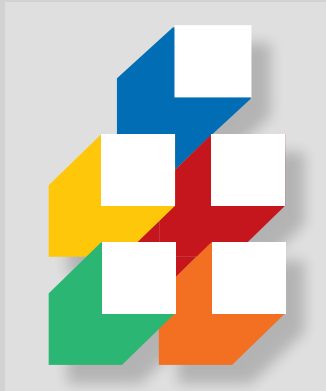




Building Service 32BJ Health Fund
New York City Schools
Part Time Plan



Descripción abreviada del Plan

1 de mayo de 2021



Aviso de traducción

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

Member Services
32BJ Health Fund New York City Schools Part Time Plan
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

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

This booklet contains a summary in Spanish of your rights and benefits under the Building Service 32BJ Health Fund New York City Schools Part Time Plan. 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
32BJ Health Fund New York City Schools Part Time Plan
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.

Niniejsza broszura zawiera opis, w języku angielskim, Twoich praw i świadczeń w ramach Planu Building Service 32BJ Health Fund New York City Schools Part Time Plan. 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
32BJ Health Fund New York City Schools Part Time Plan
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.

Kjo broshurë përmban një përmbledhje në anglisht, në lidhje me të drejtat dhe përfitimet tuaja të Planit nën Building Service 32BJ Health Fund New York City Schools Part Time Plan. 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
32BJ Health Fund New York City Schools Part Time Plan
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.

Building Service 32BJ

Health Fund

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

El Building Service 32BJ Health Fund es administrado por 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

Kyle E. Bragg
Presidente
SEIU Local 32BJ
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

Manny Pastreich
Secretario Tesorero
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

Larry Engelstein
c/o 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.
One Penn Plaza, Suite 2110
New York, NY 10119-2109

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

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

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

Director Ejecutivo, Building Service 32BJ Benefit Funds

Peter Goldberger

Directora, Building Service 32BJ Health Fund

Sara Rothstein

Auditor del Fondo

Withum Smith+Brown, PC

Asesor Legal

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

Índice

	Página	Página
Aviso importante	5	
Elegibilidad y participación	6	
Cuándo es elegible	6	
Cuándo ya no es elegible	7	
Si se reintegra al trabajo	7	
Extensión de los beneficios de la vista	8	
COBRA	8	
Extensión de salud pagada por el Fondo	8	
Extensión de salud pagada por el Fondo por incapacidad	9	
Extensión de salud pagada por el Fondo durante un arbitraje	10	
FMLA y otras licencias estatales	10	
Licencia por servicio militar	10	
Elegibilidad de los dependientes	10	
Cuándo sus dependientes ya no son elegibles	12	
Cómo inscribirse	12	
Su obligación de avisar	13	
Los beneficios que se proporcionan	14	
Beneficios de cuidado de la vista	14	
Información general sobre sus beneficios de la vista	15	
Gastos elegibles	16	
Gastos excluidos	16	
Beneficios de seguro de vida	17	
Monto del beneficio	17	
Cuándo termina la cobertura del seguro de vida	17	
Extensión del seguro de vida por incapacidad	17	
Beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D)	18	
Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales	19	
Cuándo termina la cobertura de los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales	19	
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones	19	
Reclamaciones de beneficios	19	
Presentación de reclamaciones del cuidado de la vista	20	
Presentación de reclamaciones del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	20	
Adónde enviar los formularios de reclamaciones	20	
Aprobación y rechazo de reclamaciones	20	
Designación de un representante autorizado	21	
Reclamaciones del cuidado de la vista	21	
Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	23	
Aviso de la decisión	23	
Apelación de reclamaciones rechazadas	24	
Presentación de una apelación	24	
Dónde presentar una apelación de primera instancia	25	
Plazos para las decisiones sobre apelaciones	25	
Apelación de reclamaciones de servicios anteriores o simultáneas al servicio	26	
Apelación de reclamaciones de servicios de cuidado de la vista posteriores al servicio	26	
Instancia voluntaria de apelación de reclamaciones del cuidado de la vista ..	26	
Aviso de la decisión de la apelación	27	
Acciones posteriores	28	
Incompetencia	28	
No duplicación de la cobertura de salud	28	
Dirección de correo postal	29	
Divulgación de información al Fondo: Fraude	29	
Pagos en exceso	30	
Cobertura de salud grupal continuada	31	
Durante una licencia médica y familiar	31	
Durante una licencia por servicio militar	31	
Conforme a COBRA	32	
Continuación de cobertura conforme a COBRA	33	
Otra información del Plan de salud que debe saber	37	
Cesión de beneficios del Plan	37	
Orden de manutención infantil médica calificada (“QMCSO”)	37	
Exención de responsabilidad por la práctica médica	38	
Privacidad de la información de salud protegida	38	

	Página
Conversión a cobertura individual	39
Información general	39
Contribuciones del empleador	39
Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios	40
Cumplimiento de las leyes federales	40
Modificación o cancelación del Plan	40
Administración del Plan	41
Declaración de derechos según la Employee Retirement Income Security Act of 1974, con sus modificaciones	42
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan	43
Haga cumplir sus derechos	43
Ayuda con sus preguntas	44
Información del Plan	45
Financiamiento de los beneficios y tipo de administración	45
Patrocinador y Administrador del Plan	45
Empleadores participantes	45
Agente encargado de la notificación del proceso legal	46
Glosario	47
Información de contacto	Interior de la contraportada

Aviso importante

Este folleto es el documento del Plan y la Descripción abreviada del Plan (Summary Plan Description, “SPD”) del plan de beneficios (“el Plan”) NYC Schools Part Time Plan del Building Service 32BJ Health Fund (“el Fondo”) para los fines de la Employee Retirement Income Security Act of 1974, “ERISA” (Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974) con sus modificaciones. Los términos en el presente constituyen los términos del Plan.⁽¹⁾ Sus derechos a los beneficios solo se pueden determinar en esta SPD, tal como lo interpreta la acción oficial de la Junta de fideicomiso (“la Junta”). Debe consultar este folleto cuando necesite información sobre los beneficios de su Plan. Además, la Junta se reserva el derecho, a su exclusivo y absoluto criterio, de modificar el Plan en cualquier momento.

En el caso de que se produzca algún conflicto o ambigüedad entre esta SPD y su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación, prevalecerá 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, notifíquese lo inmediatamente al Centro de servicios para afiliados llamando al 1-800-551-3225 para que se actualicen sus registros.
- Las palabras que aparecen en **negrita** se definen en el Glosario.
- En este folleto, las palabras “usted” y “su” se refieren a los participantes que tienen empleos que los convierten en elegibles para los beneficios del Plan.

(1) Esta SPD es el documento del Plan del NYC Schools Part Time Plan, que incluye beneficios de cuidado de la vista, de seguro de vida y de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Los contratos de seguro de MetLife son los documentos del Plan para los planes de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y esos contratos, con sus modificaciones o nuevas versiones realizadas cada cierto tiempo, se incorporan al presente documento mediante su referencia. 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. El Plan paga las primas requeridas para mantener las pólizas de seguro en vigencia, pero el Plan no paga de manera directa ningún beneficio asegurado. La Junta se reserva el derecho de cambiar los contratos y las compañías de seguro. Si la Junta realizara uno de estos cambios, la cobertura de beneficios que se describe en esta SPD podría no ser correcta. Puede solicitar copias de los contratos de seguro a MetLife.

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

- Este folleto describe las disposiciones del Plan que entraron en vigencia el 1 de mayo de 2021, a menos que se especifique lo contrario.
- La cantidad de horas que trabaja regularmente determina el Plan para el cual es elegible. En general, el NYC Schools Part Time Plan cubre a ciertos participantes que trabajan en las escuelas de la Ciudad de New York durante al menos 10 horas, pero menos de 20* horas cada semana.

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

Elegibilidad y participación

Cuándo es elegible

La mayoría de los acuerdos colectivos de trabajo y acuerdos de participación exigen que su **empleador** comience a realizar contribuciones al Plan en su nombre cuando usted cumpla 90 días consecutivos de **empleo cubierto** con el mismo **empleador** si trabaja al menos 10 horas por semana. Si su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación tiene una fecha de inicio de las contribuciones que resulta anterior, usted será elegible en la fecha de inicio de las contribuciones. Si su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación no incluye ninguna disposición respecto de la fecha de inicio de las contribuciones, las contribuciones comenzarán en su primer día de **empleo cubierto**. Con este propósito, el **empleo cubierto** incluye ciertas licencias. Los días de enfermedad, embarazo o lesión cuentan a los efectos del período de espera de 90 días. Cuando haya completado el período de 90 días de trabajo para su **empleador**, usted y sus dependientes elegibles adquieren elegibilidad para los beneficios descritos en este folleto a partir del día 91 de **empleo cubierto**.

* Si trabaja regularmente 20 horas o más por semana en un **empleo cubierto**, es posible que tenga derecho a recibir beneficios en virtud del Suburban Plan del Fondo. Los requisitos de elegibilidad para dicho plan se describen en la Descripción abreviada del Plan del Metropolitan y Suburban Health Plan del Fondo.

Mientras sea elegible, sus dependientes también lo serán, siempre que los haya inscrito correctamente y cumplan con la definición de “dependiente” según el Plan (consulte la sección “Elegibilidad de los dependientes” en las páginas 10 a 12).

Cuándo ya no es elegible

Su elegibilidad para el Plan finaliza en la fecha que resulte anterior entre las siguientes:

- al final del día 30 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 8 a 10 y las páginas 32 a 37),
- en la fecha en que su **empleador** pone fin a su participación en el Plan; o
- en la fecha en que se cancela el Plan.

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

Si se reintegra al trabajo

Si su empleo finaliza después de que adquiere elegibilidad para participar en el Plan y usted regresa al **empleo cubierto** (con el mismo **empleador contribuyente** o con un **empleador contribuyente** diferente):

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

Mientras sea elegible, sus dependientes también lo serán, siempre que los haya inscrito correctamente y cumplan con la definición de “dependiente” según el Plan (consulte la sección “Elegibilidad de los dependientes” en las páginas 10 a 12).

* Si su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación tiene una fecha de inicio de las contribuciones que resulta anterior, usted será elegible en la fecha de inicio de las contribuciones.

Extensión de los beneficios de la vista

En ciertas circunstancias, es posible que pueda continuar con su cobertura de la vista incluso después de que deje de trabajar en un **empleo cubierto**. Estas circunstancias se describen en las páginas siguientes.

COBRA

Conforme a la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986, "COBRA" (Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986), se exige a los planes de salud colectivos ofrecer la continuación temporal de la cobertura de salud, en la que el empleado paga todo, en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo. La "cobertura de salud" incluye la cobertura de la vista del Plan. No incluye seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (Accidental Death & Dismemberment, "AD&D"). (Consulte las páginas 32 a 37 para obtener más información sobre COBRA).

Extensión 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: incapacidad, que debe haber ocurrido mientras usted se encontraba en un **empleo cubierto**, y arbitraje. Todos los períodos de Extensión de salud pagada por el Fondo contarán para efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua en virtud de COBRA. La Extensión de salud pagada por el Fondo incluye la cobertura de la vista del Plan. El seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales continúan durante los primeros seis meses únicamente. (Consulte las páginas 17 y 18 para obtener información sobre la Extensión del seguro de vida por incapacidad).

Para recibir esta Extensión de salud pagada por el Fondo, debe llenar el Formulario de elección de continuación de la cobertura de COBRA que recibirá por correo. Si no envía a tiempo el Formulario de elección, es posible que pierda su elegibilidad para la cobertura continua en virtud de la Extensión de salud pagada por el Fondo y también en virtud de COBRA. El Formulario de elección completo, junto con todos los documentos requeridos (por ejemplo, comprobante de incapacidad), debe enviarse dentro del período de tiempo estipulado en el Formulario de elección de continuación de la cobertura de COBRA a la siguiente dirección:

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

Extensión de salud pagada por el Fondo por incapacidad

Puede continuar siendo elegible para hasta 30 meses de cobertura, siempre que se inscriba para recibir cobertura, no pueda trabajar y esté recibiendo (o se haya aprobado que reciba) uno de los siguientes beneficios por incapacidad:

- incapacidad a corto plazo (con un límite de seis meses), o
- indemnización por accidentes y enfermedades laborales (con un límite de seis meses si es elegible o adquiere elegibilidad para Medicare).

Su cobertura de la Extensión de salud pagada por el Fondo para cobertura por incapacidad terminará cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- usted elige no continuar la cobertura,
- vuelve a trabajar en cualquier empleo,
- han pasado 30 meses desde que dejó de trabajar debido a una incapacidad,
- termina su indemnización por accidentes y enfermedades laborales o sus beneficios por incapacidad a corto plazo,
- usted recibe los beneficios máximos en virtud de la incapacidad a corto plazo o de la indemnización por accidentes y enfermedades laborales; o
- adquiere elegibilidad para Medicare como su aseguradora principal. Medicare es el plan principal y este Plan es el secundario después de recibir seis meses de beneficios por incapacidad a corto plazo o indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

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

Para recibir la Extensión de salud pagada por el Fondo por incapacidad, debe solicitarla y enviar un comprobante de incapacidad a más tardar 60 días después de la fecha en que habría perdido la cobertura, es decir 90 días después de que dejó de trabajar debido a una incapacidad. Para solicitar esta cobertura, debe llenar el Formulario de elección de continuación de la cobertura de COBRA que recibirá por correo. También puede obtener una copia de este formulario en el Centro de servicios para afiliados. El Plan se reserva el derecho de exigir periódicamente un comprobante de que usted sigue incapacitado. La Extensión de salud pagada por el Fondo para cobertura por incapacidad se tendrá en cuenta para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA. (Consulte las páginas 32 a 37 para obtener información sobre COBRA).

Extensión de salud pagada por el Fondo durante un 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. Esta extensión de cobertura se tendrá en cuenta para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

FMLA y otras licencias estatales

Puede tener derecho a tomar hasta 26 semanas de licencia de su empleo conforme a la Family and Medical Leave Act, “FMLA” (Ley de Licencias médicas y familiares). Puede continuar recibiendo cobertura durante una licencia conforme a la FMLA. (Consulte la página 31 para obtener más información). Además, el estado de New York, así como otros estados o ciudades, pueden ofrecer licencias familiares durante las cuales se le exija al **empleador** que continúe con la cobertura. Consulte con su **empleador** acerca de los requisitos de licencia en el lugar donde usted trabaja y si su **empleador** provee cobertura durante esos períodos.

Licencia por servicio militar

Si está en servicio militar activo, tiene ciertos derechos conforme a la Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, “USERRA” (Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados de 1994), siempre que se inscriba para recibir cobertura continua. (Consulte la página 31 para obtener más información). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

Elegibilidad de los dependientes

Si su acuerdo colectivo de trabajo proporciona cobertura para dependientes, en la página siguiente se describen los dependientes elegibles conforme al Plan:

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

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 ésta; o • es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge.
Hijos (dependientes): nietos o sobrinos ÚNICAMENTE si usted es su tutor legal*** (si la solicitud de tutela legal está en trámite, debe proporcionar la documentación que indique que se presentaron los papeles y un comprobante cuando concluya el proceso legal)	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 exijan los términos de una orden de manutención infantil médica calificada (“QMCSO”); (consulte las páginas 37 y 38); y • lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos****.

* Generalmente, una separación legal es cualquier orden judicial o acuerdo vinculante desde el punto de vista legal conforme al cual las partes reconocen que están viviendo de manera separada. La separación legal incluye, entre otros, un divorcio de cuerpos y bienes, un divorcio limitado, una separación judicial, una manutención separada, un acuerdo entre cónyuges, un acuerdo de división de bienes conyugales y un acuerdo de división de bienes.

** Si inscribe al niño dentro de un plazo de 30 días después de la asignación o de la adopción, lo que ocurra primero, su hijo dependiente adoptado tendrá cobertura a partir de la fecha en que fue adoptado o “asignado 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 13 y 14). Se considera que se le ha asignado un niño para adopción en la fecha en que usted queda obligado por primera vez a proporcionar manutención parcial o total para el niño que desea adoptar. Sin embargo, si se le asigna un niño para adopción, pero la adopción finalmente no adquiere carácter definitivo, la cobertura de ese niño terminará en la fecha en que usted ya no tenga una obligación legal para su manutención. Si adopta un recién nacido, el niño está cubierto desde el nacimiento siempre que usted tenga la custodia inmediatamente después de que el niño sea dado de alta del hospital y presente una petición de adopción ante las autoridades estatales correspondientes dentro de un plazo de 30 días después del nacimiento del niño. Sin embargo, los recién nacidos adoptados no estarán cubiertos desde el nacimiento si uno de los padres biológicos del niño cubre la hospitalización inicial del recién nacido, se presentó un aviso para revocar la adopción o uno de los padres biológicos revoca su consentimiento para la adopción.

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

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

Cuándo sus dependientes ya no son elegibles

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

- La elegibilidad de su *cónyuge* termina 30 días después de la separación legal* o divorcio.
- La elegibilidad de su hijo termina en la fecha que resulte anterior entre las siguientes (i) cuando su hijo ya no cumple los requisitos para ser considerado hijo dependiente, según se describe en la página 11, o (ii) 30 días después de que su hijo cumple 26 años o (iii) al finalizar el año calendario en que su hijo cumple 26 años.
- La elegibilidad de un *cónyuge* e hijos (incluidos los hijos dependientes) termina 30 días después de su muerte.

Cómo inscribirse

La cobertura para dependientes según el Plan no es automática. Debe inscribir a sus dependientes elegibles en el Plan.

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

Consulte la sección Elegibilidad de los dependientes en las páginas 10 a 12 para determinar si sus dependientes son elegibles para la inscripción. También deberá enviar la documentación que pruebe la condición de relación, incluidos un certificado de matrimonio (para su *cónyuge*), certificados de nacimiento (para sus hijos) y, si corresponde, un comprobante de la condición de dependencia (para sus nietos y sobrinos de los cuales usted es el tutor legal). En la mayoría de los casos, la cobertura de sus dependientes comenzará en la primera fecha en que sean elegibles. Sin embargo, si no inscribe a sus dependientes dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que usted adquirió elegibilidad por primera vez

* Generalmente, una separación legal es cualquier orden judicial o acuerdo vinculante desde el punto de vista legal conforme al cual las partes reconocen que están viviendo de manera separada. La separación legal incluye, entre otros, un divorcio de cuerpos y bienes, un divorcio limitado, una separación judicial, una manutención separada, un acuerdo entre *cónyuges*, un acuerdo de división de bienes conyugales y un acuerdo de división de bienes.

para la cobertura de salud conforme al Plan, la cobertura de sus dependientes no comenzará hasta la fecha en que le notifique al Fondo y presente todos los documentos requeridos. Si se produce un cambio en su situación familiar (por ejemplo, se casa o adopta a un niño) o si desea cambiar la cobertura de un dependiente existente por cualquier razón después de que comience su cobertura conforme al Plan, debe llenar el formulario correspondiente. Se aplican normas especiales con respecto a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su nuevo dependiente. (Consulte la sección Su obligación de avisar a continuación y en la página siguiente para obtener más detalles).

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

Su obligación de avisar

Si ocurre un cambio en su situación familiar (por ejemplo, matrimonio, separación legal, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo) después de que su cobertura conforme al Plan haya entrado en vigencia, es su obligación avisar inmediatamente al Fondo de dicho cambio y llenar el formulario correspondiente. Si avisa al Fondo dentro de un plazo de 30 días a partir del matrimonio o nacimiento o adopción de un hijo, la cobertura para su nuevo *cónyuge* o hijo comenzará en la fecha del matrimonio o en la fecha del nacimiento o adopción. Si no avisa al Fondo dentro de un plazo de 30 días, la cobertura para su nuevo *cónyuge* o hijo comenzará a regir a partir de la fecha en que usted le notifique al Fondo. Sin embargo, tenga en cuenta que no se pagarán beneficios hasta que usted presente los formularios y la documentación de respaldo requeridos ante el Fondo. Asegúrese de notificarle al Fondo si su nieto o sobrino ya no vive con usted, se casó o ya no cumple los requisitos para obtener cobertura por algún otro motivo, según se describe en las páginas 10 a 12.

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

Los beneficios que se proporcionan

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

Beneficios de cuidado de la vista

Su beneficio de cuidado de la vista es administrado por Davis Vision, el cual mantiene una **red** nacional de proveedores de cuidado de la vista. Si necesita un examen de la vista, lentes correctivos (incluidos los lentes de contacto) o marcos, puede acudir a un **proveedor participante** o a un **proveedor no participante**. Al usar un **proveedor participante**, puede obtener un examen y anteojos sin costo que deba pagar de su bolsillo si elige sus marcos de la colección selecta del Plan con Davis Vision. Si desea marcos y/o lentes que cuesten más que el límite del Plan, usted deberá pagar la diferencia. Si desea lentes de contacto en lugar de marcos y lentes, usted será responsable de pagar el cargo de ajuste de los lentes de contacto y el Plan cubrirá hasta \$120 del costo de los lentes de contacto.

Si utiliza un **proveedor no participante**, usted será responsable de pagar la totalidad de los cargos y se le reembolsará hasta los **montos permitidos**. Puede obtener hasta \$30 por un examen de la vista, \$60 por lentes y \$60 por marcos.

Información general sobre sus beneficios de la vista

Beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen de la vista	El plan paga hasta \$30.	El plan paga hasta el monto permitido de \$30. (No hay beneficios fuera de la red para participantes y dependientes menores de 19 años).
Lentes	El Plan paga el 100% si elige una opción de la colección selecta del Plan con Davis Vision.	El plan paga hasta el monto permitido de \$60. (No hay beneficios fuera de la red para participantes y dependientes menores de 19 años).
Marcos	El Plan paga el 100% si elige una opción de la colección selecta del Plan con Davis Vision.	El plan paga hasta el monto permitido de \$60. (No hay beneficios fuera de la red para participantes y dependientes menores de 19 años).
Lentes de contacto (en lugar de marcos y lentes)	El plan paga hasta \$120 por los lentes de contacto. No se cubre el cargo de ajuste.	

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

Dichos beneficios máximos se pagan dentro de cualquier período de 24 meses* a partir de la fecha en que incurrió en gastos del cuidado de la vista por primera vez (por lo general un examen de la vista). Por ejemplo, si se realiza un examen de la vista el 1 de septiembre de 2020, tiene hasta el 1 de septiembre de 2022 (siempre y cuando siga siendo elegible para los beneficios del Fondo) para recibir los beneficios citados anteriormente para los lentes y marcos o los lentes de contacto. Ningún beneficio de cuidado de la vista no utilizado se puede transferir ni usar en un período subsiguiente de 24 meses.

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

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

- mostrando su tarjeta de Davis Vision a un **proveedor participante** de Davis Vision o
- visitando a un **proveedor no participante** y presentando luego un formulario de reclamación del Plan para el cuidado de la vista ante Davis Vision para su reembolso. Sin embargo, no hay beneficios **fuera de la red** para participantes y dependientes menores de 19 años.

Para encontrar a un **proveedor participante**, visite www.davisvision.com/32bj o llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-999-5431.

Gastos elegibles

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

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

Gastos excluidos

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

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

Beneficios de seguro de vida

MetLife asegura y administra su cobertura de seguro de vida. El Plan paga las primas requeridas para mantener la póliza de seguro en vigencia, pero el Plan no paga de manera directa ningún beneficio de seguro de vida.

Por lo tanto, la póliza de seguro que está en vigencia al momento de cualquier pérdida cubierta define y limita sus derechos y los derechos de sus beneficiarios a los beneficios del seguro de vida. Pueden aplicarse exclusiones de cobertura. Los términos de la póliza de seguro pueden cambiar periódicamente. Si la información en esta SPD es diferente de los términos de la póliza, la póliza de seguro regirá sus derechos a los beneficios. Para obtener una copia del certificado grupal o para obtener información sobre las exclusiones de cobertura, comuníquese con MetLife al 1-866-492-6983.

Monto del beneficio

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

Para obtener una copia del documento del Plan, obtener información sobre cómo designar a un beneficiario o presentar una reclamación, comuníquese con MetLife al 1-866-492-6983 o visite mybenefits.metlife.com.

Cuándo termina la cobertura del seguro de vida

La cobertura del seguro de vida termina 30 días después de finalizar su **empleo cubierto**, excepto si usted tiene una Extensión de salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 8 a 10). Después de que finalice su seguro de vida grupal en virtud del Plan, es posible que pueda convertirlo en una póliza de seguro de vida individual. Comuníquese con MetLife al número que aparece arriba para obtener más información sobre la conversión de su seguro de vida.

Extensión del seguro de vida por incapacidad

Si está incapacitado y recibe beneficios conforme al beneficio por incapacidad a corto plazo o la indemnización por accidentes y enfermedades laborales, su seguro de vida continuará durante seis meses desde la fecha de su incapacidad o hasta que esta termine, lo que ocurra primero. En tanto dure esta cobertura extendida, su nivel de beneficios se mantendrá exactamente al mismo nivel que estaba cuando quedó incapacitado.

El Fondo se reserva el derecho de volver a certificar la incapacidad según se describe en la página 9. Si muere antes de presentar un comprobante de su incapacidad, su beneficiario debe proporcionar un certificado de defunción y un comprobante de incapacidad total *en un plazo de 90 días* después de su muerte.

El aviso de aprobación o rechazo de beneficios se enviará a su beneficiario designado por escrito. (Consulte las páginas 24 a 28 para obtener información sobre cómo apelar una reclamación rechazada).

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

Metlife administra su cobertura de beneficios del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (accidental death and dismemberment, “AD&D”). El Plan paga las primas requeridas para mantener la póliza de seguro en vigencia, pero el Plan no paga de manera directa ningún beneficio del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales.

Por lo tanto, la póliza de seguro que está en vigencia al momento de cualquier pérdida cubierta define y limita sus derechos y los derechos de sus beneficiarios a los beneficios del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Pueden aplicarse exclusiones de cobertura. Los términos de la póliza de seguro pueden cambiar periódicamente. Si la información en esta SPD es diferente de los términos de la póliza, la póliza de seguro regirá sus derechos a los beneficios. Para obtener una copia del certificado grupal o para obtener información sobre las exclusiones de cobertura, comuníquese con MetLife al 1-866-492-6983.

El seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (“AD&D”) se aplica a accidentes dentro y fuera del trabajo, así como dentro y fuera del hogar. Es diferente al seguro de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, que solo lo cubre en el trabajo. Usted es elegible mientras permanezca en un **empleo cubierto** y durante 30 días después de que termine su **empleo cubierto**. Su beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales es adicional a su seguro de vida y es pagadero si muere o pierde una extremidad a causa de un accidente *en un plazo de 90 días* posteriores a ese accidente.

Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales

Sujeto a exclusiones de cobertura, 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 en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero a su beneficiario es de \$25,000. Si pierde una mano a la altura de la muñeca o por encima de ésta, o un pie a la altura del tobillo o por encima de éste, o la vista en un ojo, el beneficio del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero es de \$12,500.

Cuándo termina la cobertura de los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales

La cobertura del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales termina 30 días después de que termine su empleo. Del mismo modo que su seguro de vida, su cobertura en caso de muerte y mutilación accidentales puede continuar mientras tenga una Extensión de salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 8 a 10).

Comuníquese con MetLife al 1-866-492-6983 para obtener más información acerca de su beneficio, conocer las exclusiones de cobertura o solicitar una copia de su certificado grupal.

Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

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

Reclamaciones de beneficios

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

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

Presentación de reclamaciones del cuidado de la vista

Si se atiende con **proveedores de cuidado de la vista participantes**, no necesita presentar reclamaciones. Los **proveedores** lo harán por usted. Si no se atiende con un **proveedor de cuidado de la vista participante**, deberá presentar una reclamación de cuidado de la vista ante Davis Vision para el reembolso de los gastos elegibles. Consulte la tabla a continuación para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. Puede obtener un formulario de reclamación del cuidado de la vista en www.davisvision.com/32bj o llamando al 1-800-603-5633. **Las reclamaciones de cuidado de la vista se deben presentar lo antes posible, y nunca después de transcurridos más de 180 días después de la fecha del servicio. Se rechazarán las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha del servicio.**

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

Para presentar una reclamación de beneficios del seguro de vida o del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, su beneficiario debe comunicarse con MetLife llamando al 1-866-492-6983 o visitar mybenefits.metlife.com.

Adónde enviar los formularios de reclamaciones

Beneficio	Dirección de presentación
Beneficios del cuidado de la vista (solamente proveedores no participantes ; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	Davis Vision Vision Care Processing Unit P.O. Box 1525 Latham, NY 12110
Seguro de vida Seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100

Aprobación y rechazo de reclamaciones

Existen 2 procesos separados de aprobación y rechazo de reclamaciones, uno para las reclamaciones del cuidado de la vista y otro para las reclamaciones del seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Estos procesos se describen por separado a continuación. Lea esta información para asegurarse de estar en pleno conocimiento de estos procesos y de lo que usted, o su representante autorizado, deben hacer para cumplir con los procedimientos.

Designación de un representante autorizado

Para poder designar a alguien como su representante autorizado para presentar una reclamación o una apelación en su nombre, debe presentar una autorización, firmada por usted, que incluya:

- su nombre,
- su número de identificación tal como figura en su tarjeta de Davis Vision, si está designando a un representante autorizado para su reclamación o apelación del cuidado de la vista,
- 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 reclamación y/o una apelación en su nombre.

Reclamaciones del cuidado de la vista

Las reclamaciones del cuidado de la vista se aprobarán o rechazarán dependiendo de si su reclamación es anterior al servicio, 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. No se requiere la aprobación previa de servicios para ciertos beneficios de la vista.
- Para reclamaciones anteriores al servicio presentadas correctamente, se le informará de la decisión a usted o a su proveedor *en un plazo de 15 días* después de recibir la reclamación, a menos que se necesite tiempo adicional. El plazo de respuesta se puede extender hasta *15 días* si es necesario, debido a motivos que están fuera del control del revisor de las reclamaciones. Se le informarán las circunstancias que requieran esta extensión del plazo y la fecha para la cual se espera que se tome una decisión.

Si presenta una reclamación anterior al servicio de manera incorrecta, se le informará lo antes posible de los procedimientos correctos que se deben seguir para volver a presentar la reclamación, a más tardar *cinco días* después de la recepción de la reclamación. 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 solicita aprobación.

Si no se incluye la información mencionada anteriormente, se rechazará su reclamación.

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 proveedor tendrán *45 días* a partir de la recepción de la notificación para suministrar 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 entonces tendrá *15 días* para tomar una decisión sobre una reclamación anterior al servicio y le notificará la determinación.

- *Reclamaciones de atención simultáneas.* 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. La decisión de reducir o extender el tratamiento se toma mientras dicho tratamiento está en curso.

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

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

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

Si se necesita una extensión debido a que se requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted tendrá *45 días* 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). Se le informará de la decisión *dentro de un plazo de 15 días* después del vencimiento de este período.

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

Si usted o su beneficiario presentan una reclamación de beneficios del seguro de vida o de muerte y mutilación accidentales, MetLife tomará una decisión al respecto y le notificará directamente a usted o a su beneficiario.

Aviso de la decisión

Se le suministrará un aviso por escrito de un rechazo de una reclamación. El aviso de rechazo incluirá:

- las razones para el rechazo, si el rechazo es total o parcial y si se toma alguna determinación adversa de beneficios (por ejemplo, el Plan paga menos del 100% de la reclamación),
- las referencias específicas a las disposiciones del Plan en las que se basa el rechazo,
- una descripción de cualquier información adicional necesaria para completar su reclamación y una explicación de por qué es necesaria dicha información, y

- una descripción del proceso de apelaciones y los límites de tiempo, así como también una declaración de su derecho a iniciar una demanda civil conforme a la Sección 502(a) de la Employee Retirement Income Security Act of 1974, “ERISA” (Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974) dentro de un plazo de tres años desde la fecha en que se rechazó la apelación.

Para reclamaciones anteriores al servicio, usted recibirá un aviso de la determinación, incluso cuando la reclamación se apruebe. El plazo de entrega de este aviso depende del tipo de reclamación, según se describe en las páginas 25 y 26.

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 adversa. Existen 2 procesos separados de aprobación y rechazo de reclamaciones, uno para las reclamaciones del cuidado de la vista y otro para las reclamaciones del seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales.

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

Tipo de reclamación rechazada	Apelación de primera instancia	Apelación de segunda instancia
Beneficios del cuidado de la vista	Davis Vision	Junta de fideicomiso*
Vida/muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company	No corresponde

* Esta instancia de apelación es voluntaria.

Presentación de una apelación

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

Su apelación voluntaria 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 gratuitamente, si así lo solicita, acceso a todos los documentos, registros u otra información relacionada con su apelación, o bien, a copias de ellos.

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 y 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 dentro de un plazo de 180 días desde la fecha del rechazo, renunciará a su derecho de apelación. 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, es posible que se vea impedido de utilizar los recursos legales.

Dónde presentar una apelación de primera instancia

Beneficio	Escriba a:	O llame al
Beneficios del cuidado de la vista	Davis Vision P.O. Box 791 Latham, NY 12110	Solo se aceptan apelaciones por escrito.
Beneficios del seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100 Fax: 1-570-558-8645	Solo se aceptan apelaciones por escrito.

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.

Apelación de reclamaciones del cuidado de la vista anteriores o simultáneas al servicio

Si presenta una apelación por una reclamación anterior al servicio (cuando todavía no se recibe el servicio) o una atención simultánea al servicio (mientras se recibe el servicio) que no incluye atención urgente, se tomará una decisión y se le notificará *en un plazo de 30 días* desde la recepción de su apelación. 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 del cuidado de la vista posteriores al servicio

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

Instancia voluntaria de apelación de reclamaciones del cuidado de la vista

Una vez que recibe el aviso del rechazo de la apelación de primera instancia de una reclamación de cuidado de la vista presentada en tiempo y forma*, ha agotado todas las opciones requeridas de apelaciones internas. Tenga en cuenta que no existen apelaciones aceleradas para reclamaciones posteriores al servicio en el procedimiento de apelaciones voluntarias.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede iniciar una acción civil de acuerdo con la Sección 502(a) de la Employee Retirement Income Security Act of 1974, “ERISA” (Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974) con sus modificaciones. Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación obligatoria y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que se hayan cumplido los plazos correspondientes descritos en esta SPD desde la fecha en la cual presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o aviso de que se necesita una extensión del plazo para tomar dicha decisión. **Además, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en la cual se rechazó la apelación correspondiente.** Como alternativa, puede presentar una apelación voluntaria ante el Comité de apelaciones de la Junta de fideicomiso. 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 Davis Vision. Las apelaciones voluntarias se tratan en las reuniones del Comité de apelaciones programadas de manera regular.

* El Comité de apelaciones no atiende apelaciones voluntarias de reclamaciones cuyas apelaciones obligatorias no fueron presentadas dentro de los plazos establecidos. Si Davis Vision rechaza su apelación por no haberla presentado dentro del plazo establecido, no podrá presentar una apelación voluntaria ante el Comité de apelaciones de la Junta de fideicomiso.

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

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

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

Si usted decide 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, según los términos del Plan, es un período de tres años.

Aviso de la decisión de la apelación

Le notificarán por escrito la decisión sobre su apelación en un plazo de cinco días desde la fecha en que el Comité de apelaciones tome la decisión sobre la apelación. El aviso por escrito de la decisión de la apelación incluirá toda la información estipulada en la sección Aviso de la decisión en las páginas 23 y 24.

Acciones posteriores

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

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

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, póngase en contacto con la Oficina de cumplimiento a la dirección que figura en la página 46. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación o para obtener asistencia, puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.askebsa.dol.gov.

Incompetencia

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

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.

Dirección de correo

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

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 con prontitud y de buena fe será fundamento suficiente para demorar o rechazar el pago de los beneficios. La Junta será el único juez del nivel de prueba que se exige en cualquier caso y puede adoptar en forma periódica las fórmulas, métodos y procedimientos que considere aconsejables.

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

La Junta se reserva el derecho de cancelar o rescindir la cobertura del Fondo para cualquier participante o dependiente inscrito que deliberada e intencionalmente se involucre en una actividad que tenga como fin 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 formular cargos penales.

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

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

Pagos en exceso

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

Cobertura de salud grupal continuada

Durante una licencia médica y familiar

Durante una licencia médica y familiar (Family and Medical Leave, “FMLA”), usted puede seguir con toda la cobertura médica y otros beneficios que ofrece el Plan. En el estado de New York, puede ser elegible para una licencia familiar pagada. Otros estados podrían tener requisitos de licencia similares. Consulte con su **empleador** para determinar si usted es elegible para la licencia médica y familiar u otra licencia establecida por ley que le exige al **empleador** que continúe realizando las contribuciones al Fondo.

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

Durante una licencia por servicio militar

Si se encuentra en servicio militar activo durante 31 días o menos, seguirá teