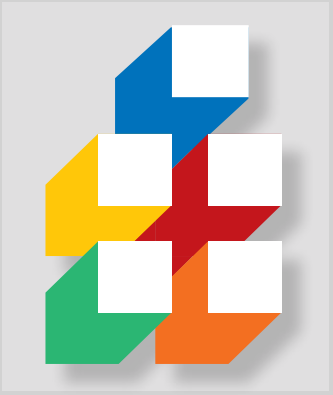
Building Service 32BJ Health Fund

Kaiser Permanente Suburban Plan



Descripción abreviada del plan

1 de mayo de 2015

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 Spanish 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 5
Preguntas frecuentes 7
Elegibilidad y participación 9
Cuándo es elegible 9
Cuándo ya no es elegible 9
Si se reintegra al trabajo 10
Extensión de los beneficios de salud 10
COBRA 10
Extensión de la cobertura de salud pagada por el Fondo 10
Incapacidad 11
Arbitraje 12
Ley de licencias médicas y familiares (FMLA) 12
Licencia por servicio militar 12
Elegibilidad de los dependientes 13
Cuándo sus dependientes ya no son elegibles 15
Cómo inscribirse 15
Normas especiales de inscripción 16
Su obligación de avisar 17
Qué beneficios se brindan 18
Beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, y de medicamentos con receta 18
Beneficios dentales 18
Cómo funciona el Plan 18
Proveedores participantes en Delta Dental 19
Dentistas no participantes 19
Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento 20
Los servicios dentales que están cubiertos 20
Limitaciones de frecuencia 20
Máximo anual 20
Programa de servicios dentales cubiertos 21
Beneficio alternativo para la cobertura dental del Plan 25
Lo que no está cubierto 25
Políticas y normas del proceso de coordinación de beneficios dentales 27
Beneficios de cuidado de la vista 29
Gastos elegibles 30
Gastos excluidos 30

Página

Beneficios del seguro de vida 30
Monto del benefico 30
Designación de un beneficiario 30
Extensión del seguro de vida por incapacidad 31
Cuándo termina la cobertura 31
Beneficios del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D) 32
Cómo funcionan los beneficios del seguro AD&D 32
Lo que no está cubierto 32
Cuándo termina la cobertura 33
Incapacidad a corto plazo 34
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones 35
Reclamaciones de beneficios 36
Presentación de reclamaciones hospitalarias, médicas, de salud mental y abuso de sustancias, o de medicamentos con receta 36
Presentación de reclamaciones por atención dental 36
Presentación de reclamaciones por cuidado de la vista 37
Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro AD&D 37
Adónde enviar los formularios de reclamaciones 38
Aprobación y rechazo de reclamaciones 38
Reclamaciones por atención dental y cuidado de la vista 38
Apelación de reclamaciones rechazadas 41
Presentación de una apelación de reclamaciones rechazadas de beneficios médicos, hospitalarios, de salud mental y abuso de sustancias, o de medicamentos con receta 41
Presentación de una apelación de reclamaciones rechazadas de beneficios de atención dental y cuidado de la vista, del seguro de vida, del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y del seguro por incapacidad a corto plazo 41
Presentación de una apelación 42
Dónde presentar una apelación de primera instancia 43
Plazos para las decisiones sobre apelaciones 43
Apelaciones aceleradas por reclamaciones de atención urgente 43
Apelación por una reclamación anterior al servicio o simultánea al servicio de servicios de atención dental o cuidado de la vista 44
Apelación por una reclamación posterior al servicio de servicios de atención dental o cuidado de la vista 44
Decisión de la apelación 44

Página

Apelación de reclamaciones de incapacidad a corto plazo (STD) 45
Apelación voluntaria de segunda instancia por una reclamación de beneficios de atención dental y cuidado de la vista, del seguro de vida y del seguro en caso de muerte o mutilación accidentales, o del seguro por discapacidad a corto plazo. 45
Acciones posteriores 46
Incompetencia 47
Dirección de correo postal 47
Divulgación de información al Fondo: Fraude 47
Cobertura de salud colectiva continuada 48
Durante una licencia médica y familiar 48
Durante una licencia por servicio militar 49
Conforme a COBRA 50
Continuación de cobertura conforme a COBRA 51
Otra información del Plan de salud que usted debería saber 55
Cesión de beneficios del Plan 55
Exención de responsabilidad por la práctica médica 56
Privacidad de la información de salud protegida 56
Conversión a cobertura individual 57
Información general 58
Aportes del empleador 58
Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios 58
Cumplimiento de las leyes federales 59
Modificación o cancelación de un Plan 59
Administración del Plan 60
Declaración de derechos según la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974, con sus modificaciones 62
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan 63
Haga cumplir sus derechos 63
Ayuda con sus preguntas 64
Información del Plan 64
Financiamiento de los beneficios y tipo de administración 65
Patrocinador y administrador del Plan 65
Empleadores participantes 65
Agente encargado de la notificación del proceso legal 66
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") Kaiser Suburban Plan del Fondo de salud 32BJ (“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 del presente documento 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 conflicto o ambigüedad entre esta SPD y los contratos de seguro, o su acuerdo colectivo de trabajo, regirá esta SPD. Asimismo, en el caso de que se produzca algún conflicto o alguna ambigüedad entre los términos y las condiciones de los beneficios del Plan según se establecen en la SPD, y algún aviso en forma oral que reciba por parte de un empleado, de un representante sindical o de un empleador del Building Service 32BJ Benefit Funds (Fondo de beneficios 32BJ), prevalecerán los términos y las condiciones establecidos en este folleto.

- Guarde este folleto (póngalo en un lugar seguro). Si pierde una copia, puede pedir otra al Centro de servicios para afiliados u obtenerla en www.32bjfunds.org.
- 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.
- En este folleto, las palabras "usted" y "su" se refieren a los participantes que tienen empleos que los hacen elegibles para los beneficios del Plan. La palabra "dependiente" se refiere a un miembro de la familia del participante que es elegible para un Plan de beneficios.

[1] Esta SPD es el documento del plan Kaiser Suburban Plan, que incluye los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental y de la vista, de seguro de vida, de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y de discapacidad a corto plazo. La Evidencia de cobertura (“EOC”) del contrato de Kaiser es el documento del plan para los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, y de medicamentos con receta. Los contratos de seguro de MetLife y de Guardian Life Insurance Company of America son los documentos del Plan para los planes de seguro de vida, de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y de 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 alguno de estos cambios, la cobertura de beneficios que se describe en esta SPD podría no ser correcta. Puede solicitar copias de la EOC y de los contratos de seguro a Kaiser y a MetLife.

- Este folleto describe las disposiciones del Plan en vigencia a partir del 1 de mayo de 2015, a menos que se especifique lo contrario.
- El nivel de aportes estipulado en el acuerdo colectivo de trabajo o en el acuerdo de participación determina el Plan y el nivel de cobertura (individual o familiar) para los cuales usted es elegible. En general, el Kaiser Suburban Plan cubre principalmente a los participantes que trabajan en edificios gubernamentales del Distrito del área capital, incluido Washington, DC, Northern Virginia y Baltimore, Maryland.

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 Kaiser Permanente Signature[SM] Plan brinda lo siguiente:

- beneficios hospitalarios,
- beneficios médicos,
- beneficios de salud mental y abuso de sustancias, y
- beneficios de medicamentos con receta.

Esos beneficios están descritos en el documento de Evidencia de cobertura ("EOC") que le brinda Kaiser. Para obtener información adicional sobre estos beneficios o para obtener una copia de la EOC, comuníquese con Kaiser al 301-468-6000.

El Plan también brinda lo siguiente:

- servicios dentales a través de Delta Dental,
- atención de la vista a través de Davis Vision,
- seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales a través de MetLife, y
- seguro por discapacidad a corto plazo ("STD") a través de Guardian Life Insurance Company of America.

Estos beneficios se describen en detalle más adelante en este folleto.

2. ¿Son elegibles mis dependientes?

Por lo general no, a menos que su acuerdo colectivo de trabajo o su acuerdo de participación prevea la cobertura familiar. En caso de que esté cubierto, los dependientes cubiertos incluyen a su cónyuge y a sus hijos hasta que estos cumplan 26 años. (Consulte la tabla de las páginas 13 y 14 para obtener una descripción más completa de los dependientes). En caso de que su acuerdo colectivo de trabajo prevea la cobertura de los dependientes, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para obtener más información sobre cómo inscribir a los dependientes.

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

$25,000.

No existe cobertura de seguro de vida para sus dependientes.

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

Si cambia de empleadores cubiertos y tiene un período 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.

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

Su cobertura continuará sin costo durante 30 días después del último día que trabaje en 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 de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental y de la vista por hasta 17 meses más.

