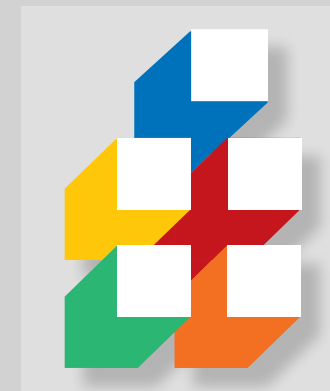




Building Service 32BJ Health Fund
Part Time Plus Plan



Descripción abreviada del plan

1 de julio de 2014

Building Service 32BJ
Health Fund
25 West 18th Street, New York, New York 10011-4676
Teléfono 1-800-551-3225
www.32bjfunds.org



Aviso de traducción

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

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

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

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

Member Services
Building Service 32BJ Health Funds
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.

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 Funds
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 Funds
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.

Información de contacto

¿Qué necesita?	Con quién comunicarse	Cómo
- Información general sobre sus beneficios y elegibilidad - Información sobre sus beneficios y reclamos de cuidado de la vista y dentales	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
Para encontrar a un proveedor participante del plan de atención dental	Delta Dental	Llame al 1-800-932-0783 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes o Dental: Visite www.keeptousmiling.com
Para encontrar a un proveedor participante del plan de cuidado de la vista	Davis Vision	Llame al 1-800-999-5431 de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. de lunes a viernes sábado, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. domingo, de 12:00 p. m. a 4:00 p. m. Visite www.32bjfunds.org
Información sobre su plan de seguro de vida	MetLife	Llame al 1-866-492-6983 o visite http://mybenefits.metlife.com

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 es administrado por la 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
Director corporativo y Relaciones con inversionistas
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 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	10
Cuándo es elegible	10
Cuándo ya no es elegible	10
Si se reintegra al trabajo	11
Extensión de los beneficios dentales y de la vista	11
COBRA	11
Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo	12
Discapacidad	12
Arbitraje	13
Ley de licencias médicas y familiares (FMLA)	14
Licencias por servicio militar	14
Elegibilidad de los dependientes	14
Cuándo sus dependientes ya no son elegibles	18
Cómo inscribirse	18
Normas especiales de inscripción	19
Su obligación de avisar	20
Los beneficios que se proporcionan	21
Beneficios dentales	21
Cómo funciona el Plan	21
Proveedores participantes en Delta Dental	22
Dentistas no participantes	22
Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento	23
Los servicios dentales que están cubiertos	23
Limitaciones de frecuencia	23
Máximo anual	24
Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan Delta Dental	24
Beneficio alternativo para la cobertura dental	28
Lo que no está cubierto	28
Coordinación de los beneficios dentales	30
Beneficios de cuidado de la vista	31
Gastos elegibles	32
Gastos excluidos	32
Beneficios de seguro de vida	33
Monto del beneficio	33
Designación de un beneficiario	33

	Página
Extensión del seguro de vida por discapacidad	34
Cuándo termina la cobertura	34
Beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	34
Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D) ..	35
Lo que no está cubierto	35
Cuándo termina la cobertura	36
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones	36
Reclamaciones de beneficios	36
Presentación de reclamaciones de atención dental	36
Presentación de reclamaciones de cuidado de la vista	37
Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	37
Adónde enviar los formularios de reclamaciones	38
Aprobación y rechazo de reclamaciones	39
Reclamaciones de servicios de salud auxiliares (Atención dental y cuidado de la vista)	39
Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	42
Aviso de la decisión	42
Apelación de reclamaciones rechazadas	42
Presentación de una apelación	43
Dónde presentar una apelación de primera instancia	44
Plazos para las decisiones sobre apelaciones	44
Apelaciones aceleradas para reclamaciones de atención dental urgente	44
Apelación de reclamaciones de servicios de salud auxiliares anteriores o simultáneas al servicio (Atención dental o cuidado de la vista)	45
Apelación de reclamaciones de servicios de salud auxiliares posteriores al servicio (Atención dental o cuidado de la vista)	45
Solicitud de apelación por atención dental acelerada	45
Instancia voluntaria de apelación	46
Reclamaciones de servicios de salud auxiliares (Atención dental y cuidado de la vista) y reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	46
Aviso de la decisión de la apelación	47
Acciones posteriores	47
Incompetencia	48
Dirección de correo	48
Proceso de coordinación de beneficios dentales de Delta Dental	48

	Página
Políticas y normas del proceso de coordinación de beneficios	48
Divulgación de información al Fondo: Fraude	50
Pagos en exceso	51
Cobertura de salud colectiva continuada	51
Durante una licencia médica y familiar	51
Durante una licencia por servicio militar	52
Conforme a COBRA	53
Continuación de cobertura conforme a COBRA	54
Otra información del Plan de salud que debe saber	58
Cesión de beneficios del Plan	58
Exención de responsabilidad por la práctica médica	58
Privacidad de la información de salud protegida	59
Conversión a cobertura individual	59
Información general	60
Aportes del empleador	60
Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios	60
Cumplimiento de las leyes federales	61
Modificación o cancelación de un Plan	61
Administración del Plan	62
Declaración de derechos según la Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 con sus modificaciones . . .	63
Reducción o eliminación de los períodos de exclusión de cobertura por enfermedades preexistentes conforme al Plan	64
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan	64
Haga cumplir sus derechos	64
Ayuda con sus preguntas	65
Información del Plan	66
Financiamiento de los beneficios y tipo de administración	66
Patrocinador y administrador del Plan	66
Empleadores participantes	66
Agente encargado de la notificación del proceso legal	67
Glosario	68
Información de contacto	Interior de la contraportada

Aviso importante

Este folleto es el documento del Plan y la Descripción abreviada del Plan (“SPD”, por sus siglas en inglés) del plan de beneficios (“el Plan”) del Part Time Plus Plan del Building Service 32BJ Health Fund (“el Fondo”) para los fines de la Ley de Seguridad de los Ingresos Jubilatorios de los Empleados (“ERISA”, por sus siglas en inglés) de 1974 con sus modificaciones. Los términos en el presente constituyen los términos del Plan.⁽¹⁾ Sus derechos a los beneficios solo se pueden determinar en esta SPD, tal como lo interpreta la acción oficial de la Junta de fideicomiso (“la Junta”). Debe consultar este folleto cuando necesite información sobre los beneficios de su Plan. Además, la Junta se reserva el derecho, a su exclusivo y absoluto criterio, de modificar el Plan en cualquier momento.

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

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

⁽¹⁾ Esta SPD es el documento del plan del Part Time Plus Plan, que incluye beneficios dentales, del cuidado de la vista, de seguro de vida y de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Los contratos de seguro de MetLife son los documentos del plan para los planes de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Los planes y los beneficios que pagan están limitados por todos los términos, exclusiones y limitaciones de aquellos contratos en vigencia al momento del incidente cubierto. La Junta se reserva el derecho de cambiar los contratos y las compañías de seguro. Si la Junta realizara uno de estos cambios, la cobertura de beneficios que se describe en esta SPD podría no ser correcta. Puede solicitar copias de los contratos de seguro a MetLife.

La palabra “dependiente” se refiere al miembro de la familia del participante que es elegible para los beneficios del Plan. En las secciones que describen los beneficios pagaderos a los participantes y dependientes, las palabras “usted” y “su” también se pueden referir al paciente.

- Este folleto describe las disposiciones del Plan que entraron en vigencia el 1 de julio de 2014, a menos que se especifique lo contrario.
- Este folleto cubre a los participantes del Part Time Plus Plan. Hay un folleto separado que cubre a los participantes del Part Time Basic Plan.
- El nivel de aportes proporcionado en su acuerdo colectivo de trabajo o en el acuerdo de participación determina el Plan para el cual usted es elegible. En general, el Part Time Plus Plan cubre a determinados participantes que trabajan a tiempo parcial.

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

Preguntas frecuentes

1. ¿Qué beneficios brinda el Plan?

El Plan brinda los siguientes beneficios:

- beneficios dentales,
- beneficios de la vista,
- beneficio de seguro de vida, y
- beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales.

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

2. ¿Son elegibles mis dependientes?

Sí. En general, sus dependientes cubiertos incluyen a su cónyuge y a sus hijos hasta que cumplan 26 años. (Consulte la tabla de las páginas 15-17 para obtener una descripción más completa de los dependientes).

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

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

Puede obtener los formularios en:

- el sitio web www.32bjfunds.org,
- el Centro de servicios para afiliados llamando al 1-800-551-3225.

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

Usted debe:

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

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

5. ¿De qué se trata la cobertura dental?

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

Los beneficios dentales están sujetos a límites de frecuencia y existe un monto máximo anual para la atención dental para adultos. (Para obtener detalles adicionales, consulte las páginas 21 a 30).

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

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

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

\$25,000.

No existe cobertura de seguro de vida para sus dependientes.

8. ¿Qué sucede si tengo otro seguro dental?

Si usted o sus dependientes tienen otro seguro, este Plan y su otro plan coordinarán los pagos de beneficios. Un plan será el plan principal y el otro será el plan secundario. Generalmente, el plan que lo cubre a usted o sus dependientes a través del trabajo es el plan principal; por ejemplo, si su cónyuge tiene cobertura en el trabajo, ese plan será el plan principal de su cónyuge. El plan principal pagará primero y el plan secundario podrá reembolsarle los gastos restantes hasta alcanzar el **monto permitido**. Este proceso se conoce como Coordinación de beneficios. (Consulte las páginas 48 a 50 para obtener más información).

