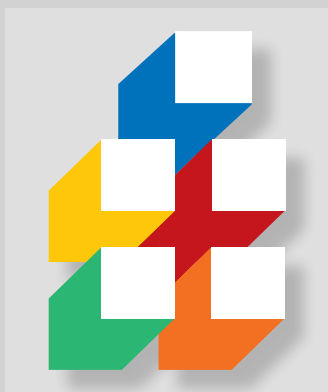




Building Service 32BJ Health Fund
Empire Tri-State Plan



Descripción abreviada del plan

1 de enero de 2015





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*
Susan Cowell, *Executive Director*
Angelo V. Dascoli, *Fund Director*

Resumen de modificaciones materiales para los participantes que trabajan conforme al Acuerdo de contratistas de mantenimiento de New England¹

Building Service 32BJ Health Fund Tri-State Plan

La siguiente lista enumera los cambios y las aclaraciones que han ocurrido desde la impresión de la Descripción abreviada del plan (Summary Plan Description, SPD) del Building Service 32BJ Health Fund para el Tri-State Plan (el Plan), con fecha del 1 de enero de 2015. 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.**

Adición de beneficios por incapacidad a corto y largo plazo: A partir del 1 de enero de 2017, el Plan ofrece beneficios por incapacidad a corto y largo plazo a los participantes que trabajan conforme al Acuerdo de contratistas de mantenimiento de New England y otros acuerdos colectivos de trabajo en los que el empleador firmante está obligado a realizar contribuciones a una tasa que cubre beneficios por incapacidad a corto y largo plazo*. Los beneficios por incapacidad a corto y largo plazo se ofrecen a través de Guardian Life Insurance Company of America (Guardian). Los contratos de seguro para esos beneficios son los documentos del plan. 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 este SMM podría no ser correcta. Puede solicitar copias de los contratos de seguro a Guardian. A continuación encontrará una breve descripción de los beneficios por incapacidad a corto y largo plazo provistos.

*Llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para determinar su elegibilidad.

¹ Los participantes que trabajan conforme a otros acuerdos colectivos de trabajo en los que el empleador firmante está obligado a realizar contribuciones a una tasa que cubre beneficios por incapacidad a corto y largo plazo también se encuentran cubiertos por este Resumen de modificaciones materiales.

Beneficios por incapacidad a corto plazo

Este plan le brinda un beneficio de ingreso semanal si usted se enferma o resulta incapacitado mientras se encuentra trabajando en un empleo cubierto. Es decir, si usted se ve incapacitado para realizar las tareas de su ocupación habitual a causa de una enfermedad o un accidente por el que debe recibir atención de un profesional de atención médica legalmente reconocido.

Elegibilidad. Para ser elegible para los beneficios por incapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, STD), debe reunir los siguientes requisitos:

- se debe considerar que usted se encuentra incapacitado según lo define el plan de incapacidad a corto plazo,
- debe estar bajo los cuidados regulares directos de un proveedor de tratamiento legalmente reconocido que no sea familiar suyo, y
- su incapacidad no debe ser el resultado de una lesión o enfermedad producida en el trabajo o relacionada con éste.

Monto del beneficio por incapacidad a corto plazo. El beneficio por incapacidad a corto plazo del Plan es el siguiente:

- 60% de sus ingresos semanales actuales hasta alcanzar un máximo de \$250 por semana, menos cualquier otro beneficio de ingresos para el cual pudiera ser elegible.

Cuándo comienzan los beneficios. Los beneficios comienzan el primer día de incapacidad debido a un accidente y el octavo día de incapacidad continua a causa de una enfermedad. Es posible que sea elegible para recibir hasta 26 semanas de beneficios de ingreso por incapacidad debido a su incapacidad.

Cuándo terminan los beneficios. Los beneficios terminan cuando sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- ya no está incapacitado,
- puede realizar las tareas principales de su propio trabajo con una adaptación razonable, independientemente de si vuelve al trabajo,
- vuelve a trabajar con un salario,
- no proporciona prueba de la pérdida según lo requiere el administrador del beneficio,
- ya no recibe atención regular y adecuada para la afección para la cual presenta la reclamación de beneficios por incapacidad, o
- ya ha recibido la cantidad máxima de semanas de incapacidad a corto plazo.

Limitaciones y exclusiones de los beneficios. Se aplican las siguientes limitaciones y exclusiones a este beneficio:

- el inicio de su incapacidad se determina mediante la evaluación de la información médica suministrada para brindar evidencia de la incapacidad para realizar las tareas de su trabajo.
- cada duración de la incapacidad está sujeta a ciertos estándares de duración de la incapacidad en base al diagnóstico, y puede requerir documentación médica adicional o un examen según lo requiera el administrador del beneficio.
- dos períodos de incapacidad debidos a la misma enfermedad o a una enfermedad relacionada se considerarán como incapacidad recurrente si esta incapacidad recae dentro de los 30 días después de haber sido acreedor a los beneficios, siempre que se cumplan todas las disposiciones del plan.
- solamente se pagarán beneficios durante períodos en los que se produzca la pérdida de salario.
- se pueden reducir los beneficios semanales brutos si recibe beneficios de jubilación según la Ley de Seguro Social de los Estados Unidos, así como también de cualquier otra fuente de ingresos enumerada en el plan de incapacidad a corto plazo.

Cómo recibir los beneficios por incapacidad a corto plazo. Sus beneficios por incapacidad a corto plazo son administrados por The Guardian Life Insurance Company of America. Comuníquese con Guardian TeleGuard llamando al 1-888-262-5670, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. para solicitar los beneficios por incapacidad a corto plazo.

Tenga en cuenta que este documento brinda sólo una descripción general del programa de beneficio por incapacidad a corto plazo y no representa una garantía del pago de la cobertura. Todas las determinaciones de reclamaciones requerirán una revisión completa por parte del administrador de los beneficios y estarán sujetas a los términos y condiciones establecidas en el plan real del seguro.

Beneficios por incapacidad a largo plazo

Este Plan le puede brindar un ingreso mensual continuo si resulta completamente incapacitado mientras está en un empleo cubierto. Esto significa que usted no puede realizar las tareas de su trabajo como resultado de una lesión corporal o enfermedad.

Elegibilidad. Para ser elegible para los beneficios por incapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, LTD), debe reunir los siguientes requisitos:

- Debe haber resultado incapacitado mientras trabajaba en un empleo cubierto (la incapacidad se establece mediante la presentación de una declaración ratificadora de incapacidad del médico que lo trata),
- Debe estar completamente incapacitado durante 180 días mientras se encuentra en un empleo cubierto antes de poder solicitar la incapacidad a largo plazo, y
- A partir de la fecha en que usted dejó de trabajar debido a la incapacidad, usted tuvo al menos 36 meses consecutivos de elegibilidad en el Fondo de Salud como resultado del 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 6 meses durante las cuales continuó la cobertura de atención médica, por ejemplo, las licencias médicas y familiares, licencias para ausentarse, incapacidad a corto plazo, la indemnización por accidentes y enfermedades laborales y el arbitraje, durante un período de tres años consecutivos.

No tiene derecho a recibir los beneficios completos por incapacidad a largo plazo si es elegible para comenzar a recibir una pensión de forma normal (es decir, una anualidad vitalicia individual o una anualidad conjunta si es soltero y de sobreviviente si está casado) de \$1000 o más por mes del Massachusetts Service Employees Pension Fund.

Monto del beneficio por incapacidad a largo plazo El monto del beneficio por incapacidad a largo plazo pagadero por parte del Plan es el 60% de sus ingresos cubiertos mensuales actuales, hasta alcanzar un máximo de \$1,000.

Cuándo comienzan los beneficios. Los beneficios por incapacidad a largo plazo comienzan del día 181 después del último día que trabajó debido a una incapacidad total.

Cómo solicitar los beneficios por incapacidad a largo plazo Sus beneficios por incapacidad a largo plazo son administrados por The Guardian Life Insurance Company of America. Comuníquese con Guardian TeleGuard llamando al 1-888-262-5670, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. para solicitar los beneficios por incapacidad a largo plazo.

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

- ya no está incapacitado,
- no proporciona prueba de la pérdida según lo requiere este plan de incapacidad a largo plazo,
- usted puede ganar los ingresos máximos permitidos mientras se encuentra incapacitado conforme a este plan de incapacidad a largo plazo,
- usted puede realizar las tareas principales de su propio trabajo a tiempo completo con una adaptación razonable,
- usted puede realizar las tareas principales de cualquier empleo remunerado a tiempo completo con adaptación razonable si no puede realizar las tareas de su propio trabajo,
- la fecha en la que haya residido fuera de los Estados Unidos y/o Canadá por más de 2 meses en un período de 12 meses,

- la finalización del período de pago máximo,
- la fecha en que ya no existen más beneficios pagaderos conforme a cualquier disposición de este plan de incapacidad a largo plazo que limite el período de pago máximo,
- la fecha en que ya no recibe atención regular y adecuada de un médico,
- la fecha en que se niegue a participar en un programa de rehabilitación,
- la fecha en que terminan los pagos de acuerdo con un acuerdo de rehabilitación,
- cuando usted cumple 65 años, si su incapacidad comenzó antes de que cumpliera 60 (si su incapacidad comenzó después de cumplir 60 o al momento de cumplir 60, el período de beneficio máximo puede consultarse en la Tabla de duración del beneficio de este plan de incapacidad a largo plazo),
- cuando el Fondo recibe información que indique que no es elegible para beneficios por incapacidad a largo plazo, o
- cuando usted muere.

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

- intento de suicidio o lesiones autoinflingidas mientras se encuentre o no en uso de sus facultades mentales,
- guerra o acto de guerra (declarado o no), rebelión civil o participación en un disturbio o conmoción civil,
- agresión, lesión o delito cometido por el participante o un intento de cometerlo,
- servicio en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las fuerzas armadas,
- períodos de incapacidad durante los cuales usted está recibiendo tratamiento médico o atención fuera de los Estados Unidos o Canadá a menos que el administrador del beneficio por incapacidad a largo plazo lo autorice de manera expresa.

Tenga en cuenta que este documento brinda sólo una descripción general del programa de beneficio por incapacidad a largo plazo y no representa una garantía del pago de la cobertura. Todas las determinaciones de reclamaciones requerirán una revisión completa por parte del administrador de los beneficios y estarán sujetas a los términos y condiciones establecidas en el plan real del seguro.

Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

Presentación de reclamaciones de beneficios por incapacidad a corto plazo

Para presentar una reclamación de beneficios por incapacidad a corto (STD) o largo (LTD) plazo, comuníquese con Guardian TeleGuard al 1-888-262-5670 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para presentar una solicitud. Todas las reclamaciones de beneficios por incapacidad a corto plazo deben presentarse de manera telefónica. **Las reclamaciones de beneficios por incapacidad a corto plazo se deben presentar en el plazo de los 30 días posteriores al inicio de la incapacidad. Si la reclamación se presenta tarde, es posible que no se le pague ningún periodo de incapacidad que supere las dos semanas anteriores a la fecha en que presentó la reclamación. Las reclamaciones presentadas después de las 26 semanas serán rechazadas.**

Adónde enviar los formularios de reclamaciones

Todas las reclamaciones de beneficios por incapacidad a corto y largo plazo deben presentarse de manera telefónica. Comuníquese con Guardian TeleGuard al 1-888-262-5670.

Aprobación y rechazo de reclamaciones

Si usted presenta una reclamación de beneficios por incapacidad a corto o largo plazo, Guardian tomará una decisión al respecto y le notificará *en un plazo de 90 días* a partir de la fecha de recepción de la reclamación. Si Guardian necesita una extensión del plazo debido a motivos que están fuera de su control, se le permite un período adicional de *90 días*. Antes de cumplirse el período original de 90 días Guardian le notificará el motivo del retraso y cuándo se tomará la decisión. La decisión se tomará dentro del período de extensión de 90 días y Guardian le notificará por escrito.

Presentación de una apelación

Si se rechaza su reclamación de beneficios por incapacidad a corto o largo plazo, Guardian le brindará una explicación de su decisión por escrito e instrucciones sobre cómo apelar su determinación.

Presente su apelación por escrito para beneficios por incapacidad a corto y largo plazo ante:

The Guardian Life Insurance
Company of America Attn: Appeals Committee
P.O. Box 14331
Lexington, KY 40512
Fax: 1-610-807-8270

Solo se aceptan apelaciones por escrito.

Usted tiene hasta 180 días para presentar una apelación para una reclamación de beneficios por incapacidad a corto o largo plazo rechazada. Si presenta una apelación de una reclamación de beneficios por incapacidad a corto o largo plazo rechazada, Guardian tomará una decisión al respecto y le notificará en un plazo de 45 días a partir de la fecha de recepción de la apelación. Si Guardian necesita una extensión del plazo debido a motivos que están fuera de su control, se le permite un periodo adicional de 45 días. Guardian le notificará antes del vencimiento del periodo original de 45 días para avisarle si se necesita una extensión. La decisión se tomará antes que finalice el periodo de 90 días y Guardian le notificará por escrito.

Instancia voluntaria de apelación

Si Guardian rectifica el rechazo de su reclamación de beneficios por incapacidad a corto o largo plazo, y el rechazo es de naturaleza administrativa, puede presentar una apelación voluntaria ante la Junta de fideicomiso. Envíe su apelación voluntaria por escrito a:

Building Service 32BJ Health Fund
Board of Trustees—Appeals Committee
25 West 18th Street

New York, NY 10011-4676

Consulte las páginas 96 y 97 de su Descripción abreviada del plan para obtener información adicional sobre las apelaciones voluntarias.

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.

Aviso de traducción

Este folleto contiene un resumen en español de sus derechos y beneficios con el Plan del Building Service 32BJ Health Fund (Fondo de salud 32BJ). Si tiene alguna dificultad para entender alguna 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 oficina es de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes. También puede visitar 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.

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.

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.

Building Service 32BJ

Health Fund

25 West 18th Street, New York, NY 10011-4676

Teléfono: 1-800-551-3225

El Building Service 32BJ Health Fund (Fondo de salud 32BJ) 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
SEIU Local 32BJ
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

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

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

Shirley Aldebol
Vicepresidente
SEIU Local 32BJ
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/Abogado 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
Aviso importante	7
Preguntas frecuentes	9
Elegibilidad y participación	16
Cuándo es elegible	16
Cuándo ya no es elegible	16
Si se reintegra al trabajo	17
Extensión de los beneficios de salud	17
COBRA	17
Extensión de la cobertura de salud pagada por el Fondo	18
Discapacidad	18
Arbitraje	19
Ley de licencias médicas y familiares (FMLA)	20
Licencia por servicio militar	20
Elegibilidad de los dependientes	20
Cuándo sus dependientes ya no son elegibles	24
Cómo inscribirse	24
Normas especiales de inscripción	25
Su obligación de avisar	26
Qué beneficios se brindan	27
Monto máximo anual que paga de su bolsillo en beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental, de abuso de sustancias y de farmacia dentro de la red	27
Beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias	28
Condiciones para el reembolso de gastos médicos y hospitalarios	28
Información sobre los proveedores participantes y los 5 Star Centers	29
Cuando se atiende dentro de la red	30
Cuando se atiende fuera de la red	30
Cobertura cuando está lejos de casa	33
Montos máximos de los beneficios	33
Ley de protección de la salud de madres y recién nacidos	33
Precertificación	34
Precertificación para servicios hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias	34
Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo	36
Programa de servicios cubiertos	38
En el hospital y en otros centros de tratamiento para pacientes internados	38
Atención de emergencia	40
Centros de tratamiento para pacientes externos	41

Atención en el consultorio del médico	42
Atención médica en el hogar	43
Salud mental y abuso de sustancias	44
Atención médica preventiva	45
Servicios de planificación familiar	47
Atención de maternidad y embarazo	48
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la vista (incluida la rehabilitación)	49
Equipo médico duradero y suministros médicos	50
Atención dental	51
Gastos hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias excluidos	52
Beneficios de medicamentos con receta	58
Medicamentos especializados	59
Chronic Care Prescription Drug Discount Program	59
Existen varias formas de surtir su receta	59
Para medicamentos a corto plazo: en la farmacia	59
Para medicamentos de mantenimiento	60
A través del Maintenance Choice Program	60
A través del Mail Service Program de CVS Caremark	60
A través del Specialty Pharmacy Program de CVS Caremark	61
Limitación de frecuencia	62
Medicamentos elegibles	62
Medicamentos excluidos	62
Beneficios dentales	63
Cómo funciona el Plan	63
Proveedores participantes en Delta Dental	64
Dentistas no participantes	64
El Centro Dental 32BJ	64
Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento	65
Los servicios dentales que están cubiertos	65
Limitaciones de frecuencia	65
Máximo anual	65
Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan Delta Dental	66
Beneficio alternativo para la cobertura dental	70
Lo que no está cubierto	70
Coordinación de beneficios dentales	72
Beneficios de cuidado de la vista	73
Gastos elegibles	74
Gastos excluidos	74

	Página
Beneficios de seguro de vida	75
Monto del beneficio	75
Designación de un beneficiario	75
Extensión del seguro de vida por discapacidad	76
Cuándo termina la cobertura	76
Beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	76
Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales	77
Lo que no está cubierto	77
Cuándo termina la cobertura	78
Beneficios por fallecimiento del pensionado	78
Beneficios de discapacidad a corto plazo (STD)	79
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones	80
Reclamaciones de beneficios	80
Presentación de reclamaciones de beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias	81
Presentación de reclamaciones de beneficios de farmacia	81
Presentación de reclamaciones de beneficios de atención dental	82
Presentación de reclamaciones de beneficios del cuidado de la vista	82
Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	83
Presentación de reclamaciones del beneficio por fallecimiento del pensionado	83
Presentación de reclamaciones de beneficios de discapacidad a corto plazo	83
Adónde enviar los formularios de reclamaciones	84
Aprobación y rechazo de reclamaciones	85
Reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias) y reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de cuidado de la vista)	85
Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	88
Reclamaciones del beneficio por fallecimiento del pensionado	88
Beneficios por discapacidad a corto plazo	89
Aviso de la decisión	89
Apelación de reclamaciones rechazadas	89
Presentación de una apelación	91
Dónde presentar una apelación de primera instancia	92
Plazos para las decisiones sobre apelaciones	93
Apelaciones aceleradas para reclamaciones de atención urgente	93
Apelación de reclamaciones anteriores o simultáneas al servicio para servicios de salud (médicos, hospitalarios, de salud mental y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia, dentales o de cuidado de la vista)	93

	Página
Apelación de reclamaciones posteriores al servicio para servicios de salud (médicos, hospitalarios, de salud mental y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia, dentales o de cuidado de la vista)	94
Solicitud de apelación acelerada	94
Apelación de segunda instancia para reclamaciones que involucran juicio médico	94
Reclamaciones de servicios de salud (médicos, hospitalarios, de salud mental y de abuso de sustancias) y reclamaciones de farmacia	94
Instancia voluntaria de apelación	96
Reclamaciones administrativas de servicios de salud y de farmacia, de servicios de salud auxiliares (servicios dentales y de cuidado de la vista) y de seguro de vida, seguro en caso de muerte y mutilación accidentales y beneficios de discapacidad a corto plazo	96
Apelación de reclamaciones del beneficio por fallecimiento del pensionado	97
Apelación de reclamaciones del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	97
Apelación de reclamaciones de discapacidad a corto plazo (STD)	98
Aviso de la decisión de la apelación	98
Acciones posteriores	98
Incompetencia	99
Dirección de correo postal	99
Coordinación de beneficios	99
Medicare	101
Divulgación de información al Fondo: Fraude	102
Subrogación y reembolso	103
Pagos en exceso	106
Cobertura de salud colectiva continuada	106
Durante una licencia médica y familiar	106
Durante una licencia por servicio militar	107
Conforme a COBRA	108
Continuación de cobertura conforme a COBRA	109
Otra información del Plan de salud que debe saber	113
Cesión de beneficios del Plan	113
Exención de responsabilidad por la práctica médica	114
Privacidad de la información de salud protegida	114
Certificado de cobertura acreditable	115
Conversión a cobertura individual	115
Información general	116
Aportes del empleador	116
Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios	116
Cumplimiento de las leyes federales	117
Modificación o cancelación del Plan	117

	Página
Administración del Plan	118
Declaración de derechos según la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 con sus modificaciones	119
Reducción o eliminación de los periodos de exclusión de cobertura por enfermedades preexistentes conforme al Plan	120
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan	120
Haga cumplir sus derechos	120
Ayuda con sus preguntas	121
Información del Plan	122
Financiamiento de los beneficios y tipo de administración	122
Patrocinador y administrador del Plan	122
Empleadores participantes	122
Agente encargado de la notificación del proceso legal.	123
Glosario	124
Notas	127
Información de contacto	Interior de la contraportada

Aviso importante

Este folleto es el documento del Plan y la Descripción abreviada del Plan (“SPD”) del plan de beneficios (“el Plan”) del Tri-State Plan del Building Service 32BJ Health Fund (“el Fondo”) para los fines de la Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados (“ERISA”) de 1974 con sus modificaciones. Los términos en el presente constituyen los términos del Plan.⁽¹⁾ Sus derechos a los beneficios solo se pueden determinar en 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 entera y absoluta discreción, de modificar el Plan en cualquier momento.