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

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

- haber sufrido una discapacidad (ya sea total o total y permanente) mientras trabajaba en un **empleo cubierto,**
- ser incapaz de trabajar, y
- estar recibiendo (o contar con la aprobación para recibir) uno de los siguientes beneficios:
  – discapacidad a corto plazo ("STD") o
  – indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

7. ¿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 período de 30 días, se le ofrecerá a su familia la oportunidad de continuar la cobertura conforme a COBRA durante 35 meses adicionales mediante el pago de una prima mensual.

* **Empleo cubierto** es el trabajo dentro de una clasificación para la cual se le exige a su empleador que haga aportes al Fondo de salud.

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 haya cumplido los 90 días consecutivos de **empleo cubierto** con el mismo empleador trabajando a tiempo completo (como se define en su acuerdo colectivo de trabajo o en su 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 período de espera de 90 días. Cuando usted haya completado el período de 90 días de trabajo para su empleador, usted adquiere la elegibilidad para los beneficios descritos en este folleto a partir del día 91 de su **empleo cubierto**.

Cuándo ya no es elegible

Su elegibilidad para el Plan termina:

- al final del día 30 después de que ya no trabaje regularmente a tiempo completo en un **empleo cubierto**, sujeto a los derechos conforme a COBRA (consulte las páginas 10 a 12 y las páginas 50 a 55);
- 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):*

- *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.

Si su contrato prevé cobertura para los dependientes, estos serán elegibles siempre y cuando usted lo sea, cumplan la definición de "dependiente" según el Plan (consulte la sección "Elegibilidad de los dependientes" en las páginas 12 a 15) y usted los haya inscrito correctamente.

Extensión de los beneficios de salud

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

COBRA

Conforme a la Ley de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado ("COBRA") de 1986, se exige a los planes de salud colectivos que ofrezcan la continuación temporal de la cobertura de salud, todo pagado por el empleado, en ciertas situaciones que, de otro modo, terminarían con la cobertura. 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 de la vista del Plan. Esto no incluye el seguro de vida ni el seguro AD&D. (Consulte las páginas 10 a 12 y 50 a 55 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 períodos de Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo contarán para efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continuada

* **Empleador contribuyente** es una persona, una empresa u otra entidad empleadora con un acuerdo colectivo de trabajo con la unión, y ese acuerdo exige aportes al Fondo de salud para trabajar en el **empleo cubierto.**

conforme a COBRA. La Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo incluye los beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y de la vista del Plan. El seguro de vida y el seguro AD&D también continúan durante los primeros seis meses. (Consulte la página 31 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

Incapacidad

Puede seguir siendo elegible para un máximo de seis meses de cobertura de salud (consulte la sección "Extensión de la cobertura de salud pagada por el Fondo" en las páginas 10 y 11), siempre y cuando envíe la documentación requerida indicada 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 incapacidad:

- incapacidad 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,
- hayan pasado seis meses desde que dejó de trabajar debido a la incapacidad,
- su indemnización por accidentes y enfermedades laborales o sus beneficios de incapacidad a corto plazo terminen,
- usted reciba los beneficios máximos de la incapacidad 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 período en el que tiene derecho a cobertura continua conforme a COBRA. (Consulte las páginas 10 a 12 y 50 a 55 para obtener información sobre COBRA).

Arbitraje

Si usted es despedido* y la Unión lleva su queja a arbitraje con el fin de lograr su reincorporación al trabajo, se extenderá su cobertura 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 10 y 11). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua conforme a COBRA.

Ley de licencias médicas y familiares (FMLA)

Puede tener derecho a tomarse una licencia de hasta 26 semanas conforme a la Ley de licencias médicas y familiares ("FMLA"). Puede continuar recibiendo cobertura durante una licencia conforme a FMLA. (Consulte las páginas 48 y 49 para obtener más información).

Licencia por servicio militar

Si usted está en servicio militar activo, tiene ciertos derechos conforme a la Ley de derecho de empleo y reempleo para el personal del servicio uniformado ("USERRA") de 1994, siempre y cuando se inscriba para recibir cobertura continua de salud. (Consulte las páginas 49 y 50 para obtener más información). Esta extensión de cobertura contará para efectos del período 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.

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).
Hijos	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 con usted antes de la adopción; o • es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge.
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 55 y 56, y • es dependiente del participante para toda su manutención anual y ha sido declarado como 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 las páginas 17 y 18) 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 o del divorcio legal[(2)].
- La elegibilidad de su hijo termina cuando este ya no cumple los requisitos para ser considerado hijo dependiente, según se describe en la página 14, 30 días después de que el hijo cumple 26 años o al finalizar el año calendario en que el hijo cumple 26 años, lo que sea que ocurra primero.
- La elegibilidad de un cónyuge e hijos dependientes termina 30 días después de su muerte.

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 13 y 14 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.

[(2)] 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.

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 las páginas 17 y 18 para obtener más detalles).

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

Es posible que aquellos participantes que trabajan conforme a un acuerdo colectivo de trabajo que brinda una inscripción abierta anual, según los términos de dicho acuerdo, tengan permitido inscribir a uno o más de sus dependientes (según lo indicado en las páginas 13 y 14) de la misma manera que se describe en la sección "Cómo inscribirse" en las páginas 15 y 16. 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 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 período de cobertura COBRA debe de haber finalizado para que se pueda aplicar esta regla. En cualquiera de estas circunstancias, usted puede inscribir a su dependiente durante un período de inscripción especial que finaliza 30 días después de la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción/colocación para adopción, pérdida de otra cobertura de salud colectiva o la interrupción del pago de aportes por parte del empleador a otro plan de salud colectivo.

Habrá un período de inscripción abierto antes del final de cada año calendario en el que usted podrá hacer un cambio en sus dependientes inscritos, o podrá inscribir a un dependiente si 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 período de inscripción abierta, su elección existente se mantendrá en vigencia para el próximo año calendario.

Su obligación de avisar

Si, después de que su cobertura conforme al Plan haya entrado en vigencia, ocurre un cambio en su situación familiar (por ej., matrimonio, separación legal, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo), es su 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 la página 15.

Si, después de entrar en vigencia su cobertura del Plan, sus dependientes pierden la elegibilidad para Medicaid o para el Programa de seguro médico para niños (“CHIP”), o se vuelven elegibles para un subsidio del estado para la inscripción en el Plan de Medicaid o en CHIP, y usted desea inscribirlos en el Plan, es su responsabilidad notificarle al Fondo inmediatamente sobre tal cambio y completar 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 comenzará a partir de la fecha en que perdieron 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, 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.

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 brinda un programa integral de beneficios, incluidos los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental y de la vista, de seguro de vida, de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y de discapacidad a corto plazo.

Beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, y de medicamentos con receta

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. brinda, con el Kaiser Permanente Signature℠ Plan, beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, y de medicamentos con receta. Esos beneficios están descritos en el documento de EOC que le brinda Kaiser. Para obtener información adicional sobre estos beneficios o para obtener una copia de la EOC, comuníquese con Kaiser al 1-301-468-6000.

Beneficios dentales

Cómo funciona el Plan

El Plan Delta proporciona cobertura para la atención dental necesaria recibida mediante lo siguiente:

- un dentista participante de la Organización de Proveedores Preferidos ("PPO") de Delta Dental, o
- un dentista que no participa en Delta Dental PPO.

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.

Proveedores participantes en Delta Dental

Los beneficios dentales del Plan Delta 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 que participan en Delta Dental PPO han acordado aceptar el monto que paga Delta Dental como pago total de todos los servicios cubiertos.

Si decide recibir atención de un proveedor de servicios dentales participante, no deberá pagar nada por la atención dental cubierta.

Dentistas no participantes

El Plan pagará por el trabajo dental realizado por un dentista debidamente acreditado, pero no pagará más de 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 sección "Presentación de reclamaciones dentales" en las páginas 36 y 37 y la sección "Adónde enviar los formularios de reclamaciones" en la página 38) y será reembolsado según la escala 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 la escala de tarifas de PPO de Delta Dental.

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 brindará 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 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 selladores. 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 en un 100%.
- Servicios mayores como puentes dentales fijos, coronas y prótesis. Estos servicios se cubren en un 100%.

Consulte la sección "Programa de servicios dentales cubiertos" en las páginas 21 a 25 para obtener más detalles. Estos servicios se reembolsan al 100% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o de lo que cobra el dentista, si es menos).

- Servicios de ortodoncia para pacientes 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.

Limitaciones de frecuencia

Los beneficios están sujetos a los límites de frecuencia que se indican en el Programa de servicios dentales cubiertos.

Máximo anual

El plan Delta Dental brinda cobertura de hasta $1,000 por persona cubierta de 19 años de edad o mayor, por año calendario.

