor de servicio dental participante” a través de Delta Dental. La **red** de Delta Dental que lo cubre a usted depende de dónde vive. Si vive en el estado de New York, usted y sus dependientes están cubiertos por la **red** Delta Dental NY Select. Si vive fuera del estado de New York, usted y sus dependientes están cubiertos por la **red** Delta Dental PPO.

El hecho de que un dentista sea o no participante depende de la **red** que lo cubre a usted. Por ejemplo, si usted está cubierto por la **red** NY Select, cualquier servicio dental provisto por un dentista que no pertenezca a la **red** NY Select estará cubierto **fuera de la red**. Por lo tanto, un dentista que participa en las **redes** de Delta Dental, pero no en la **red** NY Select, no es un dentista participante. Si usa ese dentista, sus reclamaciones se procesarán **fuera de la red**. Se reembolsará al dentista conforme al programa de tarifas de Delta Dental para cada procedimiento. Usted será responsable por cualquier monto cobrado por el dentista que supere el **monto permitido**. Si tiene preguntas respecto de qué **red** lo cubre a usted o de cómo encontrar un dentista, comuníquese con Delta Dental al 1-800-589-4627 para obtener asistencia.

Los dentistas que participan en la **red** que lo cubren han acordado aceptar el monto que Delta Dental paga como pago completo por la atención dental cubierta que recibe, excepto por:

- servicios mayores como puentes dentales fijos, coronas y prótesis, por los cuales tendrá que pagar un **copago** de \$75 por servicio,
- cargos que superen el máximo anual de \$2,000, y
- servicios de ortodoncia para dependientes menores de 19 años que superen los \$2,500.

## Dentistas no participantes

El Plan pagará por el trabajo dental realizado por un dentista debidamente acreditado, pero no pagará más que el 50% de lo que Delta Dental le hubiera pagado a un dentista que participa en la **red** que lo cubre a usted. Su dentista no participante puede obtener una asignación de reembolso de Delta Dental mediante la presentación de una solicitud de determinación previa directamente ante Delta Dental antes de que comience a realizar cualquier trabajo dental.

Usted tendrá que pagar las tarifas completas del dentista. Deberá presentar una reclamación ante Delta Dental (consulte las páginas 84 y 85 y la página 87) y será reembolsado según el programa de tarifas de Delta Dental correspondiente para cada procedimiento.

El Fondo pagará el monto menor entre el cargo real del dentista por un servicio dental cubierto y el 50% del **monto permitido** para ese procedimiento según el programa de tarifas de Delta Dental correspondiente. Usted será responsable de pagar el otro 50%. Además, los montos superiores al **monto permitido** no son elegibles para reembolso y es su responsabilidad pagarlos.

El programa de tarifas de Delta Dental que lo cubre se basa en la **red** que lo cubre. La **red** de Delta Dental que lo cubre a usted depende de dónde vive. Si vive en el estado de New York, usted y sus dependientes están cubiertos por la **red** Delta Dental NY Select. Si vive fuera del estado de New York, usted y sus dependientes están cubiertos por la **red** Delta Dental PPO.

### El 32BJ Dental Center

El 32BJ Dental Center está equipado para proporcionar una amplia gama de servicios dentales, excepto aquellos que requieren anestesia general. Si recibe atención dental en el 32BJ Dental Center, no tendrá que pagar ninguna de dichas atenciones. El 32BJ Dental Center tiene una capacidad limitada y cuando alcance la cantidad máxima de pacientes que puede atender, dejará de aceptar temporalmente citas de nuevos pacientes.

### Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento

Determine los costos con antelación pidiéndole al **dentista participante de Delta Dental** que presente el plan de tratamiento ante Delta Dental para tener una determinación previa de los beneficios, antes de que se proporcione un tratamiento. Delta Dental verificará su cobertura del plan específica y el costo del tratamiento y proveerá un estimado de sus **copagos**, si los hubiera, y de lo que Delta Dental pagará. Las determinaciones previas son gratuitas y les ayudarán a usted y su dentista a tomar decisiones informadas sobre el costo de su tratamiento.

Los **servicios cubiertos** están mencionados en el Programa de servicios dentales cubiertos ("Programa") (consulte las páginas 66 a 69), sujeto a las limitaciones de frecuencia que se establezcan en dicho Programa. El Plan no paga beneficios por los procedimientos que no estén en ese programa, pero puede proporcionar un beneficio alternativo si es aprobado por Delta Dental of New York, Inc. ("Delta Dental") en representación del Fondo. Si tendrá que pagar estos servicios, y cuánto, depende de si elige recibir atención dental de un **dentista participante** de la red **Delta Dental** o de un dentista no participante de dicha red, o del 32BJ Dental Center.

### Los servicios dentales que están cubiertos

El Plan dental cubre una amplia gama de servicios dentales, que incluyen los siguientes:

- Servicios preventivos y de diagnóstico como exámenes dentales de rutina, limpiezas, radiografías, aplicaciones de fluoración tópica, mantenedores de espacio y sellantes.
- Servicios terapéuticos básicos como extracciones y cirugías orales, sedación consciente intravenosa cuando sea **médicamente necesario** para cirugía oral, tratamiento de encías, cirugía de encías, obturaciones y tratamiento de conducto.
- Servicios mayores como puentes dentales fijos, coronas y prótesis. Estos servicios están sujetos a un **copago** de \$75 por servicio.
- Servicios de ortodoncia para hijos menores de 19 años, como procedimientos diagnósticos y aparatos para realinear los dientes. Existe un máximo de por vida separado para servicios de ortodoncia de \$2,500 por paciente.

Consulte el Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan dental del Fondo en las páginas 66 a 69 para obtener más detalles.

### Máximo anual

El Plan dental brinda cobertura de hasta \$2,000 por participante/dependiente de 19 años de edad o mayor, por año calendario. No existe un máximo anual para los participantes y dependientes menores de 19 años. Existe un máximo de por vida separado para servicios de ortodoncia de \$2,500 para los hijos menores de 19 años.

### Limitaciones de frecuencia

Los beneficios están sujetos a los límites de frecuencia que se indican en el Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan Dental en las siguientes páginas:

## Programa de servicios dentales cubiertos

Procedimiento	Límites
<p><b>Diagnóstico</b></p> <p>Examen oral, periódico, limitado (concentrado en el problema), integral o detallado y extenso (concentrado en el problema)</p> <p>Radiografías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>de boca completa, serie completa que incluye mordida o placa panorámica</li> <li>mordida, dientes posteriores</li> <li>placas periapicales, un solo diente</li> <li>placa oclusiva</li> <li>placa cefalométrica (sólo cobertura de ortodoncia)</li> </ul>	<p>Dos por un año calendario</p> <p>Una vez durante cualquier período de 36 meses consecutivos</p> <p>Dos de cada procedimiento de radiografía de mordida en un año calendario</p> <p>Según sea necesario</p> <p>Dos por fecha de servicio</p> <p>Una vez de por vida</p>
<p><b>Atención preventiva</b></p> <p>Profilaxis dental (limpieza, raspado y pulido)</p> <p>Tratamiento tópico con flúor</p> <p>Sellantes (en la superficie oclusiva de un molar definitivo sin restaurar y diente premolar)</p> <p>Mantenimiento de espacio (dispositivos removibles pasivos o fijos hechos para niños con el fin de mantener el espacio creado por un diente faltante hasta que emerja el diente definitivo)</p>	<p>Dos por un año calendario</p> <p>Dos por año calendario para pacientes menores de 16 años</p> <p>Una vez por diente durante cualquier período de 24 meses consecutivos para pacientes menores de 16 años</p> <p>Una vez por diente de por vida para pacientes menores de 16 años</p>
<p><b>Restauración simple</b></p> <p>Obturaciones de amalgama (metálicas)</p> <p>Obturaciones de resina (compuesto, del color de los dientes) en dientes anteriores</p>	<p>Una vez por superficie de diente cada 24 meses consecutivos</p> <p>Una vez por superficie de diente cada 24 meses consecutivos</p>

## Programa de servicios dentales cubiertos (continuación)

Procedimiento	Límites
<p><b>Servicios de restauración de mayor magnitud</b></p> <p>Recementación de corona</p> <p>Corona prefabricada de acero inoxidable/resina (dientes temporales para niños solamente)</p> <p>Incrustaciones, restauraciones y coronas en caso de que los dientes no se puedan restaurar con obturaciones normales debido al exceso de caries o a fracturas</p>	<p>Una vez por diente en un año calendario/\$75 de <b>copago</b></p> <p>Una vez por diente cada 24 meses consecutivos/\$75 de <b>copago</b></p> <p>Una vez por diente por cada período 60 meses consecutivos/\$75 de <b>copago</b></p>
<p><b>Endodoncia</b></p> <p>Tratamiento de conducto</p> <p>Segundo tratamiento de conducto</p> <p>Apicoectomía (se exige para el pago una placa postoperatoria que muestre la apicoectomía terminada y retrógrada)</p> <p>Pulpectomía</p>	<p>Una vez por diente de por vida</p>
<p><b>Periodoncia</b></p> <p>Gingivectomía o gingivoplastia</p> <p>Cirugía ósea</p> <p>Raspado periodontal y de raíz</p> <p>Mantenimiento periodontal (este procedimiento es un beneficio que se realiza después de la terapia periodontal activa una vez que se haya completado un período postoperatorio de 30 días).</p>	<p>Una vez por cuadrante por período de 60 meses consecutivos</p> <p>Una vez por cuadrante por período de 60 meses consecutivos</p> <p>Una vez por cuadrante dentro de un período de 24 meses</p> <p>Dos procedimientos profilácticos en un año calendario.</p>
<p><b>Prótesis dentales removibles</b></p> <p>Prótesis dentales completas o inmediatas (totales) superiores e inferiores, o parciales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio</p> <p>Procedimientos de rebaje o recubrimiento de prótesis dentales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio</p> <p>Prótesis dental parcial provisoria de maxilar superior e inferior (dientes anteriores solamente); el Plan Delta Dental no cubre otras prótesis dentales temporales o transitorias</p>	<p>Una prótesis dental por arco durante cualquier período de 60 meses consecutivos</p> <p>Una vez por aparato durante cualquier período de 36 meses consecutivos</p> <p>Una vez por aparato durante cualquier período de 60 meses consecutivos</p>

**Programa de servicios dentales cubiertos (continuación)**

Procedimiento	Límites
<p><b>Prótesis dentales fijas</b></p> <p>Prótesis dentales fijas parciales y coronas individuales</p> <p>Procedimientos con espiga y centro prefabricados para fijar prótesis dentales parciales (se exige radiografía que muestre el procedimiento de endodoncia completo)</p>	<p>Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos</p> <p>Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos</p>
<p><b>Extracciones simples</b></p> <p>Extracción no quirúrgica de diente o raíces expuestas (incluye anestesia local, sutura necesaria y atención de rutina postoperatoria)</p>	<p>Una vez por diente de por vida</p>
<p><b>Cirugía oral y maxilofacial</b></p> <p>Extracción de diente impactado</p> <p>Alveoplastia (preparación quirúrgica de la apófisis alveolar para las prótesis dentales con o sin extracciones)</p> <p>Frenulectomía</p> <p>Extracción de exostosis (extracción de desarrollo óseo excesivo)</p>	<p>Una vez por diente de por vida</p> <p>Una vez por cuadrante de por vida</p> <p>Una vez por arco de por vida</p> <p>Una vez por lugar de por vida</p>
<p>La cirugía oral está limitada a la extracción de dientes, preparación de la boca para las prótesis dentales, extracción de quistes generados en los dientes de hasta 1.25 cm e incisión y drenaje de un absceso intraoral o extraoral.</p>	
<p><b>Tratamiento de emergencia</b></p> <p>Tratamiento paliativo para aliviar la incomodidad inmediata (solamente procedimiento menor)</p>	<p>Una vez por fecha de servicio</p>
<p><b>Reparaciones</b></p> <p>Corona temporal (diente fracturado)</p> <p>Reparación de corona</p> <p>Sobrecorona</p> <p>Reparaciones de prótesis dentales completas o parciales</p> <p>Recementación de prótesis dentales fijas o parciales</p> <p>Aumentos en prótesis dentales parciales</p>	<p>Un procedimiento de corona por diente por cualquier período de 60 meses consecutivos</p> <p>Una vez por diente cada 24 meses consecutivos</p> <p>Una vez por diente cada 60 meses consecutivos</p> <p>Una vez por aparato en un año calendario</p> <p>Una vez por aparato en un año calendario</p> <p>Dos veces cada 12 meses consecutivos</p>

**Programa de servicios dentales cubiertos (continuación)**

Procedimiento	Límites
<p><b>Ortodoncia</b></p> <p>Pacientes menores de 19 años</p>	<p>Un curso de tratamiento de por vida, hasta \$2,500</p>
<p>Los beneficios son pagaderos únicamente para tratamiento por ortodoncistas que estén diplomados en un programa avanzado de educación en ortodoncia, acreditado por la American Dental Association (Asociación Americana de Odontología). Un "curso de tratamiento" incluye aparatos de ortodoncia, consultas mensuales y aparatos de retención.</p>	
<p><b>Varios</b></p> <p>Protector oclusivo</p>	<p>Un aparato durante cualquier período de 60 meses consecutivos</p>

**Beneficio alternativo para la cobertura dental**

Por lo general, hay más de una forma de tratar un determinado problema dental. Por ejemplo, un diente se puede reparar con una obturación de amalgama, un compuesto de resina o una corona. En este caso, el Plan, generalmente, limitará los beneficios al método menos costoso de tratamiento que sea adecuado y que cumpla con las normas aceptables de la odontología. Por ejemplo, si su diente se puede obturar con amalgama y usted o su dentista deciden usar una corona, el Plan pagará el beneficio basado en la amalgama. Usted deberá pagar la diferencia.

**Lo que no está cubierto**

La cobertura dental del Plan no reembolsará ni pagará por lo siguiente:

- cualquier servicio realizado antes de que el paciente sea elegible para obtener beneficios o después de que termine su elegibilidad, incluso si se ha aprobado el plan de tratamiento;
- reembolso de cualquier servicio que supere las limitaciones de frecuencia especificadas en el Programa de servicios dentales cubiertos,
- atención de ortodoncia para individuos de 19 años o más,
- cargos que exceden los **montos permitidos**, o el monto máximo anual, o el monto máximo de por vida para la atención de ortodoncia,
- tratamiento por lesión accidental de un diente natural que se brinda más de 12 meses después de la fecha del accidente,

- servicios o suministros que el Plan determina que son de naturaleza experimental o de investigación, excepto en la medida en que la ley lo estipule,
- servicios o tratamientos que el Plan determina que no tienen un pronóstico razonablemente favorable,
- cualquier tratamiento realizado principalmente por razones cosméticas, incluidos, entre otros, el laminado, las fundas y el blanqueamiento dental,
- técnicas especiales, incluidas las prótesis dentales de precisión, prótesis dentales de soporte, personalización de coronas, prótesis dentales u obturaciones, o cualquier otro servicio. Esto incluye, entre otros, los accesorios de precisión y los liberadores de tensión. Están excluidas también las prótesis dentales totales o parciales que requieran tiempo y técnicas especiales, debido a problemas especiales, como una pérdida de la estructura ósea de apoyo,
- cualquier procedimiento, aparato o restauración que altere la "mordida" o la forma en que los dientes se juntan (llamada también oclusión o dimensión vertical) y/o que restauren o mantengan la mordida, excepto por lo dispuesto bajo beneficios de ortodoncia. Tales procedimientos incluyen, entre otros, estabilización, soporte periodontal, rehabilitación de toda la boca, restauración de la estructura de los dientes perdida debido a la atrición y restauración de la desalineación de los dientes,
- cualquier procedimiento que implique la reconstrucción completa de la boca o cualquier servicio relacionado con implantes dentales, incluido cualquier implante quirúrgico con un dispositivo de prótesis adjunto,
- diagnóstico y/o tratamiento de problemas de la articulación de la mandíbula, incluido el trastorno de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, "TMJ"), trastornos craniomandibulares u otras enfermedades de las articulaciones que unen el hueso de la mandíbula y el cráneo, o el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación,
- pilares dobles o múltiples,
- tratamiento para corregir hábitos dañinos, incluidos, entre otros, fumar y la terapia miofuncional,
- aparatos para quitar hábitos, excepto que tenga beneficio de ortodoncia,
- servicios para programas de control de placa, educación en higiene bucal y orientación nutricional,
- servicios relacionados con el reemplazo o la reparación de aparatos o dispositivos, incluidos:
  - duplicados de prótesis dentales, aparatos o dispositivos,
  - el reemplazo de prótesis dentales o aparatos perdidos o robados menos de cinco años después de la fecha de la inserción o de pago,
  - el reemplazo de prótesis dentales, puentes o aparatos existentes, que se pueden restaurar de acuerdo con las normas de la odontología,
  - los ajustes de un dispositivo de prótesis dentro de los primeros seis meses desde su inserción, que no se incluyeron dentro del precio original del dispositivo,
  - el reemplazo o la reparación de aparatos de ortodoncia,
- fármacos o medicamentos usados o surtidos en el consultorio del dentista (cualquier receta necesaria puede estar cubierta por los beneficios de medicamentos con receta del Plan). (Consulte las páginas 55 a 62).
- cargos por novocaína, xilocaína o cualquier anestésico local similar cuando el cargo se hace de manera separada de un gasto dental cubierto,
- cargos adicionales cobrados por un dentista para tratamiento hospitalario,
- servicios para los cuales un participante tiene derechos contractuales para recuperar costo, ya sea que una reclamación se haga valer o no, bajo la indemnización por accidentes y enfermedades laborales o un seguro automotriz, médico, de protección por lesiones personales, de propietario o de otro tipo sin culpa,
- tratamiento de enfermedades provocadas por guerra o acto de guerra, declarada o no, o una enfermedad contraída o un accidente que ocurra durante servicio activo de tiempo completo en las fuerzas armadas de cualquier país o coalición de países,
- cualquier parte de los cargos por los cuales se pagan beneficios según cualquier otra parte del Plan,
- si un participante se transfiere de la atención de un dentista a otro durante el tratamiento, o si más de un dentista prestan servicios para el mismo procedimiento, el Plan no pagará beneficios mayores que los que habría pagado si el servicio lo hubiese prestado un solo dentista,
- transporte hacia el tratamiento y desde este,
- gastos en los que se incurra por citas canceladas,
- cargos por llenar informes o por proporcionar registros,
- cualquier procedimiento que no esté incluido en el Programa de servicios dentales cubiertos para el Delta Dental PPO Plan.

## Coordinación de beneficios dentales

- Cuando la cobertura de Delta Dental es la principal, Delta paga los beneficios bajo este Plan como si no hubiera ninguna otra cobertura.
- Cuando Delta Dental es la aseguradora secundaria, y existen gastos restantes del tipo permitido bajo este Plan, Delta Dental solo pagará el monto por el cual los beneficios bajo este Plan exceden la cantidad de beneficios pagaderos bajo el otro programa.

Se acatarán las siguientes normas para establecer el orden en la determinación de la responsabilidad de este Plan o cualquier otro programa:

1. El programa que cubra al inscrito como empleado determinará sus beneficios antes que el programa que cubra al inscrito como un dependiente.
2. El programa que cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuyo cumpleaños corresponda antes en el año calendario determinará sus beneficios antes que el programa que cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuyo cumpleaños corresponda más adelante en el año calendario. Si ambos empleados tienen la misma fecha de cumpleaños, el programa que cubra al empleado por el período más prolongado será el principal con respecto al programa que cubre al empleado por el período más corto.

Si el otro programa no cuenta con la norma señalada en el párrafo anterior, pero en lugar de ello tiene una norma basada en el sexo del empleado, la norma del otro plan determinará el orden de los beneficios.

3. El programa que cubra al inscrito que tenga custodia del dependiente determinará primero sus beneficios; luego el programa del cónyuge del progenitor con custodia del dependiente; y finalmente, el programa del progenitor que no tenga custodia del dependiente. Sin embargo, si los términos específicos de una orden judicial señalan que uno de los progenitores es responsable de los gastos de atención médica del dependiente, se consideran en primer lugar los beneficios de dicho programa. La oración anterior no se aplicará con respecto a cualquier período durante el cual se hayan pagado o suministrado los beneficios antes que el programa tenga conocimiento real de la orden judicial.

4. El programa que cubra al inscrito como empleado o como dependiente de un empleado determinará sus beneficios antes del programa que cubra al inscrito como empleado retirado o despedido o como dependiente de dicha persona. Si el otro plan no tiene una norma con respecto a los empleados retirados o despedidos y, como resultado de ello, cada plan determina sus beneficios luego del otro, entonces no se aplicará lo dispuesto en el presente párrafo.

5. Si el otro programa no tiene una norma que establezca el mismo orden de determinación de la responsabilidad para los beneficios o es uno que sea “adicional” o siempre “secundario”, Delta Dental determinará primero sus

beneficios. Si dicha determinación señala que Delta Dental no debería haber sido el primer programa para determinar sus beneficios, Delta Dental será considerada como que no es la primera para determinar sus beneficios.

6. En las situaciones que no estén descritas en los ítems 1 al 5, el programa bajo el cual el inscrito ha estado inscrito por el mayor período de tiempo determinará primero sus beneficios. Cuando Delta Dental sea la primera para determinar sus beneficios, los beneficios serán pagados sin considerar la cobertura bajo cualquier otro programa. Cuando Delta Dental no sea la primera para determinar sus beneficios, y existan gastos restantes del tipo permitido bajo este programa, Delta Dental solo pagará el monto por el cual los beneficios bajo este plan exceden la cantidad de beneficios pagaderos bajo el otro programa.

7. Cuando un procedimiento dental sea elegible para recibir cobertura conforme a su plan médico/hospitalario y también a su plan dental, su plan médico/hospitalario siempre será el pagador principal.

## Beneficios de cuidado de la vista

Su beneficio de cuidado de la vista es administrado por Davis Vision, el cual mantiene una **red** nacional de proveedores de cuidado de la vista. Si necesita un examen de la vista, lentes correctivos (incluidos los de contacto) o marcos, puede acudir a un **proveedor participante** o a uno no participante. Al usar un **proveedor participante**, puede obtener un examen y anteojos sin costos a su cargo, pero sus opciones de marcos estarán limitadas a la elección del Plan. Si desea marcos y/o lentes que cuesten más que el límite del Plan, usted deberá pagar la diferencia.

Si se atiende con un proveedor no participante, puede obtener hasta \$30 por exámenes de la vista, \$60 por lentes y \$60 por marcos. Usted será responsable de pagar la totalidad de los cargos y se le reembolsará hasta los **montos permitidos**.

No hay beneficios **fuera de la red** para participantes y dependientes menores de 19 años.

Si obtiene lentes de contacto en lugar de lentes y marcos, ya sea de un proveedor participante o no participante, el cargo del examen de ajuste de los lentes de contacto no está cubierto y el reembolso máximo por los lentes de contacto es de \$120.

Si se atiende con un **proveedor participante**, el examen de la vista es gratis. Si utiliza un proveedor no participante, puede obtener hasta \$30 por su examen de la vista. Usted será responsable de pagar todos los cargos que excedan el reembolso máximo.

Dichos beneficios máximos se pagan dentro de cualquier período de 24 meses\*, a partir de la fecha en que incurrió en gastos del cuidado de la vista por primera vez (por lo general un examen de la vista). Por ejemplo, si se realiza un examen de la vista el 1 de septiembre de 2017, tiene hasta el 1 de septiembre de 2019 (siempre y cuando siga siendo elegible para los beneficios del Fondo) para recibir los beneficios citados anteriormente para los lentes y los marcos o lentes de contacto. Ningún beneficio de cuidado de la vista no utilizado se puede transferir ni usar en un período subsiguiente de 24 meses.

Puede tener acceso a sus beneficios del Plan de cuidado de la vista:

- mostrando su tarjeta de Davis Vision a un proveedor de Davis Vision o
- visitando a un proveedor no participante y presentando luego un formulario de reclamación del Plan para el cuidado de la vista a Davis Vision para su reembolso.

Para encontrar a un **proveedor participante**, llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-999-5431.

## Gastos elegibles

El Plan cubre los siguientes gastos de cuidado de la vista:

- exámenes de la vista realizados por un oftalmólogo u optometrista legalmente calificado y acreditado,
- lentes correctivos recetados que usted reciba de un óptico, oftalmólogo u optometrista legalmente calificado y acreditado, y
- marcos.

---

\* Los participantes y los dependientes de 19 años o menos son elegibles para un examen de la vista una vez cada 12 meses.

## Gastos excluidos

La cobertura de cuidado de la vista del Plan no reembolsa ni realiza pagos por gastos en los que se haya incurrido o que resulten de:

- tratamiento o servicios oftalmológicos pagaderos bajo las disposiciones de cualquier otro beneficio del Plan (el tratamiento oftalmológico puede tener cobertura conforme a los beneficios hospitalarios/médicos descritos en las páginas 37 a 48),
- anteojos sin receta médica,
- cargo del examen de ajuste de los lentes de contacto,
- gastos ornamentales, y
- beneficios **fuera de la red** para participantes y dependientes menores de 19 años.

## Beneficios por incapacidad a largo plazo (LTD) (Plan Metropolitan únicamente)

Este Plan le puede brindar un ingreso mensual si queda completamente incapacitado mientras está en un **empleo cubierto**. Esto significa que usted queda incapacitado como resultado de una lesión corporal o enfermedad.

## Elegibilidad

Los beneficios por incapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, "LTD") son sólo para los participantes del Plan Metropolitan. Los cónyuges y los dependientes no son elegibles para este beneficio. Para ser elegible para beneficios de LTD, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Haber quedado completamente incapacitado mientras trabajaba en un **empleo cubierto**. Si se estima que su incapacidad durará más de 12 meses, se puede establecer la incapacidad total presentando una carta de aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social que indique que su caso se revisará cada tres años o más. Si se estima que su incapacidad durará más de 12 meses o menos, puede presentar una Declaración certificadora de incapacidad del **médico**. Si no puede cumplir con uno o más de los requisitos para recibir la concesión del beneficio por incapacidad del Seguro Social por una razón que no esté relacionada con su afección médica o mental, el Fondo podría exigirle que lo examinen **médicos** seleccionados por el Fondo en un examen médico independiente y que se le realice una revisión vocacional para confirmar su incapacidad. La Junta o quien la Junta designe, a su absoluta discreción, tomará todas las determinaciones en cuanto a la incapacidad.

- A partir de la fecha en que usted dejó de trabajar debido a la incapacidad, usted tuvo, al menos, 36 meses consecutivos de elegibilidad para el Plan Metropolitan del Building Service 32BJ Health Fund como resultado de un **empleo cubierto**, y los 36 meses consecutivos de elegibilidad fueron inmediatamente anteriores a la fecha en que usted dejó de trabajar debido a la incapacidad. A los efectos de la elegibilidad, se tendrán en cuenta las licencias aprobadas de hasta seis meses durante las cuales continuó la cobertura de atención médica, por ejemplo, las licencias médicas y familiares (Family and Medical Leave Act, “FMLA”), licencias para ausentarse, incapacidad a corto plazo, la indemnización por accidentes y enfermedades laborales y el arbitraje, durante un período de tres años consecutivos.