9. ¿Qué sucede con mi cobertura si sufro una discapacidad?

Si es elegible, salvo que se establezca lo contrario en su acuerdo colectivo de trabajo, el Fondo pagará por hasta 6 meses de cobertura dental y de la vista continua (Extensión de 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,
- estar recibiendo (o contar con la aprobación para recibir) uno de los siguientes beneficios:
 - discapacidad a corto plazo (“STD”, por sus siglas en inglés),
 - indemnización por accidentes y enfermedades laborales,

10. ¿Qué sucede con mi cobertura si pierdo mi trabajo?

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

11. ¿Qué sucede con la cobertura 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 dental y de la vista conforme a COBRA durante 35 meses adicionales mediante el pago de una prima mensual.

12. ¿Con quién me comunico si tengo preguntas?

Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.

Elegibilidad y participación

Cuándo es elegible

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

Su **empleador** deberá comenzar a hacer aportes al Plan en su nombre cuando usted cumpla 90 días consecutivos de **empleo cubierto** con el mismo **empleador** trabajando a tiempo completo (como se define por su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación), a menos que se especifique lo contrario en su acuerdo colectivo de trabajo o en el acuerdo de participación. Para este fin, el **empleo cubierto** incluye ciertas licencias. Los días de enfermedad, embarazo o lesión cuentan para los efectos del período de espera de 90 días. Cuando haya completado el período de 90 días de trabajo para su **empleador**, usted y sus dependientes elegibles adquieren elegibilidad para los beneficios descritos en este folleto a partir del día 91 de su **empleo cubierto**.

Cuándo ya no es elegible

Su elegibilidad para el Plan termina:

- al final del día 30 después de dejar de trabajar regularmente en un **empleo cubierto**, sujeto a los derechos en virtud de COBRA. (Consulte las páginas 11 a 13 y las páginas 53 a 57).
- en la fecha en que su **empleador** ponga término 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 absoluta discreción, de cancelar la elegibilidad si su **empleador** está significativamente moroso en sus aportes al Fondo.

Si se reintegra al trabajo*

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

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

Mientras sea elegible, sus dependientes también lo serán, siempre que los haya inscrito correctamente y cumplan la definición de “dependiente” según el Plan (consulte la sección “Elegibilidad de los dependientes” en las páginas 14 a 21).

Extensión de los beneficios dentales y de la vista

La cobertura dental y de la vista puede continuar si usted no está trabajando en las siguientes circunstancias:

COBRA

Conforme a la Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 (“COBRA”), se exige a los planes de salud colectivos ofrecer la continuación temporal de la cobertura de salud, en que el empleado paga todo, en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo. La “cobertura de salud” incluye la cobertura dental y de la vista del Plan. No incluye seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés). (Consulte las páginas 53 a 57 para obtener más información sobre COBRA).

*Esta norma está en vigencia a partir del 1 de julio de 2014. Antes del 1 de julio de 2014, si se reintegraba al trabajo dentro de 90 días, no debía completar un nuevo período de espera.

Extensión de 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, la cual 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 continua en virtud de COBRA. La Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo incluye la cobertura dental y de la vista del Plan. El seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales continúan durante los primeros seis meses únicamente. (Consulte la página 34 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 (p. ej., comprobante de discapacidad) deben enviarse a:

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

Discapacidad

Puede seguir siendo elegible para un máximo de 6 meses de cobertura (consulte la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo en la página 9 y las páginas 12 y 13), siempre que envíe la documentación requerida establecida en la sección Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo del aviso de elección de COBRA, sea incapaz de trabajar y esté recibiendo (o cuente con la aprobación para recibir) uno de los siguientes beneficios por discapacidad:

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

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

- usted elige no continuar la cobertura,
- vuelve a trabajar en cualquier empleo,
- han pasado 6 meses desde que dejó de trabajar debido a discapacidad,
- su indemnización por accidentes y enfermedades laborales o sus beneficios de discapacidad a corto plazo terminan,
- usted recibe los beneficios máximos de la discapacidad a corto plazo o de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales, o
- se vuelve elegible para Medicare como su aseguradora principal.

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

Para recibir esta cobertura extendida (Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo), 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 53 a 57 para obtener información sobre COBRA).

Arbitraje

Si es despedido* y la Unión lleva su queja a arbitraje a fin de lograr su reincorporación al trabajo, se extenderá su cobertura 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 12 y 13). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua conforme a COBRA.

* Las suspensiones indefinidas o despidos pendientes de suspensión se tratan de la misma manera que los despidos.

Ley de licencias médicas y familiares (FMLA)

Puede tener derecho a tomar hasta 26 semanas de licencia de su empleo conforme a la Ley de licencias médicas y familiares (“FMLA”, por sus siglas en inglés). Puede continuar recibiendo cobertura durante una licencia FMLA. (Consulte la página 51 para obtener más información).

Licencias por servicio militar

Si está en servicio militar activo, tiene ciertos derechos conforme a la Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados (“USERRA”, por sus siglas en inglés) de 1994, siempre que se inscriba para recibir cobertura continua. (Consulte la página 52 para obtener más información). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua conforme a COBRA.

Elegibilidad de los dependientes

En las siguientes páginas, se describen los dependientes elegibles en virtud del Plan:

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

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Pareja conviviente (continuación)	Ninguna	Si pierde la cobertura debido a un evento que califique, usted y su pareja conviviente pueden elegir mantener la cobertura pagándola ustedes mismos. Las parejas convivientes tendrán el derecho independiente de continuar con la cobertura pagándola ellos mismo sólo en el caso en que fallezca el participante.
Hijos (a excepción de hijos discapacitados)	Hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo cumple uno de los siguientes requisitos: • es su hijo biológico, • es su hijo adoptado* o colocado para adopción, • es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge, o • es el hijo biológico o adoptado de su pareja conviviente.
Hijos (discapacitados) con más de 26 años	No hay límite de edad para la cobertura.	El hijo: • está total y permanentemente discapacitado, • quedó discapacitado mientras era dependiente elegible o antes de volverse dependiente elegible, • no está casado, • tiene la misma dirección principal que el participante**, o según lo establezcan los términos de una orden de manutención infantil médica calificada ("QMCSO", por sus siglas en inglés); consulte la página 58, y • es dependiente del participante para más de la mitad de su manutención anual y éste lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos**. Debe solicitar una extensión de la cobertura para hijos dependientes discapacitados y proporcionar pruebas de la discapacidad total y permanente en un plazo no mayor de 60 días después de la fecha en la que su hijo perdería su elegibilidad y usted debe permanecer cubierto por el Plan. Se le notificará acerca de la elegibilidad para la continuación de la cobertura de su hijo adulto discapacitado. Debe inscribir a su hijo adulto discapacitado dentro de 60 días después de recibir la confirmación de la elegibilidad de su hijo adulto. El hecho de no inscribirlo en este momento significa que su hijo adulto discapacitado pierde su elegibilidad especial. Si su hijo se vuelve elegible para cobertura extendida como resultado de una discapacidad, se le pedirá que pague una prima mensual para cubrir una parte del costo de cobertura. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados.

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Hijos (dependientes): un nieto, sobrino o sobrina SOLO si usted es su tutor legal*** (si la solicitud de tutela legal está pendiente, debe proporcionar documentación de que se presentaron los papeles y proporcionar un comprobante cuando concluya el proceso legal).	Hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo: • no está casado, • tiene la misma dirección principal que el participante**, o según lo establezcan las condiciones de una orden de manutención infantil médica calificada ("QMCSO", por sus siglas en inglés); consulte la página 58, y • es dependiente del participante para toda su manutención anual y éste lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos**.

Tenga en cuenta que:

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

*Su hijo dependiente adoptado tendrá cobertura desde la fecha en que fue adoptado o "colocado para adopción" con usted, lo que ocurra antes (pero no antes de que usted sea elegible), si inscribe al niño dentro de un plazo de 30 días después de su primera colocación o adopción. (Consulte la sección Su obligación de avisar en las páginas 20 y 21). Se coloca con usted a un niño para adopción en la primera fecha en que usted queda obligado a proporcionar manutención parcial o total para el niño que desea adoptar. Sin embargo, si se coloca con usted a un niño para adopción, pero la adopción finalmente no se produce, la cobertura de ese niño terminará en la fecha en que usted ya no tenga una obligación legal para su manutención. Si adopta a un niño recién nacido, éste está cubierto desde el nacimiento siempre que usted tenga la custodia inmediatamente después de que el niño sea dado de alta del hospital y presente una petición de adopción a las autoridades estatales correspondientes, dentro de un plazo de 30 días después del nacimiento del niño. Sin embargo, los recién nacidos adoptados no estarán cubiertos desde el nacimiento si uno de los padres biológicos del niño cubre la hospitalización inicial del recién nacido, se presentó un aviso revocando la adopción o uno de los padres biológicos revoca su consentimiento para la adopción.