Programa de servicios dentales cubiertos

Procedimiento	Límites
Diagnóstico*	
Examen dental, periódico, limitado (centrado en el problema), integral o detallado y exhaustivo (centrado en el problema)	Una vez cada seis meses
Radiografías:	
• de boca completa, serie completa, que incluye mordida o placa panorámica;	Una vez cada 36 meses consecutivos
• mordida, dientes posteriores;	Cuatro placas cada seis meses
• placas periapicales, un solo diente;	Según sea necesario
• placa oclusiva;	Según sea necesario
• placa cefalométrica (solo cobertura de ortodoncia).	Una vez de por vida
Atención preventiva*	
Profilaxis dental (limpieza, raspado y pulido)	Una vez cada seis meses
Tratamiento de fluoración tópica	Una vez en un año calendario para pacientes menores de 16 años
Selladores (en la superficie oclusiva de un molar definitivo sin restaurar y diente premolar)	Una vez por diente cada 24 meses consecutivos para pacientes menores de 16 años
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 por diente 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 (compuesta, del color de los dientes)	Una vez por superficie de diente cada 24 meses consecutivos

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

Programa de servicios dentales cubiertos (continuación)

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 solamente)	Una vez por diente cada 60 meses consecutivos
Coronas en caso de que el diente no se pueda restaurar con obturaciones normales debido al exceso de caries o a fracturas	Una vez por diente cada 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
Apicectomía (se exige para el pago una placa posoperatoria que muestre la apicectomía terminada y retrógrada)	Una vez por diente de por vida
Pulpotomía	Una vez por diente de por vida
Periodoncia*	
Gingivectomía o gingivoplastia	Una vez por cuadrante de por vida
Cirugía ósea (se exige aprobación previa con una serie de radiografías de boca completa y diagrama periodontal)	Una vez por cuadrante de por vida
Raspado periodontal y de raíz	Una vez por año calendario
Mantenimiento periodontal (cubierto solo si el Plan cubre también la cirugía periodontal y el procedimiento de mantenimiento es realizado por un periodoncista)	Dos veces por año calendario

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

Programa de servicios dentales cubiertos (continuación)

Procedimiento	Límites
Prótesis dentales removibles*	
Prótesis dentales completas o inmediatas (totales) superiores e inferiores, o prótesis parciales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio	Una prótesis dental por arco cada 60 meses consecutivos
Procedimientos de rebaje y recubrimiento de prótesis dentales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio	Una vez por aparato cada 36 meses consecutivos
Prótesis dental parcial provisoria de maxilar superior e inferior (dientes anteriores solamente); el Plan dental no cubre otras prótesis dentales temporales o transitorias	Una vez por aparato cada 60 meses consecutivos
Prótesis dentales fijas*	
Prótesis dentales fijas parciales y coronas individuales	Una vez por diente cada 60 meses consecutivos
Procedimientos con espiga y centro prefabricados para fijar prótesis dentales parciales (se exige radiografía que muestre el procedimiento de endodoncia completo)	Una vez por diente cada 60 meses consecutivos
Extracciones simples*	
Extracción no quirúrgica de diente o raíces expuestas (incluye anestesia local, sutura necesaria y atención de rutina posoperatoria)	Una vez por diente

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

Programa de servicios dentales cubiertos (continuación)

Procedimiento	Límites
Cirugía oral y maxilofacial*	
Extracción de diente impactado	Una vez por diente de por vida
Alveoloplastia (preparación quirúrgica de la apófisis alveolar para las prótesis dentales con o sin extracciones)	Una vez por cuadrante de por vida
Frenulectomía	Una vez por arco de por vida
Extracción de exostosis (extracción de desarrollo óseo excesivo)	Una vez por lugar de por vida
La cirugía oral está limitada a la extracción de dientes, preparación de la boca para las prótesis dentales, extracción de quistes generados en los dientes de hasta 1.25 cm e incisión y drenaje de un absceso intraoral o extraoral.	
Tratamiento de emergencia*	
Tratamiento paliativo para aliviar la incomodidad inmediata (solamente para procedimiento menor)	Dos veces por año calendario
Reparaciones*	
Corona temporal (diente fracturado)	Una vez por diente de por vida
Reparación de corona	Una vez por diente cada 36 meses consecutivos
Sobrecorona	Una vez por diente cada 60 meses consecutivos
Reparaciones de prótesis dentales completas o parciales	Una vez por aparato por año calendario
Recementación de prótesis dentales fijas o parciales	Una vez por aparato por año calendario
Aumentos en prótesis dentales parciales	Según sea necesario
Ortodoncia*	Un tratamiento en toda la vida, hasta $1,000
Pacientes de 19 años de edad o menos	El diagnóstico inicial es una cobertura aparte
Los beneficios son pagaderos únicamente para el tratamiento realizado por ortodoncistas que estén diplomados en un programa avanzado de educación en ortodoncia, acreditado por la American Dental Association. 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.	

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

Programa de servicios dentales cubiertos (continuación)

Procedimiento	Límites
Varios	
Protector oclusivo	Un aparato cada 60 meses consecutivos

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

Beneficio alternativo para la cobertura dental del Plan

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 la escala 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 técnicas y tiempo 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) o que restauren o mantengan la mordida, excepto 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 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 craneomandibulares u otras afecciones 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 de lesiones o enfermedades autoinfligidas;
- 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 inserción o del 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 colocación, que no se incluyeron dentro del precio original del dispositivo;
  - el reemplazo o la reparación de aparatos de ortodoncia;
- medicamentos usados o surtidos en el consultorio del dentista (cualquier medicamento con receta necesario puede estar cubierto por los beneficios de medicamentos con receta del plan; consulte su EOC);
- 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 independiente de la culpa;
- tratamiento de enfermedades provocadas por guerra o acto de guerra, declarado o no, una enfermedad contraída o un accidente que ocurra durante el 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 presta servicios para el mismo procedimiento, el Plan no pagará beneficios mayores de 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 completar informes o por proporcionar registros;
- cualquier procedimiento no incluido en el Programa de servicios dentales cubiertos.

Políticas y normas del proceso de 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 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 de que el programa cubra al inscrito como un dependiente.

2. El programa que cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuyo cumpleaños sea antes en el año calendario determinará sus beneficios antes de que el programa cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuyo cumpleaños sea más adelante en el año calendario. Si ambos empleados cumplen el mismo día, 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 este párrafo, 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 ningún período durante el cual se han pagado o suministrado los beneficios antes de 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 debió haber sido el primer programa para determinar sus beneficios, Delta Dental será considerada como que no es la primera para determinar sus beneficios.

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

Beneficios de cuidado de la vista

Su beneficio de atención de la vista es administrado por Davis Vision, que mantiene una **red** nacional de proveedores de atención 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. Usando un **proveedor participante**, puede obtener un examen y anteojos sin costos que deba pagar de su bolsillo, pero sus opciones de marcos estarán limitadas. Si desea marcos o lentes que cuesten más del límite del Plan, usted deberá pagar la diferencia.

Si se atiende con un proveedor no participante, puede obtener hasta $30 para exámenes de la vista, $60 para lentes y $60 para 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 o 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 no tiene costo. 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 monto de reembolso máximo.

Dichos beneficios máximos se pagan dentro de cualquier período de 24 meses,* a partir de la fecha en que incurrió en gastos por atención 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 2016 (siempre y cuando siga siendo elegible para los beneficios del Fondo) para recibir los beneficios citados anteriormente para los lentes y los marcos, o los lentes de contacto. No se puede transferir ni utilizar ningún beneficio de atención de la vista no utilizado en un período posterior a los 24 meses.

Para acceder a sus beneficios del Plan de atención 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 atención 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.

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

Gastos elegibles

El Plan cubre los siguientes gastos de atención 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 atención de la vista del Plan no reembolsará ni efectuará pagos por gastos en los que se haya incurrido, que hayan sido causados por lo siguiente o que resulten de lo siguiente:

- tratamiento o servicios oftalmológicos pagaderos bajo las disposiciones de cualquier otro beneficio del Plan (el tratamiento oftalmológico puede tener cobertura según los beneficios hospitalarios/médicos; consulte la EOC);
- anteojos sin receta médica;
- gastos ornamentales; y
- beneficios **fuera de la red** para participantes y dependientes menores de 19 años.

Beneficios del seguro de vida

Monto del beneficio

Su cobertura de seguro de vida, administrada por MetLife, es de $25,000. Los beneficios del seguro de vida se le pagan a su beneficiario si usted muere mientras la cobertura está vigente.

Designación de un beneficiario

Su beneficiario será la persona o 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. También puede visitar www.32bjfunds.org; una vez allí, seleccione la pestaña 32BJ Health Fund y haga clic en los formularios.

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 a un beneficiario que pueda recibir los beneficios, estos se pagarán en el orden indicado anteriormente.

Extensión del seguro de vida por incapacidad

Si está incapacitado y recibe beneficios de incapacidad a corto plazo o de indemnización por accidentes o enfermedades laborales, su seguro de vida continuará durante seis meses desde la fecha de su incapacidad o hasta que esta termine, lo que ocurra primero.

Si fallece antes de presentar un comprobante de su incapacidad, su beneficiario debe proporcionar un certificado de defunción y un comprobante de incapacidad total *en un plazo de 90 días* después de su muerte.

El aviso de aprobación o rechazo de los beneficios se enviará a su beneficiario designado por escrito. (Consulte las páginas 40 a 42 y las páginas 45 y 46 para obtener información sobre la apelación de 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 en la página anterior o si usted tiene una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a discapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 10 a 12). Consulte la página 57 para obtener información acerca de cómo convertir su póliza de seguro de vida colectivo en una de seguro de vida individual.

Beneficios del seguro 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 ocurridos 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 del seguro AD&D

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 del seguro AD&D.

Lo que no está cubierto

No se pagarán los beneficios del seguro AD&D 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,
- infección que no se haya producido en una herida accidental externa,
- suicidio o intento de suicidio,
- una lesión autoinflingida de manera 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 de alguna autoridad militar o para esta; 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 recetado por 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,
- 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. Similar a su seguro de vida, su cobertura de AD&D puede continuar mientras tenga una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a discapacidad o arbitraje (consulte las páginas 10 a 12).

Incapacidad a corto plazo

Los participantes que trabajan en el área metropolitana de Washington, DC 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 o al 1-212-388-3500 para determinar su elegibilidad.

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

Para ser elegible para los beneficios por 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:

- 50% de sus ingresos semanales actuales, hasta un máximo de $170/semana.

Cuándo comienzan los beneficios. Los beneficios comienzan el primer día en que usted queda incapacitado debido a un accidente y al octavo día de discapacidad después de una enfermedad. Es posible que sea elegible para hasta 13 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 del beneficio por STD.

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

- Su discapacidad no comenzará hasta que haya consultado a un proveedor de tratamiento legalmente reconocido por la enfermedad o lesión que le causó la discapacidad.
- Cada duración de la discapacidad está sujeta a ciertas normas 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 períodos de discapacidad debido a la misma enfermedad o a una enfermedad relacionada se considerarán como discapacidad recurrente si esta discapacidad reaparece 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 períodos en los que se produzca la pérdida de salario.
- Se pueden reducir los beneficios semanales brutos si recibe beneficios de retiro 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 STD son administrados por 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 5:00 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 de pago o de 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 los beneficios del Plan que se realiza de acuerdo con los procedimientos de reclamaciones del Plan. Tenga en cuenta que las consultas sobre las provisiones o la elegibilidad para el Plan, que no estén relacionadas con alguna reclamación de beneficios específica, no se consideran reclamaciones de beneficios.

Presentación de reclamaciones hospitalarias, médicas, de salud mental y abuso de sustancias, o de medicamentos con receta

No hay reclamaciones para beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, y de medicamentos con receta suministradas por Kaiser Permanente Signature℠ Plan.

Presentación de reclamaciones de atención dental

Cuando acude a un proveedor de servicios dentales participante, este presentará todas las reclamaciones por usted directamente a Delta Dental. Delta Dental paga a dichos proveedores directamente, en tanto usted autorice un reembolso directo.

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 de Delta Dental en www.deltadentalins.com. Esto es lo que necesita saber para presentar una reclamación de atención dental cuando no use un proveedor de servicios dentales participante.

- Solo se aceptará para su revisión un formulario de reclamación de la American Dental Association ("ADA") original y completamente lleno o un plan de tratamiento aprobado.
- La reclamación debe ir acompañada de toda la información de diagnóstico necesaria.
- Cuando usted es el paciente, su firma original o su firma archivada es aceptable en todas las reclamaciones de pago. Si el paciente es un niño, se aceptará una firma original o una 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 o su dentista pueden devolver el plan de tratamiento aprobado (si se obtuvo antes de empezar el tratamiento) junto con la presentación de su reclamación.
- Si usted o su dentista recibió un plan de tratamiento aprobado o la autorización previa antes de comenzar su tratamiento, este plan de tratamiento aprobado o esta autorización previa es válido solo para un año a partir de su fecha de emisión. Además, un plan de tratamiento aprobado, no puede ser modificado ni utilizado por cualquier persona que no sea la persona a quien se le expidió. Delta Dental se reserva el derecho de retener el pago o de solicitar el reembolso a los proveedores o participantes por servicios que no cumplan las normas aceptables, según lo determinen sus asesores o personal profesional.
- El Fondo no acepta la cesión de pagos a un dentista **fuera de la red**. Esto significa que si usted utiliza un dentista **fuera de la red**, el Fondo ya no realizará el pago directamente al dentista. Usted deberá pagarle primero al dentista y luego recibirá un reembolso de acuerdo con los límites de cobertura del Plan.

Presentación de reclamaciones de cuidado de la vista

Si se atiende con proveedores de atención de la vista participantes, no necesita presentar reclamaciones. Los proveedores lo harán por usted. Si no se atiende con un proveedor de atención de la vista participante, deberá presentar una reclamación de atención de la vista al Fondo para el reembolso de los gastos elegibles. Puede obtener un formulario de reclamación de atención de la vista en el Centro de servicios para afiliados. **Las reclamaciones de atención de la vista se deben presentar lo antes posible, y nunca después de transcurridos más de 180 días después de la fecha del servicio.**

Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro AD&D

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. **Una 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 AD&D comunicándose con MetLife.

Adónde enviar los formularios de reclamaciones

Beneficio	Dirección de presentación
Hospitalario, médico, de salud mental y abuso de sustancias, y de medicamentos con receta (**fuera de la red** únicamente; no se necesitan formularios de reclamación para atención **dentro de la red**)	Kaiser Permanente
De atención dental (solamente proveedores no participantes; no se necesitan formularios de reclamación para **proveedores participantes**)	Delta Dental of New York Attn: Claims Department P.O. Box 2105 Mechanicsburg, PA 17055
De atención 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
Seguro de vida Accidental Death & Dismemberment	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100
Incapacidad a corto plazo*	Guardian TeleGuard at 1-888-262-5670

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

Aprobación y rechazo de reclamaciones

Existen procesos separados de aprobación y rechazo de reclamaciones para las reclamaciones de atención dental y de la vista, para el seguro de vida, el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y el 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 por atención dental y cuidado de la vista

Los plazos para decidir si las reclamaciones de atención dental y de la vista 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 la atención. Se requiere la aprobación previa de servicios para ciertos beneficios dentales. Se le informará a usted o a su dentista la decisión sobre reclamaciones anteriores al servicio presentadas adecuadamente en un plazo de *15 días* después de recibir la 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, antes de los *5 días* después de haber recibido la reclamación, sobre los procedimientos correctos que se deben seguir para volver a presentar 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 afección médica o síntoma específicos; 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 o su dentista tendrán *45 días* después de la recepción de la notificación para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación.

  Durante el período en que se le permita proporcionar información adicional, se suspenderá el período 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 la determinación.

- *Reclamaciones de atención dental urgente*. Esta es una reclamación de atención o tratamiento dental 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 dentista, sufriría un dolor agudo e incontrolable.

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

  Si usted (o su representante autorizado*) presenta una reclamación de

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

atención dental urgente, se le notificará sobre la determinación de beneficios lo antes posible, teniendo en cuenta las emergencias, antes de las 72 horas después de haber recibido su reclamación.

Sin embargo, si usted no entrega suficiente información para que el revisor de la reclamación dental determine si corresponde pagar beneficios, o hasta qué punto corresponde pagarlos, usted recibirá una solicitud para presentar más información en un plazo de 24 horas. Tendrá hasta 48 horas, teniendo en cuenta las circunstancias, para proporcionar la información específica al revisor de reclamaciones. Luego se le notificará la determinación de beneficios en un plazo de 48 horas después:

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

Si no cumple los procedimientos del Pan para presentar una reclamación de atención dental urgente, se le notificará el incumplimiento en un plazo de 24 horas 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 afección médica o síntoma específicos; y
- un tratamiento, servicio o producto específico para el cual se requiere aprobación.

- *Reclamaciones simultáneas al servicio.* 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. En este caso, la decisión de reducir, finalizar o extender el tratamiento se toma mientras dicho tratamiento está en curso.

  El revisor de reclamaciones revisará, en un plazo de *24 horas* de la apelación de las reclamaciones rechazadas, cualquier solicitud presentada por un reclamante para extender el tratamiento aprobado.
- *Reclamaciones posteriores al servicio.* Esta es una reclamación que se presenta para el pago después de que se han obtenido los servicios y el tratamiento de atención dental o de la vista.