Usted no tiene derecho a los beneficios por incapacidad a largo plazo si es elegible para comenzar una pensión de forma normal (por ejemplo, una pensión vitalicia individual si es soltero, o una pensión conjunta y de sobreviviente, si está casado) de \$250 o más al mes del Building Service 32BJ Pension Fund, del 32BJ/Broadway League Pension Fund o de cualquier otro fondo de pensiones que cubra a afiliados de la Local 32BJ (ya sea que usted elija o no comenzar dicha pensión).

### **Monto del beneficio por incapacidad a largo plazo**

El beneficio por incapacidad a largo plazo del Plan pagadero es de \$250 mensuales.

### **Cuándo comienzan los beneficios**

Los beneficios por incapacidad a largo plazo comienzan el primer día del séptimo mes después del último día que trabajó debido a una incapacidad total.

### **Cómo solicitar los beneficios por incapacidad a largo plazo**

Para solicitar los beneficios por incapacidad a largo plazo, debe completar un Formulario de verificación de elegibilidad para incapacidad y presentar un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social o una Declaración certificadora de incapacidad del **médico**. Si se estima que su incapacidad durará más de 12 meses, para recibir los beneficios por incapacidad a largo plazo después del decimosegundo mes de incapacidad, debe presentar un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social. Si no es elegible para la incapacidad del Seguro Social por razones que no son clínicas, debe presentar dicho rechazo. Para obtener una copia de la solicitud de beneficios

por incapacidad a largo plazo, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados tan pronto considere que está incapacitado.

El Fondo se reserva el derecho de volver a certificar su incapacidad. El Fondo también puede exigirle que presente una prueba de que continúa recibiendo los beneficios por incapacidad del Seguro Social. La Junta o quien la Junta designe, a su absoluta discreción, tomará todas las determinaciones en cuanto a la incapacidad.

### **Cuándo terminan los beneficios**

Los beneficios por incapacidad largo plazo terminarán el primer día del mes después de que ocurra cualquiera de las situaciones siguientes, la que ocurra primero:

- vuelve a trabajar en cualquier empleo,
- ya no está totalmente incapacitado,
- ya no recibe beneficios por incapacidad del Seguro Social,
- ha recibido beneficios que cubren desde el séptimo hasta el decimosegundo mes de incapacidad y no ha obtenido un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social,
- si se vuelve elegible para recibir una pensión de forma normal (consulte la página 76 para obtener información) de \$250 o más mensuales, según las disposiciones del Building Service 32BJ Pension Fund, el 32BJ/Broadway League Pension Fund o cualquier otro fondo de pensiones que cubra a afiliados de la Local 32BJ\*,
- cumple 65 años, si su incapacidad empezó antes de su cumpleaños N.º 60, o si recibió su pago mensual de incapacidad a largo plazo N.º 60 y su incapacidad empezó en su cumpleaños número 60 o después,
- el Fondo recibe información que indique que no es elegible para beneficios por incapacidad a largo plazo, o
- usted muere.

---

\* Puede seguir siendo elegible hasta para 30 meses de beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, dentales y de atención de la vista, mientras se lo siga considerando totalmente incapacitado. (Consulte las páginas 91 y 92).

## Lo que no está cubierto

Los beneficios de incapacidad a largo plazo no son pagaderos para incapacidades que resulten directa o indirectamente de:

- el intento de suicidio del participante o lesiones autoinfligidas,
- guerra (declarada o no), insurrección, rebelión civil o participación en un disturbio o conmoción civil, y
- una agresión, lesión o delito cometido por el participante o un intento de cometerlo.

## Beneficios de seguro de vida

### Monto del beneficio

Su cobertura de seguro de vida es administrada por MetLife. El nivel de cobertura depende del Plan con el que está cubierto. Si está cubierto por el Plan Metropolitan, su cobertura de seguro de vida es de \$40,000. Si está cubierto por el Plan Suburban, su cobertura de seguro de vida es de \$25,000. Los beneficios del seguro de vida se le pagan a su beneficiario si usted muere mientras la cobertura está vigente.

### Designación de un beneficiario

Su beneficiario será la persona o personas a quienes usted nombre por escrito en un formulario que se conserva en MetLife. Su beneficiario puede ser cualquier persona que usted elija, y usted puede cambiar la designación de su beneficiario en cualquier momento llenando y presentando un nuevo formulario en MetLife. Puede obtener un formulario de beneficiario de MetLife en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org); una vez allí seleccione la pestaña 32BJ Health Fund y haga clic en los formularios (forms).

Si usted no nombra a un beneficiario, o si éste muere antes que usted y antes de que haya nombrado uno nuevo, su beneficio de seguro de vida se pagará en el siguiente orden:

- 1) su cónyuge, si está vivo,
- 2) sus hijos vivos, en partes iguales,
- 3) sus padres vivos, en partes iguales, y
- 4) a sus sucesores, si no es posible a ninguno de los anteriores.

El Plan no paga beneficios de seguro de vida a un beneficiario designado que esté involucrado de forma alguna en la muerte intencional del participante. En los casos en los que se aplique esta norma, si no se ha designado a un beneficiario que pueda recibir los beneficios, los mismos se pagarán en el orden especificado en la página anterior.

### Extensión del seguro de vida por incapacidad

Si está incapacitado y recibe beneficios conforme al beneficio de incapacidad a corto plazo legal o de la indemnización por accidentes o enfermedades laborales, su seguro de vida continuará durante seis meses desde la fecha de su incapacidad o hasta que ésta termine, lo que ocurra primero. Si es elegible para recibir beneficios por incapacidad a largo plazo en el Plan Metropolitan o para una pensión por incapacidad en el Building Service 32BJ Pension Fund, su seguro de vida continuará hasta que termine su incapacidad o hasta que cumpla 65 años, lo que ocurra primero. En tanto dure esta cobertura extendida, su nivel de beneficios se mantendrá exactamente al mismo nivel que estaba cuando quedó incapacitado.

El Fondo se reserva el derecho de volver a certificar la incapacidad según se describe en la página 77. Si muere antes de presentar un comprobante de su incapacidad, su beneficiario debe proporcionar un certificado de defunción y un comprobante de incapacidad total *en un plazo de 90 días* después de su muerte.

El aviso de aprobación o rechazo de beneficios se enviará a su beneficiario designado por escrito. (Consulte las páginas 93 a 102 para obtener información sobre cómo apelar una reclamación rechazada).

### Cuándo termina la cobertura

La cobertura del seguro de vida termina 30 días después de finalizar su **empleo cubierto** con excepción de lo estipulado anteriormente o si usted tiene una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 19 y 20). El seguro de vida también termina si cancela su cobertura en virtud de este Plan debido a la elegibilidad para Medicare. (Consulte las páginas 18 y 105). Consulte la página 120 para obtener información acerca de cómo convertir su póliza de seguro de vida colectiva en una de seguro de vida individual.

## Beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)

El seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (Accidental Death & Dismemberment, "AD&D"), administrado por MetLife, se aplica a accidentes dentro y fuera del trabajo, así como dentro y fuera del hogar. No es igual que el seguro de indemnización por accidentes o enfermedades laborales, que sólo lo cubre en el trabajo. Usted es elegible mientras permanezca en un **empleo cubierto** y durante 30 días después de que su **empleo cubierto** termine. Su beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales es adicional a su seguro de vida y es pagadero si muere o pierde una extremidad a causa de un accidente *en un plazo de 90 días* posteriores a ese accidente.

### Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)

Si pierde la vida en un accidente, o ambas manos o extremidades por encima de la muñeca, o ambos pies o extremidades por encima del tobillo, o la vista en ambos ojos, o cualquier combinación de mano, pie y vista en un ojo, el beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero es de \$40,000 si está cubierto con el Plan Metropolitan y \$25,000 si está cubierto con el Plan Suburban. Si pierde una mano o extremidad por encima de la muñeca, o un pie o extremidad por encima del tobillo, o la vista en un ojo, el beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero es \$20,000 si está cubierto con el Plan Metropolitan y \$12,500 si está cubierto con el Plan Suburban.

La "pérdida" de una mano o pie significa el corte real y completo por encima de la articulación de la muñeca o del tobillo. La pérdida de la vista significa la pérdida completa e irreversible de la vista.

Los beneficios por muerte accidental se pagarán a su beneficiario. Los beneficios por cualquier otra pérdida se le pagarán a usted.

Para todas las pérdidas cubiertas provocadas por todas las lesiones que se sufra en un mismo accidente, se pagará un solo monto completo.

Comuníquese con MetLife para reclamar los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales.

### Lo que no está cubierto

No se pagarán beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales por lesiones que resulten de cualquiera de las siguientes causas:

- enfermedad o dolencia física o mental, o el diagnóstico o tratamiento de dicha enfermedad o dolencia física o mental,

- infección que no se haya producido en una herida accidental externa,
- suicidio o intento de suicidio,
- lesión autoinfligida de forma intencional,
- servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional, excepto por la Guardia Nacional de los Estados Unidos,
- cualquier incidente relacionado con un viaje en una aeronave como piloto, miembro de la tripulación, estudiante de vuelo o mientras desempeñaba cualquier función que no sea la de pasajero; paracaidismo u otro tipo de descenso desde una aeronave, excepto por motivos de supervivencia; viaje en una aeronave o dispositivo utilizado para pruebas o fines experimentales; al mando o para cualquier autoridad militar; o diseñado para viajar más allá de la atmósfera de la tierra,
- la perpetración o intento de perpetrar un delito,
- el consumo o la utilización voluntaria por cualquier medio de cualquier tipo de droga, medicamento o tranquilizante, a menos que se tome o utilice según lo recetó un **médico**, o una droga, medicamento o tranquilizante de "venta libre" tomado según se recetó; alcohol en combinación con cualquier droga, medicamento o tranquilizante; o veneno, gas, o vapores,
- guerra, ya sea declarada o no, o acto de guerra, insurrección, rebelión o disturbio, o,
- si la parte lesionada estaba intoxicada al momento del incidente y operaba un vehículo u otro dispositivo involucrado en el incidente. "Intoxicada" significa que el nivel de alcohol en la sangre de la persona lesionada era igual o superior al nivel que crea una presunción jurídica de intoxicación según las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el incidente.

### Cuándo termina la cobertura

La cobertura del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales termina 30 días después de que termine su empleo. El seguro de muerte y mutilación accidentales también termina si cancela su cobertura en virtud de este Plan debido a la elegibilidad para Medicare. (Consulte la página 18 y la página 105). Del mismo modo que su seguro de vida, su cobertura en caso de muerte y mutilación accidentales puede continuar por hasta seis meses mientras tenga una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 19 y 20).

## Beneficios por muerte para pensionados

Si es un pensionado que recibe una pensión del Fondo de pensiones 32BJ, tiene derecho a un beneficio por muerte de \$1,000. Sin embargo, si es elegible para recibir cobertura de seguro de vida de este Plan, este beneficio por muerte de \$1,000 no es pagadero.

Su beneficiario será la persona o personas a quienes usted nombre por escrito en un formulario de reclamación que se conserva en el Departamento de Servicios de Retiro. Su beneficiario puede ser cualquier persona que usted elija, y usted puede cambiar la designación de su beneficiario en cualquier momento llenando y presentando un nuevo formulario en el Departamento de Servicios de Retiro.

Si usted no nombra a un beneficiario, o si éste muere antes que usted y antes de que haya nombrado uno nuevo, su beneficio por muerte del pensionado se pagará en el siguiente orden:

- 1) su cónyuge, si está vivo,
- 2) sus hijos vivos, en partes iguales,
- 3) sus padres vivos, en partes iguales, y
- 4) a sus sucesores, si no es posible a ninguno de los anteriores.

El Plan no paga este beneficio a nadie que esté involucrado de forma alguna en la muerte intencional del participante. En los casos en los que se aplique esta norma, si no se ha designado un beneficiario que pueda recibir los beneficios, los mismos se pagarán en el orden indicado anteriormente.

## Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

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

## Reclamaciones de beneficios

Una reclamación de beneficios es una solicitud de beneficios del Plan que se realiza de acuerdo con los procedimientos de reclamaciones del Plan. Tenga en cuenta que lo siguiente **no** se considera reclamaciones de beneficios:

- preguntas acerca de las disposiciones del Plan o la elegibilidad que no se relacionan con ninguna reclamación de beneficios específico,
- una solicitud de aprobación previa de un beneficio que no requiere aprobación previa del Plan, y
- la presentación de una receta médica que se debe surtir en una farmacia que es parte de la **red** de CVS Caremark de farmacias participantes.

Sin embargo, si cree que su receta no se surtió en una farmacia participante de acuerdo con los términos del Plan, total o parcialmente, puede presentar una reclamación usando los procedimientos descritos en las siguientes páginas.

### Presentación de reclamaciones de beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias

Si se atiende con proveedores **dentro de la red** no necesita presentar reclamaciones. Los proveedores lo harán por usted. Si se atiende con proveedores **fuera de la red**, éstos son algunos pasos que debe tomar para asegurarse de que su reclamación de beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias se procese de manera precisa y a tiempo:

- **Presente reclamaciones lo antes posible y nunca después de 180 días desde la fecha del servicio.** Consulte la tabla en la página 87 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. Las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha de servicio se rechazarán.
- Llene toda la información solicitada en el formulario.
- Presente todas las reclamaciones en inglés o con una traducción al inglés. Las reclamaciones que no estén en inglés no se procesarán y se le devolverán.
- Adjunte facturas o recibos originales. No se aceptarán fotocopias.
- Si tiene otra cobertura y Empire es el pagador secundario, presente el original o la copia de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, "EOB") del pagador principal con su factura detallada. (Consulte la sección Coordinación de beneficios en las páginas 103 a 106).
- Conserve una copia de su formulario de reclamación y de todos los documentos adjuntos para sus registros.

### Presentación de reclamaciones de beneficios de farmacia

Si usa farmacias participantes o la farmacia de pedido por correo, no necesita presentar reclamaciones. Las farmacias participantes o la de pedidos por correo lo harán por usted. Si usa una farmacia **fuera de la red**, debe presentar una reclamación de beneficios. Consulte la tabla en la página 87 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. **Las reclamaciones de beneficios de farmacia se deben presentar lo antes posible, y nunca después de transcurridos más de 180 días después de la fecha en que se surtió la receta. Las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha de servicio se rechazarán.**

Si tiene otra cobertura y CVS Caremark es el pagador secundario, presente el original o la copia de la Explicación de beneficios del pagador principal con su factura detallada. (Consulte la sección Coordinación de beneficios en las páginas 103 a 106).

### Presentación de reclamaciones de atención dental

Cuando acude a un **proveedor participante de Delta Dental**, éste presentará por usted todas las reclamaciones directamente ante Delta Dental, el administrador de la cobertura dental del Plan. Delta Dental les pagará a sus proveedores participantes directamente.

Debe presentar una reclamación cuando reciba atención de dentistas u otros proveedores o centros fuera de la **red** de proveedores de servicios dentales participantes del Plan. Puede obtener un formulario de reclamación visitando el sitio web de Delta Dental en [www.deltadentalins.com/32BJ](http://www.deltadentalins.com/32BJ). Esto es lo que necesita saber para presentar una reclamación de atención dental cuando no se atiende con un proveedor dental participante:

- Sólo se aceptará para su revisión un formulario de reclamación completamente lleno o un plan de tratamiento aprobado.
- La reclamación debe ir acompañada de toda la información de diagnóstico necesaria.
- Cuando usted es el paciente, su firma original o su firma archivada es aceptable en todas las reclamaciones de pago. Si el paciente es un niño, se aceptará una firma original o la firma archivada del padre, madre o tutor del niño.
- **Delta Dental debe recibir todas las reclamaciones en un plazo de 180 días después de prestados los servicios.**
- Usted recibirá el pago de todos los servicios recibidos de un proveedor de servicios dentales no participante. Es su responsabilidad pagarle al dentista directamente por los servicios recibidos de un dentista no participante. El Plan no le asignará beneficios para atenderse con un proveedor de servicios dentales no participante.

El Plan se reserva el derecho de retener el pago o solicitar reembolso a los proveedores o participantes por servicios que no cumplan las normas aceptables, según lo determinen sus asesores o personal profesional.

### Presentación de reclamaciones de beneficios de cuidado de la vista

Si se atiende con proveedores de cuidado de la vista participantes, no necesita presentar reclamaciones. Los proveedores lo harán por usted. Si no se atiende con un proveedor de cuidado de la vista participante, deberá presentar una reclamación de cuidado de la vista ante Davis Vision para el reembolso de los gastos elegibles. Consulte la tabla en la página 87 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. Puede obtener un formulario de reclamación de cuidado de la vista en el Centro de servicios para afiliados. **Las reclamaciones de cuidado de la vista se deben presentar lo antes posible, y nunca después de transcurridos más de 180 días después de la fecha del servicio. Las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha de servicio se rechazarán.**

### Presentación de reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (LTD)

Para presentar una reclamación de beneficios por incapacidad a largo plazo, debe llenar un formulario de verificación de elegibilidad por incapacidad y una Declaración certificadora de incapacidad del médico. Se puede presentar un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social en lugar de una Declaración certificadora de incapacidad del médico. Si se estima que su incapacidad durará más de 12 meses, debe presentar un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social.

Si no puede cumplir con uno o más de los requisitos para recibir la concesión del beneficio por incapacidad del Seguro Social por una razón que no esté relacionada con su afección médica o mental/del comportamiento, el Fondo podría exigirle que lo examinen **médicos** seleccionados por el Fondo en un examen médico independiente y que se le realice una revisión vocacional para confirmar su incapacidad. La Junta o quien la Junta designe, a su absoluta discreción, tomará todas las determinaciones en cuanto a la incapacidad.

Para solicitar los beneficios, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados tan pronto crea que está incapacitado y presente un comprobante de su incapacidad (Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social) junto con el Formulario de verificación de elegibilidad por incapacidad.

## Presentación de una reclamación del beneficio por muerte del pensionado

Para presentar una reclamación del beneficio por muerte de un pensionado, su beneficiario debe llenar un formulario de reclamación y presentar una copia certificada de su certificado de defunción. Para obtener un formulario de reclamación, póngase en contacto con el Centro de servicios para afiliados. **Una reclamación del beneficio por muerte del pensionado se debe presentar lo antes posible después de la muerte del pensionado.**

## Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)

Para presentar una reclamación del beneficio de seguro de vida, su beneficiario debe llenar un formulario de reclamación y presentar una copia certificada de su certificado de defunción. **Una reclamación de beneficios del seguro de vida se debe presentar lo antes posible después de la muerte del participante.**

Para presentar una reclamación del beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales, debe llenar el formulario de reclamación correspondiente. En caso de muerte, su beneficiario debe presentar una copia certificada de su certificado de defunción junto con un formulario de reclamación lleno. **Se debe presentar una reclamación del beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales en un plazo de 90 días después de ocurrida la pérdida.**

Puede conseguir formularios de reclamación de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales comunicándose con MetLife.

## Adónde enviar los formularios de reclamaciones

Beneficio	Dirección de presentación
Hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias ( <b>fuera de la red</b> únicamente; no se necesitan formularios de reclamación para atención <b>dentro de la red</b> )	Empire BlueCross BlueShield P.O. Box 1407 Church Street Station New York, NY 10008-1407  Attn: Institutional Claims Department (para reclamaciones hospitalarias); o bien, Attn: Medical Claims Department (para reclamaciones médicas, de profesionales o de ambulancia)
De farmacia (solamente proveedores no participantes; no se necesitan formularios de reclamación para <b>proveedores participantes</b> )	CVS Caremark Claims Department P.O. Box 52136 Phoenix, AZ 85072-2136
De atención dental (solamente proveedores no participantes; no se necesitan formularios de reclamación para <b>proveedores participantes</b> )	Delta Dental P.O. Box 2105 Mechanicsburg, PA 17055-2105
De cuidado de la vista (solamente proveedores no participantes; no se necesitan formularios de reclamación para <b>proveedores participantes</b> )	Davis Vision Vision Care Processing Unit P.O. Box 1525 Latham, NY 12110
Incapacidad a largo plazo (Plan Metropolitan únicamente)	Building Service 32BJ Benefit Funds Attn: Department of Eligibility 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676
Beneficio por muerte para pensionados	Building Service 32BJ Benefit Funds Attn: Retirement Services 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676
Seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100

## Aprobación y rechazo de reclamaciones

Hay diferentes procesos de aprobación y rechazo de reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias), reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de la vista), reclamaciones de beneficios de incapacidad a largo plazo, reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado y reclamaciones del seguro de vida o seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Estos procesos se describen por separado en las siguientes páginas. Lea esta información para asegurarse de que esté completamente al tanto de estos procesos y de lo que debe hacer para cumplir los procedimientos.

## **Reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias) y reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de la vista)**

Los plazos para decidir si las reclamaciones de servicios de salud y servicios de salud auxiliares se aceptan o rechazan dependen de si su reclamación es anterior al servicio, de atención urgente, simultánea al servicio o posterior al servicio.

- *Reclamaciones anteriores al servicio.* Ésta es una reclamación de un beneficio para el cual el Plan exige aprobación del beneficio (total o parcial) antes de obtener atención médica. Se exige aprobación previa de servicios para beneficios de hospitalización para pacientes internados (consulte las páginas 11, 12, 33, 34, 37 y 38), ciertos beneficios hospitalarios ambulatorios (consulte las páginas 11, 12, 33 y 39), beneficios de servicios de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias (consulte las páginas 11, 12, 33, 34 y 42) y para ciertos beneficios dentales (consulte la página 64). Para reclamaciones anteriores al servicio presentadas adecuadamente, se le informará de la decisión a usted y/o a su **médico** o a su dentista *en un plazo de 15 días* después de recibir el aviso de reclamación, a menos que se necesite tiempo adicional. El plazo de respuesta se puede extender hasta *15 días* si es necesario, debido a motivos que están fuera del control del revisor de las reclamaciones. Se le informarán las circunstancias que hagan necesaria esta extensión del plazo, y la fecha para la cual se espera una decisión.

Si presenta una reclamación anterior al servicio de manera incorrecta, se le informará lo antes posible de los procedimientos correctos que se deben seguir para volver a presentar la reclamación, a más tardar *cinco días* después de la recepción de la reclamación. Sólo recibirá un aviso de una reclamación anterior al servicio presentado de manera incorrecta si éste incluye:

- su nombre,
- su dirección actual,
- su enfermedad específica o síntoma, y
- un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se requiere aprobación.

A menos que la reclamación se vuelva a presentar correctamente, no constituirá una reclamación. Si se necesita una extensión debido a que se

requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted y/o su **médico** tendrán *45 días* después de la recepción de la notificación para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación.

Durante el período en que se le permita proporcionar información adicional, se postergará el período normal para tomar la decisión sobre la reclamación. El plazo se posterga desde la fecha del aviso de extensión durante *45 días* o hasta la fecha en que el revisor de la reclamación reciba su respuesta a la solicitud (lo que ocurra antes). El revisor de la reclamación entonces tendrá *15 días* para tomar una decisión sobre una reclamación anterior al servicio y le notificará de la determinación.

- *Reclamaciones de atención urgente.* Ésta es una reclamación de atención o tratamiento médico en la que, de aplicarse los plazos para tomar determinaciones sobre reclamaciones anteriores al servicio, se vería amenazada su vida, salud o capacidad de recuperar su función máxima, o, en la opinión de un **médico**, sufriría un dolor agudo e incontrolable.

Una persona prudente que actúa en nombre del Fondo, con un conocimiento promedio de salud y medicina, es quien deberá determinar si su tratamiento se considera atención urgente o no. Toda reclamación que un **médico** con conocimiento de su enfermedad determine que es una atención urgente se deberá tratar automáticamente como tal.

Si usted (o su representante autorizado)\* presentan una reclamación de atención urgente, se le informará de la determinación de beneficios lo antes posible, tomando en cuenta emergencias médicas, antes de *72 horas* después de la recepción de su reclamación.

Sin embargo, si usted no entrega suficiente información para que el revisor de la reclamación determine si corresponde pagar beneficios, o hasta qué punto corresponde pagarlos, usted recibirá una solicitud de más información *en un plazo de 24 horas*. Entonces tendrá hasta *48 horas*, considerando las circunstancias, para proporcionar

---

\*Un profesional de la salud con conocimiento de su enfermedad o alguien a quien usted haya autorizado puede actuar como representante autorizado en relación con la atención urgente.

la información específica al revisor de reclamaciones. Luego se le notificará la determinación de beneficios en un plazo de 48 horas después:

- de la recepción, por parte del revisor de reclamaciones, de la información especificada; o si es antes,
- del fin del período que se le dio para entregar la información solicitada.

Si no cumple los procedimientos del Plan para presentar una reclamación de atención urgente, se le notificará *en un plazo de 24 horas* a partir del incumplimiento y se le informarán los procedimientos correctos que debe seguir. Esta notificación puede ser verbal, a menos que usted la solicite por escrito. Sólo recibirá una notificación de incumplimiento del procedimiento si su reclamación incluye:

- su nombre,
- su enfermedad específica o síntoma, y
- un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se solicita aprobación.
- *Reclamaciones de atención simultáneas.* Ésta es una reclamación que se reconsidera después de que se ha otorgado una aprobación inicial y que lleva a una reducción, cancelación o extensión de un beneficio. Un ejemplo de este tipo de reclamación es una hospitalización, certificada originalmente para cinco días, que se revisa a los tres días para determinar si son necesarios más días. En este caso, la decisión de reducir o extender el tratamiento se toma mientras dicho tratamiento está en curso.

El revisor de reclamaciones cumplirá cualquier solicitud realizada por un reclamante de extender el tratamiento aprobado *en un plazo de 24 horas* a partir de la recepción de la reclamación, siempre y cuando la reclamación se haya recibido dentro de las *24 horas* antes de que venza el tratamiento aprobado.

- *Reclamaciones posteriores al servicio.* Ésta es una reclamación que se presenta para el pago después de que se han obtenido los servicios de salud y el tratamiento.

Normalmente usted recibirá una decisión en cuanto a su reclamación posterior al servicio *en un plazo de 30 días* a partir de la recepción de la reclamación. Este período se puede extender una vez hasta por *15 días* si es necesario debido a motivos extraordinarios. Si es necesaria una extensión, se le notificará, antes del fin del período inicial de 30 días, de las circunstancias que exigen la extensión del plazo y de la fecha para la cual se tomará la determinación.

Si se necesita una extensión debido a que se requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted tendrá *45 días* desde la recepción de la notificación para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación.

Durante el período en que se le permita proporcionar información adicional, se postergará el período normal para tomar la decisión sobre la reclamación. El plazo se posterga desde la fecha del aviso de extensión durante *45 días* o hasta la fecha en que el revisor de la reclamación reciba su respuesta a la solicitud (lo que ocurra antes). *Dentro de 15 días* después del vencimiento de este período, se le informará de la decisión.

