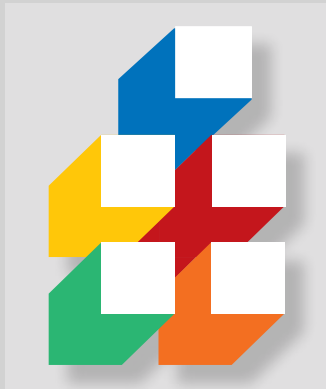




Building Service 32BJ Health Fund
Kaiser Permanente
Tri-State Plan



Descripción abreviada del plan

1 de mayo de 2015



Aviso de traducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Building Service 32BJ

Health Fund

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

Teléfono: 1-800-551-3225

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

Agentes fiduciarios de la Unión

Héctor J. Figueroa
Presidente

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

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

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

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

Agentes fiduciarios del Empleador

Howard I. Rothschild
Presidente

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

Charles C. Dorego
Vicepresidente principal/Abogado general
Glenwood Management
1200 Union Turnpike
New Hyde Park, NY 11040-1708

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

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

Directora ejecutiva, Building Service 32BJ Benefit Funds

Susan Cowell

Director, Building Service 32BJ Health Fund

Angelo V. Dascoli

Auditor del Fondo

Bond Beebe

Consejero legal

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

Índice

	Página
Aviso importante	5
Preguntas frecuentes	7
Elegibilidad y participación	9
Cuándo es elegible	9
Cuándo ya no es elegible	9
Si se reintegra al trabajo	10
Extensión de los beneficios de salud	10
COBRA	10
Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo	10
Discapacidad	11
Arbitraje	12
Ley de licencias médicas y familiares (FMLA)	12
Licencia por servicio militar	12
Elegibilidad de los dependientes	12
Cuándo sus dependientes ya no son elegibles	16
Cómo inscribirse	16
Normas especiales de inscripción	17
Su obligación de avisar	18
Qué beneficios se brindan	19
Beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y de la vista	19
Beneficios del seguro de vida	19
Monto del beneficio	19
Designación de un beneficiario	20
Extensión del seguro de vida por discapacidad	20
Cuándo termina la cobertura	21
Beneficios del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	21
Cómo funcionan los beneficios del seguro AD&D	21
Lo que no está cubierto	22
Cuándo termina la cobertura	23
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones	23
Reclamaciones de beneficios	23
Presentación de reclamaciones de beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y de la vista	23
Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro AD&D	23
Aprobación y rechazo de reclamaciones	24
Apelación de reclamaciones rechazadas	24

	Página
Presentación de una apelación de reclamaciones rechazadas de beneficios médicos, hospitalarios, de salud mental o de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y de la vista	24
Presentación de una apelación de reclamaciones rechazadas de beneficios del seguro de vida y del seguro AD&D	25
Decisión de la apelación	25
Apelación voluntaria de segunda instancia por una reclamación de beneficios del seguro de vida y del seguro AD&D	25
Acciones posteriores	26
Incapacidad	27
Dirección de correo postal	27
Divulgación de información al Fondo: Fraude	28
Cobertura de salud colectiva continuada	29
Durante una licencia médica y familiar	29
Durante una licencia por servicio militar	30
Conforme a COBRA	31
Cobertura continuada conforme a COBRA	32
Otra información del Plan de salud que usted debería saber	36
Cesión de beneficios del Plan	36
Exención de responsabilidad por la práctica médica	37
Privacidad de la información de salud protegida	37
Conversión a cobertura individual	38
Información general	39
Aportes del empleador	39
Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios	39
Cumplimiento de las leyes federales	40
Modificación o cancelación de un Plan	40
Administración del Plan	40
Declaración de derechos según la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974, con sus modificaciones	42
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan	42
Haga cumplir sus derechos	43
Ayuda con sus preguntas	43
Información del Plan	44
Financiamiento de los beneficios y tipo de administración	44
Patrocinador y administrador del Plan	44
Empleadores participantes	45
Agente encargado de la notificación del proceso legal	45
Información de contacto	Interior de la contraportada

Aviso importante

Este folleto es el documento del Plan y la Descripción abreviada del Plan ("SPD") del plan de beneficios ("el Plan") Kaiser Tri-State del Fondo de salud 32BJ ("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 del presente documento constituyen los términos del Plan.⁽¹⁾ Sus derechos a los beneficios solo se pueden determinar en esta SPD, tal como lo interpreta la acción oficial de la Junta de fideicomiso ("la Junta"). Debe consultar este folleto cuando necesite información sobre los beneficios de su Plan. Además, la Junta se reserva el derecho, a su entera y absoluta discreción, de modificar el Plan en cualquier momento.

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

- Guarde este folleto (póngalo en un lugar seguro). Si pierde una copia, puede pedir otra al Centro de servicios para afiliados u obtenerla en www.32bjfunds.org.
- Si cambia su nombre o dirección, notifique inmediatamente al Centro de servicios para afiliados llamando al 1-800-551-3225 para que se actualicen sus registros.
- En este folleto, las palabras "usted" y "su" se refieren a los participantes que tienen empleos que los hacen elegibles para los beneficios del Plan. La palabra "dependiente" se refiere a un miembro de la familia del participante que es elegible para un Plan de beneficios.

⁽¹⁾Esta SPD es el documento del plan Kaiser Tri-State, que incluye los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental y de la vista, de seguro de vida y de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D, por sus siglas en inglés). La Evidencia de cobertura ("EOC", por sus siglas en inglés) del contrato de Kaiser es el documento del plan para los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y de la vista. El contrato de seguro de MetLife es el documento del plan para los planes de seguro de vida y de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Los planes y los beneficios que pagan están limitados por todos los términos, las exclusiones y las limitaciones de aquellos contratos en vigencia en el momento del incidente cubierto. La Junta se reserva el derecho de cambiar los contratos y las compañías de seguro. Si la Junta realizara alguno de estos cambios, la cobertura de beneficios que se describe en esta SPD podría no ser correcta. Puede solicitar copias de la EOC y de los contratos de seguro a Kaiser y a MetLife.

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

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

Preguntas frecuentes

1. ¿Qué beneficios brinda el Plan?

El Plan brinda un programa integral de beneficios. El Kaiser Permanente SignatureSM Plan brinda lo siguiente:

- beneficios hospitalarios,
- beneficios médicos,
- beneficios de salud mental y de abuso de sustancias,
- beneficios de medicamentos con receta,
- beneficios de atención dental y
- beneficios de cuidado de la vista.

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

Además, a través de MetLife, el Plan brinda lo siguiente:

- beneficios de seguro de vida y
- beneficios de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D).

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

2. ¿Son elegibles mis dependientes?

Por lo general no, a menos que su acuerdo colectivo de trabajo o su acuerdo de participación prevea la cobertura familiar. En caso de que esté cubierto, los dependientes cubiertos incluyen a su cónyuge y a sus hijos hasta que estos cumplan 26 años. (Consulte la tabla de las páginas 13 a 15 para obtener una descripción más completa de los dependientes). En caso de que su acuerdo colectivo de trabajo prevea la cobertura de los dependientes, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para obtener más información sobre cómo inscribir a los dependientes.

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

\$10,000.

No existe cobertura de seguro de vida para sus dependientes.

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

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

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

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

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

Si usted es elegible, el Fondo pagará hasta seis meses de cobertura de salud continuada (COBRA pagado por el Fondo). Para ser elegible, usted debe:

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

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

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

Elegibilidad y participación

Cuándo es elegible

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

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

Cuándo ya no es elegible

Su elegibilidad para el Plan termina:

- al final del día 30 después de que ya no trabaje regularmente a tiempo completo en el **empleo cubierto**, sujeto a los derechos conforme a COBRA (consulte las páginas 10 a 12 y 31 a 36);
- en la fecha en que su empleador pone fin a su participación en el Plan; o
- en la fecha en que se cancele el Plan.

Además, la Junta se reserva el derecho, a su entera discreción, de cancelar la elegibilidad si su empleador es significativamente moroso en sus aportes al Fondo.

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

Si se reintegra al trabajo

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

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

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

Extensión de los beneficios de salud

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

COBRA

Conforme a la Ley de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado ("COBRA") de 1986, se exige a los planes de salud colectivos que ofrezcan la continuación temporal de la cobertura de salud, todo pagado por el empleado, en ciertas situaciones que, de otro modo, terminarían con la cobertura. La "cobertura de salud" incluye la cobertura hospitalaria, médica, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y de la vista del Plan. Esto no incluye el seguro de vida ni el seguro AD&D. (Consulte las páginas 10 a 12 y 31 a 36 para obtener más información sobre COBRA).

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, que debe haber ocurrido mientras usted se encontraba en un **empleo cubierto**, y arbitraje. Todos los períodos de Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo contarán para efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continuada conforme a COBRA.

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

La Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo incluye los beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y de la vista del Plan. El seguro de vida y el seguro AD&D también continúan durante los primeros seis meses. (Consulte la página 20 para obtener información sobre la Extensión del seguro de vida por discapacidad).

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

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

Discapacidad

Puede seguir siendo elegible para un máximo de seis meses de cobertura de salud (consulte la sección "Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo" en las páginas 10 y 11), siempre y cuando envíe la documentación requerida indicada en la sección "Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo" del aviso de elección de COBRA, sea incapaz de trabajar y esté recibiendo (o cuente con la aprobación para recibir) uno de los siguientes beneficios por discapacidad:

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

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

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

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

Para recibir esta cobertura extendida (Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo), usted debe enviar un comprobante de discapacidad tal como se describe en la sección "Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo" del aviso de elección de COBRA a más tardar 60 días después de la fecha en que habría perdido la cobertura (90 días después de que dejó de trabajar debido a una discapacidad). El Plan se reserva el derecho de exigir, de vez en cuando, un comprobante de que usted sigue discapacitado. Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua conforme a COBRA. (Consulte las páginas 10 a 12 y 31 a 36 para obtener información sobre COBRA).