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

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

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. Existen diferentes procesos de apelaciones para los beneficios médicos, hospitalarios, de salud mental o abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental o de la vista y para las reclamaciones del seguro de vida, del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y del seguro de discapacidad a corto plazo.

Presentación de una apelación de reclamaciones rechazadas de beneficios médicos, hospitalarios, de salud mental y abuso de sustancias, o de medicamentos con receta

Usted debe seguir los procedimientos que se describen en la EOC del Kaiser Permanente Signature℠ Plan.

Presentación de una apelación de reclamaciones rechazadas de beneficios de atención dental y cuidado de la vista, y del seguro de vida, del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y del seguro por incapacidad a corto plazo

Una apelación es una solicitud que usted o su representante autorizado presentan para que se revise y reconsidere una determinación adversa de beneficios. Existen diferentes procesos de apelación para las reclamaciones de atención dental y de la vista, para el seguro de vida, el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y el de discapacidad a corto plazo. La siguiente tabla brinda un breve resumen de a quiénes se les debe presentar una apelación y de los niveles de apelación disponibles para cada tipo de reclamación rechazada:

Tipo de reclamación rechazada	Apelación de primera instancia	Apelación de segunda instancia
Dental	Delta Dental	Junta de fideicomiso*
De atención de la vista	Davis Vision	Junta de fideicomiso*
Del seguro de vida/en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife	Junta de fideicomiso*
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 respalde 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, un registro u otra 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 ella 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 pueden presentar asuntos, comentarios, documentos u otra información relacionada con la apelación (sin importar si fueron presentados con su reclamación original).

Si usted no solicita la revisión de una reclamación rechazado en un plazo de 180 días, 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
Dental	Delta Dental of New York Attn: Consultant Review or Appeals P.O. Box 2105 Mechanicsburg, PA 17055	Solo se aceptan apelaciones por escrito*
De atención de la vista	Davis Vision P.O. Box 791 Latham, NY 12110	Solo se aceptan apelaciones por escrito
Del seguro de vida/ 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
Incapacidad 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 en forma verbal una apelación por una reclamación de atención dental urgente llamando al 1-516-394-9485.

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 por reclamaciones de atención urgente

Si su reclamación incluye atención dental urgente, puede presentar una apelación acelerada si su proveedor cree que se requiere una apelación inmediata debido a que un retraso en el tratamiento representaría una amenaza inminente o grave 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 el tratamiento a los 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* después de haber presentado la solicitud.

Apelación por una reclamación anterior al servicio o simultánea al servicio de servicios de atención dental o cuidado de la vista

Si presenta una apelación por una reclamación anterior al servicio (servicio que todavía no recibió) o 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* después de haber recibido su apelación. Se decidirá una apelación por el cese o la reducción de un beneficio aprobado anteriormente lo antes posible, pero en todo caso antes del cese o de la reducción del beneficio.

Apelación por una reclamación posterior al servicio de servicios de atención dental o 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.

Decisión de la apelación

Según ERISA, si su reclamación es rechazada en forma total o parcial, usted o su representante autorizado pueden solicitar que se revise y reconsidere la determinación 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 incapacidad a corto plazo (STD)

Si se rechaza se 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 de esa decisión. 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 período adicional de 45 días. Guardian le notificará antes del vencimiento del período original de 45 días si se necesita una extensión. La decisión se tomará antes de que finalice el período de 90 días y Guardian le notificará por escrito.

Apelación voluntaria de segunda instancia por una reclamación de beneficios de atención dental y cuidado de la vista, del seguro de vida y del seguro en caso de muerte o mutilación accidentales, o de discapacidad a corto plazo

Una vez que haya recibido el rechazo de la apelación presentada oportunamente por beneficios de atención dental y de la vista, del seguro de vida y del seguro en caso de muerte o mutilación accidentales, o de discapacidad a corto plazo,[3] usted habrá agotado todas las opciones de apelación interna obligatorias.

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 adecuados descritos en la SPD hayan transcurrido desde que presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o un aviso de que se necesita una extensión del plazo para llegar a esa decisión. **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 ser presentada *en un plazo de 180 días* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación suministrada por MetLife.

[3] 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.

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) elija presentar una reclamación en los tribunales en vez de hacerlo por medio de la instancia de apelación voluntaria. 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 tendrá efecto sobre sus derechos a cualquier otro beneficio cubierto por el Plan. Si lo solicita, el Plan le proporcionará (a usted o a su representante) información suficiente para que evalúe con conocimiento de causa la presentación o no 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) escoge presentar una reclamación en los tribunales después de haber completado la apelación voluntaria, se suspenderá la ley de prescripción aplicable a su reclamación durante el período del proceso de apelación voluntaria, que son tres años según los términos del Plan.

En un plazo de cinco días después de la fecha en que el Comité de Apelaciones haya revisado la apelación, se le notificará por escrito la decisión tomada.

Acciones posteriores

Todas las decisiones sobre la apelación serán definitivas y obligatorias para todas las partes, sujetas solo a su derecho de iniciar una acción civil conforme a la sección 502(a) de ERISA después de que usted haya agotado los procedimientos de apelación del Plan.

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 adecuados descritos en este folleto hayan transcurrido desde que presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o un aviso de que se necesita una extensión del plazo para llegar a esa decisión. **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 iniciar una demanda más de tres años después de la fecha en la que debería haberse tomado una decisión.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, comuníquese con la Oficina de cumplimiento de contratos del Fondo de beneficios 32BJ. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación o para obtener asistencia, puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.askebsa.dol.gov.

Incompetencia

Si se determina que una persona que tiene derecho a los beneficios del Plan está incapacitada para manejar sus asuntos debido a una enfermedad, a un accidente o a una incapacidad, 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 del Fondo de beneficios 32BJ 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.

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, y esto 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, aprobado previamente, 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 en función del monto que se cobró realmente, menos cualquier descuento, bonificación, exención o devolución de **copagos**, coseguros o deducibles, cuando corresponda al plan del afiliado.

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 período de 12 meses debido a lo siguiente:

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

Además, la FMLA permite hasta 26 semanas de licencia en un solo período de 12 meses para cuidar a un afiliado de servicio cubierto que esté recuperándose 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 un solo período de 12 meses.

Durante la licencia conforme a 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 al menos 12 meses,
- ha trabajado al menos 1,250 horas durante los 12 meses anteriores, y
- trabaja en un lugar en que el empleador tiene contratados al menos a 50 empleados en un radio de 75 millas.

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

El Fondo mantendrá la condición de elegibilidad del empleado hasta que termine la licencia, siempre y cuando el **empleador contribuyente** conceda adecuadamente la licencia conforme a la FMLA, y presente la notificación y el pago exigidos al Fondo. Desde luego, cualquier cambio en los términos, 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 conforme a FMLA.

Durante una licencia por servicio militar

Si usted se encuentra en servicio militar activo durante 31 días o menos, seguirá teniendo cobertura médica conforme a la Ley de los derechos de empleo y reempleo de los servicios uniformados ("USERRA") de 1994. Si usted está en servicio militar activo durante más de 31 días, la USERRA le permite continuar recibiendo la cobertura médica y dental para usted y sus dependientes, a su cargo, hasta por 24 meses siempre y cuando se inscriba para tener la cobertura. Esta cobertura continua funciona del mismo modo que COBRA. (Consulte las páginas 10 a 12 y las páginas 50 a 55 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 EOC del Kaiser Permanente Signature℠ Plan.

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 período de servicio militar fue de más de 180 días,
- 14 días desde la fecha de baja si el período de servicio militar fue de 31 días o más, pero menor de 180 días, o
- al comienzo del primer período laboral completo programado regularmente el primer día calendario que sigue a la baja (más el tiempo de viaje y ocho horas adicionales) si el período de servicio fue menor de 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 de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado ("COBRA") de 1986, se exige a los planes de salud colectivos que ofrezcan la continuación temporal de la cobertura de salud, todo pagado por el empleado, en ciertas situaciones que, de otro modo, terminarían con la cobertura. La "cobertura de salud" incluye la cobertura hospitalaria, médica, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental y de la vista del Fondo.

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

Si usted está discapacitado y recibe beneficios por discapacidad a corto plazo o la indemnización por accidentes o enfermedades laborales, el Plan proporciona cobertura por hasta seis meses siempre y cuando usted 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 por que la paga el Fondo. Tenga en cuenta que el período máximo por el que tiene cobertura conforme a COBRA se reduce con cada período en que recibe una extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo. (Consulte las páginas 10 y 11 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 inelegible 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	Se pone término a su empleo o se reduce su jornada laboral menos de 18 meses después de la fecha de determinarse su derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas)	36 meses a partir de la fecha de determinación del derecho a Medicare

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

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

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

Los dos períodos 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 aquellos que, 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 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 se venza el período continuado de 18 meses. El costo de los 11 meses adicionales de cobertura aumentará a un 150% del costo total de la cobertura.

Para asegurarse de que reciba toda la cobertura conforme a COBRA a la que tiene derecho, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados cuando ocurra algo que 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 sobre su separación o divorcio legal, sobre el hecho de que un hijo pierde la condición de dependiente según el Plan o si usted queda discapacitado (o ya no lo está), según lo establecido por 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 según COBRA y la relación con el participante,
- fecha del evento que califica, y
- tipo del evento que califica. (Consulte la tabla de Eventos que califican en la página 51).

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 de la fecha 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 notificar al Fondo sobre el 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 cambiarla a cobertura individual si usted o sus dependientes mueren, si usted y su cónyuge se divorcian, o si 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. Se le permite al Fondo 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 período entre la fecha en que hubiera perdido la cobertura y la fecha del pago). De ahí en adelante, los pagos deben realizarse el primer día de cada mes. Si 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 más 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, la cobertura del Plan terminará (y no se podrá restituir).

Qué brinda la cobertura conforme a COBRA. COBRA ofrece generalmente 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/AD&D, salvo lo establecido en la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo durante un máximo de seis meses. Si durante el período de cobertura continua conforme a COBRA cambian los beneficios del Plan para los empleados activos, los mismos cambios se aplicarán a los beneficiarios de COBRA.

Cuándo termina la cobertura conforme a COBRA. La cobertura conforme a COBRA termina, normalmente, después del período máximo de cobertura que se muestra en la tabla de la página 51. Terminará antes de que finalice el período máximo en caso de que se dé alguna de las siguientes circunstancias:

- Un beneficiario de COBRA deje de realizar puntualmente los aportes de COBRA exigidos.
- 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.
- Se extienda la cobertura hasta por 29 meses debido a discapacidad y exista 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 la determinación definitiva.

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

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

Otra información del Plan de salud que usted debería 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 beneficios o determinaciones de 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 cederle 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(a) 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.

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 que exige a un empleado que proporcione cobertura con planes de salud colectivos a un hijo.

Una QMCSO resulta generalmente 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, o una copia sin costo de los procedimientos del Plan sobre estas, comuníquese con la Oficina de cumplimiento de contratos del Fondo en la dirección que aparece en la página 66.

Exención de responsabilidad por la práctica médica

Ni el Fondo, ni la Junta ni sus designados:

- participan en la práctica médica, ni tienen el control sobre el diagnóstico, tratamiento, atención o falta de estos, o sobre servicios de cuidado médico que un proveedor de cuidado médico le preste, y
- tendrán responsabilidad alguna por una pérdida o lesión que un proveedor de cuidado médico le haya causado a usted por razones de negligencia, por no brindar atención o tratamiento o por otro motivo.

Privacidad de la información de salud protegida

La Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud de 1996 ("HIPAA") es una ley federal que impone ciertas obligaciones de confidencialidad y seguridad al Fondo respecto de los registros médicos y de otra información de salud que lo identifique como individuo usados o divulgados por el Fondo. La HIPAA también le otorga a usted derechos respecto de su información de salud, lo que incluye derechos a recibir copias de la información sobre su salud que tiene el Fondo, y a 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 66.

La Junta de fideicomiso del Fondo adoptó parte del lenguaje sobre privacidad y seguridad que usa la HIPAA, que exige a la Junta de fideicomiso, en su función de patrocinador del Plan del Fondo, que mantenga la privacidad y seguridad de su información de salud. Puede dirigir cualquier pregunta sobre la HIPAA a la Oficina de cumplimiento de contratos en la dirección que aparece en la página 66.

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 período 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.

Su póliza individual entrará en vigencia 61 días después de que termine su cobertura. No obstante, la protección del seguro de vida colectivo sigue estando vigente durante el período de aplicación citado anteriormente, 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.

Beneficios del seguro AD&D. No puede convertir los beneficios del seguro AD&D en una cobertura individual.

Beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, y de medicamentos con receta Si su elegibilidad finaliza por alguna razón, es posible que sea elegible para convertir su cobertura del Kaiser Permanente Signature℠ Plan a una obertura individual. Consulte la EOC para saber si es elegible o no para pasar a una cobertura individual y para obtener información sobre cómo hacer la solicitud.

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 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 financieras del Fondo. También debe tener en cuenta que los beneficios del Plan no se pagan a los dependientes inscritos que se vuelvan no elegibles debido a la edad, al matrimonio, al divorcio o a la separación legal (a menos que elijan y paguen por los beneficios de COBRA, como se describe en las páginas 10 a 12 y 50 a 55).

Si el Plan paga por equivocación 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.

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 de un 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 aplica tanto para los retirados como para los empleados activos. Por lo tanto, la Junta puede cancelar o modificar los beneficios, incluidos los beneficios para los retirados, 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 los beneficios del Plan y el monto de esos beneficios pagaderos según este;
- formular, interpretar y aplicar las normas, 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, relacionados con el cálculo y el pago de beneficios del Plan;
- resolver o aclarar cualquier ambigüedad, inconsistencia y omisión que surja respecto del Plan, como se describe en esta SPD, en el Acuerdo de fideicomiso o en 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 Fondo de salud 32BJ, 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 del Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la sala de información pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado ("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, el último informe anual (Formulario serie 5500), y una SPD 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 10 a 12 y 50 a 55 para obtener información sobre COBRA) y los documentos que rigen el Plan para conocer las normas que rigen los derechos de continuación de COBRA.

Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan

Además de establecer los derechos que tienen los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del Plan. Las personas que administran su Plan, denominados "agentes fiduciarios" del Plan, tienen el deber de actuar prudentemente cuidando sus intereses y los intereses de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Ninguna persona, incluido su empleador, su unión ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de manera alguna 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 el último informe anual de este y no los recibe en un plazo de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En dicho caso, el tribunal puede exigirle al administrador del Plan que le proporcione los materiales y le pague un máximo de $110 diarios hasta que los reciba, a menos que 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 del Trabajo de 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 35 a 46. 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 del Trabajo de 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 del Trabajo en http://www.dol.gov o comuníquese con su número gratuito al 1-866-444-3272.

Información del Plan

Esta SPD es el documento formal del plan para el Kaiser Suburban 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

Kaiser asegura los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, y de medicamentos con receta. MetLife asegura los beneficios del seguro de vida y del seguro AD&D. Los beneficios dentales (a través de Delta Dental) y los beneficios de atención de la vista (a través de Davis Vision) son autofinanciados. 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 38.

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 contactar a la oficina de la Junta a 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 la parte del Plan asegurada por Kaiser, la notificación del proceso legal se puede entregar a Kaiser en sus oficinas locales o al funcionario de fiscalización del Departamento de Seguros del estado en el que reside.

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 acerca de su plan y elegibilidad	Centro de servicios para afiliados	Llame al 1-800-551-3225 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes
• Información sobre los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, y de medicamentos con receta	Kaiser	Dentro del área metropolitana de Washington, D.C., llame al 1-301-468-6000 TTY 1-301-816-6344 Fuera del área metropolitana de Washington, D.C., llame al 1-800-777-7902
• Información sobre el plan del seguro de vida o sobre el plan del seguro para casos de muerte y mutilación accidentales	MetLife	Llame al 1-866-492-6983 o visite http://mybenefits.metlife.com
• Encontrar un proveedor participante del plan dental	Delta Dental	Servicio de atención al cliente de Delta Dental Llame al 1-800-932-0783 o visite www.deltadentalins.com
• Encontrar un proveedor participante del plan de cuidado de la vista	Davis Vision	Llame al 1-800-999-5431 De lunes a viernes de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. Sábado de 9:00 a. m a 4:00 p. m. Domingo de 12:00 p. m. a 4:00 p. m. o visite www.davisvision.com/32bj

Building Service 32BJ Health Fund
Kaiser Permanente Suburban Plan
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

Kyle E. Bragg, *Chairman*
Howard I. Rothschild, *Secretary*
Peter Goldberger, *Executive Director*
Sara Rothstein, *Fund Director*

Resumen de modificaciones materiales
Building Service 32BJ Health Fund Kaiser Permanente Suburban 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 Kaiser Permanente Suburban Plan (Plan), con fecha del 1 de mayo de 2015. El presente Resumen de modificaciones materiales (Summary of Material Modifications, SMM) complementa o modifica la información presentada en la SPD. **Conserve este documento con su copia de la SPD para referencia futura.**

Designación de un Agente fiduciario del Empleador Página 1: Con vigencia a partir del 19 de abril de 2021, Jeffrey Brodsky ha sido designado como agente fiduciario del empleador. Reemplaza a Charles C. Dorego cuya información se elimina en su totalidad y se reemplaza con lo siguiente:

Jeffrey Brodsky
Related Companies
30 Hudson Yards
New York, NY 10001

Cambios en los títulos e información de contacto de Agentes fiduciarios de la Unión Página 1: Con vigencia a partir del 13 de enero de 2021, el título y la información de contacto de Larry Engelstein se eliminan en su totalidad y se reemplazan con lo siguiente:

c/o 32BJ SEIU
25 W. 18th Street
New York, NY 10011-1991

Además, el título y la información de contacto de Manny Pastreich se eliminan en su totalidad y se reemplazan con lo siguiente:

Secretary-Treasurer
32BJ SEIU
25 W. 18th Street
New York, NY 10011-1991

Cambio de la dirección del Agente fiduciario del empleador Página 1: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2019, la dirección de Howard Rothschild se elimina completamente y se reemplaza con Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc., One Penn Plaza, Suite 2110, New York, NY 10119-2109.

Renuncia de un Agente fiduciario de la Unión Página 1: Con vigencia a partir del 12 de abril de 2019, Kevin J. Doyle renuncia como Agente fiduciario de la Unión. Su información de contacto se elimina completamente.

Designación de un Agente fiduciario de la Unión Página 1: Con vigencia a partir del 15 de julio de 2019, Kyle E. Bragg ha sido designado para reemplazar a Hector J. Figueroa como Agente fiduciario de la Unión.

Cambio en el cargo de un Agente fiduciario de la Unión Página 1: Con vigencia a partir del 1 de agosto de 2019, el cargo de Larry Engelstein se elimina completamente y se reemplaza con el de Secretario Tesorero/Vicepresidente Ejecutivo.

Designación de un Agente fiduciario de la Unión Página 1: Con vigencia a partir del 7 de octubre de 2019, Manny Pastreich ha sido designado como Agente fiduciario de la Unión y su información de contacto se agrega tal como figura a continuación:

Manny Pastreich
Director, Collective Bargaining & Employer Relations
32BJ SEIU
1025 Vermont Avenue NW
7th Floor
Washington, DC 20005-3577

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

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

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

Página 8, se eliminan completamente la pregunta y la respuesta número 6 y se reemplazan con lo siguiente:

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

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

- Haber quedado incapacitado mientras trabaja en un **empleo cubierto,**
- ser incapaz de trabajar,
- estar recibiendo uno de los siguientes beneficios:
  - incapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, "STD"),
  - indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

Si usted es elegible y está recibiendo beneficios de STD, el Fondo le pagará hasta 13 semanas de cobertura de salud continua. Una vez que terminen los beneficios de STD, el Fondo podría pagar hasta 13 semanas adicionales de cobertura de salud continua si su **médico** certifica que usted continúa incapacitado. Si usted es elegible y está recibiendo beneficios de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, el Fondo le pagará hasta 30 meses de cobertura de salud continua.

Extensión temporal de la elegibilidad Página 9: Desde el 6 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2021, la siguiente viñeta reemplaza la primera viñeta de la sección *Cuándo ya no es elegible*:

- al final del día número 150 después de dejar de trabajar de manera regular en un **empleo cubierto** (esto no se aplica si usted es elegible para la Extensión de salud pagada por el Fondo), sujeto a sus derechos en virtud de COBRA. (Consulte las páginas 10 a 12 y las páginas 50 a 55.);

Aclaración sobre la Cancelación de la cobertura cuando es elegible para Medicare Página 9: 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,

Aclaración sobre las reglas al momento de la Cancelación de la cobertura debido a la elegibilidad para Medicare Página 9: Se agrega la siguiente sección nueva "Cancelación de la cobertura debido a la elegibilidad para Medicare" inmediatamente después de la sección "Cuándo ya no es elegible":

Si usted (o un dependiente) se vuelve elegible para inscribirse en Medicare debido a la edad o a una incapacidad (según las normas aplicadas por el Seguro Social) y trabaja en un **empleo cubierto**, usted, o su dependiente o dependientes, pueden mantener o cancelar su cobertura en este Plan (el cónyuge puede cancelarla cuando cumpla los 65 años). Si cancela su cobertura conforme a este Plan, no puede volver a elegir este Plan. Además, si cancela su cobertura conforme a este Plan, el Plan no podrá ofrecerle ningún beneficio que pudiera complementar los beneficios de Medicare. Cuando cancela su cobertura conforme a este Plan, se cancela toda la cobertura de beneficios, incluidos los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental/del comportamiento y abuso de substancias, medicamentos con receta, atención dental, cuidado de la vista, seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, e incapacidad a largo plazo.

Página 11, bajo la sección titulada "Incapacidad", se elimina la frase que figura entre paréntesis "(o tiene aprobación para recibir)" en el primer párrafo.

Además, se agrega el siguiente párrafo nuevo después de la segunda viñeta:

Si usted es elegible y está recibiendo beneficios de STD, el Fondo le pagará hasta 13 semanas de cobertura de salud continua. Una vez que terminen los beneficios de STD, el Fondo podría pagar hasta 13 semanas adicionales de cobertura de salud continua si su **médico** certifica que usted continúa incapacitado. Si usted es elegible y está recibiendo beneficios de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, el Fondo le pagará hasta 30 meses de cobertura de salud continua.

Y se elimina la 7ma viñeta y se reemplaza con lo siguiente:

• su extensión de cobertura de salud de los beneficios de incapacidad a corto plazo o indemnización por accidentes y enfermedades laborales, o de 13 semanas después de que termina la STD,

Aclaración sobre los Dependientes elegibles para cobertura Página 13: Bajo la sección "Elegibilidad de los dependientes", se elimina completamente el texto que aparece antes de la tabla y se reemplaza con lo siguiente:

Si su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación proporciona cobertura para dependientes, y excepto que la ley estatal aplicable a un beneficio asegurado exija lo contrario, la cobertura se aplica a los dependientes elegibles conforme al Plan que se describen en las páginas siguientes:

Además, se agrega la siguiente nota después de la tabla:

La Evidencia de cobertura que se les suministra a los participantes cubiertos por los beneficios asegurados brinda información adicional acerca de la elegibilidad de los dependientes.

Cambio en los horarios de atención telefónica de Guardian TeleGuard Página 35: Bajo el subtítulo "Cómo recibir los beneficios de STD", el horario de atención para comunicarse con Guardian TeleGuard cambió de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. a lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Adición de la sección "No duplicación de la cobertura de salud": Página 47: 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 responsabilidad de pago cuando Medicare es el seguro principal y el Fondo de salud es el secundario Página 53: El siguiente párrafo se inserta inmediatamente antes 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 habría pagado si se hubiese inscrito adecuadamente.

Aclaraciones de ciertas disposiciones de beneficios dentales

Página 19: 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.

Con vigencia a partir del 1 de enero de 2022, se reduce el nivel de reembolsos para todos los beneficios de servicios cubiertos fuera de la red. Por lo tanto, se elimina el último párrafo bajo la sección "Dentistas no participantes", y se reemplaza con lo siguiente:

> El Fondo pagará el monto menor entre el cargo real del dentista y el 50% del **monto permitido**. Eso significa que usted será responsable por el otro 50% del **monto permitido**, más cualquier cargo adicional que supere el **monto permitido**.

Página 20: Bajo la sección "Los servicios dentales que están cubiertos", se elimina la primera oración de la cuarta viñeta y se reemplaza con lo siguiente:

- Cobertura de servicios de ortodoncia solo dentro de la red para niños menores de 19 años, como procedimientos diagnósticos y aparatos para realinear los dientes. Existe un máximo de por vida** separado dentro de la red para servicios de ortodoncia de hasta $1,000 por paciente.

Bajo la sección "Máximo anual", se agrega la siguiente oración:

> Existe un máximo de por vida** separado para servicios de ortodoncia dentro de la red de $1,000 para los hijos menores de 19 años.

Con vigencia a partir del 1 de enero de 2022, se aumenta el máximo anual: Por lo tanto, se elimina la primera oración bajo la sección "Máximo anual", y se reemplaza con lo siguiente:

> El plan Delta Dental brinda cobertura de hasta $1,500 por participante/dependiente de 19 años de edad o más, por año calendario.

Se añade lo siguiente al final de la página:

> **No existe límite de por vida para los siguientes servicios de ortodoncia que **son médicamente necesarios**: procedimientos que ayudan a que las estructuras orales vuelvan a estar saludables y funcionales y que tratan afecciones médicas graves como la fisura palatina o el labio leporino; la micrognacia maxilar/mandibular (mandíbula superior o inferior menos desarrollada); el prognatismo mandibular extremo, la asimetría grave (anormalidades craneofaciales), la anquilosis de la articulación temporomandibular y otras displasias esqueléticas significativas.