### **Reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (LTD) (Plan Metropolitan únicamente)**

Si usted solicita beneficio por incapacidad a largo plazo, su solicitud será revisada por el Departamento de elegibilidad del Fondo para asegurarse de que usted cumple con los requisitos de elegibilidad para un beneficio de incapacidad a largo plazo. Dichos requisitos son los siguientes:

- debe quedar totalmente incapacitado (según lo demuestra una Declaración certificadora de incapacidad del **médico**, si se estima que su incapacidad durará 12 meses o menos desde el último día que trabajó o un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social, si se estima que su incapacidad durará 12 meses o más desde el último día que trabajó)\*, y
- a partir de la fecha en que usted dejó de trabajar en un **empleo cubierto** debido a la incapacidad, usted tuvo al menos 36 meses consecutivos de elegibilidad para el Plan Metropolitan del Building Service 32BJ Health Fund como resultado de un **empleo cubierto**, y los 36 meses consecutivos de elegibilidad fueron inmediatamente anteriores a la fecha en que usted quedó totalmente incapacitado y dejó de trabajar.

Si se determina que usted no cumple con estos requisitos de incapacidad a largo plazo, el Fondo le proporcionará un aviso de rechazo por escrito que incluirá:

- una descripción de cualquier regla, pauta o norma interna similar en la que se basó el Plan para tomar la decisión o una declaración de que la decisión se basó en una regla, pauta o norma y que se le proporcionará una copia (sin cargo) si así lo solicita,

---

\* Si se estima que su incapacidad durará más de 12 meses, debe solicitar un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social (Social Security Administration, "SSA"). Si se le niegan los beneficios por incapacidad a largo plazo por razones no relacionadas con su estado médico o mental/del comportamiento, los Agentes fiduciarios, o sus delegados autorizados, pueden determinar, a su total y absoluto criterio, según la información presentada o la información obtenida a través de un Examen médico independiente y una Revisión vocacional, que usted quedó totalmente incapacitado mientras trabajaba en un **empleo cubierto**.

- una descripción de cualquier juicio científico o clínico en que se hubiera basado el Plan para tomar la decisión respecto a una incapacidad, y
- el nombre de cualquier experto médico o vocacional a quien el Plan hubiera pedido asesoramiento en relación con su reclamación.

Se suministrará un aviso dentro de *un plazo de 45 días*. Si el Plan determina que es necesaria una extensión de tiempo para procesar su reclamación (debido a circunstancias fuera del control del Plan, como una solicitud incompleta), el período de 45 días se puede extender por hasta *30 días* adicionales y, si aún se necesita tiempo adicional después de terminado ese período, puede haber una extensión más de *30 días* adicionales. Si es necesaria una extensión, será notificado (dentro del período inicial de 45 días) de las circunstancias que requieren dicha extensión y la fecha en la cual se espera que se tome una decisión. El aviso le informará acerca de las normas para obtener el beneficio por incapacidad a largo plazo y los asuntos que estén retrasando la decisión respecto a su reclamación, así como la información adicional que se requiere para resolver esos asuntos.

Si se necesita una extensión debido a que se requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted tendrá *45 días* después de la recepción de la notificación para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación.

Durante el período en que se le permita proporcionar información adicional, se postergará el período normal para tomar la decisión sobre la reclamación. El plazo se posterga desde la fecha del aviso de extensión durante *45 días* o hasta la fecha en que el Fondo reciba su respuesta a la solicitud (lo que ocurra antes). *Dentro de 30 días* después del vencimiento de este período, se le informará de la decisión.

### **Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)**

Si usted o su beneficiario presentan una reclamación de beneficios del seguro de vida o de muerte y mutilación accidentales, MetLife tomará una decisión al respecto y le notificará sobre ésta *en un plazo de 90 días*. Si MetLife necesita una extensión del plazo debido a motivos que están fuera de su control, se le permite un período adicional de *90 días*. MetLife le informará a usted, a su representante autorizado, a su beneficiario o al ejecutor de su sucesión, según sea aplicable, antes del vencimiento del período original de 90 días del motivo para el retraso y de la fecha en que se tomará la decisión. La decisión se tomará dentro del período de extensión de 90 días y MetLife le notificará por escrito.

### **Reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado**

Si su beneficiario presenta una reclamación de beneficios por muerte, el Fondo tomará una decisión al respecto y notificará a su beneficiario *en un plazo de 90 días* desde la recepción de la reclamación. Si el Fondo necesita una extensión del plazo debido a motivos que están fuera de su control, se le permite un período adicional de *90 días*. El Fondo le notificará, antes de cumplirse el período original de 90 días, del motivo del retraso y de cuándo se tomará la decisión. La decisión se tomará dentro del período de extensión de 90 días y el Fondo le notificará por escrito.

### **Aviso de la decisión**

Recibirá un aviso por escrito del rechazo de la reclamación que indicará las razones para el rechazo, si el rechazo es total o parcial y si se toma alguna determinación adversa de beneficios (por ejemplo, el Plan paga menos del 100% de la reclamación). Para reclamaciones de atención urgente y anteriores al servicio, usted recibirá un aviso de la determinación incluso cuando la reclamación se apruebe. El plazo de entrega de este aviso depende del tipo de reclamación, según se describe en las páginas 88 a 93.

### **Apelación de reclamaciones rechazadas**

Una apelación es una solicitud que usted, o su representante autorizado, presentan para que se revise y reconsidere una determinación adversa de beneficios. Para poder designar a alguien como su representante autorizado para presentar una apelación en su nombre, debe presentar una autorización, firmada por usted, que incluya:

- su nombre,
- su número de identificación tal como figura en su tarjeta de Empire, CVS/Caremark, Delta Dental o Davis Vision, según corresponda,
- su fecha de nacimiento,
- su dirección,
- el nombre completo de la parte a la que autoriza para actuar en su nombre,
- la fecha o fechas para las cuales es válida la autorización, y
- una oración que indique claramente que la parte está autorizada a presentar una apelación en su nombre.

Hay diferentes procesos de apelación para reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias), reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de la vista), reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (Plan Metropolitan únicamente), reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado y reclamaciones del seguro de vida o seguro en caso de muerte y mutilación accidentales.

La siguiente tabla proporciona un breve resumen de a quiénes se les debe presentar una apelación y los niveles de apelación disponibles para cada tipo de reclamación rechazada:

Tipo de reclamación rechazada	Apelación en primera instancia	Apelación en segunda instancia
<b>Reclamaciones de servicios de salud</b> (juicio médico)	Empire BlueCross BlueShield	Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, "IRO")
<b>Reclamaciones de servicios de salud</b> (administrativas)	Empire BlueCross BlueShield	Junta de fideicomiso*
<b>Reclamaciones de servicios de salud auxiliares:</b>		
• Farmacia (juicio médico)	CVS Caremark	Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, "IRO")
• Farmacia (administrativas)	CVS Caremark	Junta de fideicomiso*
• Atención dental	Delta Dental	Junta de fideicomiso*
• Cuidado de la vista	Davis Vision	Junta de fideicomiso*
<b>Vida/muerte y mutilación accidentales</b>	MetLife Insurance Company	Junta de fideicomiso*
<b>Incapacidad a largo plazo</b> (Plan Metropolitan únicamente)	Junta de fideicomiso	No corresponde
<b>Beneficio por muerte del pensionado</b>	Junta de fideicomiso	No corresponde

\*Esta instancia de apelación es voluntaria.

## Presentación de una apelación

Para todos los tipos de reclamaciones, tiene *180 días* a partir de la fecha de la carta de aviso inicial sobre el rechazo de la reclamación para presentar una apelación de primera instancia después del aviso de una reclamación rechazada.

**Su apelación voluntaria debe incluir su número de identificación, las fechas en que se prestó el servicio en cuestión y cualquier información relevante que apoye su apelación.**

Si presenta una apelación, se le proporcionará, sin costo, acceso a todos los documentos, registros u otra información relacionada con su apelación, o bien copias de ellos (lo que incluye, en el caso de una determinación de incapacidad, la identidad de cualquier experto médico o vocacional a quien el revisor de reclamaciones haya pedido asesoramiento en relación con la decisión de rechazar su solicitud).

Un documento, registro o información es relevante para la revisión si corresponde a cualquiera de las siguientes categorías:

- el revisor de reclamaciones se basó en ello para tomar la decisión,
- se presentó, se consideró o se generó durante la toma de la decisión (ya sea que la decisión se haya basado en ello o no),
- demuestra que cumple con los procesos administrativos del revisor de reclamaciones para garantizar la toma de decisiones coherente,
- constituye una declaración de la póliza del Plan acerca del servicio o tratamiento rechazado.

Usted (o su representante autorizado) puede presentar asuntos, comentarios, documentos u otra información relacionada con la apelación (sin importar si ésta fue presentada con su reclamación original).

**Si usted no solicita la revisión de una reclamación rechazada en un plazo de 180 días desde la fecha del rechazo, renunciará a su derecho de revisión del rechazo.** Debe presentar una apelación ante la parte correspondiente y seguir todo el proceso antes de poder entablar una demanda en los tribunales. Si no lo hace, puede que se vea impedido de utilizar los recursos legales.

## Dónde presentar una apelación de primera instancia

Beneficio	Escriba a:	O llame al
Beneficios hospitalarios Beneficios médicos Beneficios de salud mental/del comportamiento Beneficios de abuso de sustancias	Empire BlueCross BlueShield P.O. Box 1407 Church Street Station New York, NY 10008-1407	1-866-316-3394
De farmacia	Prescription Claims Appeals CVS Caremark P.O. Box 52084 Phoenix, AZ 85072-2084 Fax: 1-866-443-1172	Sólo se aceptan apelaciones por escrito*
Cuidado de la vista	Davis Vision, P.O. Box 791 Latham, NY 12110	Sólo se aceptan apelaciones por escrito
Atención dental	Delta Dental One Delta Drive Mechanicsburg, PA 17055  Attn: Professional Services	Sólo se aceptan apelaciones por escrito**
Incapacidad a largo plazo (Plan Metropolitan únicamente)	Board of Trustees' Appeals Committee*** c/o Building Service 32BJ Health Fund 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676	Sólo se aceptan apelaciones por escrito
Beneficio por muerte para pensionados	Board of Trustees' Appeals Committee*** c/o Building Service 32BJ Pension Fund 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676	Sólo se aceptan apelaciones por escrito
Seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100 Fax: 1-570-558-8645	Sólo se aceptan apelaciones por escrito

\* Se puede presentar una apelación en forma verbal por una reclamación de atención clínica urgente llamando al Servicio de atención al cliente de CVS Caremark al 1-877-765-6294 o su **médico** puede llamar al 1-800-294-5979.

\*\* Se puede presentar una apelación en forma verbal por una reclamación de atención dental urgente llamando a Delta Dental al 1-800-589-4627.

\*\*\*Puede comparecer en persona a la reunión del Comité de Apelaciones, pero no es necesario. Si no asiste, el Comité de Apelaciones tomará una decisión sobre su apelación basándose en todos los materiales que envió.

## Plazos para las decisiones sobre apelaciones

El plazo dentro del cual se tomará una decisión sobre una apelación depende del tipo de reclamación por el cual se presentó una apelación.

### Apelaciones expeditivas por reclamaciones de atención urgente

Si su reclamación incluye atención urgente para servicios de salud (beneficios médicos, hospitalarios, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias) o beneficios de ciertos servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia o dentales), puede presentar una apelación expeditiva si su proveedor cree que se necesita una apelación inmediata debido a que un retraso en el tratamiento representaría una amenaza grave o inminente a su salud o capacidad para recuperar su función máxima, o bien, lo sometería a un dolor agudo que no podría controlarse de manera adecuada sin la atención o tratamiento al que se refiere la reclamación. Esta apelación puede presentarse por escrito o verbalmente. Puede tratar la determinación del revisor e intercambiar cualquier información necesaria por teléfono, por fax o por medio de cualquier otra forma rápida de intercambio. Recibirá una respuesta *en un plazo de 72 horas*.

### Apelación de reclamaciones anteriores o simultáneas al servicio para servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia, dentales o de la vista)

Si presenta una apelación por una reclamación anterior al servicio (cuando todavía no se recibe este) o una atención simultánea al servicio (mientras se recibe el servicio) que no incluye atención urgente, se tomará una decisión y se le notificará *en un plazo de 30 días*. Se dará curso a una apelación por el cese o reducción de un beneficio aprobado anteriormente lo antes posible, pero en todo caso antes del cese o reducción del beneficio.

## **Apelación de reclamaciones posteriores al servicio para servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (servicios de farmacia, dentales o de la vista)**

Si presenta una apelación por una reclamación posterior al servicio, se tomará una decisión y se le notificará *en un plazo de 60 días*.

### **Solicitud de apelación expeditiva**

Puede solicitar que el proceso de apelación sea expeditivo si (1) los plazos de este proceso ponen en riesgo grave su vida, salud o capacidad para recuperar su función máxima o si, según la opinión de su **médico**, lo someterían a un dolor agudo que no podría controlarse sin los servicios o medicamentos solicitados, o (2) su apelación implica la no autorización de una admisión o la continuación de la hospitalización de un paciente internado. El revisor **médico** de Empire o el especialista médico independiente de CVS Caremark, en colaboración con el **médico** que lo trata, decidirán si es necesaria una apelación expeditiva. Cuando una apelación clínica es expeditiva, Empire o CVS Caremark responderán con una decisión en forma verbal *dentro de las 72 horas* y también le enviarán un aviso por escrito de la decisión.

### **Apelación de segunda instancia para reclamaciones que involucran juicio médico**

#### **Reclamaciones de servicios de salud (médicos, hospitalarios, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias) y reclamaciones de farmacia**

**Reclamaciones de servicios de salud.** Si no está totalmente satisfecho con la decisión de la apelación en primera instancia de Empire respecto de una reclamación que involucró juicio médico, puede solicitar que se envíe la apelación a una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, "IRO") para ser revisada. La IRO está compuesta por personas que no trabajan para Empire ni para sus filiales. Una decisión de presentar una apelación a una IRO no afectará sus derechos a otros beneficios del Plan.

No hay cargo por este proceso de revisión independiente. El Plan acatará la decisión de la IRO. Para solicitar una derivación a una IRO, el motivo del rechazo se debe basar en el juicio médico o en la determinación de idoneidad clínica de Empire. Como se indicó anteriormente, "juicio médico" significa una determinación basada en, entre otros, los requisitos del plan para necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o efectividad

de un beneficio cubierto o una determinación de si un tratamiento es experimental o investigativo.<sup>19</sup> Las exclusiones o los límites administrativos, de cobertura de beneficios o elegibilidad no son elegibles para la revisión de la IRO.

Para solicitar una revisión, debe notificarle a Empire *dentro de los cuatro meses* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación en primera instancia de Empire. Empire le enviará el archivo a la IRO. La IRO proporcionará un aviso por escrito de la decisión *dentro de los 45 días*.

Cuando se solicite, y si un retraso pudiera perjudicar su afección médica, según lo determine el revisor **médico** de Empire, o si de su apelación depende una hospitalización, la disponibilidad de atención, la continuación de una hospitalización o un artículo o servicio de atención médica para el cual recibió servicios de **emergencia**, pero no ha recibido aún el alta del centro, la revisión de la IRO se completará *dentro de las 72 horas*.

**Reclamaciones de farmacia.** Si no está completamente satisfecho con la revisión de la apelación en primera instancia de CVS Caremark de una reclamación que involucró juicio médico, puede solicitar que se envíe la apelación a una IRO para ser revisada. La IRO está compuesta por personas que no trabajan para CVS Caremark ni para sus filiales. Una decisión de presentar una apelación a una IRO no afectará sus derechos a otros beneficios del Plan.

No hay cargo por este proceso de revisión independiente. CVS Caremark acatará la decisión de la IRO. Para solicitar una derivación a una IRO, el motivo del rechazo se debe basar en el juicio médico o en la determinación de idoneidad clínica de CVS Caremark. Como se indicó anteriormente, "juicio médico" significa una determinación basada en, entre otros, los requisitos del Plan para necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o efectividad de un beneficio cubierto o una determinación de si un tratamiento es experimental o investigativo. Las exclusiones o los límites administrativos, de cobertura de beneficios o elegibilidad no son elegibles para la revisión de la IRO.

Para solicitar una revisión, debe notificarle a CVS Caremark *dentro un plazo de cuatro meses* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la revisión de la apelación en primera instancia de CVS Caremark. CVS Caremark le enviará el archivo a la IRO. La IRO proporcionará un aviso por escrito de la decisión *dentro de los 45 días*.

---

Consulte la nota al pie 19 en la página 137.

Cuando se solicite, y si un retraso pudiera perjudicar su afección médica, según lo determine el especialista médico independiente de CVS Caremark, la revisión de la IRO se completará *dentro de las 72 horas*.

## Instancia voluntaria de apelación

### Reclamaciones administrativas de servicios de salud y de farmacia, de servicios de salud auxiliares (beneficios dentales y de la vista) y de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales

Una vez que recibe oportunamente\* el aviso del rechazo de la apelación en primera instancia de una reclamación administrativa\*\* de servicios de salud y de farmacia o la apelación en primera instancia de servicios de salud auxiliares (beneficios dentales y de la vista) o una reclamación de un seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, ha agotado todas las opciones requeridas de apelaciones internas. Tenga en cuenta que no existen apelaciones expeditivas para reclamaciones posteriores al servicio en el procedimiento de apelaciones voluntarias.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede iniciar una acción civil de acuerdo con la Sección 502(a) de la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act of 1974, "ERISA"). Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación obligatorio y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que los plazos descritos en la SPD hayan transcurrido adecuadamente desde que presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o aviso de que se necesita una extensión del plazo para llegar a ésta. **Además, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en la cual se rechazó la apelación correspondiente.** Como alternativa puede presentar una apelación voluntaria ante el Comité de Apelaciones de la Junta de fideicomiso. Se tendrá que presentar esta apelación voluntaria *dentro de un plazo de 180 días* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación que le envió el revisor correspondiente, según figura en la tabla de la sección Apelación de reclamaciones rechazadas.

\* El Comité de Apelaciones no atiende apelaciones voluntarias de reclamaciones para las apelaciones obligatorias que no se presentaron a tiempo ante el revisor de apelaciones correspondiente. Si el revisor de apelaciones rechaza su apelación por no haberla presentado a tiempo, no hay apelación voluntaria al Comité de Apelaciones de la Junta de fideicomiso.

\*\*Una reclamación administrativa de servicios de salud o farmacia es aquella que no involucró juicio médico. Una reclamación administrativa puede incluir, por ejemplo, una reclamación por un beneficio que excedió el límite del plan o por un medicamento o servicio que no era un medicamento o **servicio cubierto**.

La instancia voluntaria de apelación está disponible solo después de que usted (o su representante) haya cumplido el proceso de apelación obligatoria correspondiente que exige el Plan, como se describió anteriormente. Esta instancia de apelación es *completamente voluntaria*, es decir, no la exige el Plan y sólo está disponible si usted (o su representante) lo solicita. El Plan no declarará la falta de agotamiento de los recursos administrativos en caso de que usted o su representante autorizado elijan presentar una reclamación en los tribunales en vez de hacerlo por medio de la instancia voluntaria de apelación. El Plan no le impondrá (ni a usted ni a su representante) honorarios ni costos debido a que usted o su representante autorizado escoja invocar el proceso voluntario de apelación. Su decisión de presentar o no una controversia por beneficios en la instancia voluntaria de apelación no tendrá efecto sobre sus derechos a cualquier otro beneficio cubierto por el Plan. Si lo solicita, el Plan le proporcionará (a usted o a su representante) información suficiente para que evalúe con conocimiento de causa la presentación de una reclamación por medio del proceso de apelación voluntaria, lo que incluye su derecho de representación.

Su apelación voluntaria debe incluir su número de identificación, las fechas en que se prestó el servicio en cuestión y cualquier información adicional que sustente su apelación. Usted (o su representante autorizado) puede escribir al Comité de Apelaciones a la siguiente dirección:

**Building Service 32BJ Health Fund  
Board of Trustees – Appeals Committee  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-4676**

Si usted (o su representante autorizado) escoge presentar la reclamación en los tribunales después de completar la apelación voluntaria, se suspenderá la ley de prescripción aplicable a su reclamación en los tribunales durante el período del proceso de apelación voluntaria, que son tres años según los términos del Plan.

### Apelación de reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (Plan Metropolitan únicamente) y beneficio por muerte del pensionado

Si presenta una apelación por una reclamación de incapacidad a largo plazo o del beneficio por muerte del pensionado, se tomará una decisión en la próxima

reunión programada regularmente del Comité de Apelaciones, después de recibir su apelación. Sin embargo, si su solicitud se recibe con menos de 30 días de anticipación a la próxima reunión programada regularmente, se revisará su apelación en la segunda reunión después del recibo de ésta. Si existen circunstancias especiales, puede que sea necesario un retraso hasta la tercera reunión programada regularmente después del recibo de su solicitud de revisión. Se le avisará con anticipación y por escrito si es necesaria esta extensión. Una vez que se llegue a una decisión sobre la revisión de su reclamación, se le notificará de ésta lo antes posible, a más tardar *cinco días* después de que se haya tomado la decisión.

### **Aviso de la decisión de la apelación**

Le notificarán por escrito la decisión del Comité de Apelaciones sobre su apelación en un plazo de cinco días después de que se tome la decisión.

### **Acciones posteriores**

Todas las decisiones tomadas en la apelación serán finales y vinculantes para todas las partes, sujetas sólo a su derecho de iniciar una acción civil conforme a la sección 502(a) de la ley ERISA después de haber agotado los procedimientos de apelación del Plan.

Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación obligatoria y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que los plazos descritos en este folleto hayan transcurrido adecuadamente desde que presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o aviso de que se necesita una extensión del plazo para llegar a ésta. **Además, no se debe entablar una demanda más de tres años después de la fecha en la cual se rechazó la apelación correspondiente.** Si no se toma una decisión con respecto a la apelación, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en que el Comité de Apelaciones debería haber tomado una decisión sobre ella.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, comuníquese con la Oficina de cumplimiento. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación o para obtener asistencia, puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration llamando por teléfono al 1-866-444-EBSA (3272) o en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov).

## **Incompetencia**

Si se determina que una persona que tiene derecho a los beneficios del Plan está incapacitada para manejar sus asuntos debido a una enfermedad, accidente o incapacidad, ya sea física o mental, cualquier pago adeudado se debe hacer a otra persona, como un cónyuge o tutor legal. El Fondo decidirá quién tiene derecho a los beneficios en casos como éste.

## **Dirección de correo**

Es importante que notifique al Centro de servicios para afiliados cuando cambie de dirección. Si no podemos localizarlo, el Fondo retendrá cualquier pago de beneficios que le deba, sin intereses, hasta que se pueda realizar el pago. Se considera que no se lo puede ubicar si se devuelve una carta que se le envió por correo de primera clase a su última dirección conocida.

## **Coordinación de beneficios**

Usted o sus dependientes pueden tener cobertura de atención de salud conforme a dos planes. Por ejemplo, su cónyuge puede tener un seguro médico otorgado por el **empleador** o puede estar inscrito en Medicare. Cuando esto sucede, ambos planes coordinarán sus pagos de beneficios de modo que los pagos combinados no excedan los costos permitidos (o costo real, si es menor). Este proceso, conocido como Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, "COB"), establece cuál de los planes paga primero y cuál paga segundo. El plan que paga primero es el plan principal y el que paga segundo es el plan secundario. El plan principal le reembolsará primero y el plan secundario le reembolsará por los gastos restantes hasta el máximo del costo permitido para los **servicios cubiertos**.

El plan utiliza la aplicación del COB de la no duplicación de beneficios. Esto significa que cuando este Plan es el plan secundario, se determina cuánto debería haber pagado si fuera el plan primario y luego se substraen la cantidad que el plan primario pagó por este beneficio. Luego este Plan, el plan secundario, paga la diferencia. Si no hay diferencia, entonces este plan, como plan secundario, no paga nada.

La coordinación de beneficios asegurará que reciba el máximo beneficio permitido por el Plan, al tiempo que probablemente reduzca el costo de los servicios para el Plan. No perderá beneficios a los que tiene derecho según este Plan y puede conseguir beneficios si el otro plan tiene mejor cobertura en alguna área.

Exceptuando las situaciones como Medicare y **TRICARE**, que se describen en la página siguiente, las reglas para determinar cuál es el plan principal son:

- Si el otro plan no tiene una disposición sobre la coordinación de beneficios con respecto al gasto en particular, ese plan siempre es el principal.
- El plan que cubre al paciente como empleado activo es el principal y el que cubre al paciente como dependiente es secundario.
- Si el paciente está cubierto como empleado activo (o como dependiente de un empleado activo) y como cesante que ha sufrido un despido o está retirado, el plan como empleado activo es el principal. Sin embargo, si el otro plan no tiene esta regla y ambos planes no concuerdan en cuanto a cuál de ellos es el principal, no se aplicará esta regla.
- Si el paciente es un hijo dependiente de padres que no están separados o divorciados, el plan que cubre al progenitor cuyo cumpleaños ocurre primero en el calendario (mes y día; no se considera el año de nacimiento) es el principal y paga primero. Si la fecha de cumpleaños de los padres es el mismo día, el plan que ha cubierto a cualquiera de los dos padres por más tiempo es el principal. Si el otro plan no usa esta "regla del cumpleaños", ese plan es el principal a menos que se haya determinado antes el plan principal por alguna de las reglas anteriores.
- Si el paciente es un hijo dependiente de padres que están separados legalmente o divorciados, el plan del padre que tiene la custodia será el principal y el plan del otro padre será el secundario. En caso de que el progenitor que tiene la custodia se haya vuelto a casar, el plan del progenitor (o padrastro/madrastra) que tiene la custodia será el principal y el plan del progenitor que no la tiene será el secundario. Si existe una sentencia judicial que otorga a uno de los padres la responsabilidad financiera por los gastos médicos, el plan de ese padre se convierte en el principal sin importar las otras reglas de este párrafo.
- Si ninguna de las reglas anteriores establece cuál es el plan principal, el plan que haya cubierto al paciente por más tiempo, en forma continua y en el período de cobertura en que se incurrió en el gasto, es el plan principal.

Si tanto usted como su cónyuge participan en este Plan, sus beneficios se coordinan de la misma manera que cualquier otro (es decir, como si usted y su cónyuge estuvieran cubiertos por planes distintos). No recibirá reembolso por más que los costos permitidos para los **servicios cubiertos** y no se le reembolsará por **copagos** solicitados.

### Medicare

- Si usted (o un dependiente) se vuelve elegible para inscribirse en Medicare debido a la edad o a una incapacidad (según las normas aplicadas por el Seguro Social) y usted trabaja en un **empleo cubierto**, usted, o su dependiente, puede mantener o cancelar su cobertura (el cónyuge puede cancelarla cuando cumpla los 65 años) en este Plan. Si usted (o su dependiente) decide tener cobertura de este Plan y de Medicare, este Plan será el principal y Medicare será el secundario siempre que permanezca en un **empleo cubierto**. Si cancela su cobertura conforme a este Plan, no puede volver a elegir este Plan. Además, si cancela su cobertura conforme a este Plan, el Plan no podrá ofrecerle ningún beneficio que pudiera complementar los beneficios de Medicare. Cuando cancela su cobertura conforme a este Plan, se cancela toda la cobertura de beneficio, incluidos los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias, medicamentos con receta, atención dental, cuidado de la vista y seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, e incapacidad a largo plazo.
- Si usted no trabaja en un **empleo cubierto** (por ejemplo, usted se ha retirado de manera adelantada o está recibiendo beneficios por incapacidad a largo plazo) y usted (o un dependiente) es elegible para inscribirse en Medicare debido a una incapacidad o a la edad (según las normas aplicadas por el Seguro Social), Medicare será el plan principal y este Plan será el secundario para cada familiar cubierto que sea elegible para Medicare. Aquellos familiares que no sean elegibles para inscribirse en Medicare continuarán recibiendo cobertura primaria de este Plan.