Arbitraje

Si usted es despedido* y la Unión lleva su queja a arbitraje con el fin de lograr su reincorporación al trabajo, se extenderá su cobertura por hasta seis meses o hasta que se decida su arbitraje, lo que ocurra primero. (Consulte la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo en las páginas 10 y 11). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua conforme a COBRA.

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

Ley de licencias médicas y familiares (FMLA)

Puede tener derecho a tomarse una licencia de hasta 26 semanas conforme a la Ley de licencias médicas y familiares ("FMLA", por sus siglas en inglés). Puede continuar recibiendo cobertura durante una licencia conforme a FMLA. (Consulte las páginas 29 y 30 para obtener más información).

Licencia por servicio militar

Si usted está en servicio militar activo, tiene ciertos derechos conforme a la Ley de derecho de empleo y reemplazo para el personal del servicio uniformado ("USERRA", por sus siglas en inglés) de 1994, siempre y cuando se inscriba para recibir cobertura continua de salud. (Consulte las páginas 30 y 31 para obtener más información. Esta extensión de cobertura contará para efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua conforme a COBRA.)

Elegibilidad de los dependientes

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

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Cónyuge	Ninguna	La persona con la que está legalmente casado (si usted está legalmente separado o divorciado, su cónyuge no está cubierto).
Pareja conviviente	Ninguna	<p>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):</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 entre personas del mismo sexo 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: <ul style="list-style-type: none"> han estado viviendo juntos durante al menos 12 meses, y no están casados con ninguna otra persona ni tienen relación consanguínea que pudiera impedir el matrimonio conforme a la ley, son interdependientes económicamente y pueden demostrarlo, y tienen una relación personal, cercana y comprometida, y no se los ha registrado como parejas de otras personas <i>dentro de los últimos 12 meses</i>. <p>A fin de determinar la elegibilidad para estos beneficios, usted y su pareja conviviente deberán proporcionar lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> un certificado de unión civil de un estado de los Estados Unidos o de una provincia de Canadá donde son válidas las uniones civiles entre personas del mismo sexo o bien, si los certificados de unión civil no están disponibles en la jurisdicción en donde usted vive, declaraciones juradas que atestigüen su relación, más un registro de pareja conviviente según la ley estatal o local (si se permite en la jurisdicción donde vive) y una prueba de su interdependencia económica. <p>Usted tiene la obligación de proporcionar lo anterior al nivel máximo de certificación existente en la jurisdicción donde reside.</p> <p>Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener una solicitud o información general.</p> <p>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.</p>

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 mismos únicamente en el caso en que fallezca el participante.
Hijos (excepto hijos discapacitados)	30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el que el hijo cumple los 26 años, lo que ocurra primero.	El hijo cumple uno de los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • es su hijo biológico; • es su hijo adoptado* o colocado antes de la adopción, • es su hijastro: esto incluye al hijo biológico o adoptado de su cónyuge, o • es el hijo biológico o adoptado de su pareja conviviente.
Hijos (discapacitados) de más de 26 años	No hay límite de edad para la cobertura.	<p>El hijo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • es discapacitado total y permanente; • quedó discapacitado cuando ya era dependiente elegible o antes de volverse dependiente elegible; • no está casado; • tiene la misma dirección principal que el participante**, o según lo establecido en los términos de una orden de manutención infantil médica calificada ("QMCSO", por sus siglas en inglés); consulte la página 36, y • es dependiente del participante para más de la mitad de su manutención anual y ha sido declarado como su dependiente en su declaración de impuestos.** <p>Debe solicitar una extensión de la cobertura para hijos dependientes discapacitados y proporcionar pruebas de la discapacidad total y permanente en un plazo que no supere los 60 días después de la fecha en la que su hijo perdería su elegibilidad; además, usted debe permanecer cubierto por el Plan. Se le notificará acerca de la elegibilidad para la continuación de la cobertura de su hijo adulto discapacitado. Debe inscribir a su hijo adulto discapacitado dentro del plazo de 60 días después de recibir la confirmación de la elegibilidad de su hijo adulto. Si no lo inscribe en este momento, su hijo adulto discapacitado perderá su elegibilidad especial. Si su hijo se vuelve elegible para una cobertura extendida como resultado de una discapacidad, se le pedirá que pague una prima mensual para cubrir una parte del costo de la cobertura. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados.</p>

Dependencia	Limitación de edad	Requisitos
Hijos (dependientes): nietos o sobrinos ÚNICAMENTE si usted es su tutor legal*** (si la solicitud de tutela legal está en trámite, debe proporcionar la documentación que indique que se presentaron los papeles, y un comprobante cuando concluya el proceso legal)	30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el que el hijo cumple los 26 años, lo que ocurra primero.	<p>El hijo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • no está casado; • tiene la misma dirección principal que el participante**, o según lo establecido en los términos de una QMCSO; consulte la página 36; y • es dependiente del participante para toda su manutención anual y ha sido declarado como dependiente en su declaración de impuestos.**

Tenga en cuenta lo siguiente:

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

*Si inscribe al niño dentro de un plazo de 30 días después de la colocación o de la adopción, lo que ocurra primero, su hijo dependiente adoptado tendrá cobertura a partir de la fecha en que fue adoptado o "colocado para adopción" con usted, lo que ocurra antes (pero no antes de que usted sea elegible). (Consulte la sección "Su obligación de avisar" en las páginas 18 y 19). Se coloca con usted a un niño para adopción en la fecha en que usted queda legalmente obligado a proporcionar manutención parcial o total para el niño que desea adoptar. Sin embargo, si se coloca con usted a un niño para adopción, pero la adopción finalmente no ocurre, la cobertura de ese niño terminará en la fecha en que usted ya no tenga una obligación legal para su manutención. Si adopta a un niño recién nacido, este estará cubierto desde el nacimiento siempre y cuando usted tenga la custodia inmediatamente después de que el niño sea dado de alta del hospital y presente una petición de adopción a las autoridades estatales correspondientes, dentro de un plazo de 30 días después del nacimiento del niño. Sin embargo, los recién nacidos adoptados no estarán cubiertos desde el nacimiento si uno de los padres biológicos cubre la hospitalización inicial del recién nacido, si se presenta un aviso que revoca la adopción o si uno de los padres biológicos revoca su consentimiento para la adopción.

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

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

Cuándo sus dependientes ya no son elegibles

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

- La elegibilidad de su cónyuge termina 30 días después de la separación o del divorcio legal⁽²⁾. La elegibilidad de su pareja conviviente termina 30 días después de que ya no se cumplan los requisitos para la sociedad de convivencia que se describen en las páginas 13 y 14.
- La elegibilidad de su hijo termina cuando este ya no cumpla los requisitos para ser considerado hijo dependiente, según se describe en la página 14, 30 días después de que el hijo cumpla los 26 años o al finalizar el año calendario en el que el hijo cumple los 26 años, lo que sea que ocurra primero.
- La elegibilidad de un cónyuge, de una pareja conviviente y de los hijos dependientes termina 30 días después de su fallecimiento.

Cómo inscribirse

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

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

Consulte la sección "Elegibilidad de los dependientes" en las páginas 12 a 15 para determinar si sus dependientes son elegibles para la inscripción. También deberá enviar la documentación que demuestre la condición de relación, incluido un certificado de matrimonio (para su cónyuge), certificados de nacimiento y, si corresponde, un comprobante de la condición de dependencia (para sus nietos y sobrinos). En la mayoría de los casos, la cobertura de sus dependientes comenzará en la primera fecha en que sean elegibles.

⁽²⁾Normalmente, una separación legal es cualquier orden judicial o acuerdo presentado ante los tribunales conforme al cual las partes reconocen que están viviendo de manera separada. La separación legal incluye, entre otros, un divorcio de cuerpos y bienes, un divorcio limitado, una separación judicial, una manutención separada, un acuerdo entre cónyuges, un acuerdo de división de bienes matrimoniales y un acuerdo de división de bienes.

Sin embargo, si no inscribe a sus dependientes dentro de los 30 días a partir de la fecha en que resultó elegible por primera vez para recibir la cobertura de salud conforme a este Plan, la cobertura de sus dependientes no comenzará hasta la fecha en que usted notifique al Fondo. Después de que comience su cobertura conforme al Plan, si se produce un cambio en su situación familiar (por ejemplo, se casa o adopta a un niño) o desea cambiar la cobertura de un dependiente existente por alguna razón, debe completar el formulario correspondiente. Se aplican normas especiales respecto de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su nuevo dependiente. (Consulte la sección "Su obligación de avisar" en las páginas 18 y 19 para obtener más detalles).

Las reclamaciones de dependientes para gastos elegibles se pagarán únicamente después de que el Fondo haya recibido el formulario correspondiente y la documentación acreditativa. Si sus formularios no están completos en su totalidad ni de manera adecuada, o si el Fondo no tiene toda la documentación solicitada, se retrasará cualquier beneficio pagadero. El Fondo puede solicitar periódicamente un comprobante de que usted o su dependiente siguen siendo elegibles. Si no suministra dicha información, podría perder la cobertura y el derecho de elegir continuar con la cobertura de salud conforme a COBRA.