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

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

Cuándo sus dependientes ya no son elegibles

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

- La elegibilidad de su *cónyuge* termina 30 días después de la separación legal⁽²⁾ o divorcio. La elegibilidad de su pareja conviviente termina 30 días después de que dejen de satisfacerse los requisitos de la pareja conviviente de las páginas 15 a 17.
- La elegibilidad de su hijo termina cuando éste ya no cumple los requisitos para ser considerado hijo dependiente, según se describe en las páginas 16 y 17, 30 días después de que el hijo cumple 26 años o al finalizar del año calendario en que el hijo cumple 26 años, lo que sea que ocurra primero.
- La elegibilidad de un cónyuge, una pareja conviviente y un hijo dependiente termina 30 días después de su fallecimiento.

Cómo inscribirse

Su cobertura es automática. Sin embargo, puede renunciar a la cobertura dental y de la vista si llena el formulario adecuado y lo envía al Fondo. Si renuncia a la cobertura dental y de la vista, también estará renunciando a esa cobertura para sus dependientes elegibles. Puede renunciar a la cobertura dental y de la vista en cualquier momento. Seguirá teniendo cobertura de seguro de vida incluso si se renuncia a la cobertura dental y de la vista. La cobertura para dependientes según el Plan no es automática.

Si en el momento en que resulta elegible conforme al Plan desea inscribir a sus dependientes elegibles, deben 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 14 a 21 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

⁽²⁾ Típicamente, 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.

que sean elegibles. Sin embargo, si no inscribe a sus dependientes dentro de los 30 días desde la fecha en que resultó elegible por primera vez para recibir la cobertura de salud conforme a este Plan, la cobertura de sus dependientes no comenzará hasta la fecha en que le notifique al Fondo. Después de que comience su cobertura conforme al plan, si se produce un cambio en su situación familiar (por ejemplo, se casa o adopta a un niño) o desea cambiar la cobertura de un dependiente existente por cualquier razón, debe llenar el formulario correspondiente. Se aplican normas especiales respecto a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su nuevo dependiente. (Consulte la sección Su obligación de avisar en las páginas 20 y 21 para obtener más detalles).

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

Normas especiales de inscripción

Para aquellos participantes que trabajan conforme a un acuerdo colectivo de trabajo que establece una inscripción abierta anual, según los términos de dicho acuerdo, es posible que tenga permitido inscribir a uno o más de sus dependientes (según se definen en las páginas 14 a 17) de la misma manera que se describe anteriormente y en la sección “Cómo inscribirse” en las páginas 18 y 19. Sin embargo, una vez que elige inscribir o no inscribir a uno o más dependientes específicos, esta elección se vuelve definitiva y no se puede modificar durante todo el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre). Se aplica una excepción si:

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

Si su dependiente eligió la cobertura COBRA, todo el período de cobertura COBRA debe de haber finalizado para que se pueda aplicar esta regla. En cualquiera de las circunstancias anteriores, usted puede inscribirse o puede inscribir a su dependiente durante un período de inscripción especial que finaliza 30 días después de la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción/ colocación para adopción, pérdida de la cobertura de salud colectiva o la terminación de los aportes del empleador al otro plan de salud colectivo.

Habrà 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 ejemplo, matrimonio, separación legal, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo), es su obligación avisar inmediatamente al Fondo de dicho cambio y llenar el formulario correspondiente. Si avisa al Fondo dentro de un plazo de 30 días a partir del matrimonio o nacimiento o adopción de un hijo, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará en la fecha del matrimonio o en la fecha del nacimiento o adopción. Si no avisa al Fondo dentro de los 30 días, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará a regir a partir de la fecha en que usted notifique al Fondo. No se pagarán beneficios hasta que proporcione al Fondo la documentación acreditativa necesaria. Además, asegúrese de notificarle al Fondo si su nieto(a) o sobrino(a) ya no vive con usted, se casó o de otra manera ya no cumple los requisitos para obtener cobertura, según se describe en las páginas 16 y 17.

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

Los beneficios que se proporcionan

El Fondo brinda beneficios dentales, de la vista, de seguro de vida y de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Cada uno de estos beneficios se describe en las siguientes secciones.

Beneficios dentales

Cómo funciona el Plan

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

- un dentista participante de Delta Dental PPO, 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 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 todas las siguientes condiciones:

- debe ser proporcionado por un dentista o, únicamente en el caso de limpieza o raspado de los dientes, realizado por un higienista dental certificado bajo la supervisión y dirección de un dentista,
- debe corresponder con los síntomas, diagnóstico o tratamiento de la afección, enfermedad o lesión,
- debe corresponder con las normas de la buena práctica odontológica,
- no debe ser exclusivamente para la conveniencia del paciente o del dentista, y

- debe ser el suministro o nivel de servicio más adecuado que se pueda proporcionar de forma segura al paciente.

Los **servicios cubiertos** están enumerados en el Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan Delta Dental (consulte las páginas 24 a 27 de este folleto), sujetos a las limitaciones de frecuencia que se establecen en dicho Programa. El Plan no paga beneficios por los procedimientos que no estén en ese programa, pero puede proporcionar un beneficio alternativo si es aprobado por Delta Dental of New York, Inc. (“Delta Dental”) en representación del Fondo. Si tendrá que pagar estos servicios y cuánto costarán depende de si elige recibir atención dental de un proveedor de servicios dentales participante de la red Delta Dental PPO o de un dentista no participante de dicha red.

Proveedores participantes en Delta Dental

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

- Si decide recibir atención de un proveedor de servicios dentales participante, no deberá pagar nada por la atención dental cubierta que sea preventiva o diagnóstica.
- Para todos los otros servicios, usted paga la diferencia entre el programa de tarifas que paga Delta Dental y el **monto permitido** a través de la red Delta Dental PPO.

Dentistas no participantes

El Plan pagará por el trabajo dental realizado por un dentista debidamente acreditado, pero no pagará más que el **monto permitido** (lo que Delta Dental le hubiera pagado a un dentista participante en 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 (ver páginas 36 y 37) y será reembolsado

según el programa de tarifas de Delta Dental para cada procedimiento.

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

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 lo que Delta Dental pagará. Las determinaciones previas son gratuitas y le ayudarán a usted y su dentista a tomar decisiones informadas sobre el costo de su tratamiento.

Los servicios dentales que están cubiertos

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

- Servicios preventivos y de diagnóstico como exámenes dentales de rutina, limpiezas, radiografías, aplicaciones de fluoración tópica, mantenedores de espacio y sellantes. Estos servicios se cubren en un 100%.
- Servicios terapéuticos básicos como extracciones y cirugías orales, sedación consciente intravenosa cuando sea **médicamente necesario** para cirugía oral, tratamiento de encías, cirugía de encías, obturaciones y tratamiento de conducto. Estos servicios se cubren en un 100%.
- Servicios mayores como puentes dentales fijos, coronas y prótesis. Estos servicios se cubren en un 100%.
- Servicios de ortodoncia para niños de 19 años o menos, como procedimientos diagnósticos y aparatos para realinear los dientes. Existe un máximo de por vida separado para servicios de ortodoncia de \$4,500 por paciente.

Consulte el Programa de servicios dentales cubiertos para Delta Dental PPO en las páginas 24 a 27 para obtener detalles.

Limitaciones de la frecuencia

Los beneficios están sujetos a los límites de frecuencia que se indican en el Programa de servicios dentales cubiertos del Plan Delta Dental, como se muestra en las páginas 24 a 27.

Máximo anual

El Plan Delta Dental brinda cobertura de hasta \$2,000 por participante/ dependiente de 19 años de edad o mayor, por año calendario. No existe un máximo anual para los participantes y dependientes menores de 19 años. Existe un máximo de por vida separado para servicios de ortodoncia de \$4,500 para niños de 19 años o menos.

Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan Delta Dental

Procedimiento	Límites
Diagnóstico	
Examen oral, periódico, limitado (concentrado en el problema), integral o detallado y extenso (concentrado en el problema)	Una vez cada seis meses
Radiografías:	
• 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 (sólo cobertura de ortodoncia)	Una vez de por vida
Atención preventiva	
Profilaxis dental (limpieza, raspado y pulido)	Una vez cada seis meses
Tratamiento tópico con flúor	Una vez en un 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 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

Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan Delta Dental (continuación)

Procedimiento	Límites
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
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 que los dientes no se puedan 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 en toda la vida
Segundo tratamiento de conducto	Una vez por diente en toda la vida
Apicoectomía (se exige para el pago una placa postoperatoria que muestre la apicoectomía terminada y retrógrada)	Una vez por diente en toda la vida
Pulpectomía	Una vez por diente en toda la vida
Periodoncia	
Gingivectomía o gingivoplastia	Una vez por cuadrante en toda la vida
Cirugía ósea (se exige aprobación previa con una serie de radiografías de boca completa y diagrama periodontal).	Una vez por cuadrante en toda la vida
Raspado periodontal y de raíz	Una vez en un 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 en un año calendario

Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan Delta Dental (continuación)

Procedimiento	Límites
Prótesis dentales removibles	
Prótesis dentales completas o inmediatas (totales) superiores e inferiores, o parciales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio	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 Delta 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 postoperatoria)	Una vez por diente
Cirugía oral y maxilofacial	
Extracción de diente impactado	Una vez por diente en toda la vida
Alveoloplastia (preparación quirúrgica de la apófisis alveolar para las prótesis dentales con o sin extracciones)	Una vez por cuadrante en toda la vida
Frenulectomía	Una vez por arco en toda la vida
Extracción de exostosis (extracción de desarrollo óseo excesivo)	Una vez por lugar en toda la vida
La cirugía oral está limitada a la extracción de dientes, preparación de la boca para las prótesis dentales, extracción de quistes generados en los dientes de hasta 1.25 cm e incisión y drenaje de un absceso intraoral o extraoral.	

Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan Delta Dental (continuación)

Procedimiento	Límites
Tratamiento de emergencia	
Tratamiento paliativo para aliviar la incomodidad inmediata (solamente procedimiento menor)	Dos veces en un año calendario
Reparaciones	
Corona temporal (diente fracturado)	Una vez por diente en toda la 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 en un año calendario
Recementación de prótesis dentales fijas o parciales	Una vez por aparato en un año calendario
Aumentos en prótesis dentales parciales	Según sea necesario
Ortodoncia	Un tratamiento de por vida, hasta \$4,500
Pacientes de 19 años de edad o menos	El diagnóstico inicial es una cobertura aparte.
Los beneficios son pagaderos solamente por tratamiento por ortodoncistas que estén diplomados en un programa avanzado de educación en ortodoncia acreditado por la Asociación Americana de Odontología (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, visitas mensuales y retenedores.	
Varios	
Protector oclusivo	Un aparato cada 60 meses consecutivos

Beneficio alternativo para la cobertura dental

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

Lo que no está cubierto

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

- cualquier servicio realizado antes de que el paciente sea elegible para obtener beneficios o después de que termine su elegibilidad, incluso si se ha aprobado el plan de tratamiento,
- el reembolso de cualquier servicio que supere las limitaciones de frecuencia especificadas en el Programa de servicios dentales cubiertos,
- cargos que excedan los **montos permitidos**; comuníquese con Delta Dental para obtener el Programa de **montos permitidos** para cada servicio cubierto o el monto anual o de por vida,
- tratamiento por lesión accidental de un diente natural que se brinda más de 12 meses después de la fecha del accidente,
- servicios o suministros que el Plan determina que son experimentales o de naturaleza investigativa,
- servicios o tratamientos que el Plan determina que no tienen un pronóstico razonable favorable,
- cualquier tratamiento realizado principalmente por razones cosméticas, incluidos, entre otros, el laminado, las fundas y el blanqueamiento dental,
- técnicas especiales, incluidas las prótesis dentales de precisión, prótesis dentales de soporte, personalización de coronas, prótesis dentales u obturaciones, o cualquier otro servicio. Esto incluye, entre otros, los accesorios de precisión y los liberadores de tensión. Están excluidas también las prótesis dentales totales o parciales que requieran tiempo y técnicas especiales, debido a problemas especiales, como una pérdida de la estructura ósea de apoyo.
- cualquier procedimiento, aparato o restauración que altere la “mordida” o la forma en que los dientes se juntan (llamada también oclusión o dimensión vertical) y/o que restauren o mantengan la mordida, excepto por lo dispuesto bajo beneficios de ortodoncia. Tales procedimientos incluyen, entre otros, equilibrio, soporte periodontal, rehabilitación de toda la boca, restauración de la estructura de los dientes perdida debido a la atrición y restauración de la desalineación de los dientes,
- cualquier procedimiento que implique la reconstrucción completa de la boca o cualquier servicio relacionado con implantes dentales, incluido cualquier implante quirúrgico con un dispositivo de prótesis adjunto,
- diagnóstico o tratamiento de problemas de la articulación de la mandíbula, incluido el trastorno de la articulación temporomandibular (“TMJ”, por sus siglas en inglés), trastornos craniomandibulares u otras enfermedades de las articulaciones que unen el hueso de la mandíbula y el cráneo, o el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación,
- pilares dobles o múltiples,
- tratamiento para corregir hábitos dañinos, incluidos, entre otros, fumar y terapia miofuncional,
- aparatos para quitar hábitos, excepto que tenga beneficio de ortodoncia,
- servicios para programas de control de placa, educación en higiene bucal y orientación nutricional,
- servicios relacionados con el reemplazo o la reparación de aparatos o dispositivos, incluidos:
 - duplicados de prótesis dentales, aparatos o dispositivos,
 - el reemplazo de prótesis dentales o aparatos perdidos o robados menos de cinco años después de la fecha de la inserción o de pago,
 - el reemplazo de prótesis dentales, puentes o aparatos existentes, que se pueden restaurar de acuerdo con las normas de la odontología,
 - los ajustes de un dispositivo de prótesis dentro de los primeros seis meses desde su inserción, que no se incluyeron dentro del precio original del dispositivo,
 - el reemplazo o la reparación de aparatos de ortodoncia,
- fármacos o medicamentos usados o dispensados en el consultorio del dentista,

- cargos por novocaína, xilocaína o cualquier anestésico local similar cuando el cargo se hace de manera separada de un gasto dental cubierto,
- cargos adicionales cobrados por un dentista para tratamiento hospitalario,
- servicios para los cuales un participante tiene derechos contractuales para recuperar costo, ya sea que una reclamación se haga valer o no, bajo la indemnización por accidentes y enfermedades laborales o un seguro automotriz, médico, de protección por lesiones personales, de propietario o de otro tipo sin culpa,
- tratamiento de enfermedades provocadas por guerra o acto de guerra, declarada o no, o una enfermedad contraída o un accidente que ocurra durante servicio activo de tiempo completo en las fuerzas armadas de cualquier país o coalición de países,
- cualquier parte de los cargos por los cuales se pagan beneficios según cualquier otra parte del Plan,
- si un participante se transfiere de la atención de un dentista a otro durante el tratamiento, o si más de un dentista prestan servicios para el mismo procedimiento, el Plan no pagará beneficios mayores que los que habría pagado si el servicio lo hubiese prestado un solo dentista,
- transporte hacia el tratamiento y desde este,
- gastos en los que se incurra por citas canceladas,
- cargos por llenar informes o por proporcionar registros,
- cualquier procedimiento no incluido en el Programa de Servicios dentales cubiertos.

Coordinación de los beneficios dentales

Si usted tiene cobertura dental de otra compañía de seguros, que funciona como su aseguradora dental primaria, no se necesita aprobación previa si usted aseguró esta aprobación mediante su aseguradora dental principal. (Consulte las páginas 48 a 50 para obtener una explicación más completa de la Coordinación de los beneficios dentales).

Beneficios de cuidado de la vista

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

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

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

Si obtiene lentes de contacto en lugar de lentes y marcos, ya sea de un proveedor participante o no participante, el reembolso máximo por los lentes de contacto es de \$120. Si se atiende con un **proveedor participante**, el examen de la vista es gratis. Si utiliza un proveedor no participante, puede obtener hasta \$30 por su examen de la vista. Usted será responsable de pagar todos los cargos que excedan el reembolso máximo.

Dichos beneficios máximos se pagan dentro de cualquier período de 24 meses⁽³⁾, a partir de la fecha en que incurrió en gastos por cuidado de la vista por primera vez (por lo general, un examen de la vista). Por ejemplo, si se realiza un examen de la vista el domingo, 1 de septiembre de 2013, tiene hasta el martes, 1 de septiembre de 2015 (siempre y cuando siga siendo elegible para los beneficios del Fondo) para recibir los beneficios citados anteriormente por los lentes y los marcos o lentes de contacto. Ningún beneficio de cuidado de la vista no utilizado se puede transferir ni usar en un período subsiguiente de 24 meses.

⁽³⁾ Los participantes y los dependientes de 19 años o menos son elegibles para un examen de la vista una vez cada 12 meses.

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

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

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

Gastos elegibles

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

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

Gastos excluidos

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

- tratamiento o servicios oftalmológicos pagaderos bajo las disposiciones de cualquier otro beneficio del Plan,
- anteojos sin receta médica,
- gastos ornamentales, y
- beneficios **fuera de la red** para participantes y dependientes menores de 19 años.

Beneficios de seguro de vida

Monto del beneficio

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

Designación de un beneficiario

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

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

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

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

Extensión del seguro de vida por discapacidad

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

El Fondo se reserva el derecho de volver a certificar la discapacidad según se describe en las páginas 12 y 13. Si fallece antes de presentar un comprobante de su discapacidad, su beneficiario debe proporcionar un certificado de defunción y un comprobante de discapacidad total *en un plazo de 90 días* después de su muerte.

El aviso de aprobación o rechazo de beneficios se enviará a su beneficiario designado por escrito. (Consulte las páginas 42 y 43 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 anteriormente o si usted tiene una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a discapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 11 a 13). Consulte las páginas 59 y 60 para obtener información acerca de cómo convertir su póliza de seguro de vida colectivo en una de seguro de vida individual.

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

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

Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales

Si pierde la vida en un accidente, o ambas manos o por encima de la muñeca, o ambos pies o por encima del talón, o la vista en ambos ojos, o cualquier combinación de mano, pie y vista en un ojo, el beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero 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.

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

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

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

Lo que no está cubierto

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

- enfermedad mental o física, o el diagnóstico de la enfermedad o su tratamiento,
- una infección, a menos que sea producto de una herida externa que sea visible y que haya ocurrido en un accidente,
- suicidio o intento de suicidio,
- heridas autoinfligidas deliberadamente,
- el uso de cualquier droga o medicamento,
- una guerra o un acto de guerra en tiempos de paz,
- un delito, agresión u otro delito grave cometido o el intento de cometerlo, o
- si la parte lesionada estaba intoxicada al momento del incidente y operaba un vehículo u otro dispositivo involucrado en el incidente. “Intoxicada” significa que el nivel de alcohol en la sangre de la persona lesionada era igual o superior al nivel que crea una presunción jurídica de intoxicación según las leyes de la jurisdicción en la que ocurrió el accidente.