Páginas 21 a 25: 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 problema), integral o detallado y extensivo (centrado en el problema)	Dos por un año calendario
Radiografías:	
• de boca completa, serie completa que incluye mordida o placa panorámica	Una vez durante cualquier período de 36 meses consecutivos
• mordida, dientes posteriores	Dos de cualquiera de los procedimientos de radiografía de mordida
• placas periapicales, un solo diente	Según sea necesario
• placa oclusiva	Dos por fecha de servicio
• placa cefalométrica (sólo cobertura de ortodoncia)	Dentro de la red únicamente. Una vez de por vida
Atención preventiva	
Profilaxis dental (limpieza, raspado y pulido)	Dos por año calendario
Tratamiento tópico con flúor	Dos por año calendario para pacientes menores de 16 años
Sellantes (en la superficie oclusiva de un molar definitivo sin restaurar y diente premolar)	Una vez por diente durante cualquier período de 24 meses consecutivos para pacientes menores de 16 años
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 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 (continuación)

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
Pulpectomía	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
Raspado periodontal y de raíz	Una vez por cuadrante dentro de un período de 24 meses
Mantenimiento periodontal (este procedimiento es un beneficio que se realiza después de la terapia periodontal activa una vez que se haya completado un período postoperatorio de 30 días).	Dos procedimientos profilácticos en un año calendario
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	Una prótesis dental por arco cada 60 meses consecutivos
Procedimientos de rebaje y recubrimiento de prótesis dentales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio	Una vez por aparato durante cualquier período de 36 meses consecutivos
Prótesis dental parcial provisoria de maxilar superior e inferior (dientes	Una vez por aparato durante cualquier período de 60

Programa de servicios dentales cubiertos (continuación)

Procedimiento	Límites
Prótesis dentales fijas	
Prótesis dentales fijas parciales y coronas individuales	Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos
Procedimientos con espiga y centro prefabricados para fijar prótesis dentales parciales (se exige radiografía que muestre el procedimiento de endodoncia completo)	Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos
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	Una vez por diente de por vida
Alveoloplastia (preparación quirúrgica de la apófisis alveolar para las prótesis dentales con o sin extracciones)	Una vez por cuadrante de por vida
Frenulectomía	Una vez por arco de por vida
Extracción de exostosis (extracción de desarrollo óseo excesivo)	Una vez por lugar de por vida
La cirugía oral está limitada a la extracción de dientes, preparación de la boca para las prótesis dentales, extracción de quistes generados 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	Uno por fecha de servicio
Reparaciones	
Corona temporal (diente fracturado)	Un procedimiento de corona por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos
Reparación de corona	Una vez por diente cada 24 meses consecutivos
Sobrecorona	Una vez por diente cada 60 meses consecutivos
Recementación de prótesis dentales completas o parciales	Una vez por aparato en un año calendario
Recementación de prótesis dentales fijas o parciales	Una vez por aparato en un año calendario
Aumentos en prótesis dentales parciales	Dos veces cada 12 meses consecutivos

Programa de servicios dentales cubiertos (continuación)

Procedimiento	**Límites**
Ortodoncia Pacientes menores de 19 años	Dentro de la red de 19 años Un curso de tratamiento* de por vida $1,000 de máximo de por vida**
Los beneficios son pagaderos únicamente para tratamientos realizados por ortodoncistas dentro de la red 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. ** No existe límite de por vida para los siguientes servicios de ortodoncia que son **médicamente necesarios**:procedimientos que ayudan a que las estructuras orales vuelvan a estar saludables y funcionales y que tratan afecciones médicas graves como la fisura palatina o el labio leporino; la micrognacia maxilar/mandibular (mandíbula superior o inferior menos desarrollada); el prognatismo mandibular extremo, la asimetría grave (anormalidades craneofaciales), la anquilosis de la articulación temporomandibular y otras displasias esqueléticas significativas.	
Varios Protector oclusivo Óxido de nitrógeno (a partir del 1/1/22)	Un aparato durante cualquier período de 60 meses consecutivos Dentro de la red únicamente. Sólo para niños menores de 19 años. El Plan paga el 100% después de un copago de $10.

Página 25: 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 lo estipule la ley,

Y se agrega una nueva viñeta antes de la tercera viñeta:

- servicios de ortodoncia para individuos de 19 años o más,

Y se agrega una nueva viñeta después de la viñeta anterior:

- Atención de ortodoncia fuera de la red para individuos menores de 19 años,

<u>Aclaraciones en los beneficios del cuidado de la vista</u> Página 29: 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 30: 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 31: 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.

Extensión temporal de la cobertura de seguro de vida para los participantes que reciben el subsidio de COBRA Página 31: Con vigencia a partir del 1 de abril de 2021 el siguiente párrafo se agrega después del último párrafo de la sección *Cuándo termina la cobertura*:

Extensión temporal de la cobertura de seguro de vida: Los participantes que reciben el subsidio de COBRA* también recibirán cobertura de seguro de vida. La cobertura de seguro de vida terminará en la fecha que resulte anterior entre la fecha en que el participante ya no reciba el subsidio de COBRA y el 30 de septiembre de 2021.

* SUBSIDIO DE COBRA
La American Rescue Plan Act of 2021 (ARP, Ley del Plan de rescate estadounidense de 2021) reduce la prima de COBRA a cero para los Individuos elegibles para recibir asistencia (Assistance Eligible Individuals, AEI) que elijan la cobertura de COBRA a partir del 1 de abril de 2021 y hasta el 30 de septiembre de 2021 (período del subsidio). Si usted califica para la reducción de la prima y elige la cobertura de COBRA, no necesita pagar la prima de COBRA que de otro modo debería pagar conforme al Plan durante el período del subsidio. Si su cobertura continua de COBRA se extiende más allá del 30 de septiembre de 2021, tendrá que pagar el monto total de la prima para continuar su cobertura COBRA.

Un AEI es un participante al que le ocurre un evento que califica, que es la terminación involuntaria de empleo o una reducción de las horas a partir del 1 de abril de 2021, y que no es elegible para otro tipo de cobertura de salud grupal o Medicare. A fin de establecer la elegibilidad para la reducción de la prima, debe llenar el “Formulario de solicitud para tratamiento como Individuo elegible para recibir asistencia”. Si le ocurre un evento que califica, este formulario le será enviado por correo junto con el aviso de COBRA y el formulario de elección. También está disponible en el Centro de servicios para afiliados. El Fondo revisará su solicitud y tomará una decisión con respecto a si usted debe o no ser tratado como un AEI. Si el Fondo determina que usted es un AEI, usted será elegible para el subsidio si elije la cobertura continua de COBRA. Si el Fondo se niega a tratarlo como un AEI, tiene el derecho a una revisión de dicha denegación. Para obtener mayor información sobre las revisiones o para obtener información general sobre la reducción de la prima, visite: www.dol.gov/COBRA-subsidy o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si está recibiendo el subsidio y se vuelve elegible para otra cobertura de salud grupal o Medicare, debe notificarle al Fondo llenando y enviando el “Aviso de inelegibilidad para la reducción de la prima”. Este formulario está disponible en el Centro de servicios para afiliados.

Corrección de error de impresión Página 32: En la sección “Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales” se elimina completamente el primer párrafo y se reemplaza con lo siguiente:
Sujeto a las exclusiones de cobertura, si usted pierde la vida en un accidente, o ambas manos a la altura de la muñeca o por encima de ésta, o ambos pies a la altura del tobillo o por encima de éste, o la vista de ambos ojos, o cualquier combinación de mano, pie y vista en un ojo, el beneficio del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero a su beneficiario es de $25,000. Si pierde una mano a la altura de la muñeca o por encima de ésta, o un pie a la altura del tobillo o por encima de éste, o la vista en un ojo, el beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero a su beneficiario es de $12,500.

Aclaración sobre la Cancelación de la cobertura cuando es elegible para Medicare Página 33: 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.

Página 36: 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: http://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 completado en su totalidad o un plan de tratamiento aprobado.

Página 38: En la sección "Adónde enviar los formularios de reclamaciones", la dirección de presentación para reclamaciones dentales se elimina completamente y se reemplaza por:

Delta Dental
PO Box 2105
Mechanicsburg, PA 17055-2105

Página 42: En la sección "Adónde presentar una apelación en primera instancia", bajo la columna *Escriba a*, se elimina la dirección de Delta Dental y se reemplaza por:

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

Además, bajo la tabla, el número de teléfono en el doble asterisco para una reclamación de atención dental urgente, 1-516-394-9485 se elimina y se reemplaza por 1-800-589-4627.

Modificación de la Cesión de beneficios del Plan Página 55: Se agrega el siguiente texto al final del tercer 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 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.

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

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 las modificaciones, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 en el horario de 8:30 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o visítenos en línea en www.32bjfunds.org.