En el caso de que hubiese algún conflicto o ambigüedad entre esta SPD y los contratos de seguro, o su acuerdo colectivo de trabajo, la SPD regirá. Asimismo, en el caso de que se produzca algún conflicto entre los términos y las 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 del Building Service 32BJ Benefit Funds (Fondo de beneficios 32BJ), prevalecerán los términos y condiciones establecidos en este folleto.

- Guarde este folleto (póngalo en un lugar seguro). Si pierde una copia, puede pedir otra en el Centro de servicios para afiliados o puede obtenerla en www.32bjfunds.org.
- Si cambia su nombre o dirección, notifique 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 les dan derecho a los beneficios del Plan.

⁽¹⁾Esta SPD es el documento del plan para el Tri-State Plan, que incluye los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental 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, el beneficio por fallecimiento del pensionado y la discapacidad a corto plazo. Los contratos de seguro de MetLife y Guardian son los documentos del plan para los planes de seguro de vida, seguro en caso de muerte y mutilación accidentales y discapacidad a corto plazo. Los planes y los beneficios que pagan están limitados por todos los términos, las exclusiones y las limitaciones de aquellos contratos en vigencia en el 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 y Guardian.

La palabra “dependiente” se refiere al miembro de la familia del participante que es elegible para los beneficios del Plan. En las secciones donde se 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 que entraron en vigencia el 1 de enero de 2015.
- Con vigencia a partir de 1 de abril de 2015, este folleto cubre a los participantes del Tri-State Plan que tienen la cobertura de la **red** Empire BlueCross BlueShield Direct Point-of-Service (“POS”) porque trabajan en Connecticut, New Jersey o en el área metropolitana de la Ciudad de New York. Hay un folleto diferente que cubre a los participantes del Tri-State Plan que trabajan fuera de esta área.
- El nivel de aportes proporcionado en su acuerdo colectivo de trabajo o en el acuerdo de participación determina el Plan para el cual usted es elegible. En general, el Tri-State Plan cubre a determinados participantes que trabajan fuera de la Ciudad de New York, por ejemplo en New Jersey, Connecticut, el Condado de Westchester o Long Island.

Si bien el Fondo proporciona otros planes, estos no se describen en este folleto. Si no está seguro sobre 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 y de abuso de sustancias;
- beneficios de medicamentos con receta;
- beneficios dentales;
- beneficios de cuidado de la vista;
- beneficios de discapacidad a corto plazo en Connecticut, si están contemplados por su Acuerdo colectivo de trabajo (“CBA”);
- beneficio de seguro de vida;
- beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales; y
- beneficio por fallecimiento 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 las tablas de las páginas 21 a 23 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;
- el Centro de servicios para afiliados llamando al 1-800-551-3225.

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

Usted debe hacer lo siguiente:

- notificarle al Fondo dentro de un plazo de 30 días de 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 nuevo cónyuge o hijo comenzará a regir 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** de Empire BlueCross BlueShield Direct Point-of-Service ("POS"): ⁽²⁾

- visite el sitio web 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 de los 5 Star Centers y los **proveedores participantes**. Los proveedores de los 5 Star Centers son proveedores que han obtenido la certificación como Hogar médico centrado en los pacientes del Comité Nacional del Aseguramiento de la Calidad ("NCQA") y han aceptado trabajar con el Fondo. Si usted recibe atención en un 5 Star Center, pagará el monto más bajo. Consulte a continuación:

	Proveedores de 5 Star Centers	Proveedores participantes
Consultas al consultorio del médico	Copago de \$0 por consulta	\$40 de copago por visita

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.

⁽²⁾ Los participantes que viven en Connecticut, New Jersey, la Ciudad de New York o los condados aledaños de New York tienen la **red** POS. Aquellos que viven fuera de esta área tienen la **red** Empire Preferred Provider Organization ("PPO").

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

- visite el sitio web www.32bjfunds.org; o
- llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.

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

Pagará más. Usted deberá pagar:

- \$1,000 (el **deducible** anual);
- 50% del **monto permitido**; y
- todos los cargos que excedan el **monto permitido**.

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**.

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 la alergia se cubre para hasta 13 consultas por año, de las cuales 2 pueden ser consultas para la realización de pruebas. (Consulte las páginas 38 a 51 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 2 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);
- cirugía hospitalaria y de paciente internado;
- servicios de salud mental y salud del comportamiento para pacientes internados y para pacientes externos de manera intensiva;
- servicios para desórdenes por abuso de sustancias para pacientes internados y para pacientes externos de manera intensiva;

- servicios de rehabilitación;
- radioterapia;
- atención de enfermería especializada;
- servicios de hospicio (solo 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 por 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 estén **dentro de la red**. Porque si no lo están, usted podría ser responsable de los **deducibles** y el **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 no utiliza un **proveedor participante**, 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. ¿Qué pago por los medicamentos con receta que están en el formulario de medicamentos 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 CVS Pharmacy (suministro de hasta 90 días)	Farmacia no participante
Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Cubiertos hasta el importe que el Fondo pagaría a una farmacia minorista participante menos su copago .
Medicamentos de marca	Copago de \$30	Copago de \$60	Cubiertos hasta el importe que el Fondo pagaría a una farmacia minorista participante menos su copago .

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

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 selladores;
- 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, 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 63 a 72).

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

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

20. ¿Puedo obtener beneficios de discapacidad?

Si trabaja en Connecticut conforme a un acuerdo colectivo de trabajo que brinda beneficios de discapacidad a corto plazo (“STD”) y sufre una discapacidad mientras trabaja en un **empleo cubierto**, es posible que califique para un beneficio semanal de discapacidad a corto plazo. (Para obtener detalles, consulte las páginas 79 a 80).

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

\$10,000.

No existe cobertura de seguro de vida para sus dependientes.

22. ¿Qué sucede si tengo otro seguro de médico?

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 99 y 102 para obtener más información).

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

Si cambia de **empleadores** cubiertos y tiene un periodo de desempleo de 91 días o menos, su cobertura comenzará el primer día en que vuelva a trabajar. Si está desempleado durante más de 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 o me jubilo?

Su cobertura continuará sin costo durante 30 días después del último día que trabaje en el **empleo cubierto**. Antes de que venzan los 30 días, se le ofrecerá, conforme a la Ley Federal de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (“COBRA”) de 1986, la oportunidad de comprar cobertura hospitalaria, médica, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, dental y de cuidado de la vista por hasta 17 meses más como máximo.

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

Si es elegible, salvo que se establezca lo contrario en su acuerdo colectivo de trabajo, el Fondo pagará por hasta seis meses de cobertura de salud continua (Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo). Para ser elegible, usted debe:

- haber quedado completamente discapacitado mientras trabajaba en un **empleo cubierto**;
- ser incapaz de trabajar,
- estar recibiendo (o contar con la aprobación para recibir) uno de los siguientes beneficios:
 - discapacidad a corto plazo (“STD”);
 - indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

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

Si su familia está inscrita/cubierta en la fecha de su fallecimiento, su cobertura continuará sin costo durante 30 días. Antes de que venza el periodo 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.

27. ¿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.

Elegibilidad y participación

Cuándo es elegible

La elegibilidad para los beneficios del Plan depende del acuerdo en particular 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 hacer aportes al Plan en su nombre cuando usted cumpla 90 días consecutivos de **empleo cubierto** con el mismo **empleador** trabajando a tiempo completo (como se define por su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación), 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 periodo de espera de 90 días. Cuando haya completado el periodo 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**.

Se aplican requisitos de elegibilidad adicionales para la discapacidad a corto plazo (consulte las páginas 79 a 80 para obtener más información) y para los beneficios por fallecimiento para pensionados. (Consulte la página 78 para obtener más información).

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 20 y las páginas 108 a 113);
- en la fecha en que su **empleador** pone fin a su participación en el Plan; o
- en la fecha en que se cancele el Plan.

Además, la Junta se reserva el derecho, a su entera discreción, de cancelar la elegibilidad si su **empleador** es significativamente moroso en sus aportes 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 los 91 días, su participación en el Plan se reanuda el primer día en que vuelve 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 la definición de “dependiente” según el Plan (consulte la sección Elegibilidad de los dependientes en las páginas 20 a 26).

Extensión de los beneficios de salud

La cobertura de salud puede continuar si usted no está trabajando en las siguientes circunstancias:

COBRA

Conforme a la Ley federal de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 (“COBRA”), se exige a los planes de salud colectivos que ofrezcan la continuación temporal de la cobertura de salud, en que el empleado paga todo, en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo. La “cobertura de salud” incluye la cobertura hospitalaria, médica, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y del cuidado de la vista del Plan. No incluye seguro de vida, seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (“AD&D”) y discapacidad a corto plazo (“STD”). (Consulte las páginas 108 a 113 para obtener más información sobre COBRA).

Extensión de la cobertura de salud pagada por el Fondo

Si se cumplen todos los requisitos de elegibilidad, el Fondo pagará la cobertura de salud en las siguientes situaciones: discapacidad, que debe haber ocurrido mientras usted se encontraba en un **empleo cubierto**, y arbitraje. Todos los periodos de Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo contarán para efectos del periodo en el que tiene derecho a cobertura continua en virtud de COBRA. La extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo 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. El seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales continúan durante los primeros seis meses únicamente. (Consulte la página 76 para obtener información sobre la Extensión del seguro de vida por discapacidad).

Para recibir esta cobertura extendida, envíe la documentación de la lista incluida en la sección Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo del aviso de elección de COBRA. Si no envía a tiempo la documentación requerida, es posible que pierda su elegibilidad para la cobertura continua en virtud de la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo. Los documentos requeridos (por ejemplo, el comprobante de discapacidad) deben enviarse a la siguiente dirección:

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

Discapacidad

Puede seguir siendo elegible para un máximo de 6 meses de cobertura de salud (consulte la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo en las páginas 17 a 20), siempre que envíe la documentación requerida establecida en la sección Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo del aviso de elección de COBRA, sea incapaz de trabajar y esté recibiendo (o cuente con la aprobación para recibir) uno de los siguientes beneficios por discapacidad:

- discapacidad a corto plazo; o
- indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

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

- usted elija no continuar con la cobertura;
- vuelva a trabajar en cualquier empleo;
- han pasado 6 meses desde que dejó de trabajar debido a discapacidad;
- su indemnización por accidentes y enfermedades laborales o sus beneficios de discapacidad a corto plazo terminen;
- usted reciba los beneficios máximos de la discapacidad a corto plazo o de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales; o
- se vuelva elegible para Medicare como su aseguradora principal.

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

Para recibir esta cobertura extendida (Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo), usted debe enviar un comprobante de discapacidad, tal como se describe en la sección Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo del aviso de elección de COBRA 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 discapacidad). El Plan se reserva el derecho de exigir, de vez en cuando, un comprobante de que usted sigue discapacitado. Esta extensión de cobertura contará para los efectos del periodo en el que tiene derecho a cobertura continua conforme a COBRA. (Consulte las páginas 108 a 113 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 las páginas 17 a 20). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del periodo en el que tiene derecho a cobertura continua conforme a COBRA.

* Las suspensiones indefinidas o los despidos pendientes de suspensión 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 (“FMLA”). Puede continuar recibiendo cobertura de salud durante una licencia FMLA. (Consulte las páginas 106 y 107 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 (“USERRA”) de 1994, siempre que se inscriba para recibir cobertura continua de salud. (Consulte las páginas 107 y 108 para obtener más información). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del periodo en el que tiene derecho a cobertura continua conforme a COBRA.

Elegibilidad de los dependientes

Los dependientes elegibles conforme al Plan se describen en las páginas siguientes, si su acuerdo colectivo de trabajo o su acuerdo de participación brinda cobertura para los dependientes.

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).
Pareja conviviente	Ninguna	Usted y su pareja conviviente del mismo sexo (a menos que las leyes de la jurisdicción donde vive permitan el matrimonio entre personas del mismo sexo): • tienen un certificado de unión civil de un estado de los Estados Unidos o de una provincia de Canadá donde son válidas las uniones civiles o bien, si los certificados de unión civil no están disponibles en la jurisdicción en donde usted vive; • son dos individuos de 18 años o más del mismo sexo que: - han estado viviendo juntos durante al menos 12 meses; y - no están casados con ninguna otra persona ni tienen relación consanguínea que pudiera impedir el matrimonio conforme a la ley; - son interdependientes económicamente y pueden demostrarlo; y - tienen una relación personal, cercana y comprometida, y no se los ha registrado como parejas de otras personas dentro de los últimos 12 meses. A fin de determinar la elegibilidad para estos beneficios, usted y su pareja conviviente deberán proporcionar lo siguiente: • un certificado de unión civil de un estado de los Estados Unidos o de una provincia de Canadá donde son válidas las uniones civiles entre personas del mismo sexo o bien, si los certificados de unión civil no están disponibles en la jurisdicción en donde usted vive; • declaraciones juradas que atestigüen su relación, más un registro de pareja conviviente según la ley estatal o local (si se permite en la jurisdicción donde vive) y una prueba de su interdependencia económica. Usted tiene la obligación de proporcionar lo anterior al nivel máximo de certificación existente en la jurisdicción donde reside. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener una solicitud o información general. Pueden existir consecuencias tributarias significativas por la cobertura de su pareja conviviente o, en algunos estados, por la cobertura de su cónyuge del mismo sexo. Comuníquese con un asesor tributario para obtener asesoría tributaria.

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Pareja conviviente (continuación)	Ninguna	Si pierde la cobertura debido a un evento que califique, usted y su pareja conviviente pueden elegir mantener la cobertura pagándola ustedes mismos. Las parejas convivientes tendrán el derecho independiente de continuar con la cobertura pagándola ellos mismo solo en el caso en que fallezca el participante.
Hijos (excepto hijos discapacitados)	30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el que el hijo cumple los 26 años, lo que ocurra primero.	El hijo cumple uno de los siguientes requisitos: • es su hijo biológico; • es su hijo adoptado* o colocado para adopción; • es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge; o • es el hijo biológico o adoptado de su pareja conviviente.
Hijos (discapacitados) de más de 26 años	No hay límite de edad para la cobertura.	El hijo: • está total y permanentemente discapacitado; • quedó discapacitado mientras era dependiente elegible o antes de volverse dependiente elegible; • no está casado; • tiene la misma dirección principal que el participante**, o según lo establezcan los términos de una orden de manutención infantil médica calificada ("QMCSO"); consulte las páginas 113 a 114; y • es dependiente del participante para más de la mitad de su manutención anual y este lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos**. Debe solicitar una extensión de la cobertura para hijos dependientes discapacitados y proporcionar pruebas de la discapacidad total y permanente en un plazo que no supere los 60 días después de la fecha en la que su hijo perdería su elegibilidad; además, usted debe permanecer cubierto por el Plan. Se le notificará acerca de la elegibilidad para la continuación de la cobertura de su hijo adulto discapacitado. Debe inscribir a su hijo adulto discapacitado dentro del plazo de 60 días después de recibir la confirmación de la elegibilidad de su hijo adulto. Si no lo inscribe en este momento, su hijo adulto discapacitado perderá su elegibilidad especial. Si su hijo se vuelve elegible para una cobertura extendida como resultado de una discapacidad, se le pedirá que pague una prima mensual para cubrir una parte del costo de la cobertura. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados.

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Hijos (dependientes): nietos o sobrinos ÚNICAMENTE si usted es su tutor legal*** (si la solicitud de tutela legal está en trámite, debe proporcionar la documentación que indique que se presentaron los papeles, y un comprobante cuando concluya el proceso legal)	30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el que el hijo cumple los 26 años, lo que ocurra primero.	El hijo: • no está casado; • tiene la misma dirección principal que el participante**, o según lo establezcan los términos de una orden de manutención infantil médica calificada ("QMCSO"); consulte las páginas 113 y 114; y • es dependiente del participante para toda su manutención anual y este lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos**.

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Un dependiente debe residir en los Estados Unidos, en Canadá o en México a menos que sea un ciudadano de los Estados Unidos.
- Un hijo no se considera dependiente según el Plan si presta servicio en el ejército o fuerzas similares de cualquier país.

*Si inscribe al niño dentro de un plazo de 30 días después de la colocación o de la adopción, lo que ocurra primero, su hijo dependiente adoptado tendrá cobertura a partir de la fecha en que fue adoptado o "colocado para adopción" con usted, lo que ocurra antes (pero no antes de que usted sea elegible). (Consulte la sección Su obligación de avisar en la página 26). Se coloca con usted a un niño para adopción en la fecha en que usted queda legalmente 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 ocurre, 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 estará cubierto desde el nacimiento, siempre y cuando 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 cubre la hospitalización inicial del recién nacido, si se presenta un aviso que revoca la adopción o si uno de los padres biológicos revoca su consentimiento para la adopción.

** Si usted está legalmente separado o divorciado, su hijo puede vivir 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 padre, pero debe ser dependiente suyo para fines tributarios.

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

Cuándo sus dependientes ya no son elegibles

Sus dependientes seguirán siendo elegibles, siempre y cuando usted lo siga siendo, excepto por lo siguiente:

- La elegibilidad de su *cónyuge* termina 30 días después de la separación legal⁽³⁾ o divorcio. La elegibilidad de su pareja conviviente termina 30 días después de que ya no se cumplan los requisitos para la condición de convivencia que se detallan en las páginas 21 a 23.
- La elegibilidad de su hijo termina cuando este ya no cumple los requisitos para ser considerado hijo dependiente, según se describe en las páginas 22 y 23, 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 ocurra primero.
- La elegibilidad de un cónyuge, una pareja conviviente y un hijo dependiente termina 30 días después de su fallecimiento.

Cómo inscribirse

La cobertura para los dependientes según el Plan no es automática.

Si en el momento en que usted 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 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 20 a 26 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 a partir de 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 usted 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 alguna razón, debe completar el formulario correspondiente. Se aplican normas especiales respecto de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su nuevo dependiente. (Consulte la sección Su obligación de avisar en la página 26 para obtener más detalles).

⁽³⁾ Normalmente, 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 matrimoniales y un acuerdo de división de bienes.

Las reclamaciones de dependientes para gastos elegibles se pagarán únicamente después de que el Fondo haya recibido el formulario correspondiente y la documentación acreditativa. Si sus formularios no están completos en su totalidad ni de manera adecuada, o si el Fondo no tiene toda la documentación solicitada, se retrasará cualquier beneficio pagadero. El Fondo puede solicitar periódicamente un comprobante de 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 definen en las páginas 22 a 24) de la misma manera que se describe anteriormente y en la sección “Cómo inscribirse” en las páginas 24 y 25. Sin embargo, una vez que elige inscribir o no inscribir a uno o más dependientes específicos, esta elección 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 pierde la cobertura en virtud de otro plan de salud colectivo;
- usted adquiere un nuevo dependiente a través de matrimonio, nacimiento o adopción o colocación para adopción; o
- usted tiene un dependiente no inscrito que ha perdido su cobertura a través de otro plan de salud colectivo (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 periodo de cobertura COBRA debe de haber finalizado para que se pueda aplicar esta regla. En cualquiera de las circunstancias anteriores, usted puede inscribirse o puede inscribir a su dependiente durante un periodo de inscripción especial que finaliza 30 días después de la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción/colocación para adopción, pérdida de la cobertura de salud colectiva o la terminación de los aportes del **empleador** al otro plan de salud colectivo.

Habrà un periodo 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 nadie fue inscrito 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 periodo 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 ejemplo, matrimonio, separación legal, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo), es su responsabilidad avisar inmediatamente al Fondo de dicho cambio y completar el formulario correspondiente. Si avisa al Fondo dentro de un plazo de 30 días a partir del matrimonio, o del nacimiento o adopción de un hijo, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará a partir de la fecha del matrimonio o de 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 usted proporcione al Fondo la documentación acreditativa necesaria. Además, asegúrese de notificarle al Fondo si su nieto(a) o sobrino(a) ya no vive con usted, se casó o de otra manera ya no cumple los requisitos para obtener cobertura, según se describe en las páginas 22 y 23.