*Enfermedad renal en etapa terminal.* Para los pacientes cubiertos que sufran de enfermedad renal en etapa terminal, Medicare es el pagador secundario de los beneficios durante los primeros 30 meses de tratamiento. Después de que termine este período de 30 meses, Medicare se convierte en forma permanente en el pagador principal. Tenga en consideración que este Plan pagará como plan secundario después del período de 30 meses aunque usted (o sus dependientes) no se inscriban en la Parte B de Medicare.

**TRICARE.** Si usted, o un dependiente que sea elegible, está cubierto por este Plan y **TRICARE**, este Plan paga primero y **TRICARE** paga segundo.

*Beneficios del seguro sin culpa.* Si una persona cubierta por este Plan tiene una reclamación que incluye un accidente en un vehículo motorizado cubierto por la ley de seguros "sin culpa" de cualquier estado, los gastos de atención de salud deben ser reembolsados primero por la compañía de seguros del seguro sin culpa. Sólo cuando el reclamante ha agotado sus beneficios de atención de salud con la cobertura sin culpa éste tendrá derecho a recibir beneficios de atención de salud conforme a este Plan. Si existen gastos por servicios que están cubiertos por este Plan que la compañía del seguro sin culpa no reembolsó completamente, se pueden reembolsar dichos gastos en este Plan, bajo los máximos aplicables por el Plan y otras disposiciones. Si está cubierto contra la pérdida de ingresos por algún seguro de responsabilidad civil sin culpa para vehículos motorizados, cualquier beneficio disponible por el seguro sin culpa producto de la pérdida de ingresos reducirá los beneficios por incapacidad que paga este Plan.

*Otra cobertura proporcionada por la ley estatal o federal.* Si tiene cobertura de este Plan y de cualquier otro seguro dispuesto por alguna otra ley estatal o federal, este último paga primero y este Plan paga segundo.

*Indemnización por accidentes y enfermedades laborales.* Este Plan no proporciona beneficios por gastos cubiertos por las leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales. Si un **empleador** disputa la aplicación de la Ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales por la enfermedad o lesión por la cual se incurrió en los gastos, el Plan pagará los beneficios, sujeto a su derecho de volver a recuperar esos pagos en caso de que se determine que están cubiertos por la Ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales (para obtener información sobre la subrogación y reembolso de beneficios, consulte las páginas 107 a 110).

## Divulgación de información al Fondo: Fraude

Toda persona que tenga derecho a reclamar beneficios del Plan debe suministrarle al Fondo toda la información necesaria por escrito según se solicite razonablemente con el fin de establecer, mantener y administrar el Plan. El hecho de no cumplir con estas solicitudes en forma oportuna y de buena fe será fundamento suficiente para demorar o rechazar el pago de los beneficios. La Junta será el único juez del nivel de prueba que se exige en cualquier caso y puede adoptar en forma periódica las fórmulas, métodos y procedimientos que considere aconsejables.

La información que le suministra al Fondo, que incluye las declaraciones en cuanto a su edad y estado civil, afectará la determinación de sus beneficios. Si cualquier información que suministra es falsa, o si comete un acto o

práctica que constituye fraude, o tergiversa intencionalmente hechos materiales, es posible que deba indemnizar y devolver al Fondo cualquier pérdida o daño causado por las declaraciones falsas, el fraude o la tergiversación. Además, si se presentó una reclamación para su pago o ésta fue pagada por el Fondo como resultado de declaraciones falsas, fraude o tergiversación, el Fondo puede solicitar el reintegro, decidir formular cargos criminales y tomar cualquier otra medida que considere razonable. Solicitar deliberadamente beneficios para una persona que no es elegible se considera un fraude y podría estar sujeto a procedimientos penales.

La Junta se reserva el derecho de cancelar o rescindir la cobertura del Fondo para cualquier participante o dependiente inscrito que deliberada e intencionalmente se involucre en una actividad que tenga como fin de estafar al Fondo. Si se ha presentado una reclamación para su pago o ésta fue pagada por el Fondo como resultado de declaraciones fraudulentas, como la inscripción de un dependiente que no es elegible para la cobertura, el Fondo puede solicitar el reembolso y formular cargos criminales.

El Fondo evalúa regularmente las reclamaciones para detectar fraudes o declaraciones falsas. Debe avisar al Fondo de cualquier descuento o ajuste de precios que le haga un proveedor. Un proveedor que lo exime de un **copago** o **coseguro**, o se lo devuelve está realizando un arreglo de descuento con usted, a menos que ese proveedor tenga un acuerdo por escrito preaprobado con el Fondo para ese tipo de exención o devolución. Si no está seguro si su proveedor tiene uno de estos acuerdos por escrito preaprobados, puede comunicarse con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para obtener asistencia.

El Fondo calcula el pago de beneficios sobre la base del monto que se cobró realmente, menos cualquier descuento, bonificación, exención o devolución de **copagos** o **deducibles** cuando sea aplicable al plan del afiliado.

## Subrogación y reembolso

Si un tercero u otra fuente realizan pagos relacionados con una enfermedad o lesión para la cual ya se han pagado beneficios cubiertos por el Plan, el Fondo tiene derecho a recuperar el monto de esos beneficios. Se les puede solicitar a usted y a sus dependientes que firmen un acuerdo de reembolso si usted solicita el pago de gastos médicos relacionados con la enfermedad o lesión cubierta por el Plan antes de que haya recibido el monto total que recuperaría por medio de un fallo, un acuerdo, el pago de un seguro u otra fuente. Además, se les puede exigir a usted y a sus dependientes que firmen los documentos necesarios y notifiquen oportunamente al Fondo sobre cualquier acción legal.

Si usted o sus dependientes se lesionan como resultado de negligencia u otros hechos ilícitos, causados por usted, sus dependientes o un tercero, y usted o sus dependientes solicitan a este Fondo beneficios y los reciben, este Fondo tendrá entonces un derecho de retención preferencial sobre el monto total de dichos beneficios en caso que usted recupere cualquier dinero de cualquiera de las partes que haya causado, aportado o agravado las lesiones o de cualquier otra fuente que de otro modo sea responsable por el pago de lo anterior. Este derecho de retención preferencial se aplica en caso de que estos dineros provengan directamente de su propia compañía de seguros, de otra persona o de la compañía de seguros de ésta, o de cualquier otra fuente (lo que incluye, entre otros, a cualquier persona, empresa, entidad, cobertura de motorista no asegurado, cobertura personal complementaria, cobertura de pagos médicos, cobertura del seguro por accidentes y enfermedades laborales, cobertura automotriz sin culpa o cualquier otra póliza o plan de seguro).

Este derecho de retención surge a raíz del funcionamiento del Plan. No se necesita un acuerdo adicional de subrogación o reembolso. El derecho de retención del Fondo es sobre las indemnizaciones que se reciban de cualquier fuente por concepto de cualquier obligación, acuerdo, fallo judicial y/o sentencia.

Todo monto que se reciba de cualquier parte o de cualquier fuente mediante un fallo, acuerdo o de otro modo debe aplicarse primero para satisfacer la obligación de reembolso con el Fondo por el monto de gastos médicos pagados en su beneficio o el de su dependiente. El derecho de retención del Fondo es preferencial para la recuperación completa de los fondos pagados en su beneficio. Cuando la recuperación de un tercero o de cualquier otra fuente sea parcial o incompleta, el derecho a reembolso del Fondo tiene prioridad sobre su derecho o el de su dependiente a la recuperación, sin importar si a usted o a su dependiente se les indemnizó por las lesiones o pérdidas. El Fondo no reconoce y no está limitado por ninguna aplicación de la doctrina de "resarcimiento".

La Junta tiene la facultad discrecional para interpretar cualquier término o disposición vaga o ambigua en favor de los derechos a subrogación o reembolso del Fondo.

Al solicitar y recibir beneficios cubiertos por el Fondo, usted acepta:

- restituir al Fondo el monto total de los beneficios que se les paguen a usted y/o a sus dependientes de las indemnizaciones de cualquier contrato, acuerdo, fallo y/o sentencia, en la medida que lo permita la ley,
- que las indemnizaciones de cualquier contrato, acuerdo, fallo y/o sentencia que reciba de un tercero, de una compañía de seguros o de cualquier otra fuente que se le paguen directamente a usted (o a otra persona o entidad), las retendrá usted (o dicha persona o entidad) en un fideicomiso implícito para el Fondo. (Se aplican las mismas reglas para cualquier otra persona a quien ceda sus derechos.) El beneficiario de dichas indemnizaciones es un fiduciario del Fondo respecto a dichos fondos y está sujeto a las disposiciones y obligaciones fiduciarias de ERISA. El Fondo se reserva el derecho de recuperar los fondos de parte de dicha persona, entidad o fideicomiso y de nombrar a dicha persona, entidad o fideicomiso como acusado en cualquier litigio que se derive de los derechos de subrogación o reembolso del Fondo,
- que cualquier embargo que el Fondo realice no se reducirá por concepto de honorarios de abogados, costas judiciales o desembolsos en que pudiera incurrir usted y/o su abogado en una acción que busque la recuperación de parte de un tercero o de cualquier otra fuente, y estos gastos no pueden usarse para compensar su obligación de restituir el monto total sujeto a embargo al Fondo, y
- que cualquier recuperación no se reducirá producto de la aplicación de la doctrina de fondo común para recuperar los honorarios de abogados, ni estará sujeta a ello.

Recomendamos encarecidamente que, si se lesiona como resultado de la negligencia o hecho ilícito de un tercero, o si las lesiones son el resultado de sus propios actos, o de los actos de sus dependientes, se comunique con su abogado para pedirle asesoría y orientación. Sin embargo, este Fondo no puede pagar y no pagará los honorarios de su abogado. El Fondo no le exige que procure recuperación alguna por parte de un tercero u otra fuente, y si no recibe recuperación alguna, no está obligado de modo alguno a reembolsar al Fondo por ningún beneficio que haya solicitado y se haya aceptado. Sin embargo, en caso de que no procure la reparación de ningún tercero ni de otras fuentes responsables, el Fondo está autorizado para procurar,

demandar, negociar o llegar a un acuerdo (a discreción de la Junta) con respecto a cualquier reclamación en su nombre y usted acepta firmar cualquier documento necesario para presentar dichas reclamaciones y acepta cooperar totalmente con el Fondo en los procedimientos judiciales respectivos.

En caso de que procure la recuperación de cualquier dinero por parte de un tercero o de cualquier otra fuente que haya causado o agravado sus lesiones o contribuido a ellas, o que de otro modo sea responsable, el Plan sigue una regla que establece que usted debe dar aviso por escrito al Fondo de lo anterior en un plazo de diez días después de que usted o su abogado hayan intentado recuperar por primera vez dicho dinero, entablar una demanda o llevar a cabo negociaciones para llegar a un acuerdo con un tercero o hayan tomado cualquier otra acción similar. También debe cooperar con las solicitudes razonables del Fondo en cuanto a los derechos de subrogación y reembolso de éste y mantenerlo informado de cualquier avance importante de su acción. También debe proporcionar al Fondo cualquier información o documentos, si se le solicitan, que se refieran a sus acciones o que sean relevantes para éstas. Si se inicia el litigio, se le solicitará que envíe un aviso por escrito al Fondo con al menos cinco días de anticipación a cualquier medida que se tome como parte de dicho litigio, lo que incluye, entre otros, cualquier consulta previa al juicio u otra citación a los tribunales. Los representantes del Fondo se reservan el derecho de asistir a las consultas previas al juicio u otros procedimientos judiciales.

En el caso de que no notifique al Fondo según lo dispuesto anteriormente y/o no restituya al Fondo los fondos según lo dispuesto anteriormente, el Fondo se reserva el derecho, además de todos los demás recursos que tenga disponibles conforme al derecho o equidad, de retener o compensar cualquier dinero que pueda deberle a usted o a sus dependientes por reclamaciones anteriores o futuras, hasta el momento en que el embargo a beneficio del Fondo se cancele y/o levante.

Para obtener información sobre la subrogación y cualquier impacto que esto pueda tener en sus reclamaciones de atención de salud, comuníquese con el administrador de subrogación del Fondo a la siguiente dirección:

**Meridian Resource Company**  
P.O. Box 2025  
Milwaukee, WI 53201-2025

## Pagos en exceso

- Si usted (o su dependiente o beneficiario) recibe un pago en exceso por una reclamación, usted (o su dependiente o beneficiario) debe devolverlo. El Fondo tendrá el derecho de recuperar cualquier pago que se haya hecho sobre la base de información falsa o fraudulenta, así como de cualquier pago hecho por error. Los montos recuperados pueden incluir intereses y costos. Si no se devuelve el pago, el Fondo puede deducir el monto de cualquier beneficio futuro proveniente de este Fondo que de otro modo recibiría usted (o su dependiente o beneficiario), o puede entablar una demanda para recuperar el pago.
- Si el pago se realiza en su nombre (o en nombre de un dependiente) a un hospital, **médico** u otro proveedor de atención de salud, y se determina que se trataba de un pago en exceso, el Fondo le solicitará la devolución de éste al proveedor. Si no se recibe la devolución, el monto del pago en exceso se deducirá de beneficios futuros que se deban pagar al proveedor, o se puede entablar una demanda para recuperar el pago en exceso.

## Cobertura de salud colectiva continuada

### Durante una licencia médica y familiar

La Ley de licencias médicas y familiares (Family and Medical Leave Act, "FMLA") permite hasta 12 semanas de licencia no remunerada durante cualquier período de 12 meses debido a:

- el nacimiento, adopción o colocación de un hijo con usted en adopción,
- la necesidad de cuidar al cónyuge, un hijo o padre que se encuentre gravemente enfermo,
- que usted se encuentra gravemente enfermo, o
- ciertas exigencias que califican relacionadas con el estado activo de servicio militar del afiliado cubierto, o la notificación de llamada perentoria u orden de estado activo de servicio, en apoyo a una operación de contingencia.

Además, la FMLA permite hasta 26 semanas de licencia en un solo período de 12 meses para cuidar a un afiliado con **servicio cubierto** que se está recuperando de una lesión o enfermedad grave. Los empleados elegibles tienen derecho a un total combinado de hasta 26 semanas de todos los tipos de licencia FMLA durante el período de 12 meses.

Durante la licencia FMLA, puede seguir con toda la cobertura médica y otros beneficios que ofrece el Plan. En general, es elegible para una licencia conforme a la FMLA si:

- ha trabajado para el mismo **empleador contribuyente** durante al menos 12 meses;
- ha trabajado al menos 1,250 horas durante los 12 meses anteriores, y
- trabaja en una ubicación en que el **empleador** tiene contratados al menos a 50 empleados en un radio de 75 millas.

Consulte con su **empleador** para determinar si es elegible para la FMLA.

El Fondo mantendrá el estatus de elegibilidad del empleado hasta que termine la licencia, siempre que el **empleador contribuyente** conceda adecuadamente la licencia conforme a la FMLA y presente la notificación y el pago exigidos al Fondo. Desde luego, cualquier cambio en los términos, reglas o prácticas del Plan que entren en vigencia mientras se encuentra con licencia se aplican a usted y a sus dependientes, del mismo modo que con los empleados activos y sus dependientes. Llame al Centro de servicios para afiliados para informarse sobre la cobertura durante una licencia FMLA.

### **Durante una licencia por servicio militar**

Si se encuentra en servicio militar activo durante 31 días o menos, seguirá teniendo cobertura médica conforme a la Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, "USERRA") de 1994. Si está en servicio militar activo durante más de 31 días, la ley USERRA le permite continuar recibiendo cobertura médica y dental para usted y sus dependientes a su cargo hasta por 24 meses siempre que se inscriba para tener cobertura. Esta cobertura continua funciona del mismo modo que COBRA. (Consulte las páginas 17 a 21 y las páginas 113 a 118 para obtener información sobre COBRA). Además, sus dependientes pueden ser elegibles para recibir atención médica conforme a **TRICARE**. Este Plan coordinará la cobertura con **TRICARE**. (Consulte la página 105).

Cuando vuelva a su trabajo después de ser dado de baja en forma honrosa, se le restituirá su elegibilidad total el día que vuelva a su trabajo con el **empleador contribuyente**, siempre que vuelva al empleo en uno de los siguientes plazos:

- 90 días desde la fecha de baja si el período de servicio militar fue mayor que 180 días,
- 14 días desde la fecha de baja si el período de servicio militar fue de 31 días o más, pero menor que 180 días, o

- al comienzo del primer período de trabajo completo programado regularmente, el primer día calendario que sigue a la baja (más el tiempo de viaje y ocho horas adicionales) si el período de servicio fue menor que 31 días.

Si se encontrara hospitalizado o convaleciente de una lesión que hubiera resultado del servicio activo, estos plazos pueden extenderse por hasta dos años. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados a fin de obtener más detalles.

### **Conforme a COBRA**

Conforme a la Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, "COBRA"), se exige a los planes de salud colectivos ofrecer la continuación temporal de la cobertura de salud, en la que el empleado paga todo, en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo. La "cobertura de salud" incluye la cobertura médica, hospitalaria, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención de la vista y de atención dental del Fondo.

No necesita demostrar que se encuentra en buen estado de salud para elegir la cobertura continua conforme a COBRA, pero sí tiene que cumplir con los requisitos de elegibilidad del Plan para COBRA y debe solicitar la cobertura. El Fondo se reserva el derecho de poner término a su cobertura conforme a COBRA de manera retroactiva si se determina que no es elegible.

Si usted está incapacitado y recibe (o tiene aprobación para recibir) beneficios conforme al beneficio de incapacidad a corto plazo legal, la indemnización por accidentes o enfermedades laborales, la cobertura por incapacidad a largo plazo de este Plan (Plan Metropolitan únicamente) o una pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund, el Plan proporciona cobertura hasta por 30 meses mientras permanezca incapacitado, no pueda trabajar y solicite la cobertura. Si su **empleador** lo despide y su despido pasa a arbitraje para su reincorporación, el Plan proporciona cobertura hasta por seis meses. En estos dos casos de cobertura extendida conforme a COBRA, no necesita pagar la prima ya que el Fondo la paga. Tenga en cuenta que el período máximo en que tiene cobertura conforme a COBRA se reduce con cada período en que recibe la extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo.

La tabla de la página siguiente muestra el momento en que usted y sus dependientes elegibles pueden calificar para obtener cobertura continua conforme a COBRA y por cuánto tiempo puede continuar ésta. Tenga en cuenta que la siguiente información es un resumen de la ley y, por lo tanto, es de naturaleza general. Si tiene alguna pregunta sobre COBRA, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados.

## Continuación de cobertura conforme a COBRA

La cobertura puede continuar para:	Si:	Duración máxima de la cobertura:
Usted y sus dependientes elegibles	<b>Su empleo cubierto</b> termina por causas distintas a una mala conducta flagrante	18 meses
Usted y sus dependientes elegibles	Pierde la elegibilidad para la cobertura debido a la reducción de su jornada laboral (por ejemplo, por licencia)	18 meses
Usted y sus dependientes elegibles	Pide licencia por servicio militar	24 meses
Sus dependientes	Usted muere	36 meses
Su cónyuge y sus hijastros	Se separa legalmente, se divorcia o se anula su matrimonio civilmente	36 meses
Sus hijos dependientes	Sus hijos dependientes ya no califican como dependientes	36 meses
Sus dependientes	Se pone término a su empleo o se reduce su jornada laboral menos de 18 meses después de la fecha de determinarse su derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas)	36 meses desde la fecha de la determinación del derecho a Medicare

Si se casa, tiene un bebé recién nacido o un hijo puesto en adopción con usted mientras tenga cobertura conforme a COBRA, puede inscribir a su cónyuge o hijo dependiente para obtener cobertura por el resto del período continuado conforme a COBRA, con los mismos términos que se aplican a los participantes activos. Las mismas reglas sobre la condición de dependiente y los cambios en la situación familiar que se aplican a los participantes activos se aplicarán a usted y/o a sus dependientes. Una vez que se elige COBRA, no se puede transferir entre la cobertura familiar y la cobertura individual, a menos que experimente un cambio que califica en su situación familiar.

**Licencia FMLA.** Si no vuelve al empleo activo después de su licencia FMLA, se vuelve elegible para la continuación conforme a COBRA como resultado de la terminación de su empleo. Para fines de COBRA, su empleo se considera "terminado" cuando finaliza la licencia FMLA o en la fecha en que da aviso a su **empleador** de que no volverá al empleo activo, lo que ocurra primero.

*Eventos múltiples que califican.* Si sus dependientes califican para la cobertura conforme a COBRA en más de un modo, pueden ser elegibles para un período de cobertura continua de hasta 36 meses a partir de la fecha en que calificaron por primera vez. Por ejemplo, si se pone término a su empleo, usted y sus dependientes inscritos pueden ser elegibles para 18 meses de cobertura continua. Durante este período de 18 meses, si su hijo dependiente deja de ser elegible para la cobertura de dependientes del Plan (un segundo evento que califica), su hijo puede ser elegible por un período adicional de cobertura continua.

Los dos períodos combinados no pueden exceder un total de 36 meses a partir de la fecha de terminación (el primer evento que califica). También puede ocurrir un segundo evento que califica para sus dependientes si se separa legalmente o se divorcia, o si muere.

La cobertura continua hasta por 29 meses a partir de la fecha del evento inicial puede estar disponible para quienes, durante los primeros 60 días de cobertura continua, queden totalmente incapacitados en el sentido expresado en el *Título II o XVI de la Ley del Seguro Social*. Estos 11 meses adicionales están disponibles para usted y para sus dependientes elegibles si se proporciona un aviso de incapacidad al Fondo en un plazo de 60 días después de que se emita la determinación de incapacidad del Seguro Social y antes de que termine el período continuado de 18 meses. El costo de los 11 meses adicionales de cobertura aumentará a un 150% del costo total de la cobertura.

Para asegurarse de que reciba toda la cobertura conforme a COBRA a la que tiene derecho, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados cuando ocurra algo que determine su elegibilidad o la de sus dependientes para la cobertura conforme a COBRA.

*Notificación al Fondo sobre un evento que califica.* Según la ley, para tener derecho a elegir la cobertura conforme a COBRA, usted o sus dependientes son responsables de notificar al Centro de servicios para afiliados de su separación legal o divorcio, de un hijo que pierde la condición de dependiente en el Plan o si usted queda incapacitado (o ya no lo está) según lo determine la Social Security Administration. Usted (o su familiar) debe notificar al Centro de

servicios para afiliados por escrito de cualquiera de estos eventos en un plazo menor que 60 días después de ocurrido el evento o 60 días después de la fecha en que perdería la cobertura en el Plan debido a dicho evento, lo que ocurra después. Su aviso debe incluir la siguiente información:

- nombres de las personas interesadas en la continuación conforme a COBRA y la relación con el participante,
- fecha del evento que califica, y
- tipo de evento que califica. (Consulte la tabla de Eventos que califican en la página 114).

*Cuándo su empleador debe notificar al Fondo.* Su **empleador** es responsable de notificar al Fondo de su muerte, la terminación de su empleo o la reducción de la jornada laboral. Su **empleador** debe notificar al Fondo sobre uno de estos eventos que califican en un plazo de 30 días después de la fecha del evento que califica. Una vez notificado, el Fondo le envía a usted un aviso de COBRA en un plazo de 14 días.

*Elección de COBRA.* Después de que se le notifica al Fondo del evento que califica, usted recibirá un aviso de COBRA y un formulario de elección. Para elegir COBRA, usted o sus dependientes deben enviar el formulario de elección de COBRA al Centro de servicios para afiliados en un plazo de 60 días después de la fecha en que perdería la cobertura de salud en el Fondo o 60 días después de la fecha del aviso de COBRA, lo que ocurra después.

Cada uno de sus dependientes elegibles tiene el derecho independiente de elegir la cobertura conforme a COBRA. Esto significa que cada dependiente puede decidir si continúa su cobertura conforme a COBRA o no. Si usted elige la cobertura familiar, conforme COBRA, usted o sus dependientes solo podrán convertirla en cobertura individual si usted o sus dependientes mueren, usted y su cónyuge se divorcian, o sus dependientes se inscriben en Medicare y el Fondo termina su cobertura conforme a COBRA. Si elige la cobertura individual, solo podrá convertirla en cobertura familiar si se casa, tiene un hijo o adopta un hijo.

Si usted tiene 65 años o más cuando se produce un evento que califica que requiere el ofrecimiento de la cobertura de COBRA para usted y sus dependientes, Medicare será el seguro principal y el Plan será el seguro secundario para usted y cualquiera de sus dependientes que tenga 65 años o más. Si no se inscribe para recibir la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare, incluso si este Plan paga como seguro secundario, usted será el responsable financiero de lo que Medicare pagaría si se hubiese inscrito adecuadamente.

Quien elija la cobertura continua conforme a COBRA debe notificar inmediatamente al Centro de servicios para afiliados los cambios de dirección.

*Pago de la cobertura conforme a COBRA.* Si usted o sus dependientes eligen continuar la cobertura, usted o ellos deben pagar el costo total de la cobertura elegida. Se le permite al Fondo cobrarle el costo total de la cobertura por empleados activos y familias, más un 2% adicional (o un 50% adicional para la extensión de 11 meses por incapacidad). El primer pago vence en un plazo máximo de 45 días después de la elección de recibir cobertura (y cubrirá el período entre la fecha en que hubiera perdido la cobertura y la fecha del pago). De ahí en adelante, los pagos deben realizarse el primer día de cada mes. Si el pago no se recibió el primer día del mes, la cobertura terminará. Sin embargo, si se realiza su pago en los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento, se reinstaurará la cobertura retroactivamente hasta la fecha de vencimiento. Los costos pueden cambiar de un año a otro. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información sobre el costo de su cobertura conforme a COBRA.

Si no le notifica al Centro de servicios para afiliados sobre su decisión de elegir la cobertura continua conforme a COBRA o si no realiza el pago exigido, terminará su cobertura en el Plan (y no se puede restituir).

*Lo que proporciona la cobertura conforme a COBRA.* COBRA generalmente ofrece la misma cobertura de salud que está disponible para empleados y familiares en situaciones similares; sin embargo, los beneficios de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales e incapacidad a largo plazo (Plan Metropolitan únicamente) no están disponibles, excepto según lo dispuesto por la extensión de salud pagada por el Fondo por hasta seis meses. Si, durante el período de cobertura continua conforme a COBRA, cambian los beneficios en el Plan para los empleados activos, los mismos cambios se aplicarán a los beneficiarios de COBRA.

*Cuándo termina la cobertura conforme a COBRA.* La cobertura conforme a COBRA termina normalmente después del período máximo de cobertura que se muestra en la tabla de la página 114. Terminará *antes* del término del período máximo bajo alguna de las siguientes circunstancias:

- Un beneficiario de COBRA deja de realizar las contribuciones exigidas de COBRA puntualmente.
- Un beneficiario de COBRA se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B o ambas) después de la fecha de elección de COBRA u obtiene cobertura en otro plan colectivo que no posee una cláusula de enfermedades preexistentes que afecte la cobertura conforme a COBRA del beneficiario.\*

\* Las exclusiones por enfermedades preexistentes se prohibieron en 2014. Por lo tanto, conforme a las leyes vigentes, la cobertura de COBRA termina cuando el beneficiario de COBRA recibe cobertura de cualquier plan de salud grupal.