Cuándo termina la cobertura

La cobertura del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales termina 30 días después de que termine su empleo. Del mismo modo que su seguro de vida, su cobertura en caso de muerte y mutilación accidentales puede continuar mientras tenga una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a discapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 11 a 14).

Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

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

Reclamaciones de beneficios

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

- inquietudes acerca de las disposiciones del Plan o la elegibilidad que no se relacionan con ninguna reclamación de beneficios específica, y
- una solicitud de aprobación previa de un beneficio que no requiere la aprobación previa del Plan.

Presentación de reclamaciones de atención dental

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

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

- Sólo se aceptará para su revisión un formulario de reclamación de la American Dental Association (“ADA”) completamente lleno o un plan de tratamiento aprobado.

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

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

Presentación de reclamaciones de cuidado de la vista

Si se atiende con proveedores de cuidado de la vista participantes, no necesita presentar reclamaciones. Los proveedores lo harán por usted. Si no se atiende con un proveedor de cuidado de la vista participante, deberá presentar una reclamación de cuidado de la vista ante Davis Vision para el reembolso de los gastos elegibles. Consulte la tabla en la página 38 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. Puede obtener un formulario de reclamación de cuidado de la vista en el Centro de servicios para afiliados. **Las reclamaciones de cuidado de la vista se deben presentar lo antes posible, y nunca después de transcurridos más de 180 días después de la fecha del servicio. Las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha de servicio se rechazarán.**

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

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

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

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

Adónde enviar los formularios de reclamaciones

Beneficio	Dirección de presentación
Atención dental (solamente proveedores no participantes; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	Delta Dental One Delta Drive Mechanicsburg, PA 17055 Attn: Claims Department
Cuidado de la vista (solamente proveedores no participantes; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	Davis Vision Vision Care Processing Unit P.O. Box 1525 Latham, NY 12110
Seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100

Aprobación y rechazo de reclamaciones

Existen procesos separados de aprobación y rechazo de reclamaciones para las reclamaciones de servicios de salud auxiliares (atención dental y cuidado de la vista) y para el seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Estos procesos se describen por separado a continuación. Lea esta información para asegurarse de que esté completamente al tanto de estos procesos y de lo que debe hacer para cumplir los procedimientos.

Reclamaciones de servicios de salud auxiliares (Atención dental y cuidado de la vista)

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

- *Reclamaciones anteriores al servicio.* Esta es una reclamación de un beneficio para el cual el Plan exige aprobación del beneficio (total o parcial) antes de obtener atención. Se requiere la aprobación previa de servicios para ciertos beneficios dentales. (Consulte las páginas 23 a 30). Para reclamaciones anteriores al servicio presentados adecuadamente, se le informará de la decisión a usted, a su **médico** o a su dentista *en un plazo de 15 días* después de recibir 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 estén fuera del control del revisor de las reclamaciones. Se le informarán las circunstancias que hagan necesaria esta extensión del plazo, y la fecha para la cual se espera una decisión.

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

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

A menos que la reclamación se vuelva a presentar correctamente, no constituirá una reclamación. Si se necesita una extensión debido a que se requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted y su **médico** tendrán *45 días* después de la recepción del aviso para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación.

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

- *Reclamaciones de atención urgente.* Ésta 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 **médico**, sufriría un dolor agudo e incontrolable.

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

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

Sin embargo, si usted no entrega suficiente información para que el revisor de la reclamación determine si corresponde pagar beneficios, o hasta qué punto corresponde pagarlos, usted recibirá una solicitud de información adicional *en un plazo de 24 horas*. Entonces tendrá hasta *48 horas*, considerando 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 Plan para presentar una reclamación de atención urgente, se le notificará *en un plazo de 24 horas* a partir del incumplimiento y se le informarán los procedimientos correctos que debe seguir. Este aviso puede ser verbal, a menos que usted la solicite por escrito. Solo recibirá un aviso de incumplimiento del procedimiento si su reclamación incluye:

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

- *Reclamaciones de atención simultánea.* Esta es una reclamación que se reconsidera después de que se ha otorgado una aprobación inicial y que lleva a una reducción, cancelación o extensión de un beneficio. Un ejemplo de este tipo de reclamación es una hospitalización de paciente internado, certificada originalmente para cinco días, que se revisa a los tres días para determinar si son necesarios más días. En este caso, la decisión de reducir o extender el tratamiento se toma mientras dicho tratamiento está en curso.

El revisor de reclamaciones revisará cualquier solicitud presentada por un reclamante para extender el tratamiento aprobado *en un plazo de 24 horas* a partir de la recepción de la reclamación, siempre y cuando ésta se haya recibido al menos *24 horas* antes de que venza el tratamiento aprobado.

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

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

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

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 del aviso para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación.

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

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

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

Aviso de la decisión

Recibirá un aviso por escrito del rechazo de la reclamación que indicará las razones para el rechazo, si el rechazo es total o parcial y si se toma alguna determinación adversa de beneficios (por ejemplo, el Plan paga menos del 100% de la reclamación). Para reclamaciones de atención urgente y anteriores al servicio, usted recibirá un aviso de la determinación, incluso cuando la reclamación se apruebe. El plazo de entrega de este aviso depende del tipo de reclamación, según se describe en las páginas 39 a 42.

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 distintos procesos de apelación para las reclamaciones de servicios de salud auxiliares (atención dental y cuidado de la vista) y para el seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales.

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

Tipo de reclamación rechazada	Apelación en primera instancia	Apelación en segunda instancia
Reclamaciones de servicios de salud auxiliares:		
• Atención dental	Delta Dental	Junta de fideicomiso*
• Cuidado de la vista	Davis Vision	Junta de fideicomiso*
Vida/muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company	Junta de fideicomiso*

* Esta instancia de apelación es voluntaria.

Presentación de una apelación

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

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

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

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

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

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

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

Dónde presentar una apelación de primera instancia

Beneficio	Escriba a:	O llame al
Cuidado de la vista	Davis Vision, P.O. Box 791 Latham, NY 12110	Sólo se aceptan apelaciones por escrito
Atención dental	Delta Dental One Delta Drive Mechanicsburg, PA 17055 Attn: Dental Affairs Committee	Sólo se aceptan apelaciones por escrito*
Seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100 Fax: 1-570-558-8645	Sólo se aceptan apelaciones por escrito

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

Plazos para las decisiones sobre apelaciones

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

Apelaciones aceleradas para reclamaciones de atención dental urgente

Si su reclamación incluye atención urgente o determinados beneficios de servicios de salud auxiliares (atención dental), puede presentar una apelación acelerada si su proveedor cree que se justifica una apelación inmediata debido a que un retraso en el tratamiento representaría una amenaza a su salud o capacidad para recuperar su función máxima, o

bien, lo sometería a un dolor agudo que no podría controlarse de manera adecuada sin la atención o tratamiento al que se refiere la reclamación. Esta apelación puede presentarse por escrito o verbalmente. Puede tratar la determinación del revisor e intercambiar cualquier información necesaria por teléfono, por fax o por medio de cualquier otra forma rápida de intercambio. Recibirá una respuesta en *un plazo de 72 horas* de su solicitud.

Apelación de reclamaciones de servicios de salud auxiliares anteriores o simultáneas al servicio (Atención dental o cuidado de la vista)

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

Apelación de reclamaciones de servicios de salud auxiliares posteriores al servicio (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*.

Solicitud de apelación por atención dental acelerada

Puede solicitar que el proceso de apelación sea acelerado si (1) los plazos de este proceso ponen en riesgo seriamente su vida, salud o capacidad para recuperar su función máxima o si, según la opinión de su **médico**, lo someterían a un dolor agudo que no podría controlarse sin los servicios o medicamentos solicitados. El especialista médico independiente de Delta, según corresponda, en colaboración con el **médico** que lo trata, decidirá si es necesaria una apelación acelerada. Cuando una apelación es acelerada, Delta responderá con una decisión en forma oral *dentro de las 72 horas* y también enviará un aviso por escrito de la decisión.

Instancia voluntaria de apelación

Reclamaciones de servicios de salud auxiliares (Atención dental y cuidado de la vista) y reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)

Una vez que recibe el aviso del rechazo de la apelación presentada oportunamente⁽⁴⁾ en primera instancia de una reclamación de servicios auxiliares (atención dental y cuidado de la vista) o una reclamación de un seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, ha agotado todas las opciones requeridas de apelaciones internas.

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”, por sus siglas en inglés). Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación obligatorio y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que los plazos descritos en la SPD hayan transcurrido adecuadamente desde que presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o aviso de que se necesita una extensión del plazo para llegar a ésta. **Además, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en la cual se rechazó la apelación correspondiente.** Como alternativa, puede presentar una apelación voluntaria ante el Comité de Apelaciones de la Junta de fideicomiso. Se tendrá que presentar esta apelación voluntaria *dentro de un plazo de 180 días* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación que le envió el revisor correspondiente, según figura en la tabla de la sección Apelación de reclamaciones rechazadas.