Normas especiales de inscripción

Es posible que aquellos participantes que trabajan conforme a un acuerdo colectivo de trabajo que brinda una inscripción abierta anual, según los términos de dicho acuerdo, tengan permitido inscribir a uno o más de sus dependientes (según lo indicado en las páginas 14 y 15) de la misma manera que se describe en la sección "Cómo inscribirse" en las páginas 16 y 17. Sin embargo, una vez que elige inscribir o no inscribir a uno o más dependientes específicos, esta elección se vuelve definitiva y no se puede modificar durante todo el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre). Se aplica una excepción si:

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

Si su dependiente eligió la cobertura COBRA, todo el período de cobertura COBRA debe de haber finalizado para que se pueda aplicar esta regla. En cualquiera de

estas circunstancias, usted puede inscribir a su dependiente durante un período de inscripción especial que finaliza 30 días después de la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción/colocación para adopción, pérdida de otra cobertura de salud colectiva o la interrupción del pago de aportes por parte del empleador a otro plan de salud colectivo.

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

Su obligación de avisar

Si, después de que su cobertura conforme al Plan haya entrado en vigencia, ocurre un cambio en su situación familiar (por ej., matrimonio, separación legal, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo), es su responsabilidad avisar inmediatamente al Fondo de dicho cambio y completar el formulario correspondiente. Si avisa al Fondo dentro de un plazo de 30 días a partir del matrimonio, o del nacimiento o adopción de un hijo, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará a partir de la fecha del matrimonio o de la fecha del nacimiento o adopción. Si no avisa al Fondo dentro de los 30 días, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará a regir a partir de la fecha en que usted notifique al Fondo. No se pagarán beneficios hasta que usted proporcione al Fondo la documentación acreditativa necesaria. Además, asegúrese de notificarle al Fondo si su nieto(a) o sobrino(a) ya no vive con usted, se casó o de otra manera ya no cumple los requisitos para obtener cobertura, según se describe en la página 16.

Si, después de entrar en vigencia su cobertura del Plan, sus dependientes pierden la elegibilidad para Medicaid o para el Programa de seguro médico para niños (“CHIP”, por sus siglas en inglés), o se vuelven elegibles para un subsidio del estado para la inscripción en el Plan de Medicaid o en CHIP, y usted desea inscribirlos en el Plan, es su responsabilidad notificarle al Fondo inmediatamente sobre tal cambio y completar el formulario correspondiente. Si notifica al Fondo dentro de los 60 días siguientes a la pérdida de Medicaid/CHIP o a la fecha en que sus dependientes se vuelvan elegibles para el subsidio del estado, la cobertura de sus dependientes comenzará a partir de la fecha en que perdieron la elegibilidad para Medicaid/CHIP o de la fecha en que se volvieron elegibles para el subsidio. Si no notifica al Fondo dentro de los 60 días, la cobertura para sus dependientes comenzará a regir a partir de la fecha en que usted notifique al Fondo. Si no notifica

al Fondo sobre la pérdida de elegibilidad para Medicaid/CHIP o sobre el comienzo de la elegibilidad para el subsidio del estado de sus dependientes, puede haber, como consecuencia, una demora o un rechazo del pago de los beneficios de salud, o la pérdida del derecho a elegir la continuación de la cobertura de salud de COBRA.

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

Qué beneficios se brindan

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

Beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y de la vista

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

Beneficios del seguro de vida

Monto del beneficio

Su cobertura de seguro de vida, administrada por MetLife, es de \$10,000. Los beneficios del seguro de vida se le pagan a su beneficiario si usted muere mientras la cobertura está vigente.

Designación de un beneficiario

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

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

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

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

Extensión del seguro de vida por discapacidad

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

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

El aviso de aprobación o rechazo de los beneficios se enviará a su beneficiario designado por escrito. (Consulte las páginas 24 a 27 para obtener información sobre la apelación de una reclamación rechazada).

Cuándo termina la cobertura

La cobertura del seguro de vida termina 30 días después de finalizar su **empleo cubierto** con excepción de lo estipulado en la página anterior o si usted tiene una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a discapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 10 a 12). Consulte la página 38 para obtener información acerca de cómo convertir su póliza de seguro de vida colectivo en una de seguro de vida individual.

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

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

Cómo funcionan los beneficios del seguro AD&D

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

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

Para todas las pérdidas cubiertas provocadas por todas las lesiones que sufra en un mismo accidente, no se pagará más del monto completo.

Comuníquese con MetLife para reclamar los beneficios del seguro AD&D.

Lo que no está cubierto

No se pagarán los beneficios del seguro AD&D por lesiones que resulten de cualquiera de las siguientes causas:

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

Cuándo termina la cobertura

La cobertura del seguro AD&D termina 30 días después de que termine su empleo. Similar a su seguro de vida, su cobertura de AD&D puede continuar mientras tenga una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a discapacidad o arbitraje (consulte las páginas 10 y 11).

Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

Esta sección describe los procedimientos para presentar reclamaciones de beneficios del Plan. También describe el procedimiento que usted debe seguir en caso de que se rechace su reclamación, en forma total o parcial, y desee apelar dicha decisión.

Reclamaciones de beneficios

Una reclamación de beneficios es una solicitud de los beneficios del Plan que se realiza de acuerdo con los procedimientos de reclamaciones del Plan. Tenga en cuenta que las consultas sobre las provisiones o la elegibilidad para el Plan, que no estén relacionadas con alguna reclamación de beneficios específica, no se consideran reclamaciones de beneficios.

Presentación de reclamaciones de beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y de la vista

No hay reclamaciones para beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y de la vista suministradas por Kaiser Permanente SignatureSM Plan.

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

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

Para presentar una reclamación de un beneficio del seguro AD&D, debe completar un formulario de reclamación. En caso de que usted muera, su beneficiario debe presentar una copia certificada de su certificado de defunción junto con un formulario de reclamación completo. **Se debe presentar una reclamación del beneficio del seguro AD&D en un plazo de 90 días después de ocurrida la pérdida.**

Puede conseguir formularios de reclamación de beneficios del seguro de vida y del seguro AD&D comunicándose con MetLife.

Todas las reclamaciones de beneficios del seguro de vida o del seguro AD&D deben hacerse por escrito a:

MetLife Insurance Company
Group Life Claims
P.O. Box 6100
Scranton, PA 18505-6100
Fax: 1-570-558-8645

Aprobación y rechazo de reclamaciones

Si usted o su beneficiario presentan una reclamación de beneficios del seguro de vida o del seguro AD&D, MetLife tomará una decisión al respecto y se la notificará *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 corresponda, antes del vencimiento del período inicial de 90 días, el motivo del retraso y la fecha en que se tomará la decisión. La decisión se tomará dentro del período de extensión de 90 días y MetLife se la notificará por escrito.

Apelación de reclamaciones rechazadas

Una apelación es una solicitud que usted o su representante autorizado presenta, para que se revise y reconsidere una determinación de beneficios desfavorable. Existen diferentes procesos de apelaciones para los beneficios médicos, hospitalarios, de salud mental o abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental o de la vista y para las reclamaciones del seguro de vida y del seguro AD&D.

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

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

Presentación de una apelación de reclamaciones rechazadas de beneficios del seguro de vida y del seguro AD&D

Usted tiene 180 días a partir de la fecha de la carta inicial en la que se le notifica el rechazo de la reclamación para presentar una apelación.

Todas las apelaciones deben presentarse por escrito a:

MetLife Insurance Company
Group Life Claims
P.O. Box 6100
Scranton, PA 18505-6100
Fax: 1-570-558-8645

Decisión de la apelación

MetLife le comunicará directamente a usted su decisión respecto de la apelación.

Apelación voluntaria de segunda instancia por una reclamación de beneficios del seguro de vida y del seguro AD&D

Una vez que haya recibido el rechazo de la apelación presentada oportunamente,⁽³⁾ usted habrá agotado todas las opciones de apelación interna obligatorias.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede iniciar una acción civil de acuerdo con la Sección 502(a) de la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (“ERISA”). Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación obligatorio y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que los plazos adecuados descritos en la SPD hayan transcurrido desde que presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o un aviso de que se necesita una extensión del plazo para llegar a esa decisión. **Además, no se puede iniciar una demanda más de tres años después de la fecha en la que se rechazó la apelación correspondiente.** Como alternativa, usted puede presentar una apelación voluntaria ante el Comité de Apelaciones de la Junta de fideicomiso. Esta apelación voluntaria debe ser presentada *en un plazo de 180 días* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación suministrada por MetLife.

⁽³⁾ El Comité de Apelaciones no atiende apelaciones voluntarias de reclamaciones para las apelaciones obligatorias que no se presentaron a tiempo ante MetLife. Si MetLife rechaza su apelación por no haberla presentado a tiempo, no podrá presentar una apelación voluntaria ante el Comité de Apelaciones de la Junta de fideicomiso.

La instancia de apelación voluntaria está disponible únicamente después de que usted (o su representante) haya cumplido el proceso de apelación obligatorio correspondiente que exige el Plan, como se describió anteriormente. Esta instancia de apelación es *completamente voluntaria*, es decir que el Plan no la exige y únicamente está disponible si usted (o su representante) la solicita. El Plan no declarará la falta de agotamiento de los recursos administrativos en caso de que usted (o su representante autorizado) elija presentar una reclamación en los tribunales en vez de hacerlo por medio de la instancia de apelación voluntaria. El Plan no le impondrá (ni a usted ni a su representante) honorarios ni costos porque usted (o su representante autorizado) escoja aplicar el proceso de apelación voluntaria. Su decisión de presentar o no una disputa por beneficios en la instancia de apelación voluntaria no tendrá efecto sobre sus derechos a cualquier otro beneficio cubierto por el Plan. Si lo solicita, el Plan le proporcionará (a usted o a su representante) información suficiente para que evalúe con conocimiento de causa la presentación o no de una reclamación por medio del proceso de apelación voluntaria, incluido su derecho de representación. Su apelación voluntaria debe incluir su número de identificación, las fechas en que se prestó el servicio en cuestión y cualquier información adicional que sustente su apelación. Usted (o su representante autorizado) puede escribir al Comité de Apelaciones a la siguiente dirección:

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

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

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

Acciones posteriores

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

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

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

Incapacidad

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

Dirección de correo postal

Es importante que notifique al Centro de servicios para afiliados del Fondo de beneficios 32BJ cuando cambie de dirección. Si no podemos localizarlo, el Fondo retendrá cualquier pago de beneficios que le deba, sin intereses, hasta que se pueda realizar el pago. Se le considera ilocalizable si se devuelve una carta que se le envió por correo de primera clase a su última dirección conocida.

Divulgación de información al Fondo: Fraude

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

La información que le suministre al Fondo, incluidas las declaraciones en cuanto a su edad y estado civil, afectará la determinación de sus beneficios. Si cualquier información que suministre es falsa, o si comete un acto o una práctica que constituye fraude, o tergiversa intencionalmente hechos materiales, es posible que deba indemnizar y devolver al Fondo cualquier pérdida o daño causado por las declaraciones falsas, el fraude o la tergiversación. Además, si se presentó una reclamación para su pago o esta fue pagada por el Fondo como resultado de declaraciones falsas, fraude o tergiversación, el Fondo puede solicitar el reintegro, puede decidir presentar cargos criminales y puede tomar cualquier otra medida que considere razonable. Se considera fraude solicitar a sabiendas beneficios para una persona que no es elegible, y esto podría someterlo a procedimientos penales.

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

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

ese tipo de exención o devolución. Si usted no está seguro de que su proveedor tenga uno de estos acuerdos por escrito aprobados previamente, puede comunicarse con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para obtener asistencia.

El Fondo calcula el pago de beneficios en función del monto que se cobró realmente, menos cualquier descuento, bonificación, exención o devolución de **copagos**, coseguros o deducibles, cuando corresponda al plan del afiliado.

Cobertura de salud colectiva continuada

Durante una licencia médica y familiar

La Ley de licencias médicas y familiares (“FMLA”) permite hasta 12 semanas de licencia no remunerada durante cualquier período de 12 meses debido a lo siguiente:

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

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

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

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

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

El Fondo mantendrá la condición de elegibilidad del empleado hasta que termine la licencia, siempre y cuando el **empleador contribuyente** conceda adecuadamente la licencia conforme a la FMLA, y presente la notificación y el pago exigidos al Fondo. Desde luego, cualquier cambio en los términos, las normas o las prácticas del Plan que entren en vigencia mientras esté de licencia se le aplican a usted y a sus dependientes, del mismo modo que con los empleados activos y sus dependientes.

Llame al Centro de servicios para afiliados para informarse sobre la cobertura durante una licencia conforme a FMLA.

Durante una licencia por servicio militar

Si usted se encuentra en servicio militar activo durante 31 días o menos, seguirá teniendo cobertura médica conforme a la Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados ("USERRA") de 1994. Si usted está en servicio militar activo durante más de 31 días, la USERRA le permite continuar recibiendo la cobertura médica y dental para usted y sus dependientes, a su cargo, hasta por 24 meses siempre y cuando se inscriba para tener la cobertura. Esta cobertura continua funciona del mismo modo que COBRA. (Consulte las páginas 10 a 12 y 31 a 36 para obtener información sobre COBRA). Además, sus dependientes pueden ser elegibles para recibir cuidado médico conforme a **TRICARE**. Este Plan coordinará la cobertura con **TRICARE**. Consulte la EOC del Kaiser Permanent SignatureSM Plan.

Cuando vuelva a su trabajo después de ser dado de baja en forma honorable, se le restituirá su elegibilidad total el día que vuelva a su trabajo con el empleador

participante, siempre y cuando vuelva al empleo dentro de uno de los siguientes plazos:

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

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

Conforme a COBRA

Conforme a la Ley de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado ("COBRA") de 1986, se exige a los planes de salud colectivos que ofrezcan la continuación temporal de la cobertura de salud, todo pagado por el empleado, en ciertas situaciones que, de otro modo, terminarían con la cobertura. La "cobertura de salud" incluye la cobertura hospitalaria, médica, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental y de la vista del Fondo.

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

Si usted está discapacitado y recibe beneficios por discapacidad a corto plazo o la indemnización por accidentes o enfermedades laborales, el Plan proporciona cobertura por hasta seis meses siempre y cuando usted siga discapacitado, no pueda trabajar y solicite la cobertura. Si su empleador lo despide y su despido pasa a arbitraje para su reincorporación, el Plan brinda cobertura por hasta seis meses. En estos dos casos de cobertura de salud extendida, usted no debe pagar la prima por que la paga el Fondo. Tenga en cuenta que el período máximo por el que tiene cobertura conforme a COBRA se reduce con cada período en que recibe una extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo. (Consulte las páginas 10 y 11 para obtener información adicional sobre la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo).

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

Cobertura continuada conforme a COBRA

La cobertura puede continuar para:	Si:	Duración máxima de la cobertura:
Usted y sus dependientes elegibles	Su empleo cubierto termina debido a otras causas que no sean una falta grave	18 meses
Usted y sus dependientes elegibles	Se vuelve inelegible para la cobertura debido a la reducción de su jornada laboral (por ejemplo, por licencia)	18 meses
Usted y sus dependientes elegibles	Pide licencia por servicio militar	24 meses
Sus dependientes	Usted muere	36 meses
Su cónyuge y sus hijastros	Se separa o divorcia legalmente, o se anula de manera civil el matrimonio	36 meses
Sus hijos dependientes	Sus hijos dependientes ya no califican como dependientes	36 meses
Sus dependientes	Se pone término a su empleo o se reduce su jornada laboral menos de 18 meses después de la fecha de determinarse su derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas)	36 meses a partir de la fecha de determinación del derecho a Medicare

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

Licencia conforme a FMLA. Si no vuelve al empleo activo después de su licencia conforme a FMLA, usted se vuelve elegible para la continuación de la cobertura

según COBRA como resultado de la finalización de su empleo. Para los fines de COBRA, su empleo se considera “terminado” cuando finaliza la licencia según FMLA o en la fecha en la que da aviso a su empleador de que no volverá al empleo activo, lo que ocurra primero.

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

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

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

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

Notificación al Fondo sobre un evento que califica. Según la ley, para tener derecho a elegir la cobertura conforme a COBRA, usted o sus dependientes son responsables de notificar al Centro de servicios para afiliados sobre su separación o divorcio legal, sobre el hecho de que un hijo pierda la condición de dependiente según el Plan o si usted queda discapacitado (o ya no lo está), según lo establecido por la Administración del Seguro Social. Usted (o su familiar) debe notificar al Centro de servicios para afiliados por escrito cualquiera de estos eventos en un plazo menor

de 60 días después de ocurrido el evento, o 60 días después de que hubiera perdido la cobertura según el Plan debido a dicho evento, lo que ocurra después. Su aviso debe incluir la siguiente información:

- nombres de las personas interesadas en la continuación según COBRA y la relación con el participante,
- fecha del evento que califica, y
- tipo del evento que califica. (Consulte la tabla de Eventos que califican en la página 32).

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

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

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

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

Pago de la cobertura conforme a COBRA. Si usted o sus dependientes eligen continuar la cobertura, usted o ellos deben pagar el costo total de la cobertura elegida. Se le permite al Fondo cobrarle el costo total de la cobertura por empleados activos

y familias más un 2% adicional (y hasta un 50% adicional por la extensión de 11 meses por discapacidad). El primer pago vence en un máximo de 45 días después de la elección de recibir cobertura (y cubrirá el período entre la fecha en que hubiera perdido la cobertura y la fecha del pago). De ahí en adelante, los pagos deben realizarse el primer día de cada mes. Si no se recibe el pago el primer día del mes, se finalizará la cobertura. Sin embargo, si su pago se realiza en los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento, se restituirá la cobertura retroactivamente a la fecha de vencimiento. Los costos pueden cambiar de un año a otro. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener más información sobre el costo de su cobertura conforme a COBRA.

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

Qué brinda la cobertura conforme a COBRA. COBRA ofrece generalmente la misma cobertura de salud que se pone a disposición de empleados o familiares en situación similar; sin embargo, no están disponibles los seguros de vida/AD&D, salvo lo establecido en la Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo durante un máximo de seis meses. Si durante el período de cobertura continua conforme a COBRA cambian los beneficios del Plan para los empleados activos, los mismos cambios se aplicarán a los beneficiarios de COBRA.

Cuándo termina la cobertura conforme a COBRA. La cobertura conforme a COBRA termina normalmente después del período máximo de cobertura que se muestra en la tabla de la página 32. Terminará antes de que finalice el período máximo en caso de que se dé alguna de las siguientes circunstancias:

- Un beneficiario de COBRA deje de realizar puntualmente los aportes de COBRA exigidos.
- Un beneficiario de COBRA se inscriba en Medicare (Parte A, Parte B o ambas) después de la fecha de elección de COBRA, u obtenga cobertura en otro plan colectivo que no posea una cláusula de condiciones preexistentes que afecte la cobertura del beneficiario conforme a COBRA.
- Se extienda la cobertura hasta por 29 meses debido a discapacidad y exista una determinación definitiva de que el beneficiario de COBRA ya no está discapacitado. El beneficiario de COBRA debe notificar al Centro de servicios para afiliados en un plazo de 30 días después de la determinación definitiva.

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

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

Otra información del Plan de salud que usted debería saber

Cesión de beneficios del Plan

No puede ceder o transferir beneficios a nadie más que a un proveedor de servicios de salud (esto se hace completando un formulario de reclamación, que el proveedor de atención enviará al Plan, o completando un formulario que le 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"). Una QMCSO es una orden que emite un tribunal u organismo estatal que exige a un empleado que proporcione cobertura con planes de salud colectivos a un hijo.

Una QMCSO resulta generalmente de un divorcio o de una separación legal. Siempre que el Centro de servicios para afiliados recibe una QMCSO, el Fondo examina detenidamente si califica en conformidad con los procedimientos de QMCSO adoptados por la Junta y con la ley federal. Para obtener más información sobre las QMCSO, o para obtener una copia de los procedimientos de QMCSO del Plan sin costo, comuníquese con la Oficina de cumplimiento de contratos del Fondo a la dirección que aparece en la página 45.

Exención de responsabilidad por la práctica médica

Ni el Fondo, ni la Junta ni sus designados:

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

Privacidad de la información de salud protegida

La Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros de salud de 1996 ("HIPAA", 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 usados o divulgados por el Fondo. La HIPAA también le otorga a usted derechos respecto de su información de salud, lo que incluye derechos a recibir copias de la información sobre su salud que tiene el Fondo, y a saber cómo puede usarse su información de salud. Una descripción completa de cómo usa el Fondo su información de salud, y de sus otros derechos conforme a las reglas de privacidad de la HIPAA, está disponible en el "Aviso de prácticas de privacidad" del Fondo que se distribuye a todos los participantes mencionados. Cualquier persona puede solicitar una copia adicional de este aviso comunicándose con la Oficina de cumplimiento de contratos a la dirección que aparece en la página 45.

La Junta de fideicomiso del Fondo adoptó parte del lenguaje sobre privacidad y seguridad que usa la HIPAA, que exige a la Junta de fideicomiso, en su función de patrocinador del Plan del Fondo, que mantenga la privacidad y seguridad de su información de salud. Puede enviar cualquier pregunta que tenga sobre la HIPAA a la Oficina de cumplimiento de contratos a la dirección que aparece en la página 45.

Conversión a cobertura individual

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

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

Solo puede convertir su cobertura colectiva a una póliza Whole Life, Universal Life o de plazo de un año no renovable. El monto convertido a una póliza individual no puede exceder el monto que tenía en la póliza colectiva.

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

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

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

Información general

Aportes del empleador

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

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

Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios

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

- presenta una reclamación de beneficios en forma adecuada u oportuna,
- entrega la información exigida para completar o verificar una reclamación,
- tiene una dirección actualizada en los archivos del Centro de servicios para afiliados, y
- cobra los cheques dentro de los 18 meses de la fecha de emisión. Los montos de estos cheques no cobrados se reintegrarán a los activos del Fondo y se agregarán a los activos netos disponibles para beneficios en los estados financieros del Fondo. También debe tener en cuenta que los beneficios del Plan no se pagan a los dependientes inscritos que se vuelvan no elegibles debido a la edad, al matrimonio, al divorcio o a la separación legal (a menos que elijan y paguen por los beneficios de COBRA, como se describe en las páginas 10 a 12 y 31 a 36).

Si el Plan paga por equivocación más de la cantidad para la que usted es elegible, o paga beneficios que no estaban autorizados por el Plan, el Fondo puede recurrir a los recursos permitidos por la ley para recuperar los beneficios que pagó por error.

Cumplimiento de las leyes federales

El Plan está regido por los reglamentos y las normas del Servicio de Impuestos Internos, el Departamento del Trabajo y la ley tributaria vigente. Siempre se deberá interpretar el Plan de manera que se cumplan estos reglamentos, normas y leyes. Generalmente, las leyes federales tienen prioridad sobre las leyes estatales.

Modificación o cancelación de un Plan

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

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

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

Administración del plan

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

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

surjan en relación con la operación o administración del Plan establecido según el fideicomiso. Sin limitar la generalidad de lo anterior, la Junta o sus designados debidamente autorizados, incluido el Comité de Apelaciones con respecto a las apelaciones de reclamaciones de beneficios, tendrán toda la autoridad a su entera y absoluta discreción para:

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

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

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

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

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

Como participante del Fondo de salud 32BJ, usted tiene ciertos derechos y protecciones según la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (“ERISA”). ERISA establece que todos los participantes del plan tendrán derecho a lo siguiente:

- Examinar, sin costo, en la Oficina de cumplimiento de contratos todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la sala de información pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (“EBSA”).
- Obtener, mediante solicitud por escrito a la Oficina de cumplimiento de contratos, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación, el último informe anual (Formulario serie 5500), y una SPD actualizada. El Fondo puede cobrar un costo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que la Junta suministre a cada participante una copia de este resumen del informe anual.
- Continuar la cobertura de salud colectiva.

Puede continuar recibiendo la cobertura de salud colectiva para usted, su cónyuge o dependientes si existe una pérdida de cobertura en virtud del Plan como resultado de un evento que califica. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar por dicha cobertura. Lea este folleto (consulte las páginas 10 a 12 y 31 a 36 para obtener información sobre COBRA) y los documentos que rigen el Plan para conocer las normas que rigen los derechos de continuación de COBRA.

Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan

Además de establecer los derechos que tienen los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del Plan. Las personas que administran su Plan, denominados “agentes fiduciarios” del Plan, tienen el deber de actuar prudentemente cuidando sus intereses y los intereses de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Ninguna persona, incluido su

empleador, su unión ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de manera alguna para impedir que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza sus derechos según ERISA.

Haga cumplir sus derechos

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

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

Si se rechaza o se ignora su reclamación de beneficios, ya sea en forma total o parcial, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal después de haber agotado el proceso de apelación del Plan. Si los fiduciarios del Fondo hacen uso indebido del dinero del Fondo o si usted sufre algún tipo de discriminación por ejercer sus derechos, puede pedir ayuda al Departamento del Trabajo de EE. UU. o presentar una demanda ante un tribunal federal. No puede presentar una demanda hasta que haya seguido los procedimientos de apelación descritos en las páginas 23 a 27. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si obtiene un fallo favorable, el tribunal puede ordenarle a la parte demandada que pague esos costos y honorarios. Si el fallo es desfavorable, el tribunal puede ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios si; por ejemplo, se considera que su reclamo no es serio.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene preguntas sobre su Plan, comuníquese con el administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos según ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del administrador del Plan, debe

comunicarse con la oficina más cercana de EBSA del Departamento del Trabajo de EE. UU. que aparezca en su directorio telefónico, o con:

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

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

Información del Plan

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

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

Financiamiento de los beneficios y tipo de administración

Kaiser asegura los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, y de atención dental y de la vista. MetLife asegura los beneficios del seguro de vida y del seguro AD&D. Todos los aportes al Fondo de fideicomiso son realizados por los **empleadores contribuyentes** según el Plan conforme a sus acuerdos escritos. Kaiser administra los beneficios, excepto por los del seguro de vida y del seguro AD&D que son administrados por MetLife.

Patrocinador y administrador del Plan

El Plan es administrado por una Junta de fideicomiso conjunta compuesta por los Agentes fiduciarios de la Unión y del empleador. Puede contactar a la oficina de la Junta a la siguiente dirección:

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

Empleadores participantes

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

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

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

Para comunicarse con el Fondo de salud llame al:

1-800-551-3225

o escriba a:

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

Agente encargado de la notificación del proceso legal

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Información de contacto

¿Qué necesita?	Con quién comunicarse	Cómo comunicarse
<ul style="list-style-type: none">• Información general sobre su plan	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
<ul style="list-style-type: none">• Información sobre sus beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental o de la vista	Kaiser	Dentro del área metropolitana de Washington, D.C., llame al 1-301-468-6000 TTY 1-301-816-6344 Fuera del área metropolitana de Washington, D.C., llame al 1-800-777-7902
<ul style="list-style-type: none">• Información sobre el plan del seguro de vida o sobre el plan del seguro para casos de muerte y mutilación accidentales	MetLife	Llame al 1-866-492-6983 o visite http://mybenefits.metlife.com

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



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

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

Manny Pastreich, *Chairman*
Howard I. Rothschild, *Secretary*
Peter Goldberger, *Executive Director*
Cora Opsahl, *Fund Director*

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

Renuncia de un Agente fiduciario del empleador **Página 1:** Con vigencia a partir del 15 de junio de 2024, John C. Santora ha renunciado como Agente fiduciario del empleador. Su información se elimina completamente.

Designación de un Agente fiduciario del Empleador **Página 1:** Con vigencia a partir del 11 de octubre de 2023, Brooke Jenkins-Lewis ha sido designado como agente fiduciaria del empleador. Lo hace en reemplazo de Fred Ward, cuya información se elimina en su totalidad y se reemplaza con lo siguiente:

Brooke Jenkins-Lewis
Directora Financiera
NYC School Support Services, Inc.
180 Madison Ave, 12th Floor
New York, NY 10016

Designación de un Agente fiduciario de la Unión **Página 1:** Con vigencia a partir del 8 de diciembre de 2022, John Santos ha sido designado como Agente fiduciario de la Unión. Su información es la siguiente:

John Santos
Secretario Tesorero
32BJ SEIU
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

Cambio en el cargo de un Agente fiduciario de la Unión **Página 1:** Con vigencia a partir del 7 de diciembre de 2022, el cargo de Manny Pastreich cambia de Secretario Tesorero a Presidente.

Renuncia de un Agente fiduciario de la Unión **Página 1:** Con vigencia a partir del 30 de noviembre de 2022, Kyle E. Bragg ha renunciado como Agente fiduciario de la Unión. Su información se elimina completamente.

Designación de una Directora nueva **Página 1:** Con vigencia a partir del 15 de diciembre de 2021, Cora Opsahl ha sido designada Directora del Building Service 32BJ Health Fund. Lo hace en reemplazo de Sara Rothstein.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 5: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, se elimina completamente la Nota al pie 1 y se reemplaza con la siguiente nota al pie:

- (1) Esta SPD es el documento del plan Kaiser Tri-State, que incluye los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental y de la vista,

de seguro de vida, de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D) y de discapacidad a corto plazo. El contrato de la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) de Kaiser es el documento del plan para los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias, y de medicamentos con receta. Los contratos de seguro de MetLife y de Guardian Life Insurance Company of America son los documentos del Plan para los planes de seguro de vida, seguro en caso de muerte y mutilación accidentales y discapacidad a corto plazo. Los planes y los beneficios que pagan están limitados por todos los términos, 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 la EOC y de los contratos de seguro a Kaiser y a MetLife.

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 7 Pregunta frecuente 1: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, se elimina completamente la Pregunta frecuente 1 y se reemplaza con el siguiente texto:

1. ¿Qué beneficios brinda el Plan?

El plan brinda un programa integral de beneficios. El Kaiser Permanente SignatureSM Plan brinda lo siguiente:

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

Esos beneficios están descritos en el documento de Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, “EOC”) que le brinda Kaiser. Para obtener información adicional sobre estos beneficios u obtener una copia de la EOC, comuníquese con Kaiser al 301-468-6000.

El Plan también provee lo siguiente:

- beneficios dentales a través de Delta Dental,
- seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales a través de Metlife.

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

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

- Al final del día número 150 después de dejar de trabajar de manera regular en un **empleo cubierto** (esto no se aplica si usted es elegible para la Extensión de salud pagada por el Fondo), sujeto a sus derechos en virtud de COBRA. (Consulte las páginas 10 a 12 y las páginas 31 a 36).

Aclaración sobre la Cancelación de la cobertura cuando es elegible para Medicare Página 9: Se agrega la siguiente viñeta nueva después de la segunda viñeta en la lista de la sección “Cuándo ya no es elegible”:

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

Aclaración sobre las reglas al momento de la Cancelación de la cobertura debido a la elegibilidad para Medicare

Página 9: Se agrega la siguiente sección nueva “Cancelación de la cobertura debido a la elegibilidad para Medicare” inmediatamente después de la sección “Cuándo ya no es elegible”:

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

Aclaración en Dependientes elegibles para cobertura **Página 12:** Bajo la sección “Elegibilidad de los dependientes”, se elimina completamente el texto y se reemplaza con lo siguiente:

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

Cambio en la elegibilidad de dependientes: **Tabla en las páginas 13 a 15:** 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	Límite de edad	Requisitos
Cónyuge	Ninguno	La persona con la que está legalmente casado (si usted está legalmente separado o divorciado, su cónyuge no está cubierto).
Hijos	Hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo cumple uno de los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none">• Es su hijo biológico.• Es su hijo adoptado* o asignado para adopción antes de esta. O bien• Es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge.
Hijos (dependientes): su nieto, sobrino o sobrina SÓLO si usted es su tutor legal*** (si la solicitud de tutela legal está pendiente, debe proporcionar documentación que indique 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: <ul style="list-style-type: none">• 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 (Qualified Medical Child Support Order, “QMCSO”) (consulte la página 36), y• Es dependiente del participante para toda su manutención anual y éste lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos**.

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

Página 16: 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.

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 19: Con vigencia a partir del 1 de mayo de 2018, Kaiser ya no le proveerá sus beneficios dentales. Entre el 1 de mayo de 2018 y el 31 de diciembre de 2023, sus beneficios dentales fueron provistos por Delta Dental conforme al DeltaCare USA Plan. Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, los beneficios dentales serán proporcionados por Delta Dental a través de su Delta Dental PPO Plan. Por lo tanto, el párrafo en la sección “Beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental y de cuidado de la vista” se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente párrafo:

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

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 19: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, Delta Dental le proveerá sus beneficios dentales. Por lo tanto, se añade una nueva sección en la página 19 como se indica a continuación:

Beneficios dentales

Cómo funciona el Plan

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

- un dentista participante de Delta Dental PPO,
- un dentista que no participa en la red Delta Dental PPO.

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

- debe ser proporcionado por un dentista o, únicamente en el caso de limpieza o raspado de los dientes, realizado por un higienista dental certificado bajo la supervisión y dirección de un dentista;
- debe corresponder con los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección, enfermedad o lesión;
- debe ser consistente 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 Delta Dental Plan, sujeto a las limitaciones de frecuencia que se establecen en dicho Programa. El Plan no paga beneficios por los procedimientos que no estén en ese Programa, pero puede proporcionar un beneficio alternativo si es aprobado por Delta Dental of New York, Inc. (“Delta Dental”) en representación del Fondo. La posibilidad de que tenga que pagar por esos servicios y el costo dependen de si elige recibir atención dental de un proveedor de servicios dentales participante de la red Delta Dental PPO o de un dentista no participante de dicha red.

Proveedores participantes de Delta Dental

Los beneficios dentales del Delta Dental Plan 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 del 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 pagará la diferencia entre la escala de tarifas que paga Delta Dental y el máximo permitido aplicable del plan conforme a la red Delta Dental PPO.

Dentistas no participantes

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

Usted tendrá que pagar los cargos completos del dentista. Deberá presentar una reclamación ante Delta Dental y se le reembolsará según la escala de tarifas de Delta Dental para cada procedimiento. El Fondo pagará el monto menor entre el cargo real del dentista y el 50% del monto permitido. Eso significa que usted será responsable por el otro 50% del monto permitido, más cualquier cargo adicional que supere el monto permitido.

Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento

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

Los servicios dentales que están cubiertos

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

- Servicios preventivos y de diagnóstico, como exámenes dentales de rutina, limpiezas, radiografías, aplicaciones de fluoración tópica, mantenedores de espacio y sellantes. Estos servicios se cubren en un 100%.
- Servicios terapéuticos básicos como extracciones y cirugías orales, sedación consciente intravenosa cuando sea **médicamente necesario** para cirugía oral, tratamiento de encías, cirugía de encías, obturaciones y tratamiento de conducto. Estos servicios están cubiertos con un **coseguro** del 20%.
- Servicios de magnitud mayor como puentes dentales fijos, coronas y prótesis. Estos servicios están cubiertos con un **coseguro** del 50%.

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

Consulte el Programa de servicios dentales cubiertos para Delta Dental PPO para obtener detalles.

Limitaciones de frecuencia

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

Máximo anual

El Delta Dental Plan brinda cobertura de hasta \$1,500 dentro de la red y \$1,000 fuera de la red por año calendario por participante o dependiente de 19 años de edad o mayor. No hay monto máximo anual para participantes y dependientes menores de 19 años. Existe un máximo de por vida separado para servicios de ortodoncia dentro de la red de \$1,000 para los hijos menores de 19 años.

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

Programa de servicios dentales cubiertos para el Delta Dental Plan

Procedimiento	Límites
Diagnóstico*	
Examen oral, periódico, limitado (concentrado en el problema), integral o detallado y extenso (concentrado en el problema)	Dos por año calendario
Radiografías:	
• de boca completa, serie completa que incluye mordida o placa panorámica de	Una vez durante cualquier período de 36 meses consecutivos
• mordida, dientes posteriores	Dos de cada procedimiento de radiografía de mordida en un año calendario
• placas periapicales, un solo diente	Según sea necesario
• placa oclusiva	Dos por fecha de servicio
• placa cefalométrica (sólo cobertura de ortodoncia)	Dentro de la red únicamente. Una vez de por vida
Atención preventiva*	
Profilaxis dental (limpieza, raspado y pulido)	Dos por año calendario
Tratamiento tópico con flúor	Dos por año calendario para pacientes menores de 16 años
Sellantes (en la superficie oclusiva de un molar definitivo sin restaurar y diente premolar)	Una vez por diente 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 de por vida para pacientes menores de 16 años
Restauración simple**	
Obturaciones de amalgama (metálicas)	Una vez por superficie de diente cada 24 meses consecutivos
Obturaciones de resina (compuesta, del color de los dientes)	Una vez por superficie dental 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 24 meses consecutivos
Coronas en caso de que los dientes no se puedan restaurar con obturaciones normales debido al exceso de caries o a fracturas	Una vez por diente cada 60 meses consecutivos
Endodoncia**	
Tratamiento de conducto	Una vez por diente de por vida
Segundo tratamiento de conducto	Una vez por diente de por vida
Apicoectomía (se exige para el pago una placa postoperatoria que muestre la apicoectomía terminada y retrógrada)	Una vez por diente de por vida
Pulpectomía	Una vez por diente de por vida
Periodoncia**	
Gingivectomía o gingivoplastia	Una vez por cuadrante por período de 60 meses consecutivos
Cirugía ósea	Una vez por cuadrante por período de 60 meses consecutivos
Raspado periodontal y de raíz	Una vez por año calendario
Mantenimiento periodontal (cubierto solo si el Plan cubre también la cirugía periodontal y el procedimiento de mantenimiento es realizado por un periodoncista)	Dos veces por año calendario
Prótesis dentales removibles***	
Prótesis dentales completas o inmediatas (totales) superiores e inferiores, o parciales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio	Una prótesis dental por arco cada 60 meses consecutivos
Procedimientos de rebaje y recubrimiento de prótesis dentales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio	Una vez por aparato durante cualquier periodo de 36 meses consecutivos

Prótesis dental parcial provisoria de maxilar superior e inferior (dientes anteriores solamente); el Delta Dental Plan no cubre otras prótesis dentales temporales o transitorias	Una vez por aparato durante cualquier periodo de 60 meses consecutivos
Prótesis dentales fijas***	
Prótesis dentales fijas parciales y coronas individuales	Una vez por diente durante cualquier periodo de 60 meses consecutivos
Procedimientos con espiga y centro prefabricados para fijar prótesis dentales parciales (se exige radiografía que muestre el procedimiento de endodoncia completo)	Una vez por diente durante cualquier periodo de 60 meses consecutivos
Extracciones simples**	
Extracción no quirúrgica de diente o raíces expuestas (incluye anestesia local, sutura necesaria y atención de rutina postoperatoria)	Una vez por diente de por vida
Cirugía oral y maxilofacial**	
Extracción de diente impactado	Una vez por diente de por vida
Alveoloplastia (preparación quirúrgica de la apófisis alveolar para las prótesis dentales con o sin extracciones)	Una vez por cuadrante de por vida Una vez por arco de por vida
Frenulectomía	Una vez por lugar de por vida
Extracción de exostosis (extracción de desarrollo óseo excesivo)	
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.	
Procedimiento	Límites
Tratamiento de emergencia*	
Tratamiento paliativo para aliviar la incomodidad inmediata (solamente procedimiento menor)	Uno por fecha de servicio
Reparaciones**	
Corona temporal (diente fracturado)	Un procedimiento de corona por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos
Reparación de corona	Una vez por diente cada 24 meses consecutivos
Sobrecorona	Una vez por diente cada 60 meses consecutivos
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*** Pacientes de 19 años de edad o menos	Dentro de la red únicamente. Un curso de tratamiento^ de por vida hasta un máximo de \$1,000 de por vida^^.
Los beneficios son pagaderos únicamente para tratamientos realizados por ortodontistas que estén diplomados en un programa avanzado de educación en ortodoncia, acreditado por la American Dental Association (Asociación Americana de Odontología).	
^ Un “tratamiento” incluye aparatos de ortodoncia, visitas mensuales y aparatos de retención.	
^^ No existe límite de por vida para los siguientes servicios de ortodoncia que son médicamente necesarios : procedimientos que ayudan a que las estructuras orales vuelvan a estar saludables y funcionales y que tratan afecciones médicas graves como la fisura palatina o el labio leporino; la micrognatia maxilar/mandibular (mandíbula superior o inferior subdesarrollada); el prognatismo mandibular extremo, la asimetría grave (anormalidades craneofaciales), la anquilosis de la articulación temporomandibular y otras displasias esqueléticas significativas.	
Varios* Protector oclusivo	Un aparato durante cualquier periodo de 60 meses consecutivos
Óxido de nitrógeno	Dentro de la red únicamente. Solo para pacientes menores de 19 años. El Plan paga el 100% después de un copago de \$10.

- * Reembolsado al 100% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).
 ** Reembolsado al 80% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).
 *** Reembolsado al 50% del **monto permitido** de Delta Dental PPO (o lo que cobra el dentista, si es menos).

Beneficio alternativo para la cobertura dental

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

Lo que no está cubierto

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

- cualquier servicio realizado antes de que el paciente sea elegible para obtener beneficios o después de que termine su elegibilidad, incluso si se ha aprobado el plan de tratamiento,
- reembolso de cualquier servicio que supere las limitaciones de frecuencia especificadas en el Programa de servicios dentales cubiertos,
- servicios de ortodoncia para individuos de 19 años o más,

- servicios de ortodoncia fuera de la red para individuos menores de 19 años,
- cargos que excedan los **montos permitidos**,
- tratamiento por lesión accidental de un diente natural que se brinda más de 12 meses después de la fecha del accidente,
- servicios o suministros que el Plan determina que son de naturaleza experimental o de investigación, excepto en la medida en que la ley lo estipule,
- servicios o tratamientos que el Plan determina que no tienen un pronóstico 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 soporte,
- 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 desgaste y restauración de la desalineación de los dientes,
- cualquier procedimiento que implique la reconstrucción completa de la boca o cualquier servicio relacionado con implantes dentales, incluido cualquier implante quirúrgico con un dispositivo de prótesis adjunto,
- diagnóstico y/o tratamiento de problemas de la articulación de la mandíbula, incluido el trastorno de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, "TMJ"), trastornos craneomandibulares 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,
- pernos dobles o múltiples,
- tratamiento para corregir hábitos dañinos, incluidos, entre otros, fumar y la terapia miofuncional,
- aparatos para eliminar 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 del pago,
 - el reemplazo de prótesis dentales, puentes o aparatos existentes, que se pueden restaurar de acuerdo con las normas de la odontología,

- los ajustes de un dispositivo de prótesis dentro de los primeros seis meses desde su colocación, que no se incluyeron dentro del precio original del dispositivo,
- el reemplazo o la reparación de aparatos de ortodoncia,
- fármacos o medicamentos usados o surtidos en el consultorio del dentista (cualquier receta necesaria puede estar cubierta por los beneficios de medicamentos con receta del Plan),
- 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 de una vivienda 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 curso del tratamiento, o si más de un dentista presta 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 o desde el tratamiento,
- gastos en los que se incurra por citas canceladas,
- cargos por llenar informes o por proporcionar registros,
- cualquier procedimiento no incluido en el Programa de servicios dentales cubiertos.

Coordinación de beneficios dentales

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

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

1. El programa que cubra al inscrito como empleado determinará sus beneficios antes que el programa que cubra al inscrito como un dependiente.
2. El programa que cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuya fecha de cumpleaños sea anterior en el año calendario determinará sus beneficios antes que el programa que cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuya fecha de cumpleaños sea posterior en el año calendario. Si ambos empleados tienen la misma fecha de cumpleaños, el programa que cubra al empleado por el período más prolongado será el

principal con respecto al programa que cubre al empleado por el período más corto. Si el otro programa no cuenta con la norma señalada en el párrafo anterior, pero en lugar de ello tiene una norma basada en el sexo del empleado, la norma del otro plan determinará el orden de los beneficios.

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

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

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

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

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

Aclaración sobre la cancelación de la cobertura cuando es elegible para Medicare Página 21: La siguiente oración se agrega después de la primera oración en el párrafo bajo la sección "Cuándo termina la cobertura":

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

Aclaración sobre la cancelación de la cobertura cuando es elegible para Medicare Página 23: La siguiente oración se agrega después de la oración bajo la sección "Cuándo termina la cobertura":

El seguro de muerte y mutilación accidentales también termina si cancela su cobertura en virtud de este Plan debido a la elegibilidad para Medicare.

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 23: Con vigencia a partir del 1 de mayo de 2018, Kaiser ya no le proveerá sus beneficios dentales. Entre el 1 de mayo de 2018 y el 31 de diciembre de 2023, sus beneficios dentales fueron provistos por Delta Dental conforme al DeltaCare USA Plan. Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, los beneficios dentales serán proporcionados por Delta Dental a través de su Delta Dental PPO Plan. Por lo tanto, el párrafo en la sección “Reclamaciones de beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental y de cuidado de la vista” se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente párrafo:

No hay reclamaciones para los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta o de atención de la vista prestados por Kaiser Permanente SignatureSM Plan.

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 23: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, se añade una nueva sección en la página 23 como se indica a continuación:

Presentación de reclamaciones de atención dental

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

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

- Sólo se aceptará para su revisión un formulario de reclamación completado en su totalidad o un plan de tratamiento aprobado.
- La reclamación debe ir acompañado 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.
- **El Plan debe recibir todas las reclamaciones en un plazo de 180 días después de prestados los servicios.**
- A usted le será adjudicado 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.
- El Fondo no acepta la cesión de pagos a un dentista **fuera de la red**. Esto significa que si usted utiliza un dentista **fuera de la red**, el Fondo ya no realizará el pago directamente al dentista. Usted deberá pagarle primero al dentista y luego recibirá un reembolso de acuerdo con los límites de cobertura del Plan.

Los formularios de reclamación de Delta Dental para proveedores no participantes se pueden enviar a la siguiente dirección:

Delta Dental of New York

Attn: Claims Department

P.O. Box 2105

Mechanicsburg, PA 17055-2105

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 24: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, se añade una nueva sección a continuación de la subsección “Aprobación y rechazo de reclamaciones”:

Reclamaciones de servicios dentales

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

- *Reclamaciones anteriores al servicio.* Esta es una reclamación de un beneficio para el cual el Plan exige aprobación del beneficio (total o parcial) antes de obtener la atención. Se requiere la aprobación previa de servicios para ciertos beneficios dentales. Para reclamaciones anteriores al servicio presentadas adecuadamente, se le informará de la decisión a usted y/o a su dentista en un plazo de 15 días después de recibir el aviso de reclamación, a menos que se necesite tiempo adicional. El plazo de respuesta se puede extender hasta 15 días si

es necesario debido a motivos que están fuera del control del revisor de las reclamaciones. Se le informarán las circunstancias que hagan necesaria esta extensión del plazo, y la fecha para la cual se espera una decisión. Si presenta una reclamación anterior al servicio de manera incorrecta, se le informará lo antes posible de los procedimientos correctos que se deben seguir para volver a presentar la reclamación, no más de 5 días después de la recepción de la reclamación. Solo recibirá un aviso de una reclamación anterior al servicio presentada de manera incorrecta si esta incluye:

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

A menos que la reclamación se vuelva a presentar correctamente, no constituirá una reclamación. Si se necesita una extensión debido a que se requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted y/o su dentista tendrán 45 días a partir de la recepción de la notificación para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación. Se postergará el período normal para tomar la decisión sobre la reclamación durante el período en que se le permita proporcionar información adicional. 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 tendrá entonces 15 días para tomar una decisión sobre una reclamación anterior al servicio y notificarle la determinación.