- Se extiende la cobertura durante hasta 29 meses debido a incapacidad y existe una determinación definitiva de que el beneficiario de COBRA ya no está incapacitado. El beneficiario de COBRA debe notificar al Centro de servicios para afiliados en un plazo de 30 días después de dicha determinación definitiva.

Se le notificará si se cancela COBRA antes de que se cumpla el período original.

No se puede restituir la cobertura continua conforme a COBRA después de que termina por cualquier motivo.

## Otra información del Plan de salud que debe saber

### Cesión de beneficios del Plan

En la medida en que lo permita la ley, sus derechos conforme a este Plan no se pueden ceder, transferir o enajenar voluntaria ni involuntariamente. No puede dar en garantía los beneficios que se le adeudan con el fin de obtener un préstamo.

Los derechos conforme a este Plan no pueden cederse, incluidos el derecho a los servicios provistos, el derecho a cobrarle al Plan por dichos servicios, el derecho a recibir documentos y declaraciones del Plan, el derecho a apelar las determinaciones de beneficios o reclamaciones, o el derecho a presentar una demanda para ejercer cualquiera de esos derechos. No obstante, el Plan se reserva el derecho a pagar todos los beneficios que le corresponden a usted a su proveedor de servicios médicos, y dicho pago satisface cualquier y todo derecho que pudiera tener conforme al Plan con respecto a los servicios a los que corresponden dichos pagos.

A pesar de que, según se describe anteriormente, usted no puede ceder a un proveedor su derecho a presentar una apelación conforme a los Procedimientos de apelaciones del Plan o a presentar una demanda de beneficios conforme a la Sección 502 de la ley ERISA, usted puede permitirle a un proveedor que actúe como su representante autorizado en una apelación conforme a los Procedimientos de apelaciones del Plan. Para poder designar a un proveedor como su representante autorizado, debe presentar una autorización con firma legible junto con su apelación, la cual debe incluir:

- su nombre,
- su número de identificación tal como figura en su tarjeta de Empire, CVS/Caremark, Delta Dental o Davis Vision, según corresponda,
- su fecha de nacimiento,

- su dirección,
- el nombre completo de la parte a la que autoriza para actuar en su nombre,
- la fecha o fechas para las cuales es válida la autorización, y
- una oración que indique claramente que la parte está autorizada a presentar una apelación en su nombre.

Los beneficios o pagos cubiertos por el Plan no se pueden ceder ni transferir de otro modo, excepto como lo exige la ley. Los beneficios tampoco están sujetos a reclamación alguna de acreedores o al proceso legal iniciado por un acreedor de cualquier persona cubierta, excepto conforme a una orden de manutención infantil médica calificada (Qualified Medical Child Support Order, "QMCSO"). Una orden de manutención infantil médica calificada es aquella que emite un tribunal u organismo estatal que exige a un empleado que proporcione cobertura en planes de salud colectivos a un hijo.

Una orden de manutención infantil médica calificada es generalmente resultante de un divorcio o separación legal. Siempre que el Centro de servicios para afiliados recibe una orden de manutención infantil médica calificada, el Fondo examina detenidamente su condición de que califica en concordancia con los procedimientos sobre órdenes de manutención infantil médica calificadas adoptados por la Junta y conforme a la ley federal. Para obtener más información sobre las órdenes de manutención infantil médica calificadas, u obtener una copia sin costo de los procedimientos del Plan sobre estas, comuníquese con la Oficina de cumplimiento en la dirección que figura en la página 127.

### Exención de responsabilidad por la práctica médica

Ni el Fondo, la Junta ni sus designados:

- participan en la práctica de la medicina, ni tiene ninguno de ellos control sobre el diagnóstico, tratamiento, atención o falta de ésta, o sobre servicios de atención de salud que un proveedor de servicios de salud le preste, o
- tendrán responsabilidad alguna por una pérdida o lesión causada a usted por algún proveedor de servicios de salud por razones de negligencia, por no brindar atención o tratamiento, o de ningún otro modo.

### Privacidad de la información de salud protegida

La Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, "HIPAA") es una ley federal que impone ciertas obligaciones de confidencialidad y seguridad al Fondo respecto de los registros médicos y de otra información de salud que lo identifique como individuo usada o divulgada por el Fondo. La ley HIPAA también le otorga derechos respecto de su información de salud, lo que incluye algunos derechos para recibir copias de dicha información que el Fondo

garde sobre su persona, y para saber cómo puede usarse su información de salud. Una descripción completa de cómo usa el Fondo su información de salud, y de sus otros derechos conforme a las reglas de privacidad de la ley HIPAA, está disponible en el "Aviso de prácticas de privacidad" del Fondo que se distribuye a todos los participantes mencionados. Cualquier persona puede solicitar una copia adicional de este aviso comunicándose con la Oficina de cumplimiento en la dirección que figura en la página 127.

La Junta de fideicomiso del Fondo adoptó cierta política de privacidad y seguridad establecida en la ley HIPAA, lo que exige que la Junta de fideicomiso, en su función de patrocinador del Plan para el Fondo, mantenga la privacidad y seguridad de su información de salud. Puede dirigir cualquier pregunta sobre la ley HIPAA a la Oficina de cumplimiento en la dirección que figura en la página 127.

### Conversión a cobertura individual

*Seguro de vida.* Después de que termine su seguro de vida colectivo conforme al Plan, puede convertirlo a una póliza de seguro de vida individual, siempre que solicite la conversión de cobertura en un plazo de:

- 31 días a partir de la fecha en que terminaron los beneficios, o
- 45 días a partir de la fecha en que se dio aviso, si éste se da en más de 15 días, o menos de 90 días después de la fecha en que hayan terminado los beneficios. (Este período es separado y aparte de las disposiciones del Plan con respecto a COBRA).

Sólo puede convertir su cobertura colectiva a una póliza Whole Life, Universal Life o de plazo de un año no renovable. El monto convertido a una póliza individual no puede exceder el monto que tenía en la póliza colectiva. El monto de la cobertura del seguro de vida es \$40,000 si posee cobertura conforme al Plan Metropolitan y \$25,000 si posee cobertura conforme al Plan Suburban.

Su póliza individual entrará en vigencia 61 días después de que termine su cobertura. No obstante, la protección del seguro de vida colectivo sigue estando vigente durante el período de aplicación citado anteriormente, sin importar que haya ejercido la opción de conversión. Comuníquese con MetLife para obtener información sobre la conversión de su seguro de vida.

*Todos los demás beneficios del Plan.* No puede convertir a cobertura individual los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental, de atención de la vista, de incapacidad a largo plazo o del seguro en caso de muerte o mutilación accidentales.

## Información general

### Contribuciones del empleador

El Plan recibe contribuciones conforme a los acuerdos colectivos de trabajo entre Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc., o varios **empleadores** independientes, y su unión. Estos acuerdos colectivos de trabajo estipulan que los **empleadores** realicen contribuciones al Fondo en nombre de cada empleado cubierto. Los **empleadores** que han suscrito estos acuerdos colectivos de trabajo también pueden participar en el Fondo en nombre de empleados que no son parte del acuerdo colectivo de trabajo, si es aprobado por los Agentes fiduciarios, mediante la firma de un acuerdo de participación. Otros **empleadores** (como la misma Local 32BJ, los Fondos de Beneficios de la 32BJ y Realty Advisory Board) participan en el Fondo en nombre de sus empleados firmando un acuerdo de participación.

La Oficina de cumplimiento le puede proporcionar, cuando lo solicite por escrito, la información de si un **empleador** en particular está realizando contribuciones al Fondo en nombre de los participantes que trabajan bajo un acuerdo colectivo de trabajo o un acuerdo de participación, y si es así, el Plan en el que el **empleador** realiza las contribuciones.

### Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios

Existen ciertas situaciones en las que se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios. La mayoría de estas circunstancias se explican en este folleto, pero el pago de beneficios también se puede ver afectado si usted, su dependiente, su beneficiario o su proveedor de servicios, según corresponda, no:

- presenta una reclamación de beneficios en forma adecuada u oportuna,
- entrega la información exigida para completar o verificar una reclamación,
- tiene una dirección actualizada en los archivos del Centro de servicios para afiliados, o
- cobra los cheques dentro de los 18 meses de la fecha de emisión. Los montos de estos cheques no cobrados se reintegrarán a los activos del Fondo y se agregarán a los activos netos disponibles para beneficios en las declaraciones financieras del Fondo.

También debe tener en cuenta que los beneficios del Plan no se pagan a dependientes inscritos que pierdan la elegibilidad debido a la edad, matrimonio, divorcio o separación legal (a menos que elijan y paguen por los beneficios conforme a COBRA, como se describe en las páginas 17 a 20 y en las páginas 113 a 118).

Si el Plan paga equivocadamente más que la cantidad para la que usted es elegible, o paga beneficios que no están autorizados por el Plan, el Fondo puede recurrir a los recursos permitidos por la ley para recuperar los beneficios que pagó por error. (Consulte también la sección Subrogación y reembolso en las páginas 107 a 110 y la sección Pagos en exceso en la página 111).

## **Cumplimiento de las leyes federales**

El Plan está regido por los reglamentos y las normas del Internal Revenue Service y el Department of Labor y la ley tributaria vigente. Siempre se deberá interpretar el Plan de manera que se cumplan estos reglamentos, normas y leyes. Generalmente, las leyes federales prevalecen sobre las leyes estatales.

## **Modificación o cancelación del Plan**

La Junta pretende mantener el Plan de forma indefinida, pero se reserva el derecho de modificarlo o cancelarlo a su absoluta discreción. Si el Plan es cancelado o modificado de alguna forma, esto no afectará su derecho a recibir el reembolso por los gastos elegibles en los que haya incurrido antes de la cancelación o modificación.

Si se cancela totalmente el Plan, los activos de éste se aplicarán para proporcionar beneficios de acuerdo con las disposiciones correspondientes del Acuerdo de fideicomiso y la ley federal.

Tenga en cuenta que los beneficios proporcionados por el Plan no son adquiridos. Esto se cumple tanto para los retirados como para los empleados activos. Por lo tanto, la Junta puede cancelar o modificar los beneficios, incluyendo los beneficios para los retirados, en cualquier momento a su absoluta discreción.

## **Administración del Plan**

El Plan es lo que la ley llama un programa de beneficios de "salud y bienestar". Los beneficios se proporcionan a partir de los activos del Fondo. Esos activos se acumulan conforme a las disposiciones del Acuerdo de fideicomiso y se mantienen en el Fondo de fideicomiso con el propósito de proporcionar beneficios a los participantes cubiertos y a sus dependientes, y de costear los gastos administrativos razonables.

El Plan es administrado por la Junta de fideicomiso. La Junta rige este Plan conforme a un Acuerdo y declaración de fideicomiso. La Junta y/o sus designados debidamente autorizados tienen el derecho, poder y autoridad exclusivos, a su absoluta discreción, para administrar, aplicar e interpretar el Plan establecido conforme al Acuerdo fiduciario, y para decidir todos los

asuntos que surjan en conexión con la operación o administración del Plan establecido conforme al Fideicomiso. Sin limitar la generalidad de lo anterior, la Junta y/o sus designados debidamente autorizados, incluido el Comité de Apelaciones con respecto a las apelaciones de reclamaciones de beneficios, tendrán toda la autoridad, a su absoluta discreción, para:

- tomar todas las medidas y decisiones con respecto a la elegibilidad para el Plan y el monto de los beneficios pagaderos según éste,
- formular, interpretar y aplicar las reglas, reglamentos y políticas necesarias para administrar el Plan de acuerdo con los términos del Plan,
- decidir todos los asuntos, incluidos los asuntos legales o de hecho, relativos al cálculo y pago de beneficios del Plan,
- resolver y/o aclarar cualquier ambigüedad, inconsistencia y omisión que surja con respecto al Plan, como se describe en esta SPD, el acuerdo de fideicomiso u otros documentos del Plan,
- procesar y aprobar o rechazar las reclamaciones de beneficios y las reglas sobre exclusiones de beneficios, y
- determinar el nivel de prueba requerido en cada caso.

Todas las determinaciones e interpretaciones hechas por la Junta y/o sus designados debidamente autorizados serán finales y obligatorias para todos los participantes, dependientes elegibles, beneficiarios y cualquier otra persona que reclame beneficios del Plan.

La Junta ha delegado ciertas funciones administrativas y operacionales al personal del Fondo, a otras organizaciones y al Comité de Apelaciones. La mayoría de sus preguntas diarias pueden ser respondidas por el personal del Centro de servicios para afiliados. Si desea comunicarse con la Junta, escriba a:

**Board of Trustees  
Building Service 32BJ Health Fund  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-4676**

## **Declaración de derechos según la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 con sus modificaciones**

Como participante del Building Service 32BJ Health Fund, usted tiene ciertos derechos y protecciones según la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act of 1974, "ERISA"). ERISA establece que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

- Examinar sin costo, en la Oficina de cumplimiento, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el U.S. Department of Labor y disponible en el salón de información de la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (Employee Benefits Security Administration, "EBSA").
- Obtener, mediante solicitud por escrito a la Oficina de cumplimiento, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500), así como la Descripción abreviada del Plan actualizada. El Fondo puede establecer un costo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que la Junta proporcione a cada participante una copia de este resumen del informe anual.
- Continuar la cobertura de salud colectiva.

Puede continuar recibiendo la cobertura de salud colectiva por cuenta propia, de su cónyuge o dependientes si existe una pérdida de cobertura en el Plan como resultado de un evento que califica. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar por dicha cobertura. Lea este folleto (consulte las páginas 17 a 20 y 113 a 118 para obtener información sobre COBRA) y los documentos que rigen el Plan para conocer las normas que rigen los derechos de continuación de COBRA.

### **Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan**

Además de establecer los derechos que tienen los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del Plan. Las personas que administran su Plan, denominados "agentes fiduciarios" del plan, tienen el deber de actuar prudentemente cuidando sus intereses y los intereses de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Ninguna persona, incluido su **empleador**, su unión ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo para impedir que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza los derechos según ERISA.

### **Haga cumplir sus derechos**

Si se rechaza o se ignora su reclamación de un beneficio, de forma total o parcial, tiene derecho a conocer el motivo, a obtener sin costo copias de los documentos relacionados con la decisión y a apelar a cualquier rechazo, todo dentro de ciertos plazos.

Según ERISA, puede hacer valer los derechos mencionados anteriormente tomando ciertas medidas. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual de éste y no los recibe dentro de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En dicho caso, el tribunal puede exigirle al administrador del Plan que le proporcione los materiales y le pague un máximo de \$110 diarios hasta que los reciba, a menos que éstos no se hayan enviado por razones ajenas al administrador.

Si se rechaza o se ignora su reclamación de beneficios, ya sea en forma total o parcial, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal después de agotar el proceso de apelación del Plan. Si los fiduciarios del Fondo hacen uso indebido del dinero del Fondo o si sufre algún tipo de discriminación por ejercer sus derechos, puede pedir ayuda al U.S. Department of Labor o presentar una demanda ante un tribunal federal. No puede presentar una demanda hasta que haya seguido los procedimientos de apelación descritos en las páginas 82 a 102. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si obtiene un fallo favorable, el tribunal puede ordenarle a la parte demandada que pague dichos costos y honorarios. Si el fallo es desfavorable, el tribunal puede ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios si, por ejemplo, se considera que su reclamación carece de fundamentos.

### **Ayuda con sus preguntas**

Si tiene preguntas sobre su Plan, comuníquese con el administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sus derechos según ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del U.S. Department of Labor que aparezca en su directorio telefónico, o con:

**Division of Technical Assistance and Inquiries  
Employee Benefits Security Administration (EBSA)  
U.S. Department of Labor  
200 Constitution Avenue N.W.  
Washington, DC 20210**

También puede obtener algunas publicaciones sobre sus derechos y obligaciones según ERISA llamando a la línea directa de EBSA o visitando el sitio web del Department of Labor: <http://www.dol.gov> o comuníquese con su número gratuito al 1-866-444-3272.

## Información del Plan

Esta Descripción abreviada del plan es el documento formal del plan para los Planes Metropolitan y Suburban del Fondo de salud.

**Nombre del Plan:** Building Service 32BJ Health Fund  
**Número de identificación del empleador:** 13-2928869  
**Número de Plan:** 501  
**Año del Plan:** 1 de julio al 30 de junio  
**Tipo de Plan:** Plan de bienestar

## Financiamiento de los beneficios y tipo de administración

Autofinanciado, excepto MetLife, que asegura los beneficios del seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Todas las contribuciones realizadas al Fondo de fideicomiso son realizadas por los **empleadores contribuyentes** al Plan conforme a sus acuerdos por escrito. Los beneficios son administrados por las organizaciones enumeradas en la tabla de la página 96.

## Patrocinador y administrador del Plan

El Plan es administrado por una Junta de fideicomiso conjunta compuesta por los Agentes fiduciarios de la Unión y del **empleador**. La oficina de la Junta se puede contactar en:

**Board of Trustees**  
**Building Service 32BJ Health Fund**  
**25 West 18th Street**  
**New York, NY 10011-4676**

## Empleadores participantes

La Oficina de cumplimiento le proporcionará, cuando lo solicite por escrito, la información de sobre si un **empleador** en particular está contribuyendo al Plan en nombre de los empleados que trabajan bajo un acuerdo por escrito, así como la dirección de cada **empleador**. Además, se puede obtener una lista completa de los **empleadores** y uniones que patrocinan el Plan cuando lo solicite por escrito a la Oficina de cumplimiento; también está a disposición para su consulta en dicha oficina.

Para comunicarse con la Oficina de cumplimiento, escriba a:

**Compliance Office**  
**Building Service 32BJ Benefit Funds**  
**25 West 18th Street**  
**New York, NY 10011-4676**

Para comunicarse con el Fondo de salud llame al:

**1-800-551-3225**

o escriba a:

**Building Service 32BJ Health Fund**  
**25 West 18th Street**  
**New York, NY 10011-4676**

## Agente encargado de la notificación del proceso legal

La Junta ha sido designada como agente para entregar la notificación del proceso legal. El proceso legal se puede realizar a través de la Oficina de cumplimiento o de los Agentes fiduciarios individuales. Para controversias que surjan a partir de la parte del Plan asegurada por MetLife, la notificación del proceso legal se puede entregar a MetLife en sus oficinas locales o al funcionario de fiscalización del Departamento de Seguros del estado en el que reside.

## Glosario

**Camioneta (ambulette)** es el transporte terrestre desde o hacia un centro médico acreditado cuando el servicio sea coordinado por el Departamento de Administración Médica del Plan. Esto se cubre sólo como un gasto de atención médica en el hogar, lo que significa que necesita ser elegible para atención médica en el hogar para recibir cobertura para la **camioneta**.

**Copago** es la tarifa fija en dólares que paga por visitas al consultorio, radiología de alta tecnología, consultas de pacientes externos al hospital, consultas a la sala de emergencias y admisiones en el hospital y ciertos **servicios cubiertos** (como medicamentos con receta) cuando utiliza los **proveedores participantes**. El Plan paga luego el 100% de los gastos cubiertos restantes.

**Coseguro** es el 30% que paga por gastos médicos elegibles **fuera de la red**.

**Deducible** es el monto en dólares que debe pagar cada año calendario antes de que se puedan pagar los beneficios por servicios cubiertos **fuera de la red**.

**De la red** se refiere a lo mismo que **dentro de la red**.

**Dentista participante de Delta Dental es un** dentista que participa en la **red** (NY Select o PPO) que lo cubre a usted. Por ejemplo, si está cubierto por la **red** NY Select, un dentista que participa únicamente en la **red** PPO no es un dentista participante.

**Emergencia** es un estado cuyos síntomas son tan graves que alguien que no es **médico** pero que tiene un conocimiento promedio sobre salud y medicina, podría esperar razonablemente que, sin atención médica inmediata, sucediera lo siguiente:

- la salud del paciente podría exponerse a un grave riesgo,
- habría graves problemas en las funciones corporales del paciente, sus órganos o partes del cuerpo,
- habría una desfiguración grave, o
- el paciente o quienes lo rodean podrían exponerse a un grave riesgo, en caso de una **emergencia** de salud del comportamiento.

Dolores de pecho agudos, sangrado abundante y convulsiones son ejemplos de estados de **emergencia**.

**Empleador** (consulte **Empleador contribuyente**).

**Empleador contribuyente (o “empleador”)** es la persona, empresa u otra entidad que da empleo, que firmó un acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación con la unión o fideicomiso, y el acuerdo le exige que realice contribuciones al Fondo de salud para trabajar en un empleo cubierto.

**Empleo cubierto** es el trabajo dentro de una clasificación para el cual se exige que su **empleador** realice contribuciones al Fondo.

**Fuera de la red** se refiere a un proveedor que es un **médico**, otro proveedor profesional, o un equipo médico duradero, un proveedor de atención médica en el hogar o de infusión en el hogar que no es parte de la **red** del Plan y que presta servicios médicos, hospitalarios, de salud mental y abuso de sustancias, dentales y del cuidado de la vista. Los beneficios **fuera de la red** son aquellos que se pagan para **servicios cubiertos** que prestan proveedores **fuera de la red**.

**Medicamento necesario**, según lo determine el administrador externo que corresponda o el Fondo, se refiere a los servicios, suministros o equipos que satisfacen todos los criterios siguientes:

- los proporciona un **médico**, hospital u otro proveedor de servicios de salud,
- corresponden a los síntomas o el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión; o son de naturaleza preventiva, tales como exámenes físicos anuales, atención de mujeres sanas, atención de niños sanos e inmunizaciones, y el Plan especifica que están cubiertos,
- no son experimentales, excepto que se especifique lo contrario en este folleto,
- cumplen las normas de la buena práctica médica,
- cumplen los requisitos de idoneidad médicos y quirúrgicos establecidos según las pautas de las políticas médicas de Empire BlueCross BlueShield,
- deben brindar el nivel de servicio más adecuado que se le pueda proporcionar de forma segura al paciente,
- no se realizan únicamente para comodidad del paciente, la familia o el proveedor, y
- no son principalmente de custodia.

El hecho de que un proveedor de la **red** haya recetado, recomendado o aprobado un servicio, suministro o equipo no lo convierte, de por sí, en **medicamento necesario**.

**Médico** es un proveedor certificado y calificado (M.D., D.O., D.C. o D.P.M.) que está autorizado para practicar la medicina, realizar cirugías y/o recetar medicamentos conforme a las leyes del estado o jurisdicción donde se prestan los servicios, que actúa dentro del ámbito de su certificación y no es el paciente o el padre, la madre, el cónyuge, un hermano (biológico o por matrimonio) o un hijo del paciente.

**Monto permitido** es el máximo que el Fondo pagará por un servicio cubierto. Cuando se atiende **dentro de la red**, el **monto permitido** es el monto que Empire y el proveedor **dentro de la red** han acordado mediante un contrato. Cuando se atiende fuera de la red, el **monto permitido** es aproximadamente el equivalente al 110% de la tarifa de reembolso de Medicare pero varía según el procedimiento. No es el monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que los proveedores del área generalmente cobran por el mismo procedimiento o un procedimiento similar, lo cual se conoce normalmente como la tarifa usual, acostumbrada y razonable (usual, customary and reasonable, "UCR").

**Proveedores dentro de la red (o participantes)** son aquellos que tienen un contrato con el Fondo, Empire, CVS Caremark, Delta Dental o con cualquier otro administrador con contrato con el Fondo para prestar servicios y suministros a una tarifa negociada previamente. Los servicios prestados deben estar dentro del ámbito de las certificaciones profesionales individuales.

**Proveedor participante (consulte Proveedor dentro de la red).**

**Servicios cubiertos** son los servicios para los cuales el Fondo proporciona beneficios según los términos del Plan.

**TRICARE (anteriormente CHAMPUS)** es el programa de servicios de salud y apoyo para el personal de las fuerzas armadas de los EE. UU., en servicio activo y retirados, y sus familias.

## Notas al pie

1. Un **Hospital/centro** es un establecimiento general plenamente certificado de atención aguda que posee todo lo siguiente en las instalaciones de su propiedad:
  - una amplia gama de los principales servicios quirúrgicos, médicos, terapéuticos y de diagnóstico disponibles en todo momento para tratar casi todas las enfermedades, accidentes y emergencias,
  - un servicio de enfermería general las 24 horas que cuenta con enfermeras diplomadas que se encuentran de turno y están presentes en el hospital en todo momento,
  - una sala de cirugías con todo su personal que sea adecuada para cirugías de mayor magnitud, junto con un servicio y equipo de anestesia (el hospital debe realizar cirugías de mayor magnitud con la frecuencia suficiente como para mantener un alto nivel de experiencia respecto a dicho tipo de cirugía para asegurar una atención de calidad),
  - personal de **emergencias** designado y un "carro de paro" para tratar paros cardíacos y otras emergencias médicas,
  - instalaciones de radiología diagnóstica,
  - un laboratorio patológico, y
  - un personal médico organizado de **médicos** certificados.

Para los servicios de embarazo y parto, la definición de "hospital" incluye cualquier centro de maternidad que posea un acuerdo de participación con Empire o, para los participantes de la PPO, otro plan de BlueCross y/o BlueShield.

Para efectos de la fisioterapia, la definición de "hospital" puede incluir un centro de rehabilitación aprobado por Empire o que participe con Empire o, para los participantes de la PPO, otro plan de BlueCross y/o BlueShield distinto al que se especificó anteriormente.

El tratamiento de diálisis renal se cubre **dentro de la red** sólo en hospitales dentro de la **red** de Empire. Un centro en el estado de New York califica para beneficios **dentro de la red** si éste cuenta con un certificado de funcionamiento emitido por el Departamento de Salud de Nueva York y participa con Empire o con otro plan de BlueCross y/o BlueShield. En otros estados, el centro debe participar con otro plan de BlueCross y/o BlueShield y estar certificado por el estado mediante criterios similares a los de New York.

Los Blue Distinction Centers of Medical Excellence han demostrado su compromiso con la atención de calidad, lo cual produce mejores resultados para los pacientes de trasplante. Cada centro cumple con criterios clínicos estrictos, establecidos en colaboración con las recomendaciones de médicos expertos y organizaciones médicas, incluidos el Center for International Blood and Marrow Transplant Research, el Scientific Registry of Transplant Recipients y la Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy, y está sujeto a una reevaluación a medida que evolucionan los criterios. Para calificar como un Blue Distinction Center of Medical Excellence para realizar trasplantes, un centro debe cumplir con los criterios de selección basados en la calidad de la BlueCross BlueShield Association. Cada centro responde una encuesta de la BlueCross BlueShield Association que examina la estructura clínica de la instalación y los procesos y resultados de los servicios de trasplantes, así como también las respuestas del centro a la Encuesta administrativa de trasplante estandarizada de la United Network for Organ Sharing ("UNOS").