La instancia voluntaria de apelación está disponible solo después de que usted (o su representante) haya cumplido el proceso de apelación obligatoria correspondiente que exige el Plan, como se describió anteriormente. Esta instancia de apelación es *completamente voluntaria*, es decir, no la exige el Plan y sólo está disponible si usted (o su representante) lo solicita. El Plan no declarará la falta de agotamiento de los recursos administrativos en caso de que usted o su representante autorizado elijan presentar una reclamación en los tribunales en vez de hacerlo por medio de la instancia voluntaria de apelación. El Plan no le impondrá (ni a usted ni a su representante) honorarios ni costos debido a que usted o su representante autorizado escoja invocar el proceso voluntario de apelación. Su decisión de presentar o no

⁽⁴⁾ El Comité de Apelaciones no atiende apelaciones voluntarias de reclamaciones para las apelaciones obligatorias que no se presentaron a tiempo ante el revisor de apelaciones correspondiente. Si el revisor de apelaciones rechaza su apelación por no haberla presentado a tiempo, no hay apelación voluntaria al Comité de Apelaciones de la Junta de fideicomiso.

una controversia por beneficios en la instancia voluntaria de apelación no tendrá efecto sobre sus derechos a cualquier otro beneficio cubierto por el Plan. Si lo solicita, el Plan le proporcionará (a usted o a su representante) información suficiente para que evalúe con conocimiento de causa la presentación de una reclamación por medio del proceso de apelación voluntaria, lo que incluye su derecho de representación.

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

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

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

Aviso de la decisión de la apelación

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

Acciones posteriores

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

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

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

Incompetencia

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

Dirección de correo

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

Proceso de coordinación de beneficios dentales de Delta Dental

Políticas y normas del proceso de coordinación de beneficios:

- 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 cualesquier otros programas:

1. El programa que cubra al inscrito como empleado determinará sus beneficios antes que el programa que cubra al inscrito como un dependiente.
2. El programa que cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuyo cumpleaños corresponda antes en el año calendario determinará sus beneficios antes que el programa que cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuyo cumpleaños corresponda más adelante en el año calendario. Si ambos empleados tienen el mismo cumpleaños, el programa que cubra al empleado por el período más prolongado será el principal con respecto al programa que cubre al empleado por el período más corto. Si el otro programa no cuenta con la norma señalada en 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 cualquier período durante el cual se han pagado o suministrado los beneficios antes que el programa tenga conocimiento real de la orden judicial.
4. El programa que cubra al inscrito como empleado o como dependiente de un empleado determinará sus beneficios antes del programa que cubra al inscrito como empleado jubilado o despedido o como dependiente de dicha persona. Si el otro plan no tiene una norma con respecto a los empleados jubilados 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 debe haber sido el primer programa para determinar sus beneficios, Delta Dental será considerada como que no es la primera para determinar sus beneficios.
6. En las situaciones que no estén descritas en los ítems 1 al 5, el programa bajo el cual el inscrito ha estado inscrito por el mayor período de tiempo determinará primero sus beneficios. Cuando Delta Dental sea la primera para determinar sus beneficios, los beneficios serán pagados sin considerar la cobertura bajo cualquier otro programa. Cuando Delta Dental no sea la

primera en determinar sus beneficios, y existen gastos restantes del tipo permitido bajo este programa, Delta Dental solo pagará el monto por el cual los beneficios bajo este plan exceden la cantidad de beneficios pagaderos bajo el otro programa.

Divulgación de información al Fondo: Fraude

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

La información que entrega al Fondo, lo que incluye las declaraciones en cuanto a su edad y estado civil, afecta la determinación de sus beneficios. Si cualquier información que suministra es falsa, o si comete un acto o práctica que constituye fraude, o transgversa 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 transgversación. Además, si se presentó una reclamación para su pago o ésta fue pagada por el Fondo como resultado de declaraciones falsas, fraude o transgversación, el Fondo puede solicitar el reintegro, decidir formular cargos criminales y tomar cualquier otra medida que considere razonable. Solicitar a sabiendas beneficios para una persona que no es elegible se considera un fraude y podría estar sujeto a procedimientos penales.

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

El Fondo evalúa regularmente las reclamaciones para detectar fraudes o declaraciones falsas. Debe avisar al Fondo de cualquier descuento o ajuste de precios que le haga un proveedor. Un proveedor que lo exime de un copago o coseguro, o se lo devuelve está realizando un arreglo de descuento con usted, a menos que ese proveedor tenga un acuerdo por escrito preaprobado con el

Fondo para ese tipo de eximición o devolución. Si no está seguro si su proveedor tiene uno de estos acuerdos por escrito preaprobados, puede comunicarse con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para obtener asistencia.

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

Pagos en exceso

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

Cobertura de salud colectiva continuada

Durante una licencia médica y familiar

La Ley de licencias médicas y familiares (“FMLA”, por sus siglas en inglés) permite hasta 12 semanas de licencia no remunerada durante cualquier período de 12 meses debido a:

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

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

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

- ha trabajado para el mismo **empleador contribuyente** durante al menos 12 meses,
- ha trabajado al menos 1,250 horas durante los 12 meses anteriores, y
- trabaja en 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 el estatus de elegibilidad del empleado hasta que termine la licencia, siempre que el **empleador contribuyente** conceda adecuadamente la licencia conforme a la FMLA y el **empleador contribuyente** presente el aviso y el pago exigidos al Fondo. Desde luego, cualquier cambio en los términos, reglas o prácticas del Plan que entren en vigencia mientras se encuentra con licencia se le aplican a usted y a sus dependientes, del mismo modo que con los empleados activos y sus dependientes. Llame al Centro de servicios para afiliados para informarse sobre la cobertura durante una licencia FMLA.

Durante una licencia por servicio militar

Si se encuentra en servicio militar activo durante 31 días o menos, seguirá teniendo cobertura médica conforme a la Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados (“USERRA”, por sus siglas en inglés) de 1994. Si está en servicio militar activo durante más de 31 días, la USERRA le permite continuar recibiendo cobertura médica y dental para usted y sus dependientes a su cargo hasta por 24 meses siempre que se inscriba para tener cobertura. Esta cobertura continua funciona del mismo modo que COBRA. (Consulte las páginas 53 a 57 para obtener información sobre COBRA). Además, sus dependientes pueden ser elegibles para recibir atención médica de **TRICARE**. Este Plan coordinará la cobertura con **TRICARE**. (Consulte la página 69).

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

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

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

Conforme a COBRA

Conforme a la Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 (“COBRA”), se exige a los planes de salud colectivos ofrecer la continuación temporal de la cobertura de salud, en que el empleado paga todo, en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo. La “cobertura de salud” incluye la cobertura dental y de la vista del Fondo.

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

Si usted está discapacitado y recibe (o tiene aprobación para recibir) beneficios conforme al beneficio de discapacidad a corto plazo o la indemnización por accidentes o enfermedades laborales, el Plan proporciona cobertura por hasta seis meses siempre y cuando siga discapacitado, no pueda trabajar y solicite la cobertura. Si su **empleador** lo despide y su despido pasa a arbitraje para su reincorporación, el Plan proporciona cobertura hasta por seis meses. En estos dos casos de cobertura de salud extendida, no necesita pagar la prima ya que el Fondo la paga. Tenga en cuenta que el período máximo en que tiene cobertura conforme a COBRA se reduce con cada período en que recibe cobertura de salud pagada por el Fondo. (Consulte las páginas 12 y 13 para obtener información sobre Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo).

La tabla de la página siguiente muestra el momento en que usted y sus dependientes elegibles pueden calificar para obtener cobertura continua conforme a COBRA y por cuánto tiempo puede continuar ésta. Tenga en cuenta que la siguiente información es un resumen de la ley y, por lo tanto, es de naturaleza general. Si tiene 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 por causas que no constituyen una mala conducta flagrante	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 legalmente, se divorcia o se anula su matrimonio civilmente	36 meses
Sus hijos dependientes	Sus hijos dependientes ya no califican como dependientes	36 meses
Sus dependientes	Se pone término a su empleo o se reduce su jornada laboral menos de 18 meses después de la fecha de determinarse su derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas)	36 meses desde la fecha de la determinación del derecho a Medicare

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

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

Eventos múltiples que califican. Si sus dependientes califican para la cobertura conforme a COBRA en más de un modo, pueden ser elegibles

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

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

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

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

Notificación al Fondo sobre un evento que califica. Según la ley, para tener derecho a elegir la cobertura conforme a COBRA, usted o sus dependientes son responsables de notificar al Centro de servicios para afiliados de su separación legal o divorcio, de un hijo que pierde la condición de dependiente en el Plan o si usted queda discapacitado (o ya no lo está) según lo determine la Social Security Administration. Usted (o su familiar) debe notificar al Centro de servicios para afiliados por escrito de cualquiera de estos eventos en un plazo menor que 60 días después de ocurrido el evento o 60 días después de que se pierda la cobertura en el Plan debido a dicho evento, lo que ocurra después. Su aviso debe incluir la siguiente información:

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

*Cuándo su **empleador** debe notificar al Fondo.* Su **empleador** es responsable de notificar al Fondo de 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 envía a usted un aviso de COBRA en un plazo de 14 días.