Si, después de entrar en vigencia su cobertura del Plan, sus dependientes pierden la elegibilidad para Medicaid o el Programa de seguro de salud para hijos (“CHIP”), o se vuelven elegibles para 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 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 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 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 para elegir cobertura continua de salud de COBRA.

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

Qué beneficios se brindan

El Fondo proporciona un programa integral de beneficios, que incluye beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, dentales, de cuidado de la vista, de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, de beneficios por fallecimiento del pensionado (solo para los pensionados del Building Service 32BJ Pension Fund) y de beneficios de discapacidad a corto plazo. 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, de abuso de sustancias y de 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, de abuso de sustancias y de farmacia **dentro de la red**. Su monto máximo anual que usted paga de su bolsillo es de \$6,600, y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo es de \$13,200.*

El monto máximo anual que paga de su bolsillo se divide entre los beneficios médicos y de medicamentos con receta, tal como se muestra en la tabla a continuación:

Monto máximo anual que paga de su bolsillo dentro de la red	Usted	Su familia
Médico	\$5,000	\$10,000
Medicamentos con receta	\$1,600	\$3,200
Total	\$6,600	\$13,200

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.

* 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 sus montos máximos que paga de su bolsillo cada 1 de enero para ajustarse a los límites del HHS.

Beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias

Con vigencia a partir del 1 de abril de 2015, el Plan proporciona beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental 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”).⁽⁴⁾ 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.
- New Jersey: todos los condados.
- Connecticut: todos los condados.

Los participantes que residen fuera de los condados de Connecticut, New Jersey o New York identificados en la página anterior recibirán sus beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental 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 solo por los servicios, suministros y equipos que considere **médicamente necesarios**.

⁽⁴⁾ 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**.

- El Plan pagará beneficios solo 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 esta no estaba cubierta por el Plan.

Tarjeta de identificación de Empire. Esta tarjeta le proporciona acceso a miles de **médicos**, cirujanos, hospitales y otros establecimientos de atención médica en la **red**. También le da acceso telefónico las 24 horas a un enfermero diplomado 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 un enfermero 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 un enfermero cuando necesite ayuda para evaluar sus síntomas, decidir si es necesario ir a la sala de emergencias o comprender una enfermedad, un procedimiento, una receta o un diagnóstico. Puede comunicarse con la Línea de salud de enfermería al 1-877-825-5276.

Información sobre los proveedores participantes y los 5 Star Centers

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** de 5 Star Centers. Estos centros han obtenido una certificación del Comité Nacional del Aseguramiento de la Calidad (“NCQA”) y han aceptado trabajar con el Fondo para asegurarse de que los pacientes tengan acceso a atención primaria integral.

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.

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

Cuando se atiende en 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 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.

El **copago** para profesionales de salud mental o abuso de sustancias es de \$40 por consulta en el consultorio si utiliza un **proveedor participante** que no es un 5 Star Center. Si utiliza un 5 Star Center, su **copago** es de \$0.

Los **beneficios dentro de la red** se aplican solo a los servicios o suministros que están cubiertos por el Plan y proporcionados o autorizados por un proveedor de la **red**. El proveedor de la **red** evaluará sus necesidades médicas y lo asesorará sobre 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** 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 pagar el **deducible** anual, se le reembolsará un 50% del **monto permitido**. El **monto permitido** no es lo que le cobra el **médico** a usted. Generalmente, es un monto mucho más bajo.

Los montos superiores al **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 38 a 51 y la página 55 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”, puede 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 indique esto.

Si su proveedor no acepta el pago de Empire en calidad de pago total, además del 50% del **monto permitido** que usted paga, usted será responsable de los cargos adicionales.

Deducible anual. Su **deducible** anual individual es \$1,000 y su **deducible** anual familiar es \$2,000.

*Gastos que no se cuentan 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 con cualquier otro requisito de precertificación similar; y
- cargos excluidos o limitados por el Plan. (Consulte las páginas 52 a 58).

Coseguro. Una vez que se alcanza el **deducible** anual, el Plan paga el 50% del **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red**. Usted paga el 50% restante, el cual constituye su **coseguro**. Usted también paga cualquier cantidad 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 \$2,500 y el **coseguro** anual máximo de su familia es \$5,000. 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 cuentan 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 con cualquier otro requisito de precertificación similar; y
- cargos excluidos o limitados por el Plan. (Consulte las páginas 52 a 58).

Si decide permanecer con su proveedor **fuera de la red**, debe entender completamente que su reclamación para servicios **fuera de la red** se pagará de siguiente manera:

Primero debe pagar el **deducible** anual antes de que le reembolsen un 50% del **monto permitido**.

Su Explicación de beneficios mostrará el monto máximo que el proveedor puede cobrarle. Esto se reflejará en el recuadro denominado “Your Total Responsibility To Your Provider” (Su responsabilidad total hacia su proveedor).

Además del 50% que usted paga, será también responsable de los cargos adicionales que le cobre el proveedor. A continuación, le presentamos un ejemplo de lo que puede costarle un servicio **fuera de la red** cuando se atiende con 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**. El Plan solo tiene en cuenta el **monto permitido** para determinar qué es lo que pagará.

La tabla a continuación resume lo que usted pagará y lo que el Fondo pagará:

	Usted paga	El Fondo paga
Deducible	\$1,000	\$0
Coseguro (50% del monto permitido , menos el deducible)	\$155	\$155
Monto que excede el monto permitido	\$3,690	\$0
Total	\$4,845	\$155

Un proveedor **fuera de la red** le costará mucho más que un **proveedor dentro de la red**.

Cobertura cuando está lejos de casa

Cuando usted se encuentra fuera del área cubierta por la **red POS** (consulte la nota 8 en la página 130), 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 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, estos se indicarán en la sección **servicios cubiertos**. (Consulte las páginas 38 a 51).

Ley de protección de la salud de madres y recién nacidos

En general, los planes de salud colectivos 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 sea el caso). 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 periodo de estadía que no exceda las 48 horas (o las 96 horas).

Precertificación

Cuando se atiende con un proveedor de la **red**, este realiza la precertificación por usted. Sin embargo, es su responsabilidad verificar que el proveedor haya obtenido la precertificación necesaria.

Cuando se atiende con un proveedor **fuera de la red**, la precertificación de los servicios es su responsabilidad. Esto significa que usted tiene que comunicarse con el Medical Management Program (Programa de Administración Médica) de Empire, tal como se indica en las páginas 34 y 35, o asegurarse de que su proveedor lo haga. Si no precertifica un servicio, se aplicará una multa financiera que usted deberá pagar.

Precertificación para servicios hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias

Para los servicios médicos/hospitalarios que requieren autorización previa, los proveedores y afiliados deben llamar al 1-800-982-8089 las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Para los servicios de salud mental/abuso de sustancias para pacientes internados 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
Para paciente externo: - Ambulancia aérea⁹ (casos que no sean de emergencia) - Exámenes de MRI o MRA - Exámenes CAT y PET, y estudios de imágenes nucleares - Fisioterapia y terapia ocupacional - Pruebas de densidad ósea y ecocardiograma de estrés - Prótesis/aparatos ortopédicos y equipo médico duradero (arriendo o compra) - Servicios intensivos para pacientes externos para salud del comportamiento o abuso de sustancias - Radioterapia	Lo antes posible antes de que reciba atención.
Procedimientos quirúrgicos (para pacientes internados y externos)	Dos semanas antes de que le realicen la cirugía o tan pronto como la atención sea programada.

Consulte la nota 9 en la página 130.

Tipo de atención	Cuándo debe llamar
Paciente internado: - Admisiones hospitalarias/de salud mental o abuso de sustancias programadas - Centro para pacientes con enfermedades terminales - Admisiones en un centro de enfermería especializada o un establecimiento de rehabilitación	Dos semanas antes de que reciba atención o tan pronto como la atención sea programada.
- Admisiones de maternidad - Admisiones de emergencia	Dentro de las 48 horas después del parto o de la admisión.
- Admisiones de maternidad que duren más de dos días (o cuatro días para parto por cesárea) - Hospitalización continua	Apenas sepa que la atención va a durar más de lo planificado originalmente.

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 el 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 85 a 90).

*Si no precertifica la atención (excepto por la atención prenatal) indicada anteriormente dentro de los plazos 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 el procedimiento no eran **médicamente necesarios**, 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 5 Star Centers, obteniendo sus servicios **dentro de la red** y usando **proveedores participantes**.

Puede evitar el **copago** de \$75 del hospital para pacientes externos al utilizar centros médicos independientes 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 38 a 51).

Tipo de atención	Gastos que paga de su bolsillo según el lugar de servicio		
	Copagos dentro de la red		Gastos fuera de la red
Consultas al médico	5 Star Center	Médico/ proveedor participante	Proveedores no participantes
Consultorio del médico	\$0	\$40	Usted paga el deducible , el 50% del monto permitido y la facturación de cualquier saldo.
Centro de atención de urgencia	\$0	\$40	
Consulta de salud mental o abuso de sustancias	\$0	\$40	
Servicios de atención preventivos	\$0	\$0	

Consultas en hospitales y centros	Copago del centro u hospital participante	Gastos del centro u hospital no participante
Sala de emergencias del hospital	\$100 por consulta Después de la segunda consulta en un año calendario, \$200	
Radiología de alta tecnología (CAT, MRI, PET, MRA y estudio nucleares)	\$100 por prueba	Usted paga el deducible , el 50% del monto permitido y la facturación de cualquier saldo.
Paciente internado en un hospital	\$100 por admisión	
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 y abuso de sustancias)*	

* No existe un **copago** para 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 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 hospital¹ 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 48 horas después de un parto normal, o por 96 horas como mínimo después de una cesárea)*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
Servicios en el hospital de médicos 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 ("CCU") y Unidad de cuidados intensivos ("ICU")			
Quimioterapia y radioterapia para pacientes internados			
Diálisis renal para pacientes internados ³			
Exámenes prequirúrgicos para pacientes internados			
Servicios nutricionales especiales durante la permanencia en el hospital			
Servicios de laboratorio y radiología para pacientes internados (incluida la radiología de alta tecnología)			

* Se requiere precertificación para todas las admisiones hospitalarias.

Para obtener las definiciones de los diversos centros y más detalles, consulte la nota 1 en la página 127, y las notas 3 en la página 128.

En el hospital¹ y en otros centros de tratamiento para pacientes internados* (continuación)

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Cirugía bariátrica*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión	Sin cobertura	Con cobertura solo en hospitales de Blue Distinction dentro de la red Empire.
Cirugía de trasplante*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión		Los trasplantes de riñón y pulmón están cubiertos dentro de la red únicamente en un hospital participante de BlueCross BlueShield.
Monto máximo de por vida para traslado para trasplantes	\$10,000 por trasplante		Otros trasplantes están cubiertos únicamente en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence. ¹
Centro de enfermería especializada ^{4*}	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Los beneficios son pagaderos hasta por 60 días al año.
Centro de atención para pacientes con enfermedades terminales ⁵	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente.

* Se requiere precertificación.

Para obtener las definiciones de los diversos centros y más detalles, consulte la nota 1 en la página 127, y las notas 4 y 5 en las páginas 128 y 129.

Atención de emergencia

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Sala de emergencias ⁸ ("ER") en un hospital	El Plan paga el 100% del monto permitido después de un copago de \$100 por las primeras 2 consultas; luego un copago de \$200 por consulta		El copago de la sala de emergencias aumenta después de la segunda consulta 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 copago de \$40	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
Servicio de ambulancia ⁹	El Plan paga el 100%		

Consulte las notas 8 y 9 en la página 130.

Centros de tratamiento para pacientes externos

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Cirugía ² y la atención relacionada con esta (incluidas las salas de operación y recuperación)*	El Plan paga el 100% después del copago según el lugar donde se brinda el servicio: Si es en un entorno hospitalario para pacientes externos: copago de \$75 Si es en un centro quirúrgico independiente: copago de \$0	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	Cuando los servicios se reciben en un entorno hospitalario para pacientes externos, existe un copago de \$75 por consulta, excepto por la quimioterapia y la radioterapia que tienen un copago de \$75 por año calendario.
Procedimientos de diagnóstico (como endoscopias), pruebas de laboratorio y radiografías (no se incluyen las de alta tecnología; consulte más abajo)			
Radioterapia*			
Quimioterapia			
Diálisis renal ³		Sin cobertura	Dentro de la red únicamente.
Fisioterapia		Sin cobertura	Dentro de la red 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 copago de \$100	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	

*Se requiere precertificación.

Consulte las notas 2 y 3 en la página 128.

Atención en el consultorio del médico

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Consultas en el consultorio (incluida la cirugía ² en el consultorio)	El Plan paga el 100% en los 5 Star Centers. Copago de \$0 en los 5 Star Centers.		
Consultas a especialistas			
Educación y control de la diabetes ¹⁰			
Atención de las alergias			Límite de 13 consultas por año, de las cuales dos pueden ser consultas para la realización de pruebas para la atención de las alergias.
Exámenes de la audición			Cuando sean médicamente necesarios .
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 50% del monto permitido después del deducible	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 copago de \$100		
Consultas al quiropráctico	El Plan paga el 100% después de un copago . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).		Límite de hasta 10 consultas por año calendario.
Atención podiátrica, incluida la atención de rutina de los pies.	El Plan paga el 100% en un 5 Star Center; de otro modo, hay un copago . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).		No se incluyen los aparatos ortopédicos de rutina. Los aparatos ortopédicos que son médicamente necesarios 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 copago . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Límite de hasta 20 consultas por año calendario.

* Se requiere precertificación.

Consulte la nota 2 en la página 128, y la nota 10 en la página 131.

Atención médica en el hogar⁶

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

Consulte la nota 3 en la página 128, y las notas 5, 6 y 7 en las páginas 129 y 130.

Salud mental y abuso de sustancias

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Atención de salud mental:			
Servicios de salud mental para pacientes internados*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
Consultas en el consultorio del médico	El Plan paga el 100% después de un copago ** de \$40		
Centro hospitalario para pacientes externos*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$75		Copago de \$75 por episodio de tratamiento intensivo para pacientes externos en el hospital.
Atención por abuso de sustancias:			
Servicios de abuso de sustancias para pacientes internados*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión		
Consultas en el consultorio del médico	El Plan paga el 100% después de un copago ** de \$40		
Centro hospitalario para pacientes externos*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$75		Copago de \$75 por episodio de tratamiento intensivo para pacientes externos en el hospital.

* Se requiere precertificación.

** Sin **copago** si se recibe en un 5 Star Center.

Atención médica preventiva*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Servicios de salud preventivos ¹¹ , 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% Copago de \$0	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	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 ¹² brinda chequeos y servicios de salud preventiva regulares, y las inmunizaciones indicadas en la nota 12 en la página 131.			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:
Las consultas de niños sanos están sujetas a las siguientes limitaciones de frecuencia:			
Rango de edad		Cantidad de consultas	
Recién nacido		1 examen al nacer	
De 0 a 1 año		6 consultas	
De 1 a 4 años		7 consultas	
De 5 a 11 años		7 consultas	
De 12 a 17 años		6 consultas	
De 18 a 19 años		2 consultas	

*Consulte la página 46.

Consulte las notas 11 y 12 en la página 131.

Atención médica preventiva* (continuación)

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Inmunizaciones de rutina: todas las edades (incluye inmunizaciones para viajes)	El Plan paga el 100% Copago de \$0	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	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			

* 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:

- artículos o servicios basados en evidencia con una calificación A o B recomendados por la United States Preventive Services Task Force [“USPSTF”, (Fuerza de tareas Preventivas de los EE. UU.)];
- las inmunizaciones para uso de rutina en niños, adolescentes o adultos recomendadas por Advisory Committee on Immunization Practices (Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización) de los Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades);
- atención preventiva y pruebas de detección basadas en evidencia y estipuladas en las pautas integrales respaldadas por la Health Resources and Services Administration [“HRSA”, (Administración de Recursos y Servicios de Salud)] 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 arriba y en la página anterior. La lista de servicios de atención preventiva puede cambiar. Puede encontrar una lista de los servicios de atención preventiva en 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 pariente 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 a la oficina de planificación familiar y asesoramiento para el uso de métodos y dispositivos anticonceptivos (DIU y diafragmas)	El Plan paga el 100% después de un copago . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
Vasectomía o ligadura de trompas (no incluye procedimientos de reversión)			
Aborto, incluye procedimientos electivos y no electivos			El tipo de centro en el que se brinde el servicio determinará el copago .
Tratamiento de la infertilidad	Sin cobertura	Sin cobertura	No hay cobertura para los servicios una vez que se diagnostica la infertilidad.

Atención de maternidad y embarazo

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Consultas en el consultorio para atención prenatal y posnatal de un médico o un partera ¹³ certificada, incluidos los procedimientos de diagnóstico	El Plan paga el 100% después del copago inicial. (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37). No existe copago para la primera consulta posnatal.	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	El copago para atención prenatal se limita al copago para la primera consulta 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 copago de \$100 por admisión	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible Sin cobertura para los centros de maternidad fuera de la red	Los centros de maternidad fuera de la red no están cubiertos.
Parto en el hogar con una enfermera partera certificada ¹⁴	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	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 tasa que los de un obstetra participante.
Una consulta de atención médica en el hogar	El Plan paga el 100%		Una (1) consulta de atención médica en el hogar en un plazo de 24 horas después del alta, si la madre sale del hospital antes del periodo de 48 o 96 horas indicado en los beneficios hospitalarios.
Circuncisión de varones recién nacidos			

* Se requiere precertificación.

Consulte las notas 13 y 14 en la página 131.

Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la vista (incluida la rehabilitación)¹⁵

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Servicios para pacientes internados*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	Con cobertura por hasta 30 días de fisioterapia para pacientes internados por año calendario (dentro de la red y fuera de la red combinados).
Servicios para pacientes externos* Centro para pacientes externos o consultorio del médico	El Plan paga el 100% después de un copago . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).	Sin cobertura	Dentro de la red 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%		Dentro de la red únicamente. Límite de 200 consultas de atención en el hogar por año calendario para todas las consultas en el hogar, incluidas las consultas de fisioterapia en el hogar.

*Se requiere precertificación.

Consulte la nota 15 en las páginas 131 y 132.

Equipo médico duradero y suministros médicos¹⁶

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Equipo médico duradero* (como sillas de ruedas y camas de hospital)	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Beneficio dentro de la red únicamente.
Prótesis/aparatos ortopédicos*	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Los aparatos ortopédicos están cubiertos solo 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 dentro de la red únicamente.
Pelucas	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	Con cobertura únicamente después de quimioterapia o radioterapia.
Suplementos nutricionales ¹⁷ que requieren receta médica (fórmulas y productos alimenticios sólidos modificados)	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
Audífonos	El Plan paga el 100% para 2 audífonos de por vida	Sin cobertura	Dentro de la red 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 132.

Atención dental*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Extracción quirúrgica de muelas de juicio impactadas únicamente	El Plan paga el 100% después de un copago . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
Reparación de dientes naturales únicamente dentro de los 12 meses siguientes a una lesión en los dientes naturales			

* La atención dental también se cubre conforme a los beneficios dentales del Plan descritos en las páginas 63 a 72 de esta SPD.

Gastos hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias excluidos

Los siguientes gastos no están cubiertos por la cobertura hospitalaria, médica, de salud mental y de abuso de sustancias. Sin embargo, algunos gastos están cubiertos por las coberturas de medicamentos con receta, de 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 esta terminara.
- Tratamiento que no es **médicamente necesario**.
- Tratamiento cosmético.¹⁸
- 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.¹⁹ 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.
- Tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos para el cambio de sexo.
- Reversión de una esterilización.
- Gastos de viaje, excepto los especificados.
- Pruebas psicológicas con fines 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 las notas 18 y 19 en las páginas 132 y 133.

- Aparatos ortopédicos de rutina para el cuidado de los pies (incluida la entrega de zapatos quirúrgicos y radiografías pre y posoperatorias 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 discapacidades 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 desórdenes mentales en la edición más reciente del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).
- Tratamiento de salud del comportamiento brindando por consejeros de salud mental con licencia, trabajadores sociales con licencia (que son trabajadores sociales no independientes y que trabajan bajo la supervisión de otros profesionales con licencia), terapeutas familiares y del matrimonio con licencia y psicoanalistas con licencia.
- Pruebas psicológicas (excepto las realizadas por un psicólogo certificado para ayudar en la planificación del tratamiento, incluida la administración de medicamentos o la aclaración del diagnóstico) y quedan específicamente excluidas todas las pruebas educativas, académicas y de desempeño.
- **Camioneta (ambulette)**, excepto según se estipula en la nota 6 en las páginas 129 y 130.
- 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 ordene los exámenes.
- Los siguientes servicios específicos de **emergencia**:
 - uso de la sala de emergencias 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 con la definición del Plan de lo que es una **emergencia**). (Consulte la página 125);
 - 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 esta 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 hospitalaria para pacientes internados:
 - servicio de enfermería privada;
 - habitación privada (si usa una habitación privada, usted paga la diferencia entre el costo de esta 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 electiva¹⁸ o cualquier gasto hospitalario relacionado o tratamiento de cualquier complicación relacionada;
 - servicios hospitalarios recibidos en una clínica que no cumple con la definición de hospital u otro centro cubierto según Empire;
 - cirugía bariátrica en un centro que no sea un hospital de Blue Distinction dentro de la **red** Empire.
- Los siguientes gastos específicos de atención hospitalaria para pacientes externos:
 - 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.

¹⁸ Consulte la nota 18 en la página 132.

- 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 realizada en un hospital BlueCross BlueShield no participante;
 - centro de enfermería especializada;
 - atención médica en el hogar;
 - 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 bañar, alimentar, cambiar 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 de cuidado de la vista en las páginas 73 y 74 para saber 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 de cuidado de la vista en las páginas 73 y 74 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 63 a 72;
 - todos los medicamentos de venta con y sin receta, inyectables autoadministrados, vitaminas, terapia de vitaminas, supresores del apetito o cualquier otro tipo de medicamento, a menos que se indique específicamente. Sin embargo, consulte la sección Beneficios de medicamentos con receta en las páginas 58 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 63 a 72).
- 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; establecimientos de rehabilitación (excepto para fisioterapia); spas; sanatorios o enfermerías en escuelas, universidades o campamentos;
 - lesión o enfermedad que surge de una ocupación o empleo con salario o 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 103 a 106);
 - 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 autoinfligida 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 103 a 106);
 - gastos reembolsables según las cláusulas “sin culpa” de la ley de un estado;
 - servicios cubiertos por programas gubernamentales, excepto conforme a Medicare, Medicaid o según se indique de otro modo;
 - 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 (“TMJ”);
 - servicios como exámenes de laboratorio, radiografías e imágenes, y servicios de farmacia de un establecimiento en el cual el **médico** que deriva 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 de medicamentos”. Su Plan tiene un Formulario de medicamentos Value Option que 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 CVS Pharmacy (suministro de hasta 90 días)	Farmacia no participante
Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Cubiertos hasta el importe que el Fondo pagaría a una farmacia minorista participante menos su copago .
Medicamentos de marca	Copago de \$30	Copago de \$60	Cubiertos hasta el importe que el Fondo pagaría a una farmacia minorista participante menos su copago .

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 pone las iniciales en la caja de “Dispense As Written” (“DAW”, dispense tal como dice) 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, pídale a su **médico** que le recete medicamentos genéricos siempre que sea posible.

Nota: usted puede surtir su receta en una farmacia no participante, pero tendrá que pagar el costo completo y luego presentar una reclamación a CVS Caremark para ser reembolsado hasta el monto que CVS Caremark 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 hay **copago** para los anticonceptivos con receta. (Consulte los medicamentos elegibles en la página 62).

Medicamentos especializados

Los beneficios de farmacia también cubren los medicamentos especializados que figuran en el formulario de medicamentos de CVS Caremark. El **copago** para los medicamentos especializados es el mismo que figura en la tabla de la página 58. Para tener cobertura para un medicamento especializado del formulario de medicamentos, debe obtener su medicamento con receta especializado en una farmacia minorista CVS o a través del programa CVS Caremark Specialty Pharmacy. No se cubrirán los medicamentos especializados del formulario de medicamentos, a menos que se obtengan a través de alguno de estos dos métodos.

Chronic Care Prescription Drug Discount Program

Los afiliados y sus dependientes que sufren de diabetes, asma, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (“EPOC”), accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica (“PAD”) e hipertensión que reciben toda su atención médica* en uno 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 CVS Pharmacy por un suministro para 90 días. Para obtener más información o para saber 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.

Existen varias formas de surtir su receta:

Para medicamentos a corto plazo: en la farmacia

Cuando usted necesita tomar un medicamento por un periodo que no supera los 60 días, puede surtir su receta en una farmacia minorista. Simplemente vaya a 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.

*Este requisito no se aplica a los servicios de atención de urgencia o **emergencia** que no se encuentran disponibles en el 5 Star Center.

Para medicamentos de mantenimiento

Si necesita tomar un medicamento con receta durante un tiempo prolongado, existen dos formas de surtir su receta:

1. a través del Maintenance Choice Program (Programa de elección de mantenimiento) en cualquier CVS Pharmacy; o
2. a través del Mail Service Program (Programa de servicio de pedidos por correo) 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 2 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 CVS Pharmacy. Solo tiene que presentar su receta para un suministro de 90 días del medicamento, pagar su **copago** por el medicamento (\$20 para medicamentos genéricos y \$60 para medicamentos de marca) y obtener sus medicamentos con receta directamente en una CVS Pharmacy. También puede renovar todas sus recetas en una CVS Pharmacy.

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 envía la receta 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 en el 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.

- En 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). 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 la 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.

Tenga en cuenta que ciertos medicamentos con receta, ya sea que se surtan en una farmacia participante o a través del servicio por correo, requieren autorización previa. Su farmacéutico le puede indicar si el pedido del medicamento con receta que tiene que surtir requiere autorización previa. 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 aquellos que requieren autorización previa, y no se comunica con CVS Caremark antes de surtirla, puede ser responsable del costo total del medicamento con receta.

A través del Specialty Pharmacy Program de CVS Caremark

Si decide no obtener su medicamento especializado en una farmacia minorista CVS, debe utilizar el Specialty Pharmacy Program (Programa de farmacia especializada) de CVS Caremark. Para utilizar el Specialty Pharmacy Program de CVS Caremark, debe llamar al 1-800-237-2767. Un representante de servicios de CVS Caremark le ayudará a completar el proceso de inscripción para los medicamentos especializados.

Nota: si su medicamento especializado es perecedero, la farmacia especializada le enviará su pedido del medicamento con receta para 90 días en tres envíos separados de surtidos para 30 días durante el transcurso de los 90 días. Con cada envío para 30 días que haga la farmacia especializada, le cobrará 1/3 del **copago** requerido.

Limitación de frecuencia

Todas las recetas para inhibidores de la bomba de protones (“PPI”), como Nexium u Omeprazol, se surtirán con un suministro para hasta 90 días en un periodo 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 de insulina;
- tiras para análisis de diabéticos;
- todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (“FDA”), incluidos los anticonceptivos con receta orales y subcutáneos, las inyecciones anticonceptivas y diversos dispositivos anticonceptivos, sin **copago** requerido;
- 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 132 para obtener más información);
- medicamentos usados para la pérdida de peso, a menos que cumpla los criterios médicos del Plan;
- medicamentos fuera del 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 fuera del formulario es necesario (los medicamentos fuera del 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

Cómo funciona el Plan

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

- un dentista participante de Delta Dental PPO;
- un dentista no participante de Delta Dental PPO; o
- el Centro Dental 32BJ en 25 West 18th Street, New York, NY 10011.

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, por un higienista dental certificado bajo la supervisión y dirección de un dentista;
- debe corresponder con los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección, enfermedad o lesión;
- debe corresponder con las normas de la buena práctica odontológica;
- 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 para el Plan Delta Dental (consulte las páginas 66 a 69 de este folleto), sujetos a las limitaciones de frecuencia que se establecen 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. La posibilidad de que tenga que pagar por esos servicios y el costo dependen de si elige recibir atención dental de un proveedor de servicios dentales participante de la red Delta Dental PPO o de un dentista no participante de dicha red.

Proveedores participantes en Delta Dental

Los beneficios dentales del Plan Delta Dental incluyen la opción de “proveedor de servicio dental participante” a través de Delta Dental. 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, no deberá pagar nada por la atención dental cubierta que sea preventiva o diagnóstica.
- Para todos los otros servicios, usted paga la diferencia entre el programa de tarifas que paga Delta Dental y el máximo permitido aplicable del plan a través de la red Delta Dental PPO.

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 participante de la red Delta Dental PPO. Comuníquese con el Servicio de atención al cliente de Delta Dental llamando al 1-800-932-0783 para averiguar cuáles son los reembolsos para cada servicio o tratamiento dental que necesite.

Tendrá que pagar las tarifas completas del dentista. Deberá presentar una reclamación ante Delta Dental (consulte la página 82) y se le reembolsará según el programa de tarifas de Delta Dental para cada procedimiento.

El Fondo pagará el monto 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 PPO de Delta Dental.

El Centro Dental 32BJ

El Centro Dental 32BJ está equipado para proporcionar una amplia gama de servicios dentales, excepto aquellos que requieren anestesia general. Si recibe atención dental en el Centro Dental 32BJ, no tendrá que pagar ninguna de dichos servicios. El Centro Dental 32BJ 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 que participa en Delta Dental que presente el plan de tratamiento a 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 su **coseguro** y de lo que Delta Dental pagará. Las determinaciones previas son gratuitas y le ayudarán a usted y su dentista a tomar decisiones informadas sobre el costo de su tratamiento.

Los servicios dentales que están cubiertos

El Plan Delta 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 se cubren con un **coseguro** del 20%.
- Servicios mayores como puentes dentales fijos, coronas y prótesis. Estos servicios se cubren con un **coseguro** del 50%.
- Servicios de ortodoncia para niños de 19 años o menos, 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 Delta Dental PPO en las páginas 66 a 69 para obtener detalles.

Limitaciones de frecuencia

Los beneficios están sujetos a los límites de frecuencia que se indican en el Programa de servicios dentales cubiertos del Plan Delta Dental, como se muestra en las páginas 66 a 69.

Máximo anual

El Plan Delta Dental brinda cobertura de hasta \$1,000 por participante/dependiente cubierto de 19 años de edad o más, 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 de 19 años o menos.

Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan Delta Dental

Procedimiento	Límites
Diagnóstico* Examen oral, periódico, limitado (centrado en el problema), integral o detallado y extenso (centrado en el problema) Radiografías: • de boca completa, serie completa, que incluye mordida o placa panorámica; • mordida, dientes posteriores; • placas periapicales, un solo diente; • placa oclusiva; • placa cefalométrica (solo cobertura de ortodoncia).	Una vez cada seis meses Una vez cada 36 meses consecutivos Cuatro placas cada seis meses Según sea necesario Según sea necesario Una vez de por vida
Atención preventiva* Profilaxis dental (limpieza, raspado y pulido) Tratamiento tópico con flúor Selladores (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)	Una vez cada seis meses Una vez en un año calendario para pacientes menores de 16 años Una vez por diente cada 24 meses consecutivos para pacientes menores de 16 años Una vez por diente para pacientes menores de 16 años
Restauración simple** Obturaciones de amalgama (metálicas) Obturaciones de resina (compuesta, del color de los dientes)	Una vez por superficie de diente cada 24 meses consecutivos Una vez por superficie de diente cada 24 meses consecutivos

Programa de servicios dentales cubiertos del Plan Delta Dental (continuación)

Procedimiento	Límites
Restauración de mayor magnitud*** Recementación de corona Corona prefabricada de acero inoxidable/resina (dientes temporales solamente) 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 60 meses consecutivos Una vez por diente cada 60 meses consecutivos
Endodoncia** Tratamiento de conducto Segundo tratamiento de conducto Apicoectomía (se exige para el pago una placa postoperatoria que muestre la apicoectomía terminada y retrógrada) Pulpectomía	Una vez por diente de por vida Una vez por diente de por vida Una vez por diente de por vida Una vez por diente de por vida
Periodoncia** Gingivectomía o gingivoplastia Cirugía ósea (se exige aprobación previa con una serie de radiografías de boca completa y diagrama periodontal) Raspado periodontal y de raíz Mantenimiento periodontal (cubierto solo si el Plan cubre también la cirugía periodontal y el procedimiento de mantenimiento es realizado por un periodoncista)	Una vez por cuadrante de por vida Una vez por cuadrante de por vida Una vez por año calendario Dos veces por año calendario

* 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 del Plan Delta Dental (continuación)

Procedimiento	Límites
Prótesis dentales removibles*** 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 Procedimientos de rebaje y recubrimiento de prótesis dentales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio 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 prótesis dental por arco cada 60 meses consecutivos Una vez por aparato cada 36 meses consecutivos Una vez por aparato cada 60 meses consecutivos
Prótesis dentales fijas*** Prótesis dentales fijas parciales y coronas individuales 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 cada 60 meses consecutivos Una vez por diente cada 60 meses consecutivos
Extracciones simples** Extracción no quirúrgica de diente o raíces expuestas (incluye anestesia local, sutura necesaria y atención de rutina postoperatoria)	Una vez por diente
Cirugía oral y maxilofacial** Extracción de diente impactado Alveoloplastia (preparación quirúrgica de la apófisis alveolar para las prótesis dentales con o sin extracciones) Frenulectomía Extracción de exostosis (extracción de desarrollo óseo excesivo)	Una vez por diente de por vida Una vez por cuadrante de por vida Una vez por arco de por vida 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.	

Programa de servicios dentales cubiertos del Plan Delta Dental (continuación)

Procedimiento	Límites
Tratamiento de emergencia* Tratamiento paliativo para aliviar la incomodidad inmediata (solamente procedimiento menor)	Dos veces por año calendario
Reparaciones** Corona temporal (diente fracturado) Reparación de corona Sobrecorona Reparaciones de prótesis dentales completas o parciales Recementación de prótesis dentales fijas o parciales Aumentos en prótesis dentales parciales	Una vez por diente de por vida Una vez por diente cada 36 meses consecutivos Una vez por diente cada 60 meses consecutivos Una vez por aparato por año calendario Una vez por aparato por año calendario Según sea necesario
Ortodoncia*** Pacientes de 19 años de edad o menos	Un tratamiento de por vida, hasta \$1,000 El diagnóstico inicial es una cobertura aparte.
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 "tratamiento" se define como 30 meses consecutivos (24 meses si tiene 16 años o más) de tratamiento de ortodoncia activo que incluye aparatos de ortodoncia, consultas mensuales y retenedores.	
Varios* Protector oclusivo*	Un aparato cada 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

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;
- el reembolso de cualquier servicio que supere las limitaciones de frecuencia especificadas en el Programa de servicios dentales cubiertos;
- cargos que excedan los **montos permitidos**; comuníquese con Delta Dental para obtener el Programa de **montos permitidos** para cada servicio cubierto o el monto anual o de por vida;
- 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 experimentales o de naturaleza investigativa;
- servicios o tratamientos que el Plan determina que no tienen un pronóstico razonable 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, 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, equilibrio, 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 o tratamiento de problemas de la articulación de la mandíbula, incluido el trastorno de la articulación temporomandibular (“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 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 58 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 de recuperar el costo, ya sea que una reclamación se haga valer o no, en virtud de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales o un seguro automotriz, médico, de protección por lesiones personales, de propietario o de otro tipo de seguro 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 no incluido en el Programa de Servicios dentales cubiertos.

Coordinación de beneficios dentales

Si usted tiene cobertura dental de otra compañía de seguros, que funciona como su aseguradora dental primaria, no se necesita aprobación previa si usted obtuvo esta aprobación mediante su aseguradora dental principal.

Beneficios de cuidado de la vista

Su beneficio de cuidado de la vista es administrado por Davis Vision, que 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 que deba pagar de su bolsillo, pero sus opciones de marcos estarán limitadas a la selección 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 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 acude a un proveedor no participante, puede recibir hasta \$30 para su examen de la vista. Usted será responsable de pagar cualquier cargo que supere el máximo permitido.

Dichos beneficios máximos se pagan dentro de cualquier periodo de 24 meses⁽⁵⁾, a partir de la fecha en que incurrió en gastos de 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 2015, tiene hasta el 1 de septiembre de 2017 (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 periodo subsiguiente de 24 meses.

⁽⁵⁾ Los participantes y los dependientes menores de 19 años son elegibles para un examen de la vista una vez cada 12 meses.

Para acceder a sus beneficios del Plan de cuidado de la vista:

- muestre su tarjeta de Davis Vision a un proveedor de Davis Vision; o
- consulte a un proveedor no participante y presente luego un formulario de reclamación del Plan de cuidado de la vista a Davis Vision para su reembolso.

Para encontrar 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; y
- lentes correctivos recetados que usted reciba de un óptico, oftalmólogo u optometrista legalmente calificado y acreditado.

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 38 a 51);
- anteojos sin receta médica;
- gastos ornamentales; y
- beneficios **fuera de la red** para participantes y dependientes menores de 19 años.

Beneficios de seguro de vida

Monto del beneficio

Su cobertura de seguro de vida, administrada por MetLife, es de \$10,000. 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 las personas a quienes usted nombre por escrito en un formulario que se conserva en los registros de MetLife. Su beneficiario puede ser cualquier persona que usted elija. Puede cambiar la designación de su beneficiario en cualquier momento, completando y presentando un nuevo formulario en MetLife. Puede obtener un formulario de beneficiario de MetLife en 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 este muere antes que usted y antes de que haya nombrado uno nuevo, su beneficio de seguro de vida se pagará en el siguiente orden a estas personas:

- 1) su cónyuge, si está vivo;
- 2) sus hijos vivos, en partes iguales;
- 3) sus padres vivos, en partes iguales; y
- 4) su sucesión, si no es posible pagarlo a alguno 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 un beneficiario que pueda recibir los beneficios, los mismos se pagarán en el orden indicado anteriormente.

Extensión del seguro de vida por discapacidad

Si está discapacitado y recibe beneficios de discapacidad a corto plazo o de indemnización por accidentes o enfermedades laborales, su seguro de vida continuará durante seis meses desde la fecha de su discapacidad o hasta que esta termine, lo que ocurra primero. Si es elegible para una pensión por discapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund, su seguro de vida continuará hasta que termine su discapacidad 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 discapacitado.

El Fondo se reserva el derecho de volver a certificar la discapacidad según se describe en las páginas 18 y 19. Si fallece antes de presentar un comprobante de su discapacidad, su beneficiario debe proporcionar un certificado de defunción y un comprobante de discapacidad total *en un plazo de 90 días* después de su muerte.

El aviso de aprobación o rechazo de los beneficios será enviado a su beneficiario designado por escrito. (Consulte la página 89 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 Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a discapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 17 a 20). Consulte las páginas 115 a 116 para obtener información acerca de cómo convertir su póliza de seguro de vida colectivo 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 (“AD&D”), administrado por MetLife, se aplica a accidentes dentro y fuera del trabajo, así como también a los ocurridos dentro y fuera del hogar. No es igual al seguro de indemnización por accidentes o enfermedades laborales que únicamente 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 del seguro AD&D es adicional a su seguro de vida y es pagadero si usted muere o pierde una extremidad a causa de un accidente *dentro de los 90 días* posteriores a ese accidente.

Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales

Si usted pierde la vida en un accidente, o ambas manos a la altura de la muñeca o por encima de esta, o ambos pies a la altura del tobillo o por encima de este, o la vista de ambos ojos, o cualquier combinación de mano, pie y vista en un ojo, el beneficio del seguro AD&D pagadero a su beneficiario es de \$10,000. Si pierde una mano a la altura de la muñeca o por encima de esta, o un pie a la altura del tobillo o por encima de este, o la vista en un ojo, el beneficio del seguro AD&D pagadero a su beneficiario es de \$5,000.

La “pérdida” de una mano o de un pie significa el corte real y completo a la altura de la articulación de la muñeca o del tobillo o por encima de esta. La pérdida de la vista significa la pérdida completa e irreversible de la vista.

Para todas las pérdidas cubiertas provocadas por todas las lesiones que sufra en un mismo accidente, no se pagará más del 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 accidente 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 sangre de la persona lesionada era igual o superior al nivel que genera 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 AD&D termina 30 días después de que termine su empleo. Del mismo modo que su seguro de vida, su cobertura en caso de muerte y mutilación accidentales puede continuar mientras tenga una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a discapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 17 a 20).

Beneficios por fallecimiento del pensionado

Si es un pensionado que recibe una pensión* del Building Service 32BJ Pension Fund, tiene derecho a un beneficio por fallecimiento de \$1,000. Sin embargo, si es elegible para recibir cobertura de seguro de vida de este Plan, este beneficio por fallecimiento 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 Jubilación. 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 Jubilación.

Si usted no nombra a un beneficiario, o si este muere antes que usted y antes de que haya nombrado uno nuevo, su beneficio por fallecimiento 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) su sucesión, si no es posible pagarlo a alguno 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 a un beneficiario que pueda recibir los beneficios, estos se pagarán en el orden indicado anteriormente.

*Los pensionados que han recibido un pago único de su pensión conforme al Programa C del Building Service 32BJ Pension Plan no son elegibles para el beneficio por fallecimiento del pensionado.

Beneficios de discapacidad a corto plazo (STD)

Los participantes que trabajan en Connecticut conforme a acuerdos colectivos de trabajo, que requieren una tasa de contribución que cubre los beneficios de discapacidad a corto plazo (“STD”), están cubiertos por el Fondo para los beneficios de discapacidad a corto plazo según se describen en esta sección. Llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para determinar su elegibilidad.

Este plan le permite recibir un ingreso semanal si usted sufre un accidente que lo deja discapacitado mientras se encuentra en un **empleo con cobertura**. Es decir, si usted se ve incapacitado para realizar su trabajo habitual a causa de una enfermedad o un accidente por el que debe recibir atención de un proveedor de tratamiento legalmente reconocido.

Para ser elegible para los beneficios de STD, debe reunir los siguientes requisitos:

- se debe considerar que usted se encuentra discapacitado según lo define el plan de discapacidad a corto plazo;
- debe estar bajo los cuidados regulares directos de un proveedor de tratamiento legalmente reconocido que no sea familiar suyo; y
- su discapacidad no debe ser el resultado de una lesión o enfermedad producida en el trabajo o relacionada con este.

Monto del beneficio por STD. El beneficio del Plan que se paga por STD es el siguiente:

- 66 2/3% de sus ingresos semanales actuales, hasta un máximo de \$150 por semana.

Cuándo comienzan los beneficios. Los beneficios comienzan el decimoquinto día de discapacidad continua después de una enfermedad o accidente. Es posible que sea elegible para hasta 26 semanas de beneficios de ingreso por discapacidad por su discapacidad.

Cuándo terminan los beneficios. Los beneficios terminan cuando sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- ya no está discapacitado;
- puede realizar las funciones principales de su propio trabajo con una adaptación razonable, independientemente de si vuelve al trabajo;
- vuelve a un empleo remunerado;
- no proporciona prueba de la pérdida según lo requiere el administrador del beneficio;
- ya no recibe atención regular y adecuada para la afección para la cual presenta la reclamación de beneficios de discapacidad; o
- ya ha recibido la cantidad máxima de semanas de STD.

Limitaciones y exclusiones de los beneficios. Se aplican las siguientes limitaciones y exclusiones a este beneficio:

- Su discapacidad no comenzará hasta que no haya consultado a un proveedor de tratamiento legalmente reconocido para la enfermedad o lesión que causó la discapacidad.
- Cada duración de la discapacidad está sujeta a ciertos estándares de duración de la discapacidad conforme al diagnóstico, y puede requerir documentación médica adicional o un examen según lo requiera el administrador del beneficio.
- Dos periodos de discapacidad debido a la misma enfermedad o a una enfermedad relacionada se considerarán como discapacidad recurrente si esta discapacidad recae dentro de los 30 días después de haber tenido derecho a los beneficios, siempre que se cumplan todas las disposiciones del Plan.
- Solamente se pagarán beneficios durante periodos en los que se produzca la pérdida de salario.
- Se pueden reducir los beneficios semanales brutos si recibe beneficios de jubilación según la Ley de Seguro Social de los Estados Unidos, así como también de cualquier otra fuente de ingresos indicada en el plan de discapacidad a corto plazo.

Cómo recibir los beneficios de STD. Sus beneficios de discapacidad a corto plazo (STD) son administrados por The Guardian Life Insurance Company of America. Comuníquese con Guardian TeleGuard al 1-888-262-5670, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para solicitar los beneficios de STD.

Tenga en cuenta que esta sección brinda solo una descripción general del programa de beneficio de discapacidad a corto plazo y no representa una garantía del pago de la cobertura. Todas las determinaciones de reclamaciones requerirán una revisión completa por parte del administrador del plan y estarán sujetas a los términos y condiciones establecidas en el plan real del seguro.

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 en caso de que se rechace su reclamación, en forma total o parcial, y desee 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:

- inquietudes acerca de las disposiciones del Plan o la elegibilidad que no se relacionan con ninguna reclamación de beneficios específica;
- 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 la siguientes páginas.

Presentación de reclamaciones de beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias

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

- **Presente reclamaciones lo antes posible y nunca transcurridos más de 180 días después de la fecha del servicio.** Consulte la tabla en la página 84 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 (“EOB”) del pagador principal con su cuenta detallada. (Consulte la sección Coordinación de beneficios en las páginas 99 a 101).
- 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 84 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 (“EOB”) del pagador principal con su cuenta detallada. (Consulte la sección Coordinación de beneficios en las páginas 99 a 101).

Presentación de reclamaciones de beneficios de atención dental

Cuando acude a un proveedor participante de Delta Dental, este 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 establecimientos fuera de la **red** de proveedores de servicios dentales participantes del Plan. Puede obtener un formulario de reclamación en el sitio web de Delta Dental: www.deltadentalins.com. Esto es lo que necesita saber para presentar una reclamación de atención dental cuando no se atiende con un proveedor dental participante:

- Solo se aceptará para su revisión un formulario de reclamación de la American Dental Association (“ADA”) 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 para pago. Si el paciente es un niño, se aceptará una firma original o la firma archivada del padre, la madre o el 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 con las normas aceptables, según lo determinen sus asesores o personal profesional.

Presentación de reclamaciones de beneficios del 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 84 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 del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales

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

Para presentar una reclamación de un beneficio del seguro AD&D, debe completar un formulario de reclamación. En caso de que usted muera, su beneficiario debe presentar una copia certificada de su certificado de defunción junto con un formulario de reclamación completo. **Se debe presentar una reclamación del beneficio del seguro AD&D 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.

Presentación de reclamaciones del beneficio por fallecimiento del pensionado

Para presentar una reclamación del beneficio por fallecimiento 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. **La reclamación del beneficio por fallecimiento del pensionado se debe presentar lo antes posible después de la muerte del pensionado.**

Presentación de reclamaciones de beneficios de discapacidad a corto plazo

Para presentar una reclamación de beneficios de discapacidad a corto plazo (“STD”), comuníquese con Guardian TeleGuard al 1-888-262-5670 de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., para solicitar los beneficios de STD. Todas las reclamaciones de beneficios de STD deben presentarse de manera telefónica. **Las reclamaciones de beneficios de STD se deben presentar en el plazo de los 30 días posteriores al inicio de la discapacidad. Si la reclamación se presenta tarde, es posible que no se le pague ningún periodo de discapacidad más que las dos semanas anteriores a la fecha en que presentó la reclamación. Las reclamaciones presentadas después de las 26 semanas serán rechazadas.**

Adónde enviar los formularios de reclamaciones

Beneficio	Dirección de presentación
Hospitalario, médico, de salud mental y de abuso de sustancias (fuera de la red únicamente; no se necesitan formularios de reclamación para atención dentro de la red)	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 proveedores participantes)	CVS Caremark Claims Department P.O. Box 52136 Phoenix, AZ 85072-2136
Dental (solamente proveedores no participantes; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	Delta Dental One Delta Drive Mechanicsburg, PA 17055 Attn: Claims Department
De cuidado de la vista (solamente proveedores no participantes; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	Davis Vision Vision Care Processing Unit P.O. Box 1525 Latham, NY 12110
De 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
Beneficios por fallecimiento del pensionado	Building Service 32BJ Benefit Funds Attn: Retirement Services 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676
Beneficio de discapacidad a corto plazo*	Guardian TeleGuard al 1-888-262-5670

*Todas las reclamaciones de beneficios de discapacidad a corto plazo deben presentarse de manera telefónica.

Aprobación y rechazo de reclamaciones

Hay diferentes procesos de aprobación y rechazo de reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias), reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de cuidado de la vista), reclamaciones del beneficio por fallecimiento del pensionado, reclamaciones del seguro de vida/seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y reclamaciones de discapacidad a corto plazo. Estos procesos se describen por separado a continuación. Lea esta información para asegurarse de estar completamente al tanto de estos procedimientos y de lo que debe hacer para cumplirlos.

Reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias) y reclamaciones de servicios de salud auxiliares (de farmacia, dentales y de cuidado 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.* Esta 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 la aprobación previa de servicios para beneficios de hospitalización (consulte la página 35), ciertos beneficios hospitalarios para pacientes externos (consulte la página 34), beneficios de servicios de salud del comportamiento y de abuso de sustancias (consulte las páginas 34) y para ciertos beneficios dentales (consulte las páginas 66 a 72). Para reclamaciones anteriores al servicio presentadas adecuadamente, se le informará de la decisión a usted, 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 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, antes de los *cinco días* después de la recepción de la reclamación. Solo recibirá un aviso de una reclamación anterior al servicio presentada de manera incorrecta si esta 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 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 periodo en que se le permita proporcionar información adicional, se suspenderá el periodo normal para tomar la decisión sobre la reclamación. El plazo se suspende 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.* Esta 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 tan pronto como sea posible, antes de las *72 horas* después de la recepción de su reclamación, y se tomarán en cuenta las emergencias médicas.

Sin embargo, si usted no entrega suficiente información para que el revisor de reclamaciones 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* para proporcionar la información específica al revisor de reclamaciones; se tomarán en cuenta las circunstancias. Luego se le notificará la determinación de beneficios *en un plazo de 48 horas* después:

*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.

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

Si no cumple con 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. Solo 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 simultánea.* Esta 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 revisará cualquier solicitud presentada por un reclamante para extender el tratamiento aprobado *en un plazo de 24 horas* a partir de la recepción de la reclamación, siempre y cuando esta se haya recibido, al menos, *24 horas* antes de que venza el tratamiento aprobado.

- *Reclamaciones posteriores al servicio.* Esta es una reclamación que se presenta para el pago después de que se obtuvieron 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 periodo 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 periodo 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* 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 periodo en que se le permita proporcionar información adicional, se suspenderá el periodo normal para tomar la decisión sobre la reclamación. El plazo se suspende 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 periodo, se le informará de la decisión.

Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales

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 esta *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 periodo adicional de *90 días*. MetLife le informará a usted, a su representante autorizado, a su beneficiario o al ejecutor de su sucesión, según corresponda, antes del vencimiento del periodo inicial de 90 días, el motivo del retraso y la fecha en que se tomará la decisión. La decisión se tomará dentro del periodo de extensión de 90 días y MetLife se la notificará por escrito.

Reclamaciones del beneficio por fallecimiento del pensionado

Si su beneficiario presenta una reclamación de beneficios por fallecimiento, el Fondo tomará una decisión al respecto y le 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 periodo adicional de *90 días*. El Fondo le notificará, antes de cumplirse el periodo original de 90 días, del motivo del retraso y de cuándo se tomará la decisión. La decisión se tomará dentro del periodo de extensión de 90 días y el Fondo le notificará por escrito.

Beneficios por discapacidad a corto plazo

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

Aviso de la decisión

Recibirá un aviso por escrito del rechazo de la reclamación en el que se indicará las razones del 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, tal como se describe en las páginas 85 a 89.

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. Hay diferentes procesos de apelación para reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias), reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de cuidado de la vista), reclamaciones de seguro de vida o de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, reclamaciones del beneficio por fallecimiento del pensionado y reclamaciones de discapacidad a corto plazo.

La siguiente tabla brinda 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
Reclamaciones de servicios de salud (juicio médico)	Empire BlueCross BlueShield	Organización de revisión independiente ("IRO")
Reclamaciones de servicios de salud (administrativas)	Empire BlueCross BlueShield	Junta de fideicomiso*
Reclamaciones de servicios de salud auxiliares:		
• Farmacia (juicio médico)	CVS Caremark	Organización de revisión independiente ("IRO")
• Farmacia (administrativa)	CVS Caremark	Junta de fideicomiso*
• Atención dental	Delta Dental	Junta de fideicomiso*
• Cuidado de la vista	Davis Vision	Junta de fideicomiso*
Vida/muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company	Junta de fideicomiso*
Beneficio por fallecimiento del pensionado	Junta de fideicomiso	No corresponde
Discapacidad a corto plazo	Guardian	Junta de fideicomiso*

*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 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 discapacidad, 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 (independientemente de si dicha información 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 que corresponda, y seguir todo el proceso antes de poder entablar una demanda en los tribunales. Si no lo hace, puede que se le impida utilizar los recursos legales.

Dónde presentar una apelación de primera instancia

Beneficio	Escriba a:	O llame al
Hospitalario Médico De salud mental 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	Solo se aceptan apelaciones por escrito*
De cuidado de la vista	Davis Vision, P.O. Box 791 Latham, NY 12110	Solo se aceptan apelaciones por escrito
Dental	Delta Dental Dental Affairs Committee One Delta Drive Mechanicsburg, PA 17055	Solo se aceptan apelaciones por escrito**
Beneficios por fallecimiento del pensionado	Board of Trustees – Appeals Committee*** c/o Building Service 32BJ Pension Fund 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676	Solo se aceptan apelaciones por escrito
De 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	Solo se aceptan apelaciones por escrito
Discapacidad a corto plazo	The Guardian Life Insurance Company of America Attn: Appeals Committee P.O. Box 14331 Lexington, KY 40512 Fax: 1-610-807-8270	Solo se aceptan apelaciones por escrito

* Se puede presentar una apelación en forma oral por una reclamación de atención clínica urgente, llamando a Atención al cliente al 1-877-765-6294, o bien su **médico** puede llamar al 1-800-294-5979.

**Se puede presentar una apelación en forma oral por una reclamación de atención dental urgente, llamando al 1-800-932-0783.

***Puede comparecer en persona en 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 aceleradas para reclamaciones de atención urgente

Si su reclamación incluye atención urgente para servicios de salud (beneficios médicos, hospitalarios, de salud mental y de abuso de sustancias) o beneficios de servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia o dentales), puede presentar una apelación acelerada 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 salud (médicos, hospitalarios, de salud mental y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia, dentales o de cuidado de la vista)

Si presenta una apelación por una reclamación anterior al servicio (cuando todavía este no se recibe) 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 decidirá 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 salud (hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (de farmacia, dentales o de cuidado 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* luego de recibida su apelación.

Solicitud de apelación acelerada

Puede solicitar que el proceso de apelación sea acelerado si (1) los plazos de este proceso ponen en grave riesgo su vida, salud o capacidad de recuperar su función máxima o si, según la opinión de su **médico**, ocasionarían que sufra 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 acelerada. Cuando una apelación clínica es acelerada, Empire o CVS Caremark responderán con una decisión en forma oral *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 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 (“IRO”) para ser revisada. La IRO está compuesta por personas que no trabajan para Empire ni para sus filiales. La decisión de solicitar una apelación ante una IRO no afectará sus derechos a ningún otro beneficio 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. 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 podría 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 establecimiento, 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*.

Cuando se solicite, y si un retraso podría 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 (servicios dentales y de cuidado de la vista) y de seguro de vida, seguro en caso de muerte y mutilación accidentales y beneficios de discapacidad a corto plazo

Una vez que haya recibido oportunamente⁽⁶⁾ el aviso del rechazo de la apelación en primera instancia de una reclamación administrativa⁽⁷⁾ de servicios de salud o de farmacia, o la apelación en primera instancia de servicios de salud auxiliares (beneficios dentales y de cuidado de la vista) o una reclamación de un seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales o de discapacidad a corto plazo, usted ha agotado todas las opciones requeridas de apelaciones internas.

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 (“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 esta. **Además, no se puede iniciar una demanda más de tres años después de la fecha en la que se rechazó la apelación correspondiente.** Como alternativa, usted puede presentar una apelación voluntaria ante el Comité de Apelaciones de la Junta de fideicomiso. Esta apelación voluntaria debe presentarse *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.

La instancia de apelación voluntaria está disponible únicamente después de que usted (o su representante) haya cumplido el proceso de apelación obligatorio correspondiente que exige el Plan, como se describió anteriormente. Esta instancia de apelación es *completamente voluntaria*, es decir que el Plan no la exige y únicamente está disponible si usted (o su representante) la 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 porque usted (o su representante autorizado) escoja aplicar el proceso de apelación voluntaria. Su decisión de presentar o no una disputa por beneficios en la instancia de apelación voluntaria no afectará sus derechos a cualquier otro beneficio cubierto por el Plan. Si lo solicita, el Plan le brindará (a usted o a su representante) información suficiente para que pueda tomar una decisión informada acerca de si desea

⁽⁶⁾ 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 ante el Comité de Apelaciones de la Junta de fideicomiso.

⁽⁷⁾ 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 servicio o medicamento no cubierto.

presentar información para poder tomar una decisión informada respecto de la presentación de una reclamación por medio del proceso de apelación voluntaria, incluido 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) decide 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 periodo del proceso de apelación voluntaria, que son tres años según los términos del Plan.

Apelación de reclamaciones del beneficios por fallecimiento del pensionado

Si presenta una apelación por una reclamación del beneficio por fallecimiento 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 de su recepción. Si existen circunstancias especiales, puede que sea necesario un retraso hasta la tercera reunión programada regularmente después de recibir 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 esta lo antes posible, a más tardar *5 días* después de que se haya tomado la decisión. Tenga en cuenta que no existen apelaciones aceleradas para reclamaciones posteriores al servicio en el procedimiento de apelaciones voluntarias.

Apelación de reclamaciones del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales

Según ERISA, si su reclamación es rechazada totalmente o en parte, usted o su representante autorizado pueden solicitar que se revise y reconsidere la resolución adversa presentando una apelación por escrito a MetLife. Su apelación debe presentarse en un plazo de ciento ochenta (180) días desde la fecha en que la reclamación fue rechazada y debe enviarse a:

**MetLife
P.O. Box 6100
Scranton, PA 18505**

Si no apela dentro de los ciento ochenta (180) días, usted renunciará a su derecho a que se revise el rechazo. En su carta de apelación, incluya los motivos por los que considera que la reclamación fue rechazada de manera incorrecta, y envíe cualquier comentario, documento, registro u otra información adicionales en relación con la reclamación, que usted considere adecuados, para que MetLife pueda considerar su apelación correctamente. Si lo solicita por escrito, MetLife le entregará una copia de los registros o informes que sean relevantes para su reclamación.

MetLife evaluará cuidadosamente toda la información y le comunicará su decisión al reclamante en un plazo de sesenta (60) días desde la recepción de la apelación. Si se presentan circunstancias especiales que requieran tiempo adicional para completar la revisión, podemos tomarnos hasta sesenta (60) días adicionales, pero solo después de notificarle por escrito al reclamante sobre las circunstancias especiales.

Apelación de reclamaciones de discapacidad a corto plazo (STD)

Si se rechaza la reclamación, Guardian le brindará una explicación de su decisión por escrito e instrucciones sobre cómo apelar su determinación. Usted tiene hasta 180 días para presentar la apelación. Si presenta una apelación de una reclamación de beneficios de discapacidad a corto plazo rechazada, Guardian tomará una decisión al respecto y le notificará en un plazo de 45 días desde la recepción de la apelación. Si Guardian necesita una extensión del plazo debido a motivos que están fuera de su control, se le permite un periodo adicional de 45 días. Guardian le notificará antes del vencimiento del periodo original de 45 días para avisarle si se necesita una extensión. La decisión se tomará antes que finalice el periodo de 90 días y Guardian le notificará por escrito.

Aviso de la decisión de la apelación

Le notificarán por escrito la decisión del Comité de Apelaciones sobre su apelación en un plazo de 5 días después de que se tome la decisión.

Acciones posteriores

Todas las decisiones en la apelación serán finales y obligatorias para todas las partes, sujetas solo a su derecho de iniciar una acción civil conforme a la sección 502(a) de la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados (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 esta. **Además, no se puede iniciar una demanda más de tres años después de la fecha en la que se rechazó la apelación**

correspondiente. Si no se toma una decisión con respecto a la apelación, no se puede entablar una demanda después de los tres años 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 de contratos. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación o para obtener asistencia, puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration (Administración de beneficios de pensión y bienestar), llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.askebsa.dol.gov.

Incapacidad

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

Dirección de correo postal

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 le considera ilocalizable 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 médica 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 (“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**.

Su Plan utiliza la aplicación de la COB de la no duplicación de beneficios. Esto significa que cuando el Plan es el plan secundario, se determina cuánto debería haber pagado si fuera el plan principal y luego se resta la cantidad que el plan principal 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 plan de su cónyuge tiene mejor cobertura en alguna área.

Excepto por 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 jubilado, el plan del 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 es el principal y paga primero. 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, independientemente de 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 periodo 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 de 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 discapacidad [según las normas aplicadas por la Social Security Administration (Administración del 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 usted no trabaja en un **empleo cubierto** y usted (o un dependiente) es elegible para inscribirse en Medicare debido a una discapacidad o a la edad (según las normas aplicadas por la Social Security Administration), 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 periodo de 30 meses, Medicare se convierte en forma permanente en el pagador principal. Tenga en cuenta que este Plan pagará como plan secundario después del periodo de 30 meses incluso si usted (o sus dependientes) no se inscribe 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 vehículo motorizado cubierto por la ley de seguros “sin culpa” de cualquier estado, los gastos de atención de salud deben reembolsarse primero por la compañía de seguros del seguro sin culpa. El reclamante tendrá derecho a recibir beneficios de atención médica conforme a este Plan solo cuando haya agotado sus beneficios de atención médica con la cobertura sin culpa. Si existen gastos por servicios que están cubiertos por este Plan, los cuales la compañía del seguro sin culpa no reembolsó completamente, dichos gastos pueden reembolsarse conforme a este Plan, según los montos 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 de discapacidad que paga este Plan.

Otra cobertura proporcionada por la ley estatal o federal. Si tiene cobertura de este Plan y de cualquier otro seguro que proporcione 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 103 a 106).

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, los métodos y los procedimientos que considere aconsejables.

La información que le suministre al Fondo, incluidas las declaraciones en cuanto a su edad y estado civil, afectará la determinación de sus beneficios. Si cualquier información que suministre es falsa, o si comete un acto o una 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 esta fue pagada por el Fondo como resultado de declaraciones falsas, fraude o tergiversación, el Fondo puede solicitar el reintegro, puede decidir presentar cargos criminales y puede tomar cualquier otra medida que considere razonable. Se considera fraude solicitar, a sabiendas, beneficios para una persona que no es elegible, lo cual podría someterlo a procedimientos penales.

La Junta se reserva el derecho de cancelar o rescindir la cobertura del Fondo para cualquier participante o dependiente inscrito que, deliberadamente y a sabiendas, se involucre en una actividad que tenga como fin estafar al Fondo. Si se ha presentado una reclamación para su pago o esta 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 presentar cargos criminales.

El Fondo evalúa regularmente las reclamaciones para detectar fraudes o declaraciones falsas. Se debe informar al Fondo sobre 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 acuerdo 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 de 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**, **coseguros** o **deducibles**, cuando corresponda, 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 de que usted recupere cualquier dinero de cualquiera de las partes que haya causado las lesiones, haya contribuido a estas o las haya agravado, 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 este dinero provenga directamente de su propia compañía de seguros, de otra persona o de la compañía de seguros de esta, 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 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 sus 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 le paguen a usted o a sus dependientes de las indemnizaciones de cualquier contrato, acuerdo, fallo o sentencia, en la medida que lo permita la ley;
- que las indemnizaciones de cualquier contrato, acuerdo, fallo 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 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 el 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 por sus honorarios de abogado. El Fondo no le exige buscar recuperación alguna 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 persiga la reparación de ningún tercero ni de otras fuentes responsables, el Fondo está autorizado para perseguir, demandar, arreglar 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 penales respectivos.

En caso de que busque la recuperación de cualquier dinero por parte de un tercero o de cualquier otra fuente que haya causado, aportado o agravado sus lesiones, 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 este y mantenerlo informado de cualquier avance importante de su acción. También debe proporcionar al Fondo cualquier información o documento, si se le solicita, que se refiera a sus acciones o sea relevante para estas. 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 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 pudiera 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 médica, y se determina que se trataba de un pago en exceso, el Fondo solicitará la devolución de este 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 (“FMLA”) permite hasta 12 semanas de licencia no remunerada durante cualquier periodo 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 periodo de 12 meses para cuidar a un afiliado de 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 de la FMLA durante el periodo de 12 meses.

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

- ha trabajado para el mismo **empleador contribuyente** durante 12 meses como mínimo;
- ha trabajado al menos 1,250 horas durante los 12 meses anteriores; y
- trabaja en un lugar en que el **empleador** tiene contratados a 50 empleados como mínimo 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 el **empleador contribuyente** presente el aviso y el pago exigidos al Fondo. Desde luego, cualquier cambio en los términos, las normas o las prácticas del Plan que entren en vigencia mientras esté de licencia se le 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 Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act [“USERRA”, (Ley de los derechos de empleo y reempleo de los servicios uniformados)] de 1994. Si está en servicio militar activo durante más de 31 días, la 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 108 a 113 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 101).

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

- 90 días desde la fecha de baja si el periodo de servicio militar fue mayor que 180 días;

- 14 días desde la fecha de baja si el periodo de servicio militar fue de 31 días o más, pero menor que 180 días; o
- al comienzo del primer periodo laboral completo programado regularmente, el primer día calendario que sigue a la baja (más el tiempo de viaje y ocho horas adicionales) si el periodo de servicio fue menor que 31 días.

Si usted se encontrara hospitalizado o convaleciente a causa de una lesión producida durante el servicio activo, estos plazos pueden extenderse por hasta dos años. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener más detalles.

Conforme a COBRA

Conforme a la Ley federal de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 ("COBRA"), se exige a los planes de salud colectivos que ofrezcan la continuación temporal de la cobertura de salud, en 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 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 finalizar su cobertura según COBRA de manera retroactiva si se determina que usted no es elegible.

Si usted está discapacitado y recibe (o tiene aprobación para recibir) beneficios conforme al beneficio de discapacidad a corto plazo o la indemnización por accidentes o enfermedades laborales, el Plan proporciona cobertura por hasta seis meses, siempre y cuando siga discapacitado, no pueda trabajar y solicite la cobertura. Si su **empleador** lo despide y su despido pasa a arbitraje para su reincorporación, el Plan brinda cobertura por hasta seis meses. En estos dos casos de cobertura de salud extendida, usted no debe pagar la prima porque la paga el Fondo. Tenga en cuenta que el periodo máximo por el que tiene cobertura conforme a COBRA se reduce con cada periodo en que recibe una extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo. (Consulte las páginas 17 a 20 para obtener información adicional sobre la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo).

La siguiente tabla muestra el momento en que usted y sus dependientes elegibles pueden calificar para obtener cobertura continua conforme a COBRA y durante cuánto tiempo puede continuar esa cobertura. Tenga en cuenta que la siguiente información es un resumen de la ley y, por lo tanto, es general. Si tiene cualquier 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	Su empleo cubierto termina debido a otras causas que no sean una falta grave	18 meses
Usted y sus dependientes elegibles	Se vuelve no elegible 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 o divorcia legalmente, o se anula de manera civil el matrimonio	36 meses
Sus hijos dependientes	Sus hijos dependientes ya no califican como dependientes	36 meses
Sus dependientes	Finaliza 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 a partir de la fecha de determinación del derecho a Medicare

Si se casa, tiene un bebé recién nacido o un hijo colocado 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 periodo 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 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 califique 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 periodo de cobertura continua de hasta 36 meses a partir de la fecha en que calificaron por primera vez. Por ejemplo, si se pone fin a su empleo, usted y sus dependientes inscritos pueden ser elegibles para 18 meses de cobertura continua. Durante este periodo 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 periodo adicional de cobertura continua.

Los dos periodos juntos no pueden exceder un total de 36 meses a partir de la fecha en que finalizó su empleo (el primer evento que califica). También puede ocurrir un segundo evento que califica si usted se separa o divorcia legalmente, 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 discapacitados según lo dispuesto por 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 discapacidad al Fondo en un plazo de 60 días después de que se emita la determinación de discapacidad del Seguro Social y antes de que termine el periodo 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 lo haga a usted o a sus dependientes elegibles 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 discapacitado (o ya no lo está) según lo determine la Administración del Seguro Social. Usted (o su familiar) debe notificar al Centro de servicios para afiliados por escrito cualquiera de estos eventos en un plazo menor de 60 días después de ocurrido el evento, o 60 días después de que hubiera perdido la cobertura según 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 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 109).

Cuándo su empleador debe notificar al Fondo. Su **empleador** es responsable de notificar al Fondo sobre su fallecimiento, 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 del evento que califica. Una vez notificado, el Fondo le enviará a usted un aviso de COBRA en un plazo de 14 días.

Elección de COBRA. Después de que se 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 o no con su cobertura conforme a COBRA. Si usted elige la cobertura familiar, 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 usted elige la cobertura individual, solo podrá cambiarla a cobertura familiar si se casa, tiene un hijo o adopta uno.

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. El Fondo tiene permitido cobrarle el costo total de la cobertura por empleados activos y familias más un 2% adicional (y hasta un 50% adicional por la extensión de 11 meses por discapacidad). El primer pago vence en un máximo de 45 días después de la elección de recibir cobertura (y cubrirá el periodo 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 no se recibe el pago el primer día del mes, se finalizará la cobertura. Sin embargo, si su pago se realiza en los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento, se restituirá la cobertura retroactivamente a 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. Generalmente, COBRA ofrece la misma cobertura de salud que se pone a disposición de empleados o familiares en situación similar; sin embargo no están disponibles los seguros de vida/muerte o mutilación accidentales y discapacidad a corto plazo, salvo según lo establezca la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo durante un máximo de seis meses. Si, durante el periodo 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 periodo máximo de cobertura que se muestra en la tabla de la página 109. Terminará *antes* de que finalice el periodo máximo en caso de que se dé alguna de las siguientes circunstancias:

- Un beneficiario de COBRA deja de realizar los aportes exigidos de COBRA puntualmente.
- Un beneficiario de COBRA se inscriba en Medicare (Parte A, Parte B o ambas) después de la fecha de elección de COBRA, u obtenga cobertura en otro plan colectivo que no posea una cláusula de condiciones preexistentes que afecte la cobertura del beneficiario conforme a COBRA.⁽⁸⁾

⁽⁸⁾ Existen limitaciones en las exclusiones de afecciones preexistentes que impone el Plan, y dichas exclusiones están prohibidas a partir de 2014.

- Se extiende la cobertura durante hasta 29 meses debido a discapacidad y existe una determinación definitiva de que el beneficiario de COBRA ya no está discapacitado. 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 periodo 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 usted debe saber

Cesión de beneficios del Plan

En la medida en que la ley lo permita, es posible que sus derechos conforme a este plan no sean cedidos, transferidos o enajenados voluntaria o involuntariamente. No se pueden prometer los beneficios que se le deben con el fin de obtener un préstamo. Entre los derechos conforme al Plan que no se pueden ceder se incluyen su derecho a recibir los servicios proporcionados, el derecho a cobrarle al Plan por dichos servicios, el derecho a recibir documentos y divulgaciones del Plan, el derecho a apelar determinaciones de beneficios o reclamaciones o el derecho a presentar una demanda para hacer cumplir cualquiera de esos derechos. Sin embargo, el Plan se reserva el derecho a pagar todos los beneficios que le deba usted a su proveedor de servicios de salud y dicho pago cancelará cualquier derecho que usted pudiera tener según el Plan en relación con los servicios relacionados con dicho pago.

Si bien, como se describe anteriormente, usted no puede asignarle a un proveedor su derecho a presentar una apelación según los procedimientos de apelaciones del Plan o a presentar una demanda por beneficios según la Sección 502 de ERISA, es posible que pueda permitirle a un proveedor actuar como su representante autorizado en una apelación según los procedimientos de apelaciones del Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea información adicional sobre los cambios, póngase en contacto 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.

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

("QMCSO"). Una QMCSO es una orden que emite un tribunal u organismo estatal a través de la cual se le exige a un empleado que proporcione cobertura conforme a planes de salud colectivos a un hijo.

Generalmente, una QMCSO resulta de un divorcio o de una separación legal. Siempre que el Centro de servicios para afiliados recibe una QMCSO, el Fondo examina detenidamente si califica en conformidad con los procedimientos de QMCSO adoptados por la Junta y con la ley federal. Para obtener más información sobre las órdenes de manutención infantil médica calificadas, u obtener una copia de los procedimientos del Plan sobre estas sin costo, comuníquese con la Oficina de cumplimiento de contratos en la dirección que aparece en la página 123.

Exención de responsabilidad por la práctica médica

Ni el Fondo, ni 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 esta, o sobre servicios de atención de salud que un proveedor de servicios de salud le preste; y
- 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 por otro motivo.

Privacidad de la información de salud protegida

La Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 ["HIPAA", (Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud)] 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 HIPAA también le otorga derechos respecto de su información de salud, lo que incluye algunos derechos de recibir copias de dicha información sobre usted, que el Fondo guarde, y de 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 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 de contratos a la dirección que aparece en la página 123.

La Junta de fideicomiso del Fondo adoptó parte del lenguaje sobre privacidad y seguridad que usa la 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 enviar cualquier pregunta sobre la HIPAA a la Oficina de cumplimiento de contratos a la dirección que aparece en la página 123.

Certificado de cobertura acreditable

Si pierde la cobertura médica, el Fondo le enviará un Certificado de cobertura acreditable sin costo que indica cuánto tiempo tuvo cobertura en este Plan. Este certificado le permite recibir crédito para cualquier exclusión por afecciones preexistentes en un nuevo plan colectivo o póliza de seguros.

Este certificado está disponible si lo solicita en el Centro de servicios para afiliados en cualquier momento mientras tenga cobertura en el Plan, y hasta 24 meses después de que cese la cobertura.

Tenga en cuenta que en cualquier caso, también se le proporcionará en forma automática un Certificado de Cobertura Acreditable del Fondo y de Empire cuando pierda la cobertura en el Plan, cuando tenga derecho a elegir cobertura continua conforme a COBRA o cuando cese esta última.

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 la 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 este se da en más de 15 días, pero en menos de 90 días después de la fecha en que hayan terminado los beneficios. (Este periodo es separado y aparte de lo dispuesto en el Plan sobre COBRA).

Solo 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 su cobertura de seguro de vida es de \$10,000.

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 periodo de aplicación citado anteriormente, ya sea que ejerza o no la opción de conversión. Comuníquese con MetLife para obtener más 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 y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental, de cuidado de la vista, de seguro en caso de muerte o mutilación accidentales, o de discapacidad a corto plazo.

Información general

Aportes del empleador

El Plan recibe aportes 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** deben aportar 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 los Agentes fiduciarios lo aprueban, mediante la firma de un acuerdo de participación. Otros **empleadores** (como la misma Local 32BJ y el 32BJ Benefit Funds) participan en el Fondo en nombre de sus empleados mediante la firma de un acuerdo de participación.

La Oficina de cumplimiento de contratos le brindará, cuando lo solicite por escrito, la información de si un **empleador** en particular está aportando al Fondo en nombre de los participantes que trabajan conforme a un acuerdo colectivo de trabajo o a un acuerdo de participación y, de ser así, también le informará a qué Plan está aportando el **empleador**.

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 realiza lo siguiente:

- 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; y

- cobra los cheques dentro de los dieciocho (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 los estados financieros del Fondo.

También debe tener en cuenta que los beneficios del Plan no se pagan a dependientes inscritos que se vuelvan no elegibles 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 108 a 113).

Si el Plan, por equivocación, paga más de la cantidad para la que usted es elegible, o paga beneficios que no estaban 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 103 a 106 y la sección Pagos en exceso en la página 106).

Cumplimiento de las leyes federales

El Plan está regido por los reglamentos y las normas del Servicio de Impuestos Internos, el Departamento del Trabajo 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 tienen prioridad 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 de los gastos elegibles en los que haya incurrido antes de la cancelación o modificación.

Si se cancela totalmente el Plan, los activos de este 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 jubilados como para los empleados activos. Por lo tanto, la Junta puede cancelar o modificar los beneficios, incluidos los beneficios para los jubilados, en cualquier momento y 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 a una declaración de fideicomiso. La Junta o sus designados debidamente autorizados tienen el derecho, la facultad y la autoridad exclusivos, a su entera y absoluta discreción, para administrar, aplicar e interpretar el Plan establecido según el Acuerdo de fideicomiso y para decidir todos los asuntos que surjan en relación con la operación o administración del Plan establecido según el fideicomiso. Sin limitar la generalidad de lo anterior, la Junta 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 entera y 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 este;
- formular, interpretar y aplicar las reglas, los reglamentos y las políticas necesarios 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 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 o sus designados debidamente autorizados serán definitivas 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 operativas 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 la siguiente dirección:

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 (“ERISA”). ERISA establece que todos los participantes del plan tendrán derecho a lo siguiente:

- Examinar sin costo, en la Oficina de cumplimiento de contratos, 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 Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en el salón de información de la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (“EBSA”).
- Obtener, mediante solicitud por escrito a la Oficina de cumplimiento de contratos, 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 cobrar un costo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que la Junta suministre 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 para usted, su cónyuge o dependientes si existe una pérdida de cobertura en virtud del 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 108 a 113 para obtener información sobre COBRA) y los documentos que rigen el Plan para conocer las normas que rigen los derechos de continuación de COBRA.

Reducción o eliminación de los periodos de exclusión de cobertura por enfermedades preexistentes conforme al Plan

Si usted tiene cobertura acreditable de otro plan. Se le debe proporcionar un certificado de cobertura acreditable sin costo en su plan de salud colectivo o compañía de seguros de salud cuando pierda la cobertura del plan, cuando empiece a tener derecho de elegir la cobertura continua conforme a COBRA, cuando cese su cobertura continua conforme a COBRA, si la solicitó antes de perder la cobertura o si la solicitó hasta 24 meses después de perderla. Sin el comprobante de cobertura acreditable, puede que esté sujeto a la exclusión de enfermedades preexistentes durante 12 meses (18 meses para los inscritos tardíamente) después de la fecha de su inscripción en su nueva cobertura⁽⁹⁾.

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 sus derechos según ERISA.

Haga cumplir sus derechos

Si se rechaza o se ignora su reclamación de un beneficio, de forma total o parcial, usted tiene derecho a conocer el motivo, a obtener sin costo copias de los documentos relacionados con la decisión y a apelar 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 este y no los recibe dentro de 30 días, puede presentar una

⁽⁹⁾ Existen limitaciones en las exclusiones de afecciones preexistentes que impone el Plan, y dichas exclusiones están prohibidas a partir de 2014.

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 los materiales 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 ante un tribunal estatal o federal después de haber agotado el proceso de apelación del Plan. Si los fiduciarios del Fondo hacen uso indebido del dinero del Fondo o si usted sufre algún tipo de discriminación por ejercer sus derechos, puede pedir ayuda al Departamento de Trabajo de los EE. UU. 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 80 a 99. 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 esos 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 no es seria.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene preguntas sobre su Plan, comuníquese con el administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos según ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de EBSA del Departamento de Trabajo de los EE. UU. 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 responsabilidades según ERISA, llamando a la línea directa de publicaciones de EBSA o visitando el sitio web del Departamento de Trabajo en <http://www.dol.gov>, o bien, comuníquese con su número gratuito al 1-866-444-3272.

Información del Plan

Esta SPD es el documento formal del plan para el Tri-State Plan del Fondo de salud.

Nombre del Plan: Building Service 32BJ Health Fund
Número de identificación del empleador: 13-2928869
Número del 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, y Guardian, que asegura los beneficios de discapacidad a corto plazo. Todos los aportes al Fondo de fideicomiso son realizados 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 84.

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**. Puede comunicarse con la oficina de la Junta en la siguiente dirección:

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

Empleadores participantes

La Oficina de cumplimiento de contratos le brindará, cuando lo solicite por escrito, la información de si un **empleador** en particular está aportando al Plan en nombre de los empleados que trabajan bajo un acuerdo escrito, así como también la dirección de dicho **empleador**. Además, cuando lo solicite por escrito a la Oficina de cumplimiento de contratos, puede obtener una lista completa de los **empleadores** y de las uniones que patrocinan el Plan, y también está a su disposición para que la consulte en dicha oficina.

Para comunicarse con la Oficina de cumplimiento de contratos, escriba a la siguiente dirección:

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 de contratos 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. Para controversias acerca de la parte del Plan asegurada por Guardian, la notificación del proceso legal se puede entregar a Guardian en sus oficinas locales o al funcionario de fiscalización del Departamento de Seguros del estado en el que reside.

Glosario

Beneficios dentro de la red son los beneficios de **servicios cubiertos** prestados por proveedores que tienen contrato con el Fondo, Empire, CVS Caremark o cualquier otro administrador con contrato con el Fondo para prestar servicios y suministros a una tasa negociada previamente. Los servicios prestados deben estar dentro del ámbito de las certificaciones profesionales individuales.

Camioneta (ambulette) es el transporte terrestre desde o hacia un establecimiento médico acreditado cuando el servicio esté coordinado por el Departamento de Administración Médica del Plan. Esto se cubre solo 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 **camioneta**.

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

Coseguro es el 50% que usted 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 **fuera de la red**.

De la red significa lo mismo que **dentro de la red**.

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 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 exige aportes 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** haga aportes 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, de medicamentos con receta, de cuidado de la vista y dentales.

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 al 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 con las normas de la buena práctica médica;
- cumplen con los requisitos de idoneidad médicos y quirúrgicos establecidos según las pautas de políticas médicas de Empire BlueCross BlueShield;
- deben brindar el nivel de atención o suministro más adecuado que se 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 vuelve, de por sí, **medicamento necesario**.

Médico es un proveedor certificado y calificado (M.D., D.O., D.C. o D.P.M.) que está autorizado a practicar la medicina, realizar cirugías y 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) ni 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** se basa en un acuerdo con el proveedor. Cuando se atiende **fuera de la red**, el **monto permitido** se basa en la tasa de pago del Fondo de los costos permitidos a un proveedor de la **red**.

Proveedor participante (o “**proveedor dentro de la red**”) es aquel que aceptó proporcionar servicios, tratamiento y suministros a una tasa negociada previamente según los planes médicos, dentales, de medicamentos con receta y de cuidado de la vista.

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 del ejército de los EE. UU. en servicio activo, retirados y sus familias.

Notas

1 **Hospital/establecimiento** es un establecimiento general plenamente certificado de atención aguda que posee todo lo siguiente en sus propias instalaciones:

- 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 las 24 horas que cuenta con enfermeros diplomados 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 parada” para tratar paros cardíacos y otras emergencias médicas;
- instalaciones de radiología diagnóstica;
- un laboratorio patológico; y
- personal médico organizado o **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 del que se especificó anteriormente.

Para el tratamiento de diálisis renal, con cobertura **dentro de la red** solo en centros dentro de la **red** de Empire, un centro en el estado de New York que califica para **beneficios dentro de la red** si este cuenta con un certificado de funcionamiento emitido por el Departamento de Salud de New York y participa con Empire o con otro plan de BlueCross o BlueShield. En otros estados, el establecimiento 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 establecimiento 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 (Centro Internacional de Investigaciones sobre Trasplantes de Sangre y Médula Ósea), el Scientific Registry of Transplant Recipients (Registro Científico de Receptores de Trasplantes) y la Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy (Fundación para la Acreditación de la Terapia Celular), 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 establecimiento debe cumplir con los criterios de selección basados en la calidad de BlueCross BlueShield Association. Cada establecimiento responde una encuesta de la 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 establecimiento a la Encuesta administrativa de trasplantes estandarizada de la United **Network** for Organ Sharing (“UNOS”).

Para algunos beneficios especificados, la definición de “hospital” o “establecimiento” puede incluir un hospital, el departamento o el 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 **Cirugía ambulatoria** incluye instalaciones quirúrgicas de hospitales, cirujanos y asistentes quirúrgicos; quimioterapia y radioterapia, lo que incluye medicamentos, dentro de un departamento ambulatorio de un hospital, un consultorio de un **médico** o un establecimiento (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 establecimiento 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** solo 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 establecimiento hospitalario o independiente.
- 4 El **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 el paciente no está en condiciones como para recuperarse en el hogar. El Plan cubre la estadía en un centro enfermería especializada por hasta 60 días por persona al año. Sin embargo, debe usar un establecimiento **dentro de la red** y su **médico** debe

proporcionar una remisión 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**, enfermero diplomado, fisioterapeuta u otro profesional de la atención médica.

- 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 tiene una enfermedad terminal y dicha atención se brinda en una organización de la especialidad certificada por el estado donde se encuentra. Los servicios de atención a pacientes con enfermedades terminales incluyen:
 - hasta 12 horas al día de atención de enfermería intermitente por parte de un enfermero diplomado o un enfermero auxiliar diplomado;
 - 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 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 visitas 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 un enfermero diplomado (“RN”) o enfermero auxiliar diplomado (“LPN”) y los servicios de trabajadores de atención en el hogar. El Plan cubre hasta 200 consultas 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 un enfermero, un trabajador de atención en el hogar o un fisioterapeuta se cuentan como una sola consulta de atención médica en el hogar. Los beneficios son pagaderos hasta por tres consultas al día. Los servicios de atención médica en el hogar incluyen:
 - cuidado de enfermería de medio tiempo por parte de un enfermero diplomado o enfermero auxiliar diplomado;
 - servicios de medio tiempo de trabajadores de atención en el hogar;
 - terapia del habla, terapia ocupacional o fisioterapia de restauración;

- medicamentos, equipo y suministros médicos recetados por un **médico**;
 - exámenes de laboratorio; y
 - servicio de **camioneta (ambulette)** cuando esté coordinado por el Departamento de Administración Médica del Plan.
- 7 La **terapia de infusión en el hogar**, un servicio a veces proporcionado durante las consultas de atención médica en el hogar, está disponible solo **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 factura de uno de estos proveedores, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados.
- 8 **Beneficios de tratamiento en la sala de emergencias.** Recuerde comunicarse con el Departamento de Administración Médica llamando 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 34 y 35, para precertificar cualquier hospitalización continua. Si tiene una **emergencia** fuera del área operativa de Empire POS (consulte la página 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 tiene una fractura importante o necesita oxígeno durante el viaje a su hogar). El servicio de ambulancia aérea tiene cobertura cuando la afección médica del paciente es tal que el tiempo que se necesita para transportarlo por tierra amenaza la supervivencia del paciente o pone gravemente en peligro su salud, o la ubicación del paciente es tal que la accesibilidad es solo posible por transporte aéreo; y el paciente es transportado al hospital más cercano con los equipos apropiados para el tratamiento, y hay una afección médica que pone en riesgo la vida del paciente. Las afecciones médicas que ponen en peligro la vida incluyen, entre otras, 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 de Oxígeno Hiperbárica;
 - lesiones graves múltiples;
 - trasplantes;
 - trauma que pone en peligro una extremidad del cuerpo;
 - embarazo de alto riesgo; e
 - infarto agudo del 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 45. Los gastos elegibles incluyen radiografías, análisis de laboratorio y otros relacionados con el examen y los materiales para vacunas contra enfermedades infecciosas. *Los adultos tienen cobertura para vacunas si son médicamente necesarias.*
- 12 La **atención de niños sanos** cubre las consultas a un pediatra, **médico** de familia, enfermero o enfermero 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 consulta 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 45. 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, tétanos y difteria (“Td”), hepatitis A e influenza, rotavirus, antimeningocócica polisacárida y conjugados, y otras vacunas según lo determine la American Academy of Pediatrics (Academia Estadounidense de Pediatría), 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 esta está afiliada a un establecimiento certificado, o ejerce en conjunto con este, y se prestan los servicios bajo una dirección médica calificada.
- 14 El **parto en el hogar previamente planificado y efectuado por una enfermera-partera certificada** es un servicio cubierto. La tasa de reembolso por este servicio es la tasa integral que ha sido pactada en el contrato, correspondiente a un obstetra/ginecólogo de Empire POS.
- 15 La **fisioterapia** está cubierta por hasta 30 días de fisioterapia para pacientes internados cubierta por persona al año (tanto **dentro de la red** como **fuera de la red**). La fisioterapia, la medicina física y los servicios de rehabilitación, o una combinación de estos, están cubiertos, siempre que el tratamiento sea recetado por su **médico** y esté diseñado para mejorar o restituir el funcionamiento físico dentro de un periodo razonable. Si recibe terapia con hospitalización, esta debe ser a corto plazo. Las terapias ocupacional, del habla y de la vista están cubiertas si son indicadas por su **médico** y proporcionadas por un terapeuta certificado (ocupacional, del habla o de la vista, según corresponda) en su hogar, en el consultorio de un terapeuta o en un establecimiento para pacientes externos aprobado.
- Se cubren hasta 30 consultas de fisioterapia para pacientes externos por año. La terapia del habla, de la vista y ocupacional en conjunto están cubiertas hasta por 30 consultas al año. Debe recibir cualquiera de dichos servicios a través de un proveedor de la **red** en el hogar, el consultorio o

el departamento para pacientes externos de un establecimiento de la **red**. Para fisioterapia para pacientes externos, su terapeuta participante precertificará los servicios requeridos después de su primera consulta de evaluación.

- 16 **Equipos médicos duraderos y suministros médicos** se refiere a comprar, arrendar 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 recetados 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 del 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.
- 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 esta. 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 sea 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, un tratamiento, un procedimiento, un producto biológico, un dispositivo médico o un 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 Medicamentos (“FDA”) de los 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 con 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 solo en un laboratorio experimental.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Información de contacto

¿Qué necesita?	Con quién comunicarse	Cómo comunicarse
• Información general sobre sus beneficios y elegibilidad • Información sobre sus beneficios y reclamaciones hospitalarias, médicas, dentales, de la vista y de discapacidad	Member Services	Llame al 1-800-551-3225 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes
• Encontrar un 5 Star Center • Encontrar un médico de atención primaria • Encontrar proveedores participantes de Empire BlueCross BlueShield	Member Services	Llame al 1-800-551-3225 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes o visite www.32bjfunds.org
• Encontrar un proveedor participante del plan dental	Delta Dental	Llame al 1-800-932-0783 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes o Dental: visite www.keeptousmiling.com
• Encontrar 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. Visite www.32bjfunds.org
• Información sobre su plan de seguro de vida	MetLife	Llame al 1-866-492-6983 o visite http://mybenefits.metlife.com
• Precertificar una hospitalización o estadía médica	Empire BlueCross BlueShield	Los proveedores deben llamar al 1-800-982-8089
• Precertificar una estadía de salud mental o abuso de sustancias	Empire BlueCross BlueShield	Los proveedores deben llamar al 1-855-531-6011
• Ayudar a prevenir o informar un fraude contra el seguro médico (hospitalario o médico)	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
• Información sobre sus beneficios de medicamentos con receta, lista del formulario de medicamentos o farmacias participantes	CVS Caremark	Llame al 1-877-765-6294 o visite www.Caremark.com las 24 horas del día, los 7 días de la semana
• Consejos médicos al instante	Línea de salud de enfermería	Llame al 1-877-825-5276 las 24 horas del día, los 7 días de la semana
• Ayuda con problemas familiares y personales, como depresión, alcohol y abuso de sustancias, divorcio, etc.	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**

**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*

Susan Cowell, *Executive Director*

Angelo V. Dascoli, *Fund Director*

Resumen de modificaciones materiales Building Service 32BJ Health Fund Tri-State Plan

La siguiente lista enumera los cambios y las aclaraciones que han ocurrido desde la impresión de la Descripción abreviada del plan (Summary Plan Description, SPD) del Building Service 32BJ Health Fund para el Tri-State Plan, con fecha del 1 de enero de 2015. 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.

Cambio en los Grupos cubiertos Página 8: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2017, se elimina en su totalidad la segunda viñeta. Y la segunda oración en la tercera viñeta se elimina y se reemplaza por:

En general, el Tri-State Plan cubre a determinados participantes que trabajan fuera de la Ciudad de New York, por ejemplo, Long Island y el Condado de Westchester, así como a aquellos que trabajan en otros estados, incluidos Connecticut, Florida, Massachusetts y New Jersey.

Aclaración en la Cobertura de las consultas de alergias Página 11: Se elimina la última oración de la respuesta a la Pregunta frecuente 11 y se reemplaza con lo siguiente:

Por ejemplo, la atención para el tratamiento de alergias cuenta con cobertura para hasta 12 consultas por año calendario, más dos consultas para la realización de pruebas por año calendario. (Consulte las páginas 38 a 51 para conocer todos los servicios con límites de consultas).

Aclaración sobre la cancelación de la cobertura cuando es elegible para Medicare Página 16: Se agrega la siguiente viñeta nueva después de la segunda viñeta en la lista de la sección *Cuándo ya no es elegible*:

- en la fecha en que cancela su cobertura con el Fondo porque es elegible para Medicare,

Cambio en la elegibilidad de dependientes: Tabla en las páginas 21 a 23: Con vigencia a partir del 1 de febrero de 2016, se elimina completamente la tabla en la sección "Elegibilidad de dependientes" y se reemplaza con la siguiente tabla:

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 sea 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: • es su hijo biológico; • es su hijo adoptado* o asignado para adopción antes de ésta; o • es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge.
Hijos (dependientes) –Su nieto(a), o sobrino(a) SÓLO si usted es el tutor legal*** (si la solicitud de tutela legal está pendiente, debe suministrar documentación que demuestre que se presentaron los papeles y presentar evidencia cuando se complete el proceso legal).	Hasta, lo que sea 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: • no está casado, • 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 81), y • es dependiente del participante para toda su manutención anual y éste lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos**.

Tenga en cuenta que la sección "Hijos (incapacitados) mayores de 26 años" se ha eliminado completamente.

Página 24: Se elimina la tercera viñeta bajo la sección “Cuándo sus dependientes ya no son elegibles” y se reemplaza con la siguiente viñeta:

- La elegibilidad de un cónyuge e hijos (incluidos los hijos dependientes) termina 30 días después de su muerte.

Adición de la Explicación del monto máximo anual que paga de su bolsillo en beneficios dentro de la red **Página 27:** Se elimina totalmente la sección "Monto máximo anual que paga de su bolsillo en beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental, de abuso de sustancias y de farmacia dentro de la red" y se reemplaza por el siguiente texto:

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, 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 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.

* 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.

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.

Adición de TeleMedicina Página 29: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2018, se modifica lo siguiente para reflejar los copagos:

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. Los copagos para los médicos/proveedores participantes dentro de la red son aquellos descritos en la página 36. 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.

Reducción en los copagos de salud mental y abuso de sustancias dentro de la red Páginas 10 (Pregunta frecuente 6), 30, 36 y 44: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2017, el copago dentro de la red por consultas de salud mental o abuso de sustancias se reduce de \$40 por consulta a \$20 por consulta.

Adición de Número de teléfono para que los afiliados llamen para obtener un cálculo estimado de lo que costaría usar un proveedor no participante **Página 33:** Inmediatamente antes de la sección “Cobertura cuando está lejos de casa”, se agrega lo siguiente:

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 consultorio del proveedor no participante donde se atenderá y el código CPT para el procedimiento que recibirá. Debe obtener el código CPT del proveedor no participante.

Adición de los servicios que requieren precertificación **Página 34:** Los siguientes servicios se agregaron a la tabla en la página 34, en la columna *Tipo de atención* bajo Paciente externo:

- Estudios del sueño
- Intervención coronaria percutánea (“ICP”), cateterización cardíaca y ecografía vascular

Adición de Exclusión de proveedores de servicios de abuso de sustancias no participantes **Páginas 37 y 40:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2017, se agrega la siguiente oración a la columna de Gastos del centro u hospital no participante para las consultas al departamento de pacientes externos y pacientes internados en la página 37 y a la columna de Limitaciones para toda la atención de Abuso de sustancias (abuso de sustancias para pacientes internados, consultas al consultorio del médico y centro hospitalario para pacientes externos) en la página 44:

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.

Adición del Bariatric Surgery Program **Página 39:** Con vigencia a partir del 1 de octubre de 2018, la fila Cirugía bariátrica en la sección En el hospital¹ 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.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
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 en otro Blue Distinction Hospital en la red Empire, el Plan paga hasta el 100% del monto permitido que hubiera pagado al MSSLH. El afiliado es responsable del monto que exceda el monto permitido (coseguro) hasta alcanzar el monto máximo anual que paga de su bolsillo dentro de la red.	Sin cobertura.	Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del 32BJ Bariatric Surgery Program.

Adición del Programa de reemplazo total de articulaciones Página 39: Con vigencia a partir del 1 de julio de 2016, se agrega la siguiente fila después de Cirugía de trasplante y antes de Centro de enfermería especializada, en la sección En el hospital¹ y en otros centros de tratamiento para pacientes internados de la tabla del Programa de servicios cubiertos:

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 red 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 red, el Plan paga el 100% del monto permitido que hubiese pagado a un centro del MSHS. El afiliado es responsable por el coseguro hasta alcanzar el máximo anual que paga de su bolsillo dentro de la red.	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del Programa de reemplazo de articulaciones de la 32BJ.

Adición de la Cirugía de reasignación de sexo Página 39: Se agrega la siguiente fila después del Reemplazo total de articulaciones (cadera y rodilla) y antes de Centro de enfermería especializada, en la sección En el hospital¹ y en otros centros de tratamiento para pacientes internados de la tabla del Programa de servicios cubiertos:

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Cirugía de reasignación de sexo	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	

Aclaración de los Costos por el uso de proveedores fuera de la red en una emergencia y Limitaciones de los servicios de ambulancia Página 40: La tabla que figura en la página 40, Atención de emergencia, se elimina completamente y se reemplaza con la siguiente tabla:

Atención de emergencia

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Sala de emergencia ⁸ ("ER") en un hospital	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por las primeras 2 consultas; luego con un copago de \$200 por consulta		El copago 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 copago de \$40	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
Servicio de ambulancia ⁹	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**.

Adición del Tratamiento de oxígeno hiperbárico Página 41: Se agrega la siguiente fila después de Quimioterapia y antes de Diálisis renal en la sección de Centros para pacientes externos de la tabla del Programa de servicios cubiertos:

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Tratamiento de oxígeno hiperbárico*	El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se provee el servicio: Si es en un entorno hospitalario para pacientes externos: copago de \$75 Si es en un centro quirúrgico independiente: copago de \$0	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	Cuando los servicios se reciben en un entorno hospitalario para pacientes externos, existe un copago de \$75 por consulta, excepto por la quimioterapia, la radioterapia y el tratamiento de oxígeno hiperbárico que tienen un copago de \$75 por año calendario. Nota: No existe ningún copago para los análisis de sangre realizados en un entorno hospitalario para pacientes externos dentro de la red.

Aclaración en la Cobertura de las consultas de alergias Página 42: En la tabla Atención en el consultorio del médico, se elimina la Limitación en la atención de alergias y se reemplaza con lo siguiente:

Límite de 12 consultas de tratamiento por año calendario, más dos consultas para la realización de pruebas para la atención de las alergias.

Aclaración de los Beneficios de servicios de planificación familiar Página 47: La tabla en la sección de servicios de Planificación familiar se elimina y se reemplaza completamente con la siguiente tabla:

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 se aplican copagos . El Plan paga el 100%		
Vasectomía (no incluye procedimientos de reversión)	El Plan paga el 100% después del copago . (Consulte la Descripción general de los gastos que paga de su bolsillo en las páginas 32 a 37.)	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
Aborto, incluye procedimientos electivos y no electivos			El tipo de centro en el que se brinde el servicio determinará el copago .
Pruebas de fertilidad			Las pruebas de fertilidad se limitan a una por año calendario.
Tratamiento de la infertilidad	Sin cobertura	Sin cobertura	No hay cobertura para los servicios una vez que se diagnostica la infertilidad.

Adición de la disposición de Coordinación de beneficios cuando los beneficios dentales están cubiertos por la parte médica y la parte dental del Plan Página 51: La siguiente oración se agrega al texto en el * que figura después de la tabla de Atención dental:

Quando 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.

Eliminación de la exclusión existente Página 52: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2016, la viñeta 7ma ("tratamientos quirúrgicos y/o no quirúrgicos para el cambio de sexo" en la sección "Gastos hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias excluidos") se elimina por completo.

Aclaración acerca de los medicamentos especializados y cómo obtenerlos Páginas 59 y 61: Las secciones "Medicamentos especializados" y "A través del CVS Caremark Specialty Pharmacy Program" se eliminan completamente y se reemplazan con el siguiente texto:

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 58.

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, o
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.

Adición de una Descripción de los Programas de administración de la cobertura de planes de medicamentos con receta: En la página 61, se elimina completamente el quinto párrafo y, después de la sección "Para medicamentos especializados", se agrega una nueva sección "Programas de administración de la cobertura de planes de medicamentos con receta":

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 aquellos 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.

Aclaraciones en los beneficios del cuidado de la vista Página 73: El cuarto párrafo de la sección "Beneficios del cuidado de la vista" se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente texto:

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.

Página 74: Bajo la sección “Gastos elegibles”, se agrega una nueva viñeta después de la segunda viñeta:

- y marcos.

Bajo la sección “Gastos excluidos”, se agrega una nueva viñeta después de la segunda viñeta:

- cargo del examen de ajuste de los lentes de contacto,

Aclaración sobre la cancelación de la cobertura cuando es elegible para Medicare Página 76: La siguiente oración se agrega después de la primera oración en el párrafo bajo la sección *Cuándo termina la cobertura*:

El seguro de vida también termina si cancela su cobertura en virtud de este Plan debido a la elegibilidad para Medicare. (Consulte la página 101).

Aclaración sobre la cancelación de la cobertura cuando es elegible para Medicare Página 78: La siguiente oración se agrega después de la oración bajo la sección *Cuándo termina la cobertura*:

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 101).

Adición de la sección “No duplicación de la cobertura de salud”: **Página 99:** 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.

Aclaración sobre la coordinación de beneficios con Medicare y cancelación de la cobertura debido a la elegibilidad para Medicare **Página 101:** Bajo la primera viñeta en la sección "Medicare", se agrega la siguiente oración al final de la viñeta:

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, terminan todos los beneficios, incluidos los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental 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.

Aclaración sobre la responsabilidad de pago cuando Medicare es el seguro principal y el Fondo de salud es el secundario **Página**

111: El siguiente párrafo se agrega después del último párrafo:

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 tengan 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.

Modificación de Cesión de beneficios del Plan **Página 113:** Se agrega el siguiente texto al final del segundo párrafo, bajo la sección "Cesión de beneficios 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.

Eliminación de Certificados de cobertura acreditable **Página 115:** La sección “Certificado de cobertura acreditable” se elimina en su totalidad.

Aclaración en la Definición de Monto permitido Glosario: La definición de Monto permitido en la página 124 se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente texto:

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”).

Página 11: El párrafo anterior también se agrega después de la última oración en la respuesta a la pregunta frecuente 10.

Cambios en la dirección del sitio web de Davis Vision Contraportada: En la tabla, la información del sitio web de Davis Vision se elimina y se reemplaza con la siguiente: www.davisvision.com/32bj.

Aclaraciones de ciertas disposiciones de beneficios dentales

Con vigencia a partir del 1 de enero de 2017, las siguientes aclaraciones se realizan en relación a las disposiciones de beneficios dentales especificadas:

Página 64: Bajo la sección "Dentistas no participantes", se elimina la segunda oración del primer párrafo y se reemplaza con lo siguiente:

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.

Página 65: Bajo la sección "Los servicios dentales que están cubiertos", se elimina la cuarta viñeta y se reemplaza con lo siguiente:

- 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 hasta \$1,000 por paciente.

Además, bajo la sección "Máximo anual", se elimina la última oración y se reemplaza con lo siguiente:

Existe un máximo de por vida separado para servicios de ortodoncia de \$1,000 para los hijos menores de 19 años.

Páginas 66 a 69: El Programa de servicios dentales cubiertos se elimina completamente y se reemplaza con lo siguiente:

Programa de servicios dentales cubiertos

Procedimiento	Límites
Diagnóstico* Examen oral, periódico, limitado (centrado en el problema), integral o detallado y extenso (centrado en el problema) Radiografías: • de boca completa, serie completa que incluye mordida o placa panorámica • mordida, dientes posteriores • placas periapicales, un solo diente • placa oclusiva • placa cefalométrica (sólo cobertura de ortodoncia)	Dos por un año calendario Una vez durante cualquier período de 36 meses consecutivos Dos de cualquiera de los procedimientos de radiografía de Según sea necesario Dos por fecha de servicio Una vez de por vida
Atención preventiva* 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 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

Restauración simple**	
Obturaciones de amalgama (metálicas)	Una vez por superficie de diente cada 24 meses consecutivos
Obturaciones de resina (compuesto, del color de los dientes) en dientes anteriores	Una vez por superficie de diente cada 24 meses consecutivos

Programa de servicios dentales cubiertos

Procedimiento	Límites
Restauración de mayor magnitud***	
Recementación de corona	Una vez por diente en un año calendario
Corona prefabricada de acero inoxidable/resina (dientes temporales para niños solamente)	Una vez por diente cada 24 meses consecutivos
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 durante cualquier período de 60 meses consecutivos
Endodoncia**	
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
Periodoncia**	
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
Cepillado periodontal y de raíz	Una vez por cuadrante dentro de un período de 24 meses
Mantenimiento periodontal (cubierto solo si el Plan cubre también la cirugía periodontal y el procedimiento de mantenimiento es realizado por un periodoncista)	Dos procedimientos profilácticos en un año calendario

Programa de servicios dentales cubiertos

Procedimiento	Límites
Prótesis dentales removibles*** 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 Procedimientos de rebaje y recubrimiento de prótesis dentales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio 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 prótesis dental por arco cada 60 meses consecutivos Una vez por aparato durante cualquier período de 36 meses consecutivos Una vez por aparato durante cualquier período de 60 meses consecutivos
Prótesis dentales fijas*** Prótesis dentales fijas parciales y coronas individuales 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 Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos
Extracciones simples** 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
Cirugía oral y maxilofacial** Extracción de diente impactado Alveoloplastia (preparación quirúrgica de la apófisis alveolar para las prótesis dentales con o sin extracciones) Frenulectomía Extracción de exostosis (extracción de desarrollo óseo excesivo)	Una vez por diente de por vida Una vez por cuadrante de por vida Una vez por arco de por vida Una vez por lugar de por
La cirugía oral está limitada a la extracción de dientes, preparación de la boca para las prótesis dentales, extracción de quistes generados por los dientes de hasta 1.25 cm e incisión y drenaje de un absceso intraoral o extraoral.	
Tratamiento de emergencia* Tratamiento paliativo para aliviar el malestar inmediato (solamente procedimiento menor)	Uno por fecha de servicio

Programa de servicios dentales cubiertos

Procedimiento	Límites
Reparaciones** Corona temporal (diente fracturado) Reparación de corona Sobrecorona Reparaciones de prótesis dentales completas o parciales Recementación de prótesis dentales fijas o parciales Agregados en prótesis dentales parciales	Un procedimiento de corona por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos Una vez por diente cada 24 meses consecutivos Una vez por diente cada 60 meses consecutivos Una vez por aparato en un año calendario Una vez por aparato en un año calendario Según sea necesario
Ortodoncia*** Pacientes menores de 19 años	Un curso de tratamiento en toda la vida, hasta \$1,000
Los beneficios son pagaderos únicamente para tratamientos realizados 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.	
Varios* 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).

Página 70: Bajo la sección "Lo que no está cubierto" se elimina la tercera viñeta y se reemplaza con el siguiente texto:

- cargos que excedan los **montos permitidos**,

se elimina la quinta viñeta y se reemplaza con lo siguiente:

- 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

Aclaración de la Coordinación de beneficios dentales **Página 72:** Se elimina completamente la sección "Coordinación de beneficios dentales" y se reemplaza con lo siguiente:

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 cobertura 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 cuya fecha de cumpleaños sea anterior en el calendario determinará sus beneficios antes que el programa que cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuya fecha de cumpleaños sea posterior 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, se considerará que Delta Dental no es el primer programa 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 el primer programa para determinar sus beneficios, los beneficios serán pagados sin considerar la cobertura bajo cualquier otro programa. Cuando Delta Dental no sea el primer programa 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.

Página 82: Bajo la sección "Presentación de reclamaciones de atención dental", se elimina la dirección del sitio web de Delta Dental en el segundo párrafo y se reemplaza con la siguiente:

www.deltadentalins.com/32BJ

Además, se elimina la primera viñeta y se reemplaza con lo siguiente:

- Sólo se aceptará para su revisión un formulario de reclamación completamente lleno o un plan de tratamiento aprobado.

Corrección de la Dirección para la presentación de reclamaciones dentales **Página 84:** En la tabla bajo la sección "Adónde enviar los formularios de reclamaciones", la dirección para la presentación de reclamaciones dentales se elimina y se reemplaza con la siguiente dirección:

Delta Dental of New York
PO Box 2105

Corrección de la Dirección para la presentación de apelaciones dentales Página 92: En la tabla bajo la sección “Dónde presentar una apelación de primera instancia”, la dirección para la presentación de apelaciones dentales se elimina y se reemplaza con la siguiente dirección:

Delta Dental of New York
Attn: Professional Services
One Delta Dental Drive
Mechanicsburg, PA 17055

Además, bajo la tabla, el número de teléfono en el doble asterisco para una reclamación de atención dental urgente, 1-800-932-0783, se elimina y se reemplaza por 1-800-589-4627.

Corrección de la información de contacto de Delta Dental Contraportada: En la tabla, la información de contacto de Delta Dental se elimina y se reemplaza con la siguiente:

Delta Dental Customer Service
Llame al 1-800-589-4627 o
visite www.deltadentalins.com/32BJ

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.



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 el Tri-State Plan con fecha del 1 de enero de 2015 y cualquier SMM emitido después del 1 de enero de 2015 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 los 5 Star Centers” y “Cuando se atiende dentro de la red” en las páginas 29 y 30, y las páginas 36 a 51 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 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.

Páginas 29 y 30: las secciones “Información sobre los proveedores participantes y los 5 Star Centers” 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 38 a 51 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 37 a 51). 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. 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 37 a 51).

Las páginas 36 a 51 se eliminan completamente y se reemplazan con el siguiente texto:

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 37 a 51).

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 deducible , el 50% del monto permitido 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 emergencias* 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)	\$100 por prueba	\$250 por prueba	Usted paga el deducible , el 50% del monto permitido 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 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 copago de \$100 por admisión	El Plan paga el 100% después de un copago de \$1,000 por admisión	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
Servicios en el hospital de médicos 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 ³				
Exámenes prequirúrgicos para pacientes internados				
Servicios nutricionales y de dieta especiales y médicamente necesarios 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 monto permitido que hubiera pagado al MSSLH. El afiliado es responsable del monto que exceda el monto permitido (este monto es el copago del afiliado) hasta alcanzar el monto máximo anual que paga de su bolsillo dentro de la red .	El Plan paga hasta el 100% del monto permitido 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 monto permitido (este monto es el copago del afiliado) hasta alcanzar el monto que resulte mayor entre el monto máximo anual que paga de su bolsillo dentro de la red y \$1,000.	Sin cobertura	Con cobertura sólo en hospitales de Blue Distinction dentro de la red 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 copago de \$100 por admisión	El Plan paga el 100% después de un copago de \$1,000 por admisión		Los trasplantes de riñón y pulmón están cubiertos dentro de la red únicamente en cualquier hospital participante de BlueCross BlueShield. Otros trasplantes están cubiertos únicamente en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence. ¹
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 la página 127 y la nota al pie 3 en la página 128.

En el hospital¹ 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 red 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 dentro la red , el Plan paga hasta el 100% del monto permitido que hubiese pagado a un centro del MSHS. El afiliado es responsable del monto que exceda el monto permitido (este monto es el copago del afiliado) hasta alcanzar el monto máximo anual que paga de su bolsillo dentro de la red .	El Plan paga el 100% del monto permitido que le hubiera pagado a la red de hospitales del Mount Sinai Health System en la Ciudad de New York. El afiliado es responsable del monto que exceda el monto permitido (este monto es el copago del afiliado) hasta alcanzar el monto que resulte más alto entre el monto máximo anual que paga de su bolsillo dentro de la red y \$1,000.	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible .	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 copago de \$100 por admisión	El Plan paga el 100% después de un copago de \$1,000 por admisión	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
Centro de enfermería especializada ⁴ *	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Los beneficios son pagaderos hasta por 60 días por año calendario.
Centro de atención para pacientes con enfermedades terminales ⁵ *	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Dentro de la red 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 127 y las notas al pie 4 y 5 en las páginas 128 y 129.

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 ⁸ ("ER") en un hospital	El Plan paga el 100%* después de un copago de \$100 por las primeras 2 visitas; luego se aplica un copago de \$200 por visita			El copago 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 copago de \$40		El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	Si el centro de atención de urgencia le factura su visita como una visita a la sala de emergencias, usted pagará el copago de la sala de emergencias.
Servicio de ambulancia ⁹	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 130.

* 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 ² y la atención relacionada con ésta (incluidas las salas de operación y recuperación)*	El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se provee el servicio: Si es en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios: – copago de \$75. Si es en un centro quirúrgico independiente: – copago de \$0.	El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se provee el servicio: Si es en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios: – copago de \$250.	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	Cuando los servicios se reciben en un entorno para pacientes ambulatorios en un hospital preferido dentro de la red, se aplica un copago de \$75 por consulta, con excepción de la quimioterapia, la radioterapia y el tratamiento de oxígeno hiperbárico que tienen un copago de \$75 por año calendario, y los servicios intensivos de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias que tienen un copago 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)				Cuando los servicios se reciben en un entorno para pacientes ambulatorios en un hospital no preferido dentro de la red, se aplica un copago de \$250 por consulta, con excepción de la quimioterapia, la radioterapia y el tratamiento de oxígeno hiperbárico que tienen un copago de \$250 por año calendario, y los servicios intensivos de salud mental/del comportamiento y abuso de sustancias que tienen un copago de \$250 por hasta 6 meses de tratamiento. Nota: no se aplica ningún copago para los análisis de sangre realizados en un entorno para pacientes ambulatorios de un hospital preferido o no preferido dentro de la red.
Radioterapia*				
Quimioterapia*				
Tratamiento de oxígeno hiperbárico*				
Diálisis renal ^{3*}			Sin cobertura	Dentro de la red únicamente.

Fisioterapia*	Si es en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios: – copago de \$75.	Si es en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios: – copago de \$250.	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Límite de hasta 30 consultas por año calendario.
	Si es en un centro independiente: – copago de \$40.	Si es en un centro independiente: – copago de \$40.		
Diagnóstico por imágenes de alta tecnología (CAT, MRI, MRA, PET e imágenes nucleares)*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100	El Plan paga el 100% después de un copago de \$250	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	

* Se requiere precertificación.

Consulte las notas al pie 2 y 3 en la página 128.

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 50% del monto permitido después del deducible	
Consultas a especialistas			
Educación y control de la diabetes ¹⁰			
Atención de las alergias			Límite de 12 consultas de tratamiento por año calendario, y hasta dos consultas para la realización de pruebas para la atención de las alergias.
Exámenes de la audición			Cuando sean médicamente necesarios .
Cirugía en el consultorio de un médico ²	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%		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 copago de \$75		
Consultas al quiropráctico	El Plan paga el 100% después del copago . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).		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 copago . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).		No se incluyen los servicios ortopédicos de rutina. Los aparatos ortopédicos que son médicamente necesarios 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 copago . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Límite de hasta 20 consultas por año calendario.

*Se requiere precertificación.

Consulte la nota al pie 2 en la página 128 y la nota al pie 10 en la página 131.

Cuidados de salud en el hogar⁶

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Consultas de atención médica en el hogar ⁶	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Dentro de la red 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 ⁷			Dentro de la red únicamente.
Diálisis renal en el hogar ³			Dentro de la red únicamente.
Fisioterapia en el hogar			Dentro de la red únicamente. Límite de hasta 200 consultas por año calendario.

Atención en el hogar para pacientes con enfermedades terminales ⁵			Dentro de la red únicamente.
--	--	--	------------------------------

Consulte la nota al pie 3 en la página 128, y las notas al pie 5, 6 y 7 en las páginas 129 y 130.

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 copago de \$100 por admisión	El Plan paga el 100% después de un copago de \$1,000 por admisión.***	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	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 médico /profesional de salud mental	El Plan paga el 100% después de un copago de \$20**			
Centro hospitalario para pacientes ambulatorios*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$75	El Plan paga el 100% después de un copago de \$250		Copago de \$75 por hasta 6 meses de tratamiento intensivo como paciente ambulatorio en un hospital preferido . Copago de \$250 por hasta 6 meses de tratamiento intensivo como paciente ambulatorio en un hospital no preferido .

* 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 ¹¹ , 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 copago basado en el lugar en que se provee el servicio: Si es en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital – Copago de \$0 Si es en un entorno hospitalario preferido para pacientes ambulatorios – Copago de \$75	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	Los servicios de salud preventiva cubiertos se basan en la edad, el sexo y los factores de riesgo de la salud. Copago de \$75 por consulta para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un hospital preferido dentro de la red o en un centro hospitalario. Copago de \$250 por consulta para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un hospital no preferido dentro de la red 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			El examen anual y los servicios de salud preventiva cubiertos se basan en la edad y los factores de riesgo de la salud. Copago de \$75 por consulta para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un hospital preferido dentro de la red o en un centro hospitalario. Copago de \$250 por consulta para procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en un hospital no preferido dentro de la red o en un centro hospitalario.
La atención de niños sanos ¹² ofrece chequeos y servicios de salud preventiva regulares, y las inmunizaciones indicadas en la nota al pie 12	Si es en un entorno hospitalario no preferido para pacientes ambulatorios -- copago de \$250		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:
Las consultas de niños sanos están sujetas a las siguientes limitaciones de frecuencia: Cantidad de consultas/Rango de edad: 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)	El Plan paga el 100% - copago de \$0	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	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. Mamografías realizadas en un hospital/centro hospitalario: Copago de \$75 por consulta en un hospital de proveedor preferido dentro de la red o en un centro hospitalario. Copago de \$250 por consulta en un hospital de proveedor no preferido dentro de la red o en un centro hospitalario.
Asesoramiento en nutrición			

* Consulte las notas al pie 11 y 12 en la página 131.

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 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 copago El Plan paga el 100%	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
Vasectomía (no incluye procedimientos de reversión)	El Plan paga el 100% después del copago . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).		El tipo de centro en el que se brinde el servicio determinará el copago .
Aborto, incluye procedimientos electivos y no electivos			
Pruebas de fertilidad			Las pruebas de fertilidad se limitan a una por año calendario. El tipo de centro en el que se brinde el servicio determinará el copago .
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 médico con licencia o enfermera partera certificada ¹³ , incluidos los procedimientos diagnósticos	El Plan paga el 100% después del copago inicial. (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37). No se aplican copagos para la primera consulta postnatal.	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	El copago para atención prenatal se limita al copago 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 copago de \$100 por admisión en un hospital preferido y \$1,000 por admisión en un hospital no preferido	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible No existe cobertura para centros de maternidad fuera de la red	Los centros de maternidad fuera de la red no están cubiertos.
Parto en el hogar con una enfermera partera certificada ¹⁴	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	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 Plan paga el 100% después del copago . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36		El momento en que se brinda el servicio y el tipo de centro en el que se provee el servicio determinará el copago .

	y 37).		
--	--------	--	--

* Se requiere precertificación.

Consulte las notas al pie 13 y 14 en la página 131.

Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la vista (incluida la rehabilitación)¹⁵

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 copago de \$100 por admisión	El Plan paga el 100% después de un copago de \$1,000 por admisión	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	Con cobertura por hasta 30 días por año calendario (dentro de la red y fuera de la red combinados).
Servicios para pacientes ambulatorios* Centro para pacientes ambulatorios o consultorio del médico	El Plan paga el 100% después del copago . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).	El Plan paga el 100% después del copago . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en las páginas 36 y 37).	Sin cobertura	Dentro de la red 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%		Dentro de la red 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 las páginas 131 y 132.

Equipo médico duradero y suministros médicos¹⁶

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 dentro de la red** únicamente.
Prótesis/aparatos ortopédicos*	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Beneficio dentro de la red** 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 dentro de la red** únicamente. Si se realiza un pedido de suministros para la diabetes conforme al Beneficio de medicamentos con receta, consulte la página 58 para conocer el copago aplicable.
Pelucas	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	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 ¹⁷ que requieren receta médica (como fórmulas, incluidas las fórmulas para bebés, y productos alimenticios sólidos)	El Plan paga el 100% cuando usa un proveedor de equipos médicos duraderos***	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	Sin cobertura conforme al Beneficio de medicamentos con receta.

modificados)			
Audífonos	El Plan paga el 100% cuando usa un proveedor de equipos médicos duraderos*** para dos audífonos de por vida.	Sin cobertura	Beneficio dentro de la red** 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 132.

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 copago . (Consulte la sección Gastos que paga de su bolsillo en la página 36 y 37).	El Plan paga el 50% del monto permitido después del deducible	
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 63 a 72 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 126: 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.