Para algunos beneficios especificados, la definición de "hospital" o "centro" puede incluir un hospital, el departamento o establecimiento de un hospital que posea un acuerdo especial con Empire.

Empire no reconoce como hospitales a los hogares e instituciones de enfermería o convalecencia; centros de rehabilitación (excepto como se indicó anteriormente), instituciones orientadas principalmente al reposo o a la tercera edad, spas, sanatorios, enfermerías en escuelas, universidades o campamentos; y cualquier institución que principalmente se dedique al tratamiento de la adicción a las drogas, el alcoholismo o la atención del comportamiento.

- 2 **La Cirugía ambulatoria** incluye los centros quirúrgicos de los hospitales, los cirujanos y los asistentes quirúrgicos; la quimioterapia y la radioterapia, lo que incluye medicamentos, dentro de un departamento ambulatorio de un hospital, consultorio de un **médico** o centro (los medicamentos que forman parte de un tratamiento hospitalario ambulatorio están cubiertos si los receta el hospital y se surten en la farmacia del hospital). La cirugía ambulatoria (que incluye los procedimientos diagnósticos invasivos) es aquella que no requiere una hospitalización nocturna y:
  - se realiza en un centro ambulatorio u hospitalario de cirugía ambulatoria,
  - requiere el uso de salas quirúrgicas y de recuperación postoperatoria,
  - no requiere una admisión de hospitalización, y
  - justificaría una admisión de hospitalización si no existiera un programa de cirugía ambulatoria.
- 3 **El tratamiento de diálisis renal** (que incluye hemodiálisis y diálisis peritoneal) con cobertura **dentro de la red**, únicamente está cubierto en los siguientes entornos hasta que Medicare se convierta en el plan principal para la diálisis de la enfermedad renal en etapa terminal (que ocurre después de 30 meses):
  - en el hogar, cuando la proporcione, supervise y coordine un **médico** y el paciente se haya registrado en un centro aprobado para el tratamiento de la enfermedad renal (no se cubre: la ayuda profesional para realizar la diálisis y cualquier arreglo eléctrico, de mobiliario, plomería u otro que se necesite en el hogar para permitir el tratamiento de diálisis en el hogar), o
  - en un centro independiente o en un entorno hospitalario dentro de la red de Empire. Consulte los detalles en la nota al pie 1.
- 4 Un **Centro de enfermería especializada** es una institución certificada (o una sede de un hospital) que participa principalmente en proporcionar atención continua de enfermería y servicios relacionados a pacientes que necesitan atención médica, atención de enfermería o servicios de rehabilitación. Los centros de enfermería especializada son útiles si no se necesita el nivel de atención que brinda un hospital, pero no se está en condiciones como para recuperarse en el hogar. El Plan cubre la estadía en un centro especializado de enfermería, hasta por 60 días por persona al año. Sin embargo, debe usar un centro **dentro de la red** y su **médico** debe proporcionar una derivación y un plan de tratamiento por escrito, una estimación de la duración de la estadía y una explicación de los servicios que necesita y los beneficios esperados de la atención. Se debe proporcionar la atención bajo la supervisión directa de un **médico**, enfermera, fisioterapeuta u otro profesional de la salud.

- 5 La **Atención a pacientes con enfermedades terminales** está orientada a pacientes con diagnóstico de una enfermedad terminal (es decir, tienen una esperanza de vida de seis meses o menos). La atención a pacientes con enfermedades terminales se cubre completamente **dentro de la red**, es decir, no existen beneficios de este tipo **fuera de la red**. El Plan cubre servicios de atención a pacientes con enfermedades terminales cuando el **médico** del paciente certifica que éste tiene una enfermedad terminal y dicha atención se brinda en una organización de la especialidad certificada por el estado en que se ubica ésta. Los servicios de atención a pacientes con enfermedades terminales incluyen:
  - hasta 12 horas al día de atención de enfermería intermitente por parte de una enfermera diplomada o una enfermera auxiliar diplomada,
  - atención médica por parte del **médico** del centro,
  - medicamentos recetados por el **médico** del paciente que no sean experimentales y cuyo su uso esté aprobado por el directorio de medicamentos "Physicians' Desk Reference" más reciente,
  - medicamentos y fármacos aprobados,
  - fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y respiratoria, de ser necesario,
  - análisis de laboratorio, radiografías, quimioterapia y radioterapia,
  - servicios sociales y de orientación para la familia del paciente, lo que incluye consultas de orientación por duelo hasta por un año después de la muerte del paciente (si es elegible),
  - transporte **médicamente necesario** entre el hogar y el hospital o el centro,
  - suministros médicos y alquiler de equipos médicos duraderos, y
  - hasta 14 horas de atención paliativa a la semana.
- 6 La **atención médica en el hogar** son los servicios y suministros que incluyen la atención de una enfermera diplomada o enfermera auxiliar diplomada y los servicios de trabajadores de atención en el hogar. El Plan cubre hasta 200 visitas de atención médica en el hogar por persona al año (**dentro de la red** únicamente), siempre que su **médico** certifique que dicha atención médica en el hogar es **médicamente necesaria** y apruebe un plan de tratamiento por escrito. Hasta cuatro horas de atención por parte de una enfermera registrada, un trabajador de atención en el hogar o un fisioterapeuta se cuentan como una sola visita de atención médica en el hogar. Los beneficios son pagaderos hasta por tres visitas al día. Los servicios de atención médica en el hogar incluyen:
  - atención de enfermería de tiempo parcial por parte de una enfermera registrada o enfermera auxiliar,
  - servicios de tiempo parcial de trabajadores de atención en el hogar,
  - terapia del habla, terapia ocupacional o fisioterapia de restauración,
  - exámenes de laboratorio, y
  - servicio de **camioneta (ambulette)** cuando sea coordinado por el Departamento de Administración Médica del Plan.

- 7 La **terapia de infusión en el hogar**, un servicio a veces proporcionado durante las visitas de atención médica en el hogar, está disponible sólo **dentro de la red**. Todos estos servicios deben ser coordinados por el **médico** que lo trata. Una agencia de atención médica en el hogar de la **red** de Empire POS o un proveedor de infusión en el hogar no pueden cobrarle por los **servicios cubiertos**. Si recibe una cuenta de uno de estos proveedores, comuníquese con Servicios para afiliados.
- 8 **Beneficios de tratamiento en la sala de emergencias**. Recuerde comunicarse con el Departamento de Administración Médica al teléfono que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación de Empire en un plazo de 48 horas después de una admisión hospitalaria de **emergencia**, según se describe en las páginas 33 a 39, para precertificar cualquier hospitalización continua. Si tiene una **emergencia** fuera del área operativa de Empire POS (consulte las páginas 32 y 33), muestre su tarjeta de identificación de Empire cuando visite un **proveedor participante** local de BlueCross BlueShield. Si el hospital participa en otro programa BlueCross y/o BlueShield, su reclamación será procesada por el plan local de BlueCross. Si no es un hospital participante, tendrá que presentar una reclamación para que le reembolsen los gastos elegibles.
- 9 Los **servicios de ambulancia** están cubiertos en una **emergencia** y en otras situaciones cuando son médicamente adecuados (como llevar al paciente a su hogar cuando tenga una fractura importante o necesite oxígeno durante el viaje a su hogar). El servicio de ambulancia aérea tiene cobertura cuando la condición médica del paciente es tal que el tiempo que se necesita para transportarlo por tierra amenaza la supervivencia del paciente o pone en peligro gravemente su salud, o la ubicación del paciente es tal que la accesibilidad es sólo posible por transporte aéreo; y el paciente es transportado al hospital más cercano con los equipos apropiados para el tratamiento, y hay una condición médica que pone en riesgo la vida del paciente. Las condiciones médicas con peligro para la vida incluyen, entre otras, a las siguientes:
- sangrado intracraneal,
  - shock cardiopático,
  - quemaduras importantes que requieren de tratamiento inmediato en un Centro para Quemados,
  - condiciones que requieren tratamiento en una Unidad Hiperbárica de Oxígeno,
  - lesiones graves múltiples,
  - trasplantes,
  - trauma que pone en peligro una extremidad del cuerpo,
  - embarazo de alto riesgo, e
  - infarto agudo de miocardio, si esto propiciaría que el paciente recibiera una intervención **médicamente necesaria** más oportuna (tal como PTCA o terapia de fibrilación). La precertificación de la ambulancia aérea es necesaria en situaciones que no son de emergencia.
- 10 La **cobertura de diabetes** incluye información sobre dieta, control y suministros (como monitores de nivel de glucosa en la sangre, tiras para análisis y jeringas) recetados por un proveedor autorizado.
- 11 La **atención preventiva** conforme al Plan incluye exámenes médicos de rutina, sujetos a los límites que figuran en la página 43. Los gastos elegibles incluyen radiografías, análisis de laboratorio y otros relacionados con el examen y los materiales para vacunas contra enfermedades infecciosas.
- 12 La **atención de niños sanos** cubre las consultas a un pediatra, **médico** de familia, enfermera o enfermera practicante. Los controles regulares pueden incluir un examen médico, revisión de antecedentes médicos, evaluación del desarrollo, orientación sobre el desarrollo normal en la infancia y análisis de laboratorio. Los exámenes se pueden realizar en el consultorio o en un laboratorio en un plazo de cinco días desde la visita al consultorio del **médico**. El número de consultas de la atención de niños sanos cubiertas por año depende de la edad de su hijo, tal como indica la tabla de la página 43. Las vacunas cubiertas incluyen: Difteria, tétano y tos ferina ("DtaP"), hepatitis B, Haemophilus influenza Tipo B ("Hib"), neumococo ("Pcv"), poliomielitis ("IPV"), sarampión, paperas y rubéola ("MMR"), varicela, tétano y difteria ("Td"), hepatitis A e influenza, HPV, rotavirus, antimeningocócica polisacárida y conjugados, y otras vacunas según lo determine la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics), la Superintendencia de Seguros y el Comisionado de Salud en el estado de New York o del estado donde viva su hijo.
- 13 Los **servicios de una enfermera partera certificada** están cubiertos si ésta está afiliada a un centro certificado, o ejerce en conjunto con éste, y se prestan los servicios bajo una dirección médica calificada.
- 14 El **parto en casa previamente planificado y efectuado por una enfermera partera certificada** es un **servicio cubierto**. La tarifa de reembolso por este servicio es la tarifa integral que ha sido pactada en el contrato, correspondiente a un obstetra/ginecólogo de Empire POS.
- 15 La **fisioterapia**, la medicina física y los servicios de rehabilitación, junto con la terapia del habla, de la vista y ocupacional, están cubiertos siempre que el tratamiento sea prescrito por su **médico** y diseñado para mejorar o restituir el funcionamiento físico dentro de un período razonable de tiempo. Para fisioterapia para pacientes externos, su terapeuta participante precertificará los servicios requeridos después de su primera visita de evaluación.

16 **Equipo médico duradero y suministros médicos** se refiere a comprar, arrendar y/o reparar prótesis (como extremidades artificiales), aparatos ortopédicos y otros equipos y suministros médicos duraderos, pero debe hacerlo **dentro de la red**. Además de los artículos mencionados anteriormente, el Plan cubre:

- prótesis/aparatos ortopédicos y equipo médico duradero de proveedores, cuando sean prescritos por un **médico** y estén aprobados por Empire, lo que incluye:
  - brazos, piernas, ojos, orejas, nariz y laringe artificiales y prótesis de seno externas,
  - dispositivos de apoyo esenciales para el uso de una extremidad artificial,
  - aparatos ortopédicos correctivos,
  - sillas de ruedas, camas tipo hospital, equipo de oxígeno, monitores de apnea del sueño,
  - reemplazo de equipo médico cubierto debido al uso, daño, crecimiento o cambio en las necesidades del paciente, cuando lo ordene un **médico**, y
  - costos razonables de reparación y mantenimiento de equipo médico cubierto. El proveedor de la **red** debe precertificar el arriendo o la compra de equipo médico duradero. Además, el Plan cubrirá el costo de comprar un equipo cuando se espera que el precio de compra sea menos costoso que el arriendo a largo plazo o cuando el artículo no esté disponible para arriendo.

Los aparatos ortopédicos de pie de rutina no están cubiertos.

17 Los **suplementos nutricionales** incluyen fórmulas enterales, las cuales están cubiertas si el paciente tiene un pedido por escrito de un **médico** que indique que la fórmula es **médicamente necesaria** y efectiva, y que sin ella el paciente se desnutriría, sufriría trastornos físicos graves o moriría. Los productos alimenticios sólidos modificados estarán cubiertos para el tratamiento de algunas enfermedades hereditarias si el paciente tiene un pedido por escrito de un **médico**.

18 Se considerará que la **cirugía cosmética** no es **médicamente necesaria** a menos que se necesite por lesión, ya sea para la reconstrucción de los senos después de una cirugía por cáncer o sea necesaria para disminuir una enfermedad deformante o una deformidad que se produzca por una anomalía congénita o esté directamente relacionada con ella. Para este propósito, el *tratamiento cosmético* incluye cualquier procedimiento que se indique para mejorar la apariencia del paciente y no promueva de forma significativa el funcionamiento adecuado del cuerpo o prevenga o trate una enfermedad.

19 **Experimental o “de investigación”** se refiere a un tratamiento que, por un diagnóstico o tratamiento en particular de la enfermedad de la persona inscrita, no sea de beneficio probado y no esté reconocido en general por la comunidad médica (como refleja el material publicado). La aprobación gubernamental de un tratamiento o tecnología específica no prueba necesariamente que es adecuado o eficaz para un diagnóstico o tratamiento en particular para la enfermedad de una persona inscrita. Un administrador de reclamaciones puede exigir que se cumplan algunos o todos los criterios que se mencionan a continuación para determinar si una tecnología, tratamiento, procedimiento, producto biológico, dispositivo médico o medicamento es experimental, está en investigación, es obsoleto o poco eficaz:

- Existe la aprobación de mercado definitiva por parte de la Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration, “FDA”) de EE.UU. para la enfermedad o diagnóstico específico del paciente, excepto para algunos medicamentos recetados para el tratamiento del cáncer; una vez que la FDA aprueba el uso de un dispositivo médico, medicamento o producto biológico para una enfermedad o diagnóstico en particular, el uso para otro diagnóstico o enfermedad puede requerir que se cumpla ese criterio adicional.
- El material publicado, evaluado por un grupo de revisión de normas profesionales, debe concluir que la tecnología tiene un efecto positivo definitivo en los resultados de salud.
- La evidencia médica publicada debe indicar que el tratamiento mejora los resultados de salud con el tiempo (por ejemplo, los efectos beneficiosos son superiores a los efectos dañinos).
- Las pruebas publicadas deben indicar que el tratamiento al menos mejora los resultados de salud o que se puede usar en situaciones médicas adecuadas donde no se pueda usar el tratamiento establecido. Las pruebas publicadas deben indicar que el tratamiento mejora los resultados de salud en la práctica médica estándar y no sólo en un laboratorio experimental.

## Apéndice A (Requisitos de elegibilidad para los empleados de las escuelas públicas de la Ciudad de New York)

Si usted trabaja en una escuela pública de la Ciudad de New York y su **empleador** le informa al Fondo que estima que usted trabajará de manera regular durante, al menos, diez horas por semana, usted es elegible para recibir cobertura de salud una vez que haya completado 90 días calendario consecutivos. Su nivel de cobertura se determina según la cantidad de horas trabajadas en un **empleo cubierto**. Si trabaja al menos diez horas por semana, pero menos de 20, es elegible para el beneficio de tiempo parcial de las escuelas de NYC (vea el SPD separado). Si trabaja al menos 20 horas por semana, pero menos de 30, es elegible para recibir cobertura individual conforme al Plan Suburban. Si trabaja 30 horas por semana o más, es elegible para recibir cobertura familiar conforme al Plan Suburban. Usted mantendrá este nivel de cobertura hasta que haya completado el primer período de medición de 26 semanas según se describe en la página siguiente. A partir de ese período, estará sujeto a las normas para los empleados establecidos. Si no se informa que ha trabajado durante cuatro semanas, su elegibilidad terminará el último día de la cuarta semana en la que no se informó ninguna hora. Si regresa al trabajo dentro de un plazo de 12 semanas desde el último día de la primera semana en la que no se informó ninguna hora, el nivel de cobertura que estaba recibiendo se restaurará para el resto del período de cobertura correspondiente.

Si usted es un empleado nuevo de temporada o de horas variables o su **empleador** no informa que usted ha sido contratado, sus horas se medirán durante 26 semanas que comenzarán con la primera semana en la que trabaje. Si tiene un promedio de al menos diez horas por semana, pero menos de 20, durante 26 semanas, usted será elegible para los beneficios de tiempo parcial el primer día del período de pago siguiente a un período administrativo de ocho semanas. Si tiene un promedio de 20 horas por semana, pero menos de 30, durante 26 semanas, usted será elegible para la cobertura individual conforme al Plan Suburban el primer día del período de pago siguiente a un período administrativo de ocho semanas. Si tiene un promedio de 30 horas por semana o más durante 26 semanas, usted será elegible para la cobertura familiar conforme al Plan Suburban el primer día del período de pago siguiente a un período administrativo de ocho semanas. Mantendrá el nivel de cobertura alcanzado durante las siguientes 26 semanas, lo cual se denomina el período de cobertura. Sin embargo, si no se informa que ha trabajado durante cuatro semanas consecutivas, su elegibilidad terminará el último día de la cuarta semana en la que no se informó ninguna hora. Si regresa al trabajo dentro de un plazo de 12 semanas desde el último día de la primera semana en la que no se informó ninguna hora, el nivel de cobertura que estaba recibiendo se restaurará para el resto del período de cobertura correspondiente.

Una vez que alcanza la elegibilidad, el promedio de horas para empleados establecidos se medirá cada año durante dos períodos de medición de 26 semanas. El primer período de medición generalmente va desde el final de febrero hasta el final de agosto, y el segundo período de medición generalmente va desde el final de agosto hasta el final de febrero. Cada período de medición va seguido inmediatamente por un período de cobertura de 26 semanas. Si tiene un promedio de diez horas por semana, pero menos de 20, durante el período de medición de 26 semanas, usted será elegible para los beneficios de tiempo parcial el primer día del período de pago siguiente a un período administrativo de ocho semanas. Si tiene un promedio de 20 horas por semana, pero menos de 30, durante el período de medición de 26 semanas, usted será elegible para la cobertura individual conforme al Plan Suburban el primer día del período de pago siguiente a un período administrativo de ocho semanas. Si tiene un promedio de 30 horas por semana o más durante el período de medición de 26 semanas, usted será elegible para la cobertura familiar conforme al Plan Suburban el primer día del período de pago siguiente a un período administrativo de ocho semanas. Sin embargo, si no se informa que ha trabajado durante cuatro semanas consecutivas, su elegibilidad terminará el último día de la cuarta semana en la que no se informó ninguna hora. Si regresa al trabajo dentro de un plazo de 12 semanas desde el último día de la primera semana en la que no se informó ninguna hora, el nivel de cobertura que estaba recibiendo se restaurará para el resto del período de cobertura correspondiente.

## Apéndice B

Los siguientes beneficios dentales son para aquellos afiliados del Plan Suburban que trabajan y viven fuera del área metropolitana de New York, que incluye Connecticut, Pennsylvania, Maryland, Virginia, Washington DC o Florida.

### Cómo funciona el Plan

El Plan proporciona cobertura para la atención dental necesaria recibida a través de:

- un dentista participante de Delta Dental PPO,
- un dentista que no pertenece a Delta Dental, o
- el 32BJ Dental Center en 25 West 18th Street, New York, NY 10011-4676.

La atención dental necesaria es un servicio o suministro que se requiere para identificar o tratar una afección, enfermedad o lesión dental. El hecho de que un dentista recete o apruebe un servicio o suministro o que un tribunal ordene que se preste un servicio o suministro no significa que sea una atención dental necesaria. El servicio o suministro debe cumplir con todas las siguientes condiciones:

- debe ser proporcionado por un dentista o, únicamente en el caso de limpieza o raspado de los dientes, realizado por un higienista dental certificado bajo la supervisión y dirección de un dentista,
- debe corresponder con los síntomas, diagnóstico o tratamiento de la afección, enfermedad o lesión,
- debe corresponder con las normas de la buena práctica dental,
- no debe ser exclusivamente para la conveniencia del paciente o del dentista, y
- debe ser el suministro o nivel de servicio más adecuado que se pueda proporcionar de forma segura al paciente.

Los **servicios cubiertos** están enumerados en el "Programa de servicios dentales cubiertos" ("Programa"), sujeto a las limitaciones de frecuencia que se establecen en dicho Programa. El Plan no paga beneficios por los procedimientos que no estén en dicho Programa, pero puede proporcionar un beneficio alternativo si es aprobado por el Fondo. Si tendrá que pagar estos servicios y cuánto costarán depende de si elige recibir atención dental del 32BJ Dental Center, de un dentista participante de Delta Dental PPO o de un dentista no participante.

### El 32BJ Dental Center

Consulte la página 64.

### Proveedores de servicios dentales participantes

Los beneficios dentales del Plan Dental incluyen la opción de "proveedor de servicio dental participante" a través de Delta Dental. La **red** Delta Dental PPO es la **red** de proveedores de servicios dentales participante en el Plan. Los dentistas participantes en la **red** Delta Dental PPO han acordado aceptar el monto que paga Delta Dental como pago total por los servicios preventivos y de diagnóstico o como pago parcial de otros servicios dentales.

- Si decide recibir atención de un proveedor de servicios dentales participante de la red PPO, no deberá pagar nada por la atención dental cubierta que sea preventiva o diagnóstica.
- Para todos los demás servicios, usted pagará la diferencia entre el monto máximo permitido del programa de tarifas de Delta Dental PPO (o los cargos del dentista, si fueran menores) y el reembolso del Plan dental.

### Dentistas no participantes

El Plan pagará por el trabajo dental realizado por un dentista debidamente acreditado, pero no pagará más que lo que Delta Dental le hubiera pagado a un dentista de la red Delta Dental PPO. Su dentista no participante puede obtener una asignación de reembolso de Delta Dental mediante la presentación de una solicitud de Determinación previa directamente ante Delta Dental antes de que comience a realizar cualquier trabajo dental.

Usted tendrá que pagar las tarifas completas del dentista. Deberá presentar una reclamación ante Delta Dental (consulte las páginas 84, 85 y 87) y será reembolsado según el programa de tarifas de Delta Dental PPO para cada procedimiento.

El Fondo pagará el monto que resulte menor entre el cargo real del dentista por un servicio dental cubierto y el **monto permitido** para ese procedimiento según el Programa de tarifas de Delta Dental PPO.

## Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento

Consulte la página 64 para conocer el procedimiento para obtener determinaciones previas y estimados previos al tratamiento antes de recibir servicios dentales.

## Los servicios dentales que están cubiertos

El Plan dental cubre una amplia gama de servicios dentales, que incluyen los siguientes:

- Servicios preventivos y de diagnóstico como exámenes dentales de rutina, limpiezas, radiografías, aplicaciones de fluoración tópica, mantenedores de espacio y sellantes. Estos servicios se cubren en un 100%;
- Servicios terapéuticos básicos como extracciones y cirugías orales, sedación consciente intravenosa cuando sea **médicamente necesario** para cirugía oral, tratamiento de encías, cirugía de encías, obturaciones y tratamiento de conducto. Estos servicios están cubiertos con un **coseguro** del 20%.
- Servicios mayores como puentes dentales fijos, coronas y prótesis. Estos servicios están cubiertos con un **coseguro** del 50%.
- Servicios de ortodoncia para niños menores de 19 años, como procedimientos diagnósticos y aparatos para realinear los dientes. Existe un máximo de por vida aparte para servicios de ortodoncia de \$1,000 por paciente.

Consulte el Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan dental en las páginas 143 a 145 para obtener detalles.

## Máximo anual

El Plan dental brinda cobertura por hasta \$1,000 por participante o dependiente de 19 años de edad o mayor, por año calendario. No existe un máximo anual para los participantes y dependientes menores de 19 años. Existe un máximo de por vida separado para servicios de ortodoncia de \$1,000 para los hijos menores de 19 años.

## Limitaciones de frecuencia

Los beneficios están sujetos a las limitaciones de frecuencia que se indican en el Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan dental en las siguientes páginas:

## Programa de servicios dentales cubiertos

Procedimiento	Límites
<b>Diagnóstico*</b> Examen oral, periódico, limitado (concentrado en el problema), integral o detallado y extenso (concentrado en el problema) Radiografías: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de boca completa, serie completa que incluye mordida o placa panorámica</li> <li>• mordida, dientes posteriores</li> <li>• placas periapicales, un solo diente</li> <li>• placa oclusiva</li> <li>• placa cefalométrica (sólo cobertura de ortodoncia)</li> </ul>	Dos por un año calendario  Una vez durante cualquier período de 36 meses consecutivos Dos de cada procedimiento de radiografía de mordida en un año calendario Según sea necesario Dos por fecha de servicio Una vez de por vida
<b>Atención preventiva*</b> Profilaxis dental (limpieza, raspado y pulido) Tratamiento tópico con flúor  Sellantes (en la superficie oclusiva de un molar definitivo sin restaurar y diente premolar) Mantenimiento de espacio (dispositivos removibles pasivos o fijos hechos para niños con el fin de mantener el espacio creado por un diente faltante hasta que emerja el diente definitivo)	Dos por un año calendario  Dos por año calendario para pacientes menores de 16 años  Una vez por diente durante cualquier período de 24 meses consecutivos para pacientes menores de 16 años  Una vez por diente de por vida para pacientes menores de 16 años
<b>Restauración simple**</b> Obturaciones de amalgama (metálicas)  Obturaciones de resina (compuesto, del color de los dientes) en dientes anteriores	Una vez por superficie de diente cada 24 meses consecutivos Una vez por superficie de diente cada 24 meses consecutivos
<b>Restauración de mayor magnitud***</b> Recementación de corona Corona prefabricada de acero inoxidable/resina (dientes temporales para niños solamente) Incrustaciones, restauraciones y coronas en caso de que los dientes no se puedan restaurar con obturaciones normales debido al exceso de caries o a fracturas	Una vez por diente en un año calendario Una vez por diente cada 24 meses consecutivos Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos

\* Reembolsado al 100% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).

\*\* Reembolsado al 80% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).

\*\*\* Reembolsado al 50% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).

**Programa de servicios dentales cubiertos (continuación)**

Procedimiento	Límites
<b>Endodoncia**</b>	
Tratamiento de conducto	Una vez por diente de por vida
Segundo tratamiento de conducto	Una vez por diente de por vida
Apicoectomía (se exige para el pago una placa postoperatoria que muestre la apicoectomía terminada y retrógrada)	Una vez por diente de por vida
Pulpectomía	Una vez por diente de por vida
<b>Periodoncia**</b>	
Gingivectomía o gingivoplastia	Una vez por cuadrante por período de 60 meses consecutivos
Cirugía ósea	Una vez por cuadrante por período de 60 meses consecutivos
Raspado periodontal y de raíz	Una vez por cuadrante dentro de un período de 24 meses
Mantenimiento periodontal (este procedimiento es un beneficio que se realiza después de la terapia periodontal activa una vez que se haya completado un período postoperatorio de 30 días).	Dos procedimientos profilácticos en un año calendario.
<b>Prótesis dentales removibles***</b>	
Prótesis dentales completas o inmediatas (totales) superiores e inferiores, o parciales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio	Una prótesis dental por arco por cualquier período de 60 meses consecutivos
Procedimientos de rebaje y recubrimiento de prótesis dentales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio	Una vez por aparato durante cualquier período de 36 meses consecutivos
Prótesis dental parcial provisoria de maxilar superior e inferior (dientes anteriores solamente); el Plan Delta Dental no cubre otras prótesis dentales temporales o transitorias	Una vez por aparato durante cualquier período de 60 meses consecutivos
<b>Prótesis dentales fijas***</b>	
Prótesis dentales fijas parciales y coronas individuales	Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos
Procedimientos con espiga y centro prefabricados para fijar prótesis dentales parciales (se exige radiografía que muestre el procedimiento de endodoncia completo)	Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos

\* Reembolsado al 100% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).

\*\* Reembolsado al 80% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).

\*\*\* Reembolsado al 50% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).

**Programa de servicios dentales cubiertos (continuación)**

Procedimiento	Límites
<b>Extracciones simples**</b>	
Extracción no quirúrgica de diente o raíces expuestas (incluye anestesia local, sutura necesaria y atención de rutina postoperatoria)	Una vez por diente de por vida
<b>Cirugía oral y maxilofacial**</b>	
Extracción de diente impactado	Una vez por diente de por vida
Alveoloplastia (preparación quirúrgica de la apósis alveolar para las prótesis dentales con o sin extracciones)	Una vez por cuadrante de por vida
Frenulectomía	Una vez por arco de por vida
Extracción de exostosis (extracción de desarrollo óseo excesivo)	Una vez por lugar de por vida
La cirugía oral está limitada a la extracción de dientes, preparación de la boca para las prótesis dentales, extracción de quistes generados en los dientes de hasta 1.25 cm e incisión y drenaje de un absceso intraoral o extraoral.	
<b>Tratamiento de emergencia*</b>	
Tratamiento paliativo para aliviar la incomodidad inmediata (solamente procedimiento menor)	Uno por fecha de servicio
<b>Reparaciones**</b>	
Corona temporal (diente fracturado)	Un procedimiento de corona por diente por cualquier período de 60 meses consecutivos
Reparación de corona	Una vez por diente cada 24 meses consecutivos
Sobrecorona	Una vez por diente cada 60 meses consecutivos
Reparaciones de prótesis dentales completas o parciales	Una vez por aparato en un año calendario
Recementación de prótesis dentales fijas o parciales	Una vez por aparato en un año calendario
Aumentos en prótesis dentales parciales	Dos veces cada 12 meses consecutivos
<b>Ortodoncia***</b>	
Pacientes menores de 19 años	Un curso de tratamiento en toda la vida, hasta \$1,000
Los beneficios son pagaderos únicamente para tratamiento por ortodoncistas que estén diplomados en un programa avanzado de educación en ortodoncia, acreditado por la American Dental Association (Asociación Americana de Odontología). Un "curso de tratamiento" incluye aparatos de ortodoncia, consultas mensuales y aparatos de retención.	
<b>Varios</b>	
Protector oclusivo	Un aparato durante cualquier período de 60 meses consecutivos

\* Reembolsado al 100% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).

\*\* Reembolsado al 80% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).

\*\*\* Reembolsado al 50% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).

## **Beneficio alternativo para la cobertura dental**

Consulte la página 69.

## **Lo que no está cubierto**

Consulte las páginas 69 a 71.

## **Coordinación de beneficios dentales**

Consulte las páginas 72 y 73.

## **Procedimientos de reclamaciones y apelaciones**

Consulte las páginas 82 a 102 para obtener la información en general.  
Consulte las páginas 84 y 85 para obtener información sobre la Presentación de reclamaciones de atención dental, la página 87 para obtener información sobre Adónde enviar los formularios de reclamaciones, las páginas 93 a 96 para obtener información sobre la Apelación de reclamaciones rechazadas y las páginas 100 a 102 para obtener información sobre la Instancia voluntaria de apelación.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

## Información de contacto

¿Qué necesita?	Con quién comunicarse	Cómo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información general sobre sus beneficios y elegibilidad</li> <li>• Información sobre sus beneficios y reclamaciones hospitalarias, médicas, dentales, de la vista y de incapacidad</li> </ul>	Centro de servicios para afiliados	Llame al 1-800-551-3225 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes o visite el Welcome Center en 25 West 18th Street de 8:30 a. m. a 6:00 p. m. de lunes a viernes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar un 5 Star Center</li> <li>• Encontrar un <b>médico</b> de atención primaria</li> <li>• Encontrar proveedores participantes de Empire BlueCross BlueShield</li> </ul>	Centro de servicios para afiliados	Llame al 1-800-551-3225 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes o visite <a href="http://www.32bjfunds.org">www.32bjfunds.org</a>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar un proveedor participante del plan dental</li> </ul>	Delta Dental	Llame al 1-800-589-4627 o Visite <a href="http://www.deltadentalins.com/32BJ">www.deltadentalins.com/32BJ</a>
Programar una cita en el centro dental	Centro Dental	Llame al 1-212-388-2099 de lunes a jueves de 7:30 a. m. a 7:00 p. m. viernes de 7:30 a. m. a 5:00 p. m. sábados de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.
Encontrar a un proveedor participante del plan de cuidado de la vista	Davis Vision	Llame al 1-800-999-5431 de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. de lunes a viernes sábado, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. domingo, de 12:00 p. m. a 4:00 p. m. o visite <a href="http://www.davisvision.com/32BJ">www.davisvision.com/32BJ</a>
Información sobre su plan de seguro de vida	MetLife	Llame al 1-866-492-6983 o visite <a href="http://mybenefits.metlife.com">http://mybenefits.metlife.com</a>
Precertificar una hospitalización o estadía médica	Empire BlueCross BlueShield	Los proveedores deben llamar al 1-800-982-8089
Precertificar una estadía de salud mental/del comportamiento o abuso de sustancias	Empire BlueCross BlueShield	Los proveedores deben llamar al 1-855-531-6011
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a prevenir o informar un fraude contra el seguro de salud (médico u hospitalario)</li> </ul>	Línea directa de fraude de Empire	Llame al 1-800-423-7283 de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información sobre sus beneficios de medicamentos con receta, lista del formulario de medicamentos o farmacias participantes</li> </ul>	CVS Caremark	Llame al 1-877-765-6294 o visite <a href="http://www.Caremark.com">www.Caremark.com</a> las 24 horas del día, los 7 días de la semana
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejos médicos al instante</li> </ul>	Línea de salud de enfermería	Llame al 1-877-825-5276 las 24 horas del día, los 7 días de la semana
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda con problemas familiares y personales, como depresión, alcohol y abuso de sustancias, divorcio, etc.</li> </ul>	Empire BlueCross BlueShield	Llame al 1-212-388-3660.

**Building Service 32BJ  
Health Fund  
25 West 18th Street, New York, New York 10011-4676  
Teléfono 1-800-551-3225  
[www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org)**



**Building Service 32BJ Health Fund**  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-4676

www.32bjfunds.org  
800-551-3225 Benefits Information

Héctor J. Figueroa, *Chairman*  
Howard I. Rothschild, *Secretary*  
Peter Goldberger, *Executive Director*  
Sara Rothstein, *Fund Director*

## **Resumen de modificaciones materiales Building Service 32BJ Health Fund Planes Metropolitan y Suburban**

La siguiente lista enumera los cambios y aclaraciones que han ocurrido desde la impresión de la Descripción abreviada del plan (Summary Plan Description, SPD) del Building Service 32BJ Health Fund para los planes Metropolitan y Suburban, con fecha del 1 de julio de 2017. El presente Resumen de modificaciones materiales (Summary of Material Modifications, SMM) suplementa o modifica la información presentada en su SPD con respecto al Plan. **Conserve este documento con su copia de la SPD para referencia futura.**

**Cambio de Director ejecutivo de los Building Service 32BJ Benefit Funds Página 1:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2018, Peter Goldberger ha reemplazado a Susan Cowell como Director ejecutivo de los Building Service 32BJ Benefit Funds.

**Cambio de Director de los Building Service 32BJ Benefit Funds Página 1:** Con vigencia a partir del 19 de mayo de 2018, Sara Rothstein ha reemplazado a Angelo V. Dascoli como Director del Building Service 32BJ Health Fund.

**Cambio en el nombre del Auditor del Fondo Página 1:** Con vigencia a partir del 31 de agosto de 2017, Bond Beebe se ha unido a Withum Smith + Brown, PC y ha cambiado su nombre a Withum Smith + Brown, PC.

**Ajuste en la división del Monto máximo anual que paga de su bolsillo (Maximum Out of Pocket, MOOP) entre los beneficios médicos y los beneficios de medicamentos con receta Páginas 26 y 27:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2019, la parte médica del Monto máximo que paga de su bolsillo aumenta a \$6,100 por individuo y \$12,200 por familia, y la parte de medicamentos con receta del Monto máximo que paga de su bolsillo permanece con una tarifa plana de \$1,800 por individuo y \$3,600 por familia. A partir de ese momento, a medida que ocurran aumentos en el Monto máximo que paga de su bolsillo, la parte de medicamentos con receta permanecerá fija en \$1,800 por individuo y \$3,600 por familia, y los dólares adicionales del Monto máximo que paga de su bolsillo se asignarán completamente a la parte médica.

**Cambio en los copagos de TeleMedicina Página 29:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2018, los copagos para TeleMedicina son los mismos que los copagos para los médicos/proveedores participantes dentro de la red, tal como se describen en la página 35.

**Adición del Bariatric Surgery Program Página 37:** Con vigencia a partir del 1 de octubre de 2018, la fila Cirugía bariátrica en la sección En el hospital<sup>1</sup> y en otros centros de tratamiento para pacientes internados de la tabla del Programa de servicios cubiertos se elimina completamente y se reemplaza con la siguiente fila:

<b>Beneficio</b>	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>	<b>Limitaciones</b>
Cirugía bariátrica*	El Plan paga el 100% si la cirugía es realizada por un cirujano designado en Mount Sinai Saint Luke's Hospital	Sin cobertura.	Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información

	<p>(MSSLH) en la Ciudad de New York. Para las cirugías realizadas en otro Blue Distinction Hospital en la red Empire, el Plan paga hasta el 100% del <b>monto permitido</b> que hubiera pagado al MSSLH. El afiliado es responsable del monto que exceda el <b>monto permitido (coseguro)</b> hasta alcanzar el monto máximo anual que paga de su bolsillo <b>dentro de la red</b>.</p>		<p>acerca del 32BJ Bariatric Surgery Program.</p>
--	---	--	---

**Adición de la sección “No duplicación de la cobertura de salud”: Página 103:** La siguiente sección se inserta después de la sección titulada *Incompetencia* y antes de la sección titulada *Dirección de correo postal*:

**No duplicación de la cobertura de salud**

Incluso si más de un empleador realiza contribuciones en su nombre de manera simultánea a este **Fondo**, recibirá sólo un Plan de beneficios. El Plan de beneficios que recibirá es el Plan que el **Fondo** determina que, en su totalidad, le ofrece a usted los mayores beneficios.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea información adicional sobre los cambios, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 en el horario de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o visítenos en Internet en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).



**Building Service 32BJ Health Fund**  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-4676

www.32bjfunds.org  
800-551-3225 Benefits Information

Héctor J. Figueroa, *Chairman*  
Howard I. Rothschild, *Secretary*  
Peter Goldberger, *Executive Director*  
Sara Rothstein, *Fund Director*

Este Resumen de modificaciones materiales (Summary of Material Modifications, “SMM”) complementa, modifica o reemplaza la Descripción abreviada del Plan (Summary Plan Description, “SPD”) del Building Service 32BJ Health Fund para los Metropolitan y Suburban Plans con fecha del 1 de julio de 2017 y cualquier SMM emitido después del 1 de julio de 2017 y antes del 1 de abril de 2019 (la fecha de entrada en vigencia de este SMM). Específicamente, la Pregunta frecuente 14 en la página 12, las secciones “Información sobre los proveedores participantes” y “Cuando se atiende dentro de la red” en las páginas 29 y 30, y las páginas 35 a 48 se eliminan completamente y se reemplazan con el contenido de este folleto. **Conserve este documento con su copia de la SPD para referencia futura.**

**Página 12: se elimina completamente la Pregunta frecuente 14 y se reemplaza con el siguiente texto:**

**14. ¿Cuál es el costo que debo pagar de mi bolsillo por una hospitalización en un hospital\* dentro de la red?**

**Copago.** Las hospitalizaciones tienen un **copago** de \$100 en **hospitales preferidos dentro de la red** y un **copago** de \$1,000 en hospitales **no preferidos dentro de la red**. Si lo admiten como paciente internado en un **hospital no preferido dentro de la red** debido a una emergencia, tendrá un **copago** de \$100.

Si no está seguro de si un hospital es un **hospital preferido dentro de la red** con un **copago** de \$100, antes de consultar o recibir cualquier servicio, verifique la lista disponible en el sitio web del Plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org) o comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225. Su médico o cirujano podría no saber que el plan tiene **copagos** más altos en **hospitales no preferidos dentro de la red**. Incluso si el hospital al que su médico o cirujano lo manda, o en el que programa sus servicios, se encuentra **dentro de la red**, podría ser un **hospital no preferido**, que le exigirá que pague un **copago** de \$1,000.

El uso de un **hospital preferido dentro de la red** mantendrá sus costos bajos.

**Deducible, coseguro y facturación de saldos.** En la mayoría de los casos, usted no tendrá costos adicionales más allá del **copago** de \$100 o \$1,000. Sin embargo, hable con su **médico** para asegurarse de que su cirujano y los demás proveedores también se encuentren **dentro de la red**. Porque si no lo están, usted podría ser responsable de los **deducibles** y **coseguro** y es posible que se le facture el saldo si los cargos del proveedor **fuera de la red** exceden el **monto permitido** máximo.

---

\* Puede obtener una lista de los **hospitales preferidos** y una lista de los **hospitales no preferidos** en el sitio web del Plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

**Páginas 29 y 30: las secciones “Información sobre los proveedores participantes” y “Cuando se atiende dentro de la red” se eliminan completamente y se reemplazan con las siguientes nuevas secciones:**

**Información sobre los proveedores participantes, los 5 Star Centers y los hospitales y centros preferidos y no preferidos**

Dentro de la **red** POS de Empire, hay **médicos** participantes, también llamados **dentro de la red**, así como también **hospitales preferidos y no preferidos dentro de la red**. Los **hospitales y centros preferidos dentro de la red** y los centros independientes que no pertenecen a hospitales tienen **copagos** más bajos que los **hospitales y centros no preferidos dentro de la red**.

El uso de **hospitales y centros preferidos dentro de la red** y centros independientes que no pertenecen a hospitales mantendrá sus costos bajos.

Además de la **red** de Empire, el 32BJ Health Fund ha identificado una **red** limitada de proveedores de 5 Star Center y se ha asociado con **hospitales preferidos dentro de la red** para brindar determinados servicios.

**Cuando se atiende dentro de la red**

Cuando se atiende con un **proveedor dentro de la red**, tendrá costos más bajos o ningún costo por los **servicios cubiertos**. Además, no tiene que pagar **deducibles ni coseguros**, ni tampoco presentar o hacer un seguimiento de sus reclamaciones. Sin embargo, ciertos procedimientos, como el reemplazo total de articulaciones o la cirugía bariátrica, tienen limitaciones específicas sobre la atención **dentro de la red**. Consulte las tablas en las páginas 36 a 48 para obtener detalles. Tenga en cuenta que hay diferentes costos para el uso de **hospitales y centros preferidos y no preferidos dentro de la red**. Las diferencias en los costos se describen a continuación.

Cuando se atiende con un proveedor de un 5 Star Center, sus gastos están cubiertos al nivel máximo. No se aplica **copago** por consultas en el consultorio brindadas por un proveedor de un 5 Star Center.

Cuando se atiende con un **proveedor participante**, sus gastos están cubiertos pero le costará más. Su **copago** para los **médicos** y especialistas participantes es de \$40 por consulta en el consultorio.

El **copago** para todos los profesionales participantes de atención de la salud mental/del comportamiento o de atención por abuso de sustancias es de \$20 por consulta en el consultorio.

Cuando le realizan procedimientos como fisioterapia o pruebas de diagnóstico (sin incluir los análisis de sangre) en el departamento para pacientes ambulatorios de un **hospital o centro preferido dentro de la red**, pagará un **copago** de \$75. Por esos mismos procedimientos en el departamento para pacientes ambulatorios de un **hospital o centro no preferido dentro de la red** se le exigirá que pague un **copago** de \$250. Puede evitar estos **copagos** para pacientes ambulatorios realizándose esos procedimientos en un centro independiente que no pertenece a un hospital o en el consultorio del **médico**.

Los beneficios **dentro de la red** se aplican sólo a los servicios o suministros que están cubiertos por el Plan y son proporcionados o autorizados por un proveedor **dentro de la red**. El **proveedor dentro de la red** evaluará sus necesidades médicas y le indicará la atención adecuada, además de encargarse de la coordinación de cualquier prueba, precertificación o admisión hospitalaria necesaria. Cuando se atiende con un **médico**, hospital u otro proveedor **dentro de la red**, el Plan generalmente paga el 100% después del **copago** aplicable para la

mayoría de los cargos, incluida la hospitalización. (Consulte el Programa de **servicios cubiertos** en las páginas 36 a 48). No deberá pagar un **deducible**.

Siempre debe verificar con su **proveedor dentro de la red** (o puede comunicarse con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225) para asegurarse de que cualquier derivación a otros **médicos** o para realizarse pruebas de diagnóstico sea también con un **proveedor dentro de la red**.

Es aconsejable verificar con su **proveedor dentro de la red** para averiguar si el hospital o centro al que quieren enviarlo o donde quieren programar sus servicios se encuentra **dentro de la red** y si es **preferido o no preferido**. Es posible que su médico o cirujano no sepa que ciertos hospitales y centros **dentro de la red** tienen **copagos** más altos.

Antes de ir o recibir los servicios programados en un hospital o centro **dentro de la red** recomendado por su médico o cirujano, debería verificar si el hospital o centro se encuentra en la lista de **hospitales y centros preferidos dentro de la red**. Puede encontrar una lista de los **hospitales y centros preferidos y no preferidos dentro de la red** disponible en el sitio web del Plan en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org). También puede llamar al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para obtener asistencia. Si no se atiende en un **hospital o centro preferido dentro de la red** tendrá **copagos** más altos. (Consulte el Programa de **servicios cubiertos** en las páginas 36 a 48).

**Las páginas 35 a 48 se eliminan completamente y se reemplazan con el siguiente texto:**

*Si no precertifica la atención (excepto por la atención prenatal) que figura en la página anterior dentro de los plazos de tiempo requeridos, los pagos de los beneficios se verán reducidos en \$250 por cada admisión, tratamiento o procedimiento. Si el Plan determina que la admisión o procedimiento no era **médicamente necesario**, no se pagarán beneficios.*

**Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo**

El monto que debe pagar depende de dónde recibe la atención y del tipo de atención que recibe. En todos los casos, puede minimizar los gastos que paga de su bolsillo utilizando los proveedores de los 5 Star Centers cuando estén disponibles y obteniendo sus servicios **dentro de la red**.

No existen montos máximos en dólares de por vida o anuales para los beneficios. Algunos beneficios tienen máximos de consultas anuales. (Consulte el Programa de **servicios cubiertos** en las páginas 36 a 48).

Recuerde que el monto máximo anual que paga de su bolsillo y que pagará por los **copagos** por servicios médicos y hospitalarios **dentro de la red** es \$6,100 para un individuo y \$12,200 para una familia.\* Si tiene otros miembros de su familia en este plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar. No se aplican otros **copagos** para servicios médicos y hospitalarios **dentro de la red** por el resto del año calendario una vez que alcance este monto máximo anual.

---

\* El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) examina los límites anualmente y puede aumentarlos según el porcentaje de ajuste de la prima (un cálculo estimativo del cambio promedio en las primas de seguro de salud). El Plan cambiará los montos máximos que paga de su bolsillo cada 1 de enero para ajustarse a los límites del HHS.

Tipo de atención	Gastos que paga de su bolsillo según el lugar de servicio		
Consultas al médico	Copago dentro de la red		Gastos fuera de la red
	Proveedor de un 5 Star Center	Médico/proveedor participante	Proveedores no participantes
Consultorio del médico	\$0	\$40	Usted paga el <b>deducible</b> , el 30% del <b>monto permitido</b> y la facturación de cualquier saldo.
Centro de atención de urgencia	\$0	\$40	
Consulta de salud mental/del comportamiento o abuso de sustancias	\$0	\$20	
Servicios de atención preventiva	\$0	\$0	

Consultas en hospitales y centros	Copago del centro u hospital preferido dentro de la red	Copago del centro u hospital no preferido dentro de la red	Gasto del hospital o centro fuera de la red
Sala de <b>emergencias*</b> del hospital	\$100 por consulta. Después de la segunda consulta en un año calendario, \$200.		
Radiología de alta tecnología (CAT, MRI, MRA, PET e imágenes nucleares)	\$75 por prueba	\$250 por prueba	Usted paga el <b>deducible</b> , el 30% del <b>monto permitido</b> y la facturación de cualquier saldo.  No se cubren los proveedores no participantes que brindan servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios e internados de New York que no cuenten con la certificación y/o licencia de la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias y los proveedores no participantes en todos los demás estados que no cuenten con la certificación de una agencia estatal similar y que no cuenten con la acreditación de The Joint Commission.
Hospitalización en un hospital	\$100 por admisión	\$1,000 por admisión**	
Departamento para pacientes ambulatorios del hospital	\$75 por consulta (excepto por maternidad, quimioterapia, terapia con radiación, tratamiento de oxígeno hiperbárico y servicios intensivos de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios)***	\$250 por consulta (excepto por maternidad, quimioterapia, terapia con radiación, tratamiento de oxígeno hiperbárico y servicios intensivos de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios)***	

\* En una **emergencia**, si usted utiliza proveedores **fuera de la red**, usted podría ser responsable de los **deducibles** y **coseguro**, y es posible que se le facture el saldo si los cargos del proveedor **fuera de la red** exceden el **monto permitido**.

\*\* Si lo admiten como paciente internado en un **hospital o centro no preferido dentro de la red** debido a una emergencia, tendrá un **copago** de \$100.

\*\*\* No se aplica un **copago** para los análisis de sangre y los servicios de maternidad para pacientes ambulatorios. La radioterapia, la quimioterapia y el tratamiento de oxígeno hiperbárico para pacientes ambulatorios tienen un límite de un **copago** por año calendario.

Los servicios intensivos para pacientes ambulatorios de salud mental/del comportamiento o abuso de sustancias tienen un límite de un **copago** por hasta 6 meses de tratamiento.

## Programa de servicios cubiertos

Las siguientes tablas muestran diferentes tipos de servicios de atención médica, cómo se cubren en un **hospital o centro preferido** en comparación con un **hospital o centro no preferido, dentro de la red** en comparación con **fuera de la red**, y si existe alguna limitación para su uso:

### En el hospital<sup>1</sup> y en otros centros de tratamiento para pacientes internados\*

Beneficio	Hospital o centro preferido dentro de la red	Hospital o centro no preferido dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Habitación semiprivada y comidas* (para atención obstétrica, las hospitalizaciones se cubren hasta por lo menos 48 horas después de un parto normal, o hasta por lo menos 96 horas después de una cesárea).	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$1,000 por admisión	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	
Servicios en el hospital de <b>médicos</b> y cirujanos, y otros profesionales	El Plan paga el 100%			
Anestesia y oxígeno en el hospital				
Sangre y transfusiones sanguíneas en el hospital				
Unidad de cuidados cardíacos (Cardiac Care Unit, "CCU") y Unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, "ICU")				
Quimioterapia y radioterapia para pacientes internados				
Diálisis renal para pacientes internados <sup>3</sup>				
Exámenes prequirúrgicos para pacientes internados				
Servicios nutricionales y de dieta especiales y <b>médicamente necesarios</b> durante la permanencia en el hospital				
Servicios de laboratorio y radiología para pacientes internados (incluida la radiología de alta tecnología)				
Cirugía bariátrica*	El Plan paga el 100% si la cirugía es realizada por un cirujano designado en Mount Sinai Saint Luke's Hospital (MSSLH) en la Ciudad de New York. Para las cirugías realizadas por cirujanos no designados o en otro Blue Distinction Hospital en la red Empire, el Plan paga hasta el 100% del <b>monto permitido</b> que hubiera pagado al MSSLH. El afiliado es responsable del monto que exceda el <b>monto permitido</b> (este monto es el <b>copago</b> del afiliado) hasta alcanzar el monto máximo anual que paga de su bolsillo <b>dentro de la red</b> .	El Plan paga hasta el 100% del <b>monto permitido</b> que le hubiera pagado al Mount Sinai Saint Luke's Hospital (MSSLH) en la Ciudad de New York. El afiliado es responsable del monto que exceda el <b>monto permitido</b> (este monto es el <b>copago</b> del afiliado) hasta alcanzar el monto que resulte mayor entre el monto máximo anual que paga de su bolsillo <b>dentro de la red</b> y \$1,000.	Sin cobertura	Con cobertura sólo en hospitales de Blue Distinction dentro de la <b>red</b> Empire.  Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del 32BJ Bariatric Program.
Cirugía de trasplante*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$1,000 por admisión	Sin cobertura	Los trasplantes de riñón y pulmón están cubiertos <b>dentro de la red</b> únicamente en cualquier hospital participante de BlueCross BlueShield.  Otros trasplantes están cubiertos únicamente en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence. <sup>1</sup>
Monto máximo de por vida para traslado para trasplantes	\$10,000 por trasplante	Hasta \$10,000 por trasplante		

				Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener una lista de los Blue Distinction Centers of Medical Excellence.
--	--	--	--	---

\* Se requiere precertificación para todas las admisiones de pacientes internados. Para obtener las definiciones de los distintos tipos de centros y más detalles, consulte la nota al pie 1 en las páginas 131 y 132 y la nota al pie 3 en la página 132.

### En el hospital<sup>1</sup> y en otros centros de tratamiento para pacientes internados\* (continuación)

Beneficio	Hospital o centro preferido dentro de la red	Hospital o centro no preferido dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Reemplazo total de articulaciones (cadera y rodilla)*	El Plan paga el 100% si la cirugía es realizada por un cirujano designado o en un centro que es parte de la <b>red</b> de hospitales del Mount Sinai Health System (MSHS) en la Ciudad de New York. Para las cirugías realizadas por cirujanos no designados o en otro centro <b>dentro la red</b> , el Plan paga hasta el 100% del <b>monto permitido</b> que hubiese pagado a un centro del MSHS. El afiliado es responsable del monto que exceda el <b>monto permitido</b> (este monto es el <b>copago</b> del afiliado) hasta alcanzar el monto máximo anual que paga de su bolsillo <b>dentro de la red</b> .	El Plan paga el 100% del <b>monto permitido</b> que le hubiera pagado a la <b>red</b> de hospitales del Mount Sinai Health System en la Ciudad de New York. El afiliado es responsable del monto que exceda el <b>monto permitido</b> (este monto es el <b>copago</b> del afiliado) hasta alcanzar el monto que resulte más alto entre el monto máximo anual que paga de su bolsillo <b>dentro de la red</b> y \$1,000.	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b> .	Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del Programa de reemplazo de articulaciones de la 32BJ.
Cirugía de reasignación de sexo	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$1,000 por admisión	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	
Centro de enfermería especializada <sup>4</sup> *	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Los beneficios son pagaderos hasta por 60 días por año calendario.
Centro de atención para pacientes con enfermedades terminales <sup>5</sup> *	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente.

\* Se requiere precertificación.

Para obtener las definiciones de los distintos tipos de centros y más detalles, consulte la nota al pie 1 en la página 131, nota al pie 4 en las páginas 132 y 133 y nota al pie 5 en la página 133.

## Atención de emergencia

Beneficio	Hospital o centro preferido dentro de la red	Hospital o centro no preferido dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Sala de emergencias <sup>8</sup> ("ER") en un hospital	El Plan paga el 100%* después de un <b>copago</b> de \$100 por las primeras 2 visitas; luego se aplica un <b>copago</b> de \$200 por visita			El <b>copago</b> de la sala de emergencias aumenta después de la segunda visita a una sala de emergencias en un año calendario. Las visitas de seguimiento a la sala de emergencias no están cubiertas.
Centro de atención de urgencia	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$40		El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Si el centro de atención de urgencia le factura su visita como una visita a la sala de emergencias, usted pagará el <b>copago</b> de la sala de emergencias.
Servicio de ambulancia <sup>9</sup>	El Plan paga el 100%			Sin cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.

Consulte las notas al pie 8 y 9 en la página 134.

\* En una **emergencia**, si usted utiliza proveedores **fuera de la red**, usted podría ser responsable de los **deducibles** y **coseguro**, y es posible que se le facture el saldo si los cargos del proveedor **fuera de la red** exceden el **monto permitido**.

## Centros de tratamiento para pacientes ambulatorios

Beneficio	Hospital o centro preferido dentro de la red	Hospital o centro no preferido dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Cirugía <sup>2</sup> y la atención relacionada con ésta (incluidas las salas de operación y recuperación)*	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> basado en el lugar en que se provee el servicio:  Si es en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios: – <b>copago</b> de \$75.  Si es en un centro quirúrgico independiente: – <b>copago</b> de \$0.	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> basado en el lugar en que se provee el servicio:  Si es en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios: – <b>copago</b> de \$250.	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Cuando los servicios se reciben en un entorno para pacientes ambulatorios en un <b>hospital preferido dentro de la red</b> , se aplica un <b>copago</b> de \$75 por consulta, con excepción de la quimioterapia, la radioterapia y el tratamiento de oxígeno hiperbárico que tienen un <b>copago</b> de \$75 por año calendario, y los servicios intensivos de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias que tienen un <b>copago</b> de \$75 por hasta 6 meses de tratamiento.
Procedimientos de diagnóstico (como endoscopias) y radiografías (no se incluyen las de alta tecnología; consulte más abajo)				
Radioterapia*				
Quimioterapia*				
Tratamiento de oxígeno hiperbárico*				Cuando los servicios se reciben en un entorno para pacientes ambulatorios en un <b>hospital no preferido dentro de la red</b> , se aplica un <b>copago</b> de \$250 por consulta, con excepción de la quimioterapia, la radioterapia y el tratamiento de oxígeno hiperbárico que tienen un <b>copago</b> de \$250 por año calendario, y los servicios intensivos de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias que tienen un <b>copago</b> de \$250 por hasta 6 meses de tratamiento.  Nota: no se aplica ningún <b>copago</b> para los análisis de sangre realizados en un entorno para pacientes ambulatorios de un <b>hospital preferido o no preferido dentro de la red</b> .
Diálisis renal <sup>3</sup> *			Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente.
Fisioterapia*	Si es en un entorno	Si es en un entorno hospitalario para	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Límite de hasta 30 consultas por año calendario.

	<p>hospitalario para pacientes ambulatorios:  – <b>copago</b> de \$75.</p> <p>Si es en un centro independiente:  – <b>copago</b> de \$40.</p>	<p>pacientes ambulatorios:  – <b>copago</b> de \$250.</p> <p>Si es en un centro independiente:  – <b>copago</b> de \$40.</p>		
<p>Diagnóstico por imágenes de alta tecnología (CAT, MRI, MRA, PET e imágenes nucleares)*</p>	<p>El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$75</p>	<p>El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$250</p>	<p>El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b></p>	

\* Se requiere precertificación. Consulte las notas al pie 2 y 3 en la página 132.

## Atención en el consultorio del médico

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Consultas en el consultorio	El Plan paga el 100% por las consultas con un proveedor de un 5 Star Center.	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	
Consultas a especialistas			
Educación y control de la diabetes <sup>10</sup>	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> por las consultas en el consultorio con <b>proveedores dentro de la red</b> . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).		Límite de 12 consultas de tratamiento por año calendario, y hasta dos consultas para la realización de pruebas para la atención de las alergias.
Atención de las alergias			Cuando sean <b>médicamente necesarios</b> .
Exámenes de la audición			
Cirugía en el consultorio de un <b>médico</b> <sup>2</sup>	El Plan paga el 100%		
Procedimientos de diagnóstico, pruebas de laboratorio y radiografías (no se incluyen las de alta tecnología; consulte más abajo)	El Plan paga el 100%		
Diagnóstico por imágenes de alta tecnología (CAT, MRI, MRA, PET e imágenes nucleares)*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$75		
Consultas al quiropráctico	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).		Límite de hasta diez consultas por año calendario.
Atención podiátrica, incluida la atención de rutina de los pies	El Plan paga el 100% por la atención que recibe de un proveedor de un 5 Star Center; de lo contrario, se aplica un <b>copago</b> . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).		No se incluyen los servicios ortopédicos de rutina. Los aparatos ortopédicos que son <b>médicamente necesarios</b> se limitan a un par por adulto y dos pares por niño por año calendario.
Consultas de acupuntura	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Límite de hasta 20 consultas por año calendario.

\*Se requiere precertificación.

Consulte la nota al pie 2 en la página 132 y la nota al pie 10 en la página 135.

## Cuidados de salud en el hogar<sup>6</sup>

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Consultas de atención médica en el hogar <sup>6</sup>	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Límite de 200 consultas de atención en el hogar por año calendario, incluida la fisioterapia en el hogar.
Terapia de infusión en el hogar <sup>7</sup>			<b>Dentro de la red</b> únicamente.
Diálisis renal en el hogar <sup>3</sup>			<b>Dentro de la red</b> únicamente.
Fisioterapia en el hogar			<b>Dentro de la red</b> únicamente. Límite de hasta 200 consultas por año calendario.

Atención en el hogar para pacientes con enfermedades terminales <sup>5</sup>			Dentro de la red únicamente.
--	--	--	------------------------------

Consulte la nota al pie 3 en la página 132, las notas al pie 5 y 6 en la página 133 y la nota al pie 7 en la página 134.

### Atención de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias

Beneficio	Hospital o centro preferido dentro de la red	Hospital o centro no preferido dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Paciente internado*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$1,000 por admisión.***	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	No se cubren los proveedores no participantes que brindan servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios e internados de New York que no cuenten con la certificación y/o licencia de la Oficina de Servicios de Alcoholismo y Abuso de Sustancias y los proveedores no participantes en todos los demás estados que no cuenten con la certificación de una agencia estatal similar y que no cuenten con la acreditación de The Joint Commission.
Consultas al consultorio del <b>médico/profesional</b> de salud mental	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$20**			
Centro hospitalario para pacientes ambulatorios*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$75	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$250		

\* Se requiere precertificación.

\*\* No se aplica un **copago** si recibe la atención de un proveedor de un 5 Star Center.

\*\*\* Si lo admiten como paciente internado en un **hospital o centro no preferido dentro de la red** debido a una emergencia, tendrá un **copago** de \$100.

## Atención médica preventiva\*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Servicios de salud preventiva <sup>11</sup> , incluido un examen físico anual y controles para detectar cáncer colorrectal, de pulmón y de piel, hepatitis B y C, y osteoporosis y obesidad	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> basado en el lugar en que se provee el servicio:  Si es en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital – <b>Copago de \$0</b>  Si es en un entorno <b>hospitalario preferido</b> para pacientes ambulatorios – <b>Copago de \$75</b>		Los servicios de salud preventiva cubiertos se basan en la edad, el sexo y los factores de riesgo de la salud.  <b>Copago</b> de \$75 por consulta para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un <b>hospital preferido dentro de la red</b> o en un centro hospitalario. <b>Copago</b> de \$250 por consulta para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un <b>hospital no preferido dentro de la red</b> o en un centro hospitalario.
Atención de mujeres sanas, que puede incluir un examen anual para mujeres sanas y controles para la detección de cáncer de cuello uterino, controles relacionados con el embarazo y controles de salud reproductiva	Si es en un entorno <b>hospitalario no preferido</b> para pacientes ambulatorios -- <b>copago</b> de \$250	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	El examen anual y los servicios de salud preventiva cubiertos se basan en la edad y los factores de riesgo de la salud.  <b>Copago</b> de \$75 por consulta para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un <b>hospital preferido dentro de la red</b> o en un centro hospitalario. <b>Copago</b> de \$250 por consulta para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un <b>hospital no preferido dentro de la red</b> o en un centro hospitalario.
La atención de niños sanos <sup>12</sup> ofrece chequeos y servicios de salud preventiva regulares, y las inmunizaciones indicadas en la nota al pie 12			Las consultas de niños sanos están sujetas a los límites de frecuencia enumerados a continuación y los servicios de salud preventiva se basan en la edad:
<b>Las consultas de niños sanos están sujetas a las siguientes limitaciones de frecuencia:</b> <b>Cantidad de consultas/Rango de edad:</b> 1 examen al nacer/recién nacido • 6 consultas/menores de 1 año • 7 consultas/1 a 4 años • 7 consultas/5 a 11 años • 6 consultas/12 a 17 años • 2 consultas/18 a 19 años			
Inmunizaciones de rutina – todas las edades (incluye inmunizaciones para viajes)			Las inmunizaciones se basan en la edad y los factores de riesgo de la salud.
Mamografías **	El Plan paga el 100% - <b>copago</b> de \$0	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Exámenes basados en la edad y los factores de riesgo para la salud del paciente.  Mamografías realizadas en un hospital/centro hospitalario: <b>Copago</b> de \$75 por consulta en un <b>hospital de proveedor preferido dentro de la red</b> o en un centro hospitalario. <b>Copago</b> de \$250 por consulta en un <b>hospital de proveedor no preferido dentro de la red</b> o en un centro hospitalario.
Asesoramiento en nutrición			

\* Consulte las notas al pie 11 y 12 en la página 135.

El Plan cubre ciertos servicios de atención preventiva sin cobrar **copagos** cuando utiliza un **proveedor dentro de la red**. Las cuatro áreas de servicios de atención preventiva son:

- los artículos o servicios basados en evidencia con una calificación de A o B recomendados por la United States Preventive Services Task Force (“USPSTF”),
- las inmunizaciones para uso de rutina en niños, adolescentes o adultos recomendadas por el *Advisory Committee on Immunization Practices de los Centers for Disease Control and Prevention*,
- la atención preventiva y las pruebas de detección basadas en evidencia y estipuladas en las pautas integrales respaldadas por la Health Resources and Services Administration (“HRSA”) para bebés, niños y adolescentes, y
- otra atención preventiva y pruebas de detección basadas en evidencia y estipuladas en las pautas integrales respaldadas por la HRSA para mujeres.

Algunos de los servicios de atención preventiva que se cubren están enumerados en la tabla que figura anteriormente. La lista de servicios de atención preventiva puede cambiar. Puede encontrar una lista de los servicios de atención preventiva en [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov) o comunicándose con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.

\*\* Cobertura de las mamografías, independientemente de la edad, para las personas cubiertas que tengan antecedentes de cáncer o que tengan un familiar de primer grado (madre, hermana o hija) con antecedentes de cáncer de mama y con recomendación de un **médico**.

## Servicios de salud reproductiva

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Las consultas al consultorio de salud reproductiva y asesoramiento para el uso de métodos y dispositivos anticonceptivos (como ligadura de trompas, y colocación de DUI y diafragmas)	Sin <b>copago</b> El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	
Vasectomía (no incluye procedimientos de reversión)	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).		El tipo de centro en el que se brinde el servicio determinará el <b>copago</b> .
Aborto, incluye procedimientos electivos y no electivos			Las pruebas de fertilidad se limitan a una por año calendario.
Pruebas de fertilidad			
Tratamiento de la infertilidad	Sin cobertura	Sin cobertura	No hay cobertura para el servicio una vez que se diagnostica la infertilidad.

## Atención de maternidad y embarazo

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas al consultorio para atención prenatal y postnatal de un <b>médico</b> con licencia o enfermera partera certificada <sup>13</sup> , incluidos los procedimientos diagnósticos	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> inicial. (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36). No se aplican <b>copagos</b> para la primera consulta postnatal.	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	El <b>copago</b> para atención prenatal se limita al <b>copago</b> para la primera consulta únicamente de la atención de maternidad.
Atención de enfermería para recién nacido en un hospital			
Admisión para atención obstétrica* (en un hospital o centro de maternidad)	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión en un <b>hospital preferido</b> y \$1,000 por admisión en un <b>hospital no preferido</b>	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>  No existe cobertura para centros de maternidad <b>fuera de la red</b>	Los centros de maternidad <b>fuera de la red</b> no están cubiertos.
Parto en el hogar con una enfermera partera certificada <sup>14</sup>	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Cuando el Plan autoriza el uso de una enfermera partera no participante para un parto en el hogar, los servicios se pagan a la misma tarifa que los de un obstetra participante.
Una consulta de atención médica en el hogar			Una (1) consulta de atención médica en el hogar dentro de un plazo de 24 horas desde el alta, si la madre sale del hospital antes del período de 48 o 96 horas indicado en los beneficios hospitalarios.

Circuncisión de varones recién nacidos			El momento en que se brinda el servicio y el tipo de centro en el que se provee el servicio determinará el <b>copago</b> .
	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).		

\* Se requiere precertificación.

Consulte las notas al pie 13 y 14 en la página 135.

### Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la vista (incluida la rehabilitación)<sup>15</sup>

Beneficio	Hospital o centro preferido dentro de la red	Hospital o centro no preferido dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Hospitalizaciones de rehabilitación aguda para pacientes internados*	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$1,000 por admisión	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Con cobertura por hasta 30 días por año calendario ( <b>dentro de la red</b> y <b>fuera de la red</b> combinados).
Servicios para pacientes ambulatorios*  Centro para pacientes ambulatorios o consultorio del <b>médico</b>	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> únicamente. Los beneficios son pagaderos por hasta 30 consultas por año calendario para la fisioterapia. Treinta consultas adicionales por año calendario para terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de la vista combinadas.
Servicios en el hogar	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 100%		<b>Dentro de la red</b> únicamente. Límite de 200 consultas por año calendario para todas las consultas en el hogar, incluidas las consultas de fisioterapia en el hogar.

\*Se requiere precertificación. Consulte la nota al pie 15 en la página 135.

### Equipo médico duradero y suministros médicos<sup>16</sup>

Beneficio	Dentro de la red**	Fuera de la red	Limitaciones
Equipo médico duradero* (como sillas de ruedas, nebulizadores, oxígeno y camas de hospital)	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Beneficio <b>dentro de la red**</b> únicamente.
Prótesis/aparatos ortopédicos*	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Beneficio <b>dentro de la red**</b> únicamente. Los aparatos ortopédicos están cubiertos sólo para aparatos ortopédicos para los pies que no sean de rutina y se limitan a un par por adulto y dos pares por niño en un año calendario.
Suministros médicos y para la diabetes (como catéteres y jeringas)	El Plan paga el 100% cuando usa un proveedor de equipos médicos duraderos***	Sin cobertura	Beneficio <b>dentro de la red**</b> únicamente. Si se realiza un pedido de suministros para la diabetes conforme al Beneficio de medicamentos con receta, consulte la página 55 para conocer el <b>copago</b> aplicable.
Pelucas	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Con cobertura después de quimioterapia o radioterapia y en otras circunstancias limitadas. Llame al Centro de servicios para afiliados para saber si la cobertura está disponible en su situación particular.

Suplementos nutricionales <sup>17</sup> que requieren receta médica (como fórmulas para bebés, y productos alimenticios sólidos modificados)	El Plan paga el 100% cuando usa un proveedor de equipos médicos duraderos***	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Sin cobertura conforme al Beneficio de medicamentos con receta.
Audífonos	El Plan paga el 100% cuando usa un proveedor de equipos médicos duraderos*** para dos audífonos de por vida.	Sin cobertura	Beneficio <b>dentro de la red**</b> únicamente a través de un proveedor de equipos médicos duraderos.  El nivel de cobertura depende de la necesidad médica. El Plan paga los audífonos en el punto medio del nivel de cobertura. El Participante tiene la opción de pagar la diferencia entre lo que el Plan paga y el costo de los audífonos de tecnología más avanzada que supere el punto medio del nivel de cobertura del Participante.  Limitación del beneficio de por vida.

\* Se requiere precertificación.

\*\* Los proveedores de los equipos médicos duraderos podrían no ser los mismos que los proveedores de servicios médicos/hospitalarios. Póngase en contacto con el Centro de servicios para afiliados para asegurarse de recibir su equipo médico duradero de un proveedor de equipos médicos duraderos dentro de la red.

\*\*\*Para obtener una lista de los proveedores de equipos médicos duraderos, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados. Consulte las notas al pie 16 y 17 en la página 136.

### Atención dental\*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Extracción quirúrgica de muelas del juicio impactadas únicamente	El Plan paga el 100% después del <b>copago</b> . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36).	El Plan paga el 70% del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	
Reparación de dientes naturales únicamente dentro de los 12 meses siguientes a una lesión en los dientes naturales sanos			

\* La atención dental también se cubre conforme a los beneficios dentales del Plan descritos en las páginas 62 a 73 de esta SPD. Cuando un procedimiento dental sea elegible para recibir cobertura conforme a su plan médico/hospitalario y también a su plan dental, su plan médico/hospitalario siempre será el pagador principal.

### **Página 130: se agregan los siguientes términos al glosario:**

**Hospitales y centros preferidos dentro de la red (hospitales y centros preferidos)** son aquellos que tienen costos más bajos para la atención y que el Plan ha identificado como tales.

**Hospitales y centros no preferidos dentro de la red (hospitales y centros no preferidos)** son aquellos que tienen costos más altos para la atención y que el Plan ha identificado como tales.



**Building Service 32BJ Health Fund**  
25 West 18th Street  
New York, NY 10011-4676

www.32bjfunds.org  
800-551-3225 Información sobre beneficios

Kyle E. Bragg, *Presidente*  
Howard I. Rothschild, *Secretario*  
Peter Goldberger, *Director Ejecutivo*  
Sara Rothstein, *Directora del Fondo*

## **Resumen de modificaciones materiales Building Service 32BJ Health Fund Planes Metropolitan y Suburban**

La siguiente lista enumera los cambios y aclaraciones que han ocurrido desde la impresión de la Descripción abreviada del plan (SPD) del Building Service 32BJ Health Fund para los planes Metropolitan y Suburban, con fecha del 1 de julio de 2017. El presente Resumen de modificaciones materiales (Summary of Material Modifications, SMM) suplementa o modifica la información presentada en su SPD con respecto al Plan. **Conserve este documento con su copia de la SPD para referencia futura.**

**Designación de un Agente fiduciario de la Unión Página 1:** Con vigencia a partir del 7 de octubre de 2019, Manny Pastreich ha sido designado como Agente fiduciario de la Unión y su información de contacto se agrega tal como figura a continuación:

Manny Pastreich  
Director, Negociación Colectiva y Relación con los Empleadores  
32BJ SEIU  
1025 Vermont Avenue NW  
7th Floor  
Washington, DC 20005-3577

**Cambio en el cargo de un Agente fiduciario de la Unión Página 1:** Con vigencia a partir del 1 de agosto de 2019, el cargo de Larry Engelstein se elimina completamente y se reemplaza con el de Secretario Tesorero/Vicepresidente Ejecutivo.

**Designación de un Agente fiduciario de la Unión Página 1:** Con vigencia a partir del 15 de julio de 2019, Kyle E. Bragg ha sido designado para reemplazar a Hector J. Figueroa como Agente fiduciario de la Unión.

**Renuncia de un Agente fiduciario de la Unión Página 1:** Con vigencia a partir del 12 de abril de 2019, Kevin J. Doyle renuncia como Agente fiduciario de la Unión. Su información de contacto se elimina completamente.

**Cambio de la dirección del Agente fiduciario del empleador Página 1:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2019, la dirección de Howard Rothschild se elimina completamente y se reemplaza con Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc., One Penn Plaza, Suite 2110, New York, NY 10119-2109.

**Cambio de Director Ejecutivo Página 1:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2018, Peter Goldberger ha reemplazado a Susan Cowell como Director Ejecutivo de los Building Service 32BJ Benefit Funds.

**Cambio de Director Página 1:** Con vigencia a partir del 19 de mayo de 2018, Sara Rothstein ha reemplazado a Angelo V. Dascoli como Directora del Building Service 32BJ Health Fund.

**Cambio en el nombre del Auditor del Fondo Página 1:** Con vigencia a partir del 31 de agosto de 2017, Bond Beebe se ha unido a Withum Smith + Brown, PC y ha cambiado su nombre a Withum Smith + Brown, PC.

**Modificación de la elegibilidad de los empleados de las escuelas públicas de la Ciudad de New York Páginas 16 y 17, y Apéndice B:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2019, el tercer párrafo en la sección

*Cuándo es elegible*, el segundo párrafo en la sección *Cuando ya no es elegible* y el Apéndice B se eliminan completamente.

**Ajuste en la división del Monto máximo anual que paga de su bolsillo (Maximum Out of Pocket, MOOP) entre los beneficios médicos y los beneficios de medicamentos con receta Páginas 26 y 27:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2020, la parte médica del Monto máximo que paga de su bolsillo aumenta a \$6,350 por individuo y \$12,700 por familia, y la parte de medicamentos con receta del Monto máximo que paga de su bolsillo permanece con una tarifa plana de \$1,800 por individuo y \$3,600 por familia. A partir de ese momento, a medida que ocurran aumentos en el Monto máximo que paga de su bolsillo, la parte de medicamentos con receta permanecerá fija en \$1,800 por individuo y \$3,600 por familia, y los dólares adicionales del Monto máximo que paga de su bolsillo se asignarán completamente a la parte médica.

**Cambio en los copagos de TeleMedicina Página 29:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2018, los copagos para TeleMedicina son los mismos que los copagos para los médicos/proveedores participantes dentro de la red, tal como se describen en la página 35.

**Cambio en el Beneficiario Página 82:** A partir del 1 de enero de 2020, se elimina completamente la sección *Beneficio por muerte para pensionados* y se reemplaza con lo siguiente:

### **Beneficio por muerte para pensionados**

Si usted es un pensionado que recibe una pensión del Building Service 32BJ Pension Fund, tiene derecho a un beneficio por muerte de \$1,000. Sin embargo, si es elegible para recibir cobertura de seguro de vida de este Plan, este beneficio por muerte de \$1,000 no es pagadero.

Su beneficiario del beneficio por muerte será la persona o personas a quienes usted nombre por escrito en un formulario de reclamación que queda archivado en el sistema electrónico de archivos del Fondo. Su beneficiario puede ser cualquier persona que usted elija, y usted puede cambiar su beneficiario en cualquier momento llenando y presentando un nuevo formulario en el Departamento de Servicios de Retiro.

Si usted no nombra a un beneficiario, o si éste muere antes que usted y antes de que haya nombrado uno nuevo, o si no tiene un beneficiario archivado en el sistema electrónico de archivos del Fondo, su beneficio por muerte del pensionado se pagará en el siguiente orden:

- 1) su cónyuge, si está vivo, o
- 2) su sucesión.

El Plan no paga este beneficio a nadie que esté involucrado de cualquier forma en la muerte intencional del participante. En los casos en los que se aplique esta norma, si no se ha designado un beneficiario que pueda recibir los beneficios, estos se pagarán en el orden indicado anteriormente.

**Adición de la sección “No duplicación de la cobertura de salud”:** **Página 103:** La siguiente sección se inserta después de la sección titulada *Incompetencia* y antes de la sección titulada *Dirección de correo postal*:

### **No duplicación de la cobertura de salud**

Incluso si más de un empleador realiza contribuciones en su nombre de manera simultánea a este **Fondo**, recibirá sólo un Plan de beneficios. El Plan de beneficios que recibirá es el Plan que el **Fondo** determina que, en su totalidad, le ofrece a usted los mayores beneficios.

La siguiente es una lista de los cambios y aclaraciones realizados al Resumen de modificaciones materiales (Summary of Material Modifications, SMM) del 1 de abril de 2019.

**Adición del 32BJ Maternity Program Página 11:** Con vigencia a partir del 1 de abril de 2020. La *Tabla de Atención de maternidad y embarazo* se elimina completamente y se reemplaza con lo siguiente:

### Atención de maternidad y embarazo

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas al consultorio para atención prenatal y postnatal de un <b>médico</b> con licencia o enfermera partera certificada <sup>13</sup> , incluidos los procedimientos diagnósticos	El Plan paga el 100 % después del <b>copago</b> inicial. (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 35 y 36). No se aplican <b>copagos</b> para la primera consulta postnatal.	El Plan paga el 70 % del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	El <b>copago</b> para atención prenatal se limita al <b>copago</b> para la primera consulta únicamente de la atención de maternidad.
Atención de enfermería para recién nacido en un hospital	El Plan paga el 100 %		
Admisión para atención obstétrica* (en un hospital o centro de maternidad)	El Plan paga el 100% después de un <b>copago</b> de \$100 por admisión en un <b>hospital preferido</b> y \$1,000 por admisión en un <b>hospital no preferido</b> . Si está inscrita en el 32BJ Maternity Program y da a luz en un hospital de este programa, es posible que se le reembolse el <b>copago</b> de \$100.	El Plan paga el 70 % del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>  No existe cobertura para centros de maternidad <b>fuera de la red</b>	Los centros de maternidad <b>fuera de la red</b> no están cubiertos.  Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del 32BJ Maternity Program.
Parto en el hogar con una enfermera partera certificada <sup>14</sup>	El Plan paga el 100 %	El Plan paga el 70 % del <b>monto permitido</b> después del <b>deducible</b>	Cuando el Plan autoriza el uso de una enfermera partera no participante para un parto en el hogar, los servicios se pagan a la misma tarifa que los de un obstetra participante.
Una consulta de atención médica en el hogar			Una (1) consulta de atención médica en el hogar dentro de un plazo de 24 horas desde el alta, si la madre sale del hospital antes del período de 48 o 96 horas indicado en los beneficios hospitalarios.
Circuncisión de varones recién nacidos			El momento en que se brinda el servicio y el tipo de centro en el que se provee el servicio determinará el <b>copago</b> .

\* Se requiere precertificación.

Consulte las notas al pie 13 y 14 en la página 135.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea información adicional sobre las modificaciones, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 en el horario de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o visítenos en línea en [www.32bjfunds.org](http://www.32bjfunds.org).