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

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

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 para 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 el pago no se recibió el primer día del mes, la cobertura terminará. Sin embargo, si se realiza su pago en los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento, se reinstaurará la cobertura

retroactivamente hasta la fecha de vencimiento. Los costos pueden cambiar de un año a otro. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información sobre el costo de su cobertura conforme a COBRA.

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

Lo que proporciona la cobertura conforme a COBRA. COBRA 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/muerte o mutilación accidentales, salvo según lo establezca 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 en el Plan para los empleados activos, los mismos cambios se aplicarán a los beneficiarios de COBRA.

Cuándo termina la cobertura conforme a COBRA. La cobertura conforme a COBRA termina normalmente después del período máximo de cobertura que se muestra en la tabla de la página 54. Terminará *antes* del término del período máximo bajo alguna de las siguientes circunstancias:

- Un beneficiario de COBRA deja de realizar los aportes exigidos de COBRA puntualmente.
- Un beneficiario de COBRA se inscribe en Medicare (Parte A, B o ambas) después de la fecha de elección de COBRA u obtiene cobertura en otro plan colectivo que no posee una cláusula de enfermedades preexistentes que afecte la cobertura conforme a COBRA del beneficiario⁽⁵⁾.
- Se extiende la cobertura durante hasta 29 meses debido a discapacidad y existe una determinación definitiva de que el beneficiario de COBRA ya no está discapacitado. El beneficiario de COBRA debe notificar al Centro de servicios para afiliados en un plazo de 30 días después de dicha determinación definitiva.

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

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

⁽⁵⁾ Existen limitaciones en las exclusiones de afecciones preexistentes que impone el Plan, y dichas exclusiones estarán prohibidas a partir de 2014.

Otra información del Plan de salud que debe saber

Cesión de beneficios del Plan

No puede ceder o transferir beneficios a nadie más que un proveedor de servicios de salud (lo que se hace llenando un formulario de reclamación, el cual enviará el proveedor de la atención al Plan, o llenando un formulario que proporcionará el Fondo). No se pueden prometer los beneficios que se le deben con el fin de obtener un préstamo.

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”, por sus siglas en inglés). Una orden de manutención infantil médica calificada es aquella que emite un tribunal u organismo estatal que exige a un empleado que proporcione cobertura en planes de salud colectivos a un hijo.

Una orden de manutención infantil médica calificada es generalmente resultante de un divorcio o separación legal. Siempre que el Centro de servicios para afiliados recibe una orden de manutención infantil médica calificada, el Fondo examina detenidamente su condición de que califica en concordancia con los procedimientos sobre órdenes de manutención infantil médica calificadas adoptados por la Junta y conforme la ley federal. Para obtener más información sobre las órdenes de manutención infantil médica calificadas, u obtener una copia de los procedimientos del Plan sobre éstas sin costo, comuníquese con la Oficina de cumplimiento de contratos en la dirección que aparece en la página 67.

Exención de responsabilidad por la práctica médica

Ni el Fondo, la Junta ni sus designados:

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

Privacidad de la información de salud protegida

La Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud de 1996 (“HIPAA”, por sus siglas en inglés) es una ley federal que impone ciertas obligaciones de confidencialidad y seguridad al Fondo respecto de los registros médicos y de otra información de salud que lo identifique como individuo usada o divulgada por el Fondo. La HIPAA también le otorga derechos respecto de su información de salud, lo que incluye algunos derechos para recibir copias de dicha información sobre usted, que el Fondo guarde, y para saber cómo puede usarse su información de salud. Una descripción completa de cómo usa el Fondo su información de salud, y de sus otros derechos conforme a las reglas de privacidad de la 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 en la dirección que aparece en la página 67.

La Junta de fideicomiso del Fondo adoptó parte del lenguaje sobre privacidad y seguridad que usa la HIPAA, lo que exige que la Junta de fideicomiso, en su función de patrocinador del Plan para el Fondo, mantenga la privacidad y seguridad de su información de salud. Puede dirigir cualquier pregunta sobre la HIPAA a la Oficina de cumplimiento de contratos en la dirección que aparece en la página 67.

Conversión a cobertura individual

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

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

Sólo puede convertir su cobertura colectiva a una póliza Whole Life, Universal Life o de plazo de un año no renovable. El monto convertido a una póliza individual no puede exceder el monto que tenía en la póliza colectiva. El monto de su cobertura de seguro de vida es de \$25,000.

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

Todos los demás beneficios del Plan. No puede convertir los beneficios de atención dental, cuidado de la vista y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales en una cobertura individual.

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** aporten al Fondo en nombre de cada empleado cubierto. Los **empleadores** que han suscrito estos acuerdos colectivos de trabajo también pueden participar en el Fondo en nombre de empleados que no son parte del acuerdo colectivo de trabajo, si es aprobado por los Agentes fiduciarios, mediante la firma de un acuerdo de participación. Otros **empleadores** (como la misma Local 32BJ 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 puede proporcionar, cuando lo solicite por escrito, la información de si un **empleador** en particular está aportando al Fondo en nombre de los participantes que trabajan bajo un acuerdo colectivo de trabajo o un acuerdo de participación, y si es así, el Plan al que aporta 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:

- presenta una reclamación de beneficios en forma adecuada u oportuna,
- entrega la información exigida para completar o verificar una reclamación,
- tiene una dirección actualizada en los archivos del Centro de servicios para afiliados, y
- cobra los cheques dentro de los dieciocho (18) meses de la fecha de

emisión. Los montos de estos cheques no cobrados se reintegrarán a los activos del Fondo y se agregarán a los activos netos disponibles para beneficios en las declaraciones financieras del Fondo.

También debe tener en cuenta que los beneficios del Plan no se pagan a dependientes inscritos que se vuelvan no elegibles debido a la edad, matrimonio, divorcio o separación legal (a menos que elijan y paguen por los beneficios conforme a COBRA, como se describe en las páginas 53 a 57).

Si el Plan paga equivocadamente más que la cantidad para la que usted es elegible, o paga beneficios que no están autorizados por el Plan, el Fondo puede recurrir a los recursos permitidos por la ley para recuperar los beneficios que pagó por error. (Consulte también la sección Pagos en exceso en la página 51).

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 por los gastos elegibles en los que haya incurrido antes de la cancelación o modificación.

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

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

Administración del Plan

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

El Plan es administrado por la Junta de fideicomiso. La Junta rige este Plan conforme a un Acuerdo y declaración de fideicomiso. La Junta o sus designados debidamente autorizados tienen el derecho, facultad y autoridad exclusivos, a su absoluta discreción, para administrar, aplicar e interpretar el Plan establecido según este 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 y/o sus designados debidamente autorizados, incluido el Comité de Apelaciones con respecto a las apelaciones de reclamaciones de beneficios, tendrán toda la autoridad a su absoluta discreción para:

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

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

La Junta ha delegado ciertas funciones administrativas y operacionales al personal del Fondo, a otras organizaciones y al Comité de Apelaciones. La

mayoría de sus preguntas diarias pueden ser respondidas por el personal del Centro de servicios para afiliados. Si desea comunicarse con la Junta, escriba a:

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

Declaración de derechos según la Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 con sus modificaciones

Como participante del Building Service 32BJ Health Fund, usted tiene ciertos derechos y protecciones según la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (“ERISA”, por sus siglas en inglés). ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

- 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 el salón de información de la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (“EBSA”, por sus siglas en inglés).
- Obtener, mediante solicitud por escrito a la Oficina de cumplimiento de contratos, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500), así como la Descripción abreviada del Plan actualizada. El Fondo puede establecer un costo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que la Junta proporcione a cada participante una copia de este resumen del informe anual.
- Continuar la cobertura de salud colectiva.

Puede continuar recibiendo la cobertura de salud colectiva por cuenta propia, de su cónyuge o dependientes si existe una pérdida de cobertura en el Plan como resultado de un evento que califica. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar por dicha cobertura. Lea este folleto (consulte las páginas 53 a 57 para obtener información sobre COBRA) y los documentos que rigen el Plan para conocer las normas que rigen los derechos de continuación de COBRA.

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

Si usted tiene cobertura acreditable de otro plan. Se le debe proporcionar un certificado de cobertura acreditable sin costo en su plan de salud colectivo o compañía de seguros de salud cuando pierda la cobertura del plan, cuando empiece a tener derecho de elegir la cobertura continua conforme a COBRA, cuando cese su cobertura continua conforme a COBRA, si la solicitó antes de perder la cobertura o si la solicitó hasta 24 meses después de perderla. Sin el comprobante de cobertura acreditable, puede que esté sujeto a la exclusión de enfermedades preexistentes durante 12 meses (18 meses para los inscritos tardíamente) después de la fecha de su inscripción en su nueva cobertura⁽⁶⁾.

Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan

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

Haga cumplir sus derechos

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

Según ERISA, puede hacer valer los derechos mencionados anteriormente tomando ciertas medidas. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual de éste y no los recibe dentro de 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal.

⁽⁶⁾ Existen limitaciones en las exclusiones de afecciones preexistentes que impone el Plan, y dichas exclusiones estarán prohibidas a partir de 2014.

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 estos no se hayan enviado por razones ajenas al administrador.

Si se rechaza o se ignora su reclamación de beneficios, ya sea en forma total o parcial, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal después de agotar el proceso de apelación del Plan. Si los fiduciarios del Fondo hacen uso indebido del dinero del Fondo o si sufre algún tipo de discriminación por ejercer sus derechos, puede pedir ayuda al Departamento del Trabajo de Estados Unidos 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 36 a 48. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si obtiene un fallo favorable, el tribunal puede ordenarle a la parte demandada que pague dichos costos y honorarios. Si el fallo es desfavorable, el tribunal puede ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios si, por ejemplo, se considera que su reclamación 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 sus derechos según ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la EBSA del Departamento del Trabajo de Estados Unidos 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 deberes según ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Beneficios de Pensión y Bienestar (EBSA) o visitando el sitio web del Departamento del Trabajo: <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 Part Time Plus Plan del Fondo de salud.

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

Financiamiento de los beneficios y tipo de administración

Autofinanciado, excepto MetLife, que asegura los beneficios del seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. 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**. Se puede comunicar con la oficina de la Junta en:

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 proporcionará, 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 por escrito, así como la dirección de dicho **empleador**. Además, se puede obtener una lista completa de los **empleadores** y uniones que patrocinan el Plan cuando lo solicite por escrito a la Oficina de cumplimiento de contratos, la cual está a disposición para su consulta en dicha oficina.

Para comunicarse con la Oficina de cumplimiento, escriba a:

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

Para comunicarse con el Fondo de salud llame al:

1-800-551-3225

o escriba a:

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

Agente encargado de la notificación del proceso legal

La Junta ha sido designada como agente para entregar la notificación del proceso legal. La notificación del proceso legal se puede efectuar en 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.

Glosario

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

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

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

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

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

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

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

Monto permitido es el máximo que el Fondo pagará por un servicio cubierto. Cuando se atiende dentro de la **red**, el **monto permitido** está basado en un acuerdo con el proveedor. Cuando se atiende **fuera de la red**, el **monto permitido** está basado en la tasa de pago del Fondo de los costos permitidos a un proveedor de la **red**.

Proveedor fuera de la red se refiere a un **médico** u otro proveedor profesional que no es parte de la **red** del Plan para servicios de cuidado de la vista o atención dental.

Proveedor participante es aquel que aceptó proporcionar servicios, tratamiento y suministros a una tasa negociada previamente según los planes de atención dental y de cuidado de la vista.

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

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.



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 Part Time Plus Plan del Building Service 32BJ Health Fund

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 Part Time Plus Plan (Plan) del Building Service 32BJ Health Fund, con fecha del 1 de julio de 2014. 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.**

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, 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
Vicepresidente, Negociación Colectiva y Relación con los Empleadores
32BJ SEIU
1025 Vermont Avenue NW
7th Floor
Washington, DC 20005-3577

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

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

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

Cambio en la cobertura dental: Pregunta 5, página 8: A partir del 1 de julio de 2016, se elimina completamente la pregunta 5 “¿De qué se trata la cobertura dental?” y se reemplaza con lo siguiente:

5. ¿De qué se trata la cobertura dental?

- Servicios preventivos y de diagnóstico, como exámenes dentales de rutina, limpiezas, radiografías, aplicaciones de fluoración tópica y sellantes (cubiertos en un 100%),
- servicios básicos y restaurativos, como obturaciones y extracciones (cubiertos en un 100%),
- servicios mayores como puentes dentales fijos, coronas, prótesis y cirugía de encías (cubiertos en un 100%), y
- servicios de ortodoncia como procedimientos diagnósticos y aparatos para realinear los dientes.

Los beneficios dentales están sujetos al **coseguro** y límites de frecuencia y existe un monto máximo anual para la atención dental para adultos. (Para obtener detalles adicionales, consulte las páginas 21 a 30).

Cambio en la elegibilidad de dependientes: Tabla en las páginas 15 a 17: Con vigencia a partir del 1 de febrero de 2016, se elimina completamente la tabla en la sección "Elegibilidad de dependientes" y se reemplaza con la siguiente tabla:

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Cónyuge	Ninguna	La persona con la que está legalmente casado (si usted está legalmente separado o divorciado, su cónyuge no está cubierto).
Hijos	Hasta, lo que sea antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo cumple uno de los siguientes requisitos: • es su hijo biológico, • es su hijo adoptado* o asignado para adopción antes de ésta, o • es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge.
Hijos (dependientes) –Su nieto(a), o sobrino(a) SÓLO si usted es el tutor legal*** (si la solicitud de tutela legal está pendiente, debe suministrar documentación que demuestre que se presentaron los papeles y presentar evidencia cuando se complete el proceso legal).	Hasta, lo que sea antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo: • no está casado, • tiene la misma dirección principal que el participante**, o según lo establezcan los términos de una orden de manutención infantil médica calificada ("QMCSO") (consulte la página 81), y • es dependiente del participante para toda su manutención anual y éste lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos**.

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

Página 18: Se elimina la tercera viñeta bajo la sección "Cuándo sus dependientes ya no son elegibles" y se reemplaza con la siguiente viñeta:

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

Eliminación de la capacidad de renunciar a la cobertura dental y de la vista Página 18: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2015, bajo el título “Cómo inscribirse”, se eliminan el primero y el segundo párrafo y se reemplazan con el siguiente párrafo:

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

Cambios en los beneficios dentales: Con vigencia a partir del 1 de julio de 2016, se realizan los siguientes cambios al beneficio dental

Página 23: Se elimina completamente la sección "Los servicios dentales que están cubiertos" y se reemplaza con lo siguiente:

Los servicios dentales que están cubiertos

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

- Servicios preventivos y de diagnóstico, como exámenes dentales de rutina, limpiezas, radiografías, aplicaciones de fluoración tópica, mantenedores de espacio y sellantes. Estos servicios se cubren en un 100%.
- Servicios 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 de magnitud mayor como puentes dentales fijos, coronas y prótesis dentales. Estos servicios se cubren en un 80%.
- Servicios de ortodoncia para niños de 19 años o menos, como procedimientos diagnósticos y aparatos para realinear los dientes.

Existe un máximo de por vida aparte para servicios de ortodoncia de \$2,000 por paciente.

Consulte el Programa de servicios dentales cubiertos para Delta Dental PPO en las páginas 24 a 27 para obtener detalles.

Página 24: Se elimina completamente la sección "Máximo anual" y se reemplaza con lo siguiente:

Máximo anual

El plan Delta Dental brinda cobertura de hasta \$1,500 por participante/dependiente de 19 años de edad o más, por año calendario. No existe un máximo anual para los participantes y dependientes menores de 19 años. Existe un máximo de por vida separado para servicios de ortodoncia de \$2,000 para los hijos de 19 años o menos.

Páginas 24 a 27: Se modifica el Programa de servicios dentales cubiertos para incluir los siguientes porcentajes de cobertura para cada procedimiento como se indica a continuación:

Procedimiento	Porcentaje de cobertura
Diagnóstico	100%
Atención preventiva	100%

Restauración simple	100%
Servicios de restauración de mayor magnitud	80%
Endodoncia	100%
Periodoncia	100%
Prótesis dentales removibles	80%
Prótesis dentales fijas	80%
Extracciones simples	100%
Cirugía oral y maxilofacial	100%
Tratamiento de emergencia	100%
Reparaciones	100%
Ortodoncia	100%
Varios	100%

Aclaraciones en los beneficios del cuidado de la vista **Página 31:** 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 32: 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 de las exclusiones de AD&D para que se ajusten a las disposiciones del MetLife Group Certificate

Página 35: Se elimina completamente la sección "Lo que no está cubierto" y se reemplaza con lo siguiente:

Lo que no está cubierto

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

- o enfermedad o dolencia física o mental, o el diagnóstico o tratamiento de dicha enfermedad o dolencia física o mental,
- o infección que no se haya producido en una herida accidental externa,
- o suicidio o intento de suicidio,
- o lesión autoinfligida de forma intencional,
- o servicio en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional, excepto por la Guardia Nacional de los Estados Unidos,

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

Corrección de la información de contacto de Delta Dental 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:

www.deltadentalins.com/32BJ

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

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

Corrección de la Dirección para la presentación de reclamaciones dentales Página 38: En la tabla, bajo la sección "Adónde enviar los formularios de reclamación", se elimina la dirección para la presentación de reclamaciones dentales y se reemplaza con la siguiente dirección:

Delta Dental
PO Box 2105
Mechanicsburg, PA 17055-2105

Corrección de la Dirección para la presentación de apelaciones dentales Página 44: En la tabla, bajo la sección "Dónde presentar una apelación de primera instancia", la dirección para la presentación de apelaciones dentales se modifica reemplazando Attn: Dental Affairs Committee por Attn: Professional Services.

Y el asterisco debajo de la tabla se modifica reemplazando el número de teléfono al que debe llamar para presentar una apelación de atención dental urgente por el nuevo número 1-800-589-4627.

Adición de la sección "No duplicación de la cobertura de salud": Página 48: 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.

Modificación de Cesión de beneficios del Plan Página 58: El primer párrafo de la sección Cesión de beneficios del Plan se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente texto:

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

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

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

- su nombre,
- su número de identificación tal como figura en su tarjeta de 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.

Adición de la definición de coseguro Página 68: Con vigencia a partir del 1 de julio de 2016, se agrega al Glosario la siguiente definición de coseguro:

Coseguro es el 20% que paga por los servicios de mayor magnitud, como puentes dentales fijos, coronas y prótesis dentales.

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

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

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