• *Reclamaciones de atención dental urgente.* Esta es una reclamación de atención o tratamiento dental en la que, de aplicarse los plazos para tomar determinaciones sobre reclamaciones anteriores al servicio, se vería amenazada su vida, salud o capacidad de recuperar su función máxima, o, en la opinión de un dentista, sufriría un dolor agudo e incontrolable. Una persona que actúe en nombre del Fondo, con un conocimiento promedio de salud y medicina, es quien determina si su tratamiento dental es de atención urgente o no. Toda reclamación que un dentista con conocimiento de su enfermedad determine que es una atención urgente se deberá tratar automáticamente como tal. Si usted (o su representante autorizado*) presenta una reclamación de atención dental urgente, se le informará de la determinación de beneficios lo antes posible, teniendo en cuenta emergencias, en un plazo que no supere las 72 horas a partir de la recepción de su reclamación. Sin embargo, si usted no entrega suficiente información para que el revisor de la reclamación dental determine si corresponde pagar beneficios, o hasta qué punto corresponde pagarlos, usted recibirá una solicitud de más información en un plazo de 24 horas. Entonces tendrá hasta 48 horas para proporcionar la información específica al revisor de reclamaciones; se tomarán en cuenta las circunstancias. Luego se le notificará la determinación de beneficios dentro de 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 otorgó para entregar la información solicitada. Si no cumple los procedimientos del Plan para presentar una reclamación de atención dental urgente, se le notificará en un plazo de 24 horas del incumplimiento y se le informarán los procedimientos correctos que se deben seguir. Esta notificación puede ser verbal, a menos que usted la solicite por escrito. Solo recibirá una notificación de incumplimiento del procedimiento si su reclamación incluye: - su nombre, - su afección o síntoma médicos específicos y - un tratamiento, servicio o producto específico para el que se solicita aprobación.

• *Reclamaciones simultáneas al servicio.* Esta es una reclamación que se reconsidera después de que se ha otorgado una aprobación inicial y que lleva a una reducción, cancelación o extensión de un beneficio. En este caso, la decisión de reducir o extender el tratamiento se toma mientras dicho tratamiento está en curso. El revisor de reclamaciones responderá cualquier solicitud realizada por un reclamante para extender el tratamiento aprobado dentro de un plazo de 24 horas a partir de la apelación de las reclamaciones rechazadas.

• *Reclamaciones posteriores al servicio.* Esta es una reclamación que se presenta para el pago después de que se han obtenido los servicios y el tratamiento de atención dental. Normalmente usted recibirá una decisión en cuanto a su reclamación posterior al servicio dentro de un plazo de 30 días a partir de la recepción de la reclamación. Este período se puede extender una vez por hasta 15 días si es necesario debido a motivos extraordinarios. Si es necesaria una extensión, se le notificará, antes del fin del período inicial de 30 días, de las circunstancias que exigen la extensión del plazo y de la fecha para la cual se tomará la determinación. Si se necesita una extensión debido a que se requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted tendrá 45 días después de la recepción de la notificación para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación. Se postergará el período normal para tomar la decisión sobre la reclamación durante el período en que se le permita proporcionar información adicional. 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.

* 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.

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 24: Con vigencia a partir del 1 de mayo de 2018, Kaiser ya no le proveerá sus beneficios dentales. Entre el 1 de mayo de 2018 y el 31 de diciembre de 2023, sus beneficios dentales fueron provistos por Delta Dental conforme al DeltaCare USA Plan. Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, los beneficios dentales serán proporcionados por Delta Dental a través de su Delta Dental PPO Plan. Por lo tanto, la sección “Reclamaciones rechazadas de beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental y de cuidado de la vista” se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente párrafo:

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

Usted debe seguir los procedimientos que se describen en la EOC del Kaiser Permanente SignatureSM Plan para presentar una apelación de la reclamación rechazada de beneficios médicos, hospitalarios, de salud mental o abuso de sustancias, de medicamentos con receta o de la vista.

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 24: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, se agrega una nueva sección a la página 24 de la siguiente manera:

Presentación de una apelación por reclamaciones rechazadas de servicios dentales

Una apelación es una solicitud que usted, o su representante autorizado, presentan para que se revise y reconsidere una determinación adversa de beneficios. Las reclamaciones de servicios dentales tienen dos instancias de apelación. Una apelación de primera instancia se debe presentar ante Delta Dental. Una apelación de segunda instancia se debe presentar ante la Junta de fideicomiso. La segunda instancia de apelación es voluntaria.

Presentación de una apelación

Para todos los tipos de reclamaciones, tiene 180 días a partir de la fecha de la carta de aviso inicial sobre el rechazo de la reclamación para presentar una apelación de primera instancia después del aviso de una reclamación rechazada. Su apelación debe incluir su número de identificación, las fechas en que se prestó el servicio en cuestión y cualquier información relevante que respalde su apelación.

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

reclamaciones haya pedido asesoramiento en relación con la decisión de rechazar su solicitud). Un documento, registro o información es relevante para la revisión si corresponde a cualquiera de las siguientes categorías:

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

Usted (o su representante autorizado) puede presentar asuntos, comentarios, documentos u otra información relacionada con la apelación (sin importar si esta fue presentada con su reclamación original). Si usted no solicita la revisión de una reclamación rechazada en un plazo de 180 días, 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 cualquier recurso legal.

Dónde presentar una apelación de primera instancia

Sólo se aceptan apelaciones por escrito ante Delta Dental of New York, Attn: Professional Services, One Delta Dental Drive, Mechanicsburg, PA 17055. Se puede presentar una apelación en forma verbal por una reclamación de atención dental urgente llamando al 800-589-4627.

Plazos para las decisiones sobre apelaciones

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

Apelaciones aceleradas por reclamaciones de atención de urgencia

Si su reclamación incluye atención dental urgente, puede presentar una apelación acelerada si su proveedor cree que se requiere una apelación inmediata debido a que un retraso en el tratamiento representaría una amenaza 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 dentro de un plazo de 72 horas.

Apelación por una reclamación anterior al servicio o simultánea al servicio de atención dental

Si presenta una apelación por una reclamación anterior al servicio (cuando todavía no se recibe éste) o simultáneo 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 cualquier caso, se hará antes del cese o reducción del beneficio.

Apelación de reclamaciones de servicios dentales posteriores al servicio

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

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 25: Con vigencia a partir del 1 de mayo de 2018, Kaiser ya no le proveerá sus beneficios dentales. Entre el 1 de mayo de 2018 y el 31 de diciembre de 2023, sus beneficios dentales fueron provistos por Delta Dental conforme al DeltaCare USA Plan. Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, los beneficios dentales serán proporcionados por Delta Dental a través de su Delta Dental PPO Plan. Por lo tanto, el título de la sección “Apelación voluntaria de segunda instancia por una reclamación de beneficios del seguro de vida y del seguro AD&D” se elimina y se reemplaza con lo siguiente:

Apelación voluntaria de segunda instancia por una reclamación de beneficios dentales, del seguro de vida y del seguro AD&D

Adición de la sección “No duplicación de la cobertura de salud”: Página 27: 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**, usted solo recibirá un Plan de beneficios. El Plan de beneficios que recibirá es el Plan que el **Fondo** determina que, en su totalidad, le ofrece a usted los mayores beneficios.

Aclaración sobre la responsabilidad de pago cuando Medicare es el seguro principal y el Health Fund es el secundario Página 34: El siguiente párrafo se inserta después del tercer párrafo completo:

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

Modificación de la Cesión de beneficios del Plan Página 36: **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 su 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 usted 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,
- 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.

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 38: Con vigencia a partir del 1 de mayo de 2018, Kaiser ya no le proveerá sus beneficios dentales. Entre el 1 de mayo de 2018 y el 31 de diciembre de 2023, sus beneficios dentales fueron provistos por Delta Dental conforme al DeltaCare USA Plan. Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, los beneficios dentales serán proporcionados por Delta Dental a través de su Delta Dental PPO Plan. Por lo tanto, el último párrafo en la página 38 se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente párrafo:

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

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Página 44: Con vigencia a partir del 1 de mayo de 2018, Kaiser ya no le proveerá sus beneficios dentales. Entre el 1 de mayo de 2018 y el 31 de diciembre de 2023, sus beneficios dentales fueron provistos por Delta Dental conforme al DeltaCare USA Plan. Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, los beneficios dentales serán proporcionados por Delta Dental a través de su Delta Dental PPO Plan. Por lo tanto, el último párrafo en la página 44 en la sección “Financiamiento de los beneficios y tipo de administración” se elimina completamente y se reemplaza con el siguiente párrafo:

Kaiser asegura los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta y de cuidado de la vista. DeltaCare USA asegura los beneficios dentales. MetLife asegura los beneficios del seguro de vida y del seguro de muerte y mutilación accidentales. Todas las contribuciones realizadas al Fondo de fideicomiso son realizadas por los empleadores contribuyentes al Plan conforme a sus acuerdos por escrito. Los beneficios son administrados por Kaiser, excepto por los beneficios dentales que son administrados por Delta Dental, y los beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, que son administrados por MetLife.

Cambio en el proveedor de beneficios dentales Contraportada: Con vigencia a partir del 1 de mayo de 2018, Kaiser ya no le proveerá sus beneficios dentales. Entre el 1 de mayo de 2018 y el 31 de diciembre de 2023, sus beneficios dentales fueron provistos por Delta Dental conforme al DeltaCare USA Plan. Con vigencia a partir del 1 de enero de 2024, los beneficios dentales serán proporcionados por Delta Dental a través de su Delta Dental PPO Plan. Por lo tanto, la tabla de Información de contacto de la contraportada se elimina completamente y se reemplaza con la siguiente tabla:

Información de contacto

¿Qué necesita?	Con quién comunicarse	Cómo
• Información general sobre su Plan	Member Services	Llame al 1-800-551-3225 De 8:30 a. m. a 5:00 p. m. De lunes a viernes
• Información sobre sus beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de medicamentos con receta y de cuidado de la vista	Kaiser	Dentro del área metropolitana de Washington, D.C. 1-301-468-6000 TTY 1-301-816-6344 Fuera del área metropolitana de Washington, D.C. 1-800-777-7902
• Información acerca de sus beneficios dentales	Delta Dental	Delta Dental Customer Service Llame al 1-800-589-4627 o visite www.deltadentalins.com/32BJ
• Información sobre su seguro de vida o seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife	Llame al 1-866-492-6983 O Visite http://mybenefits.metlife.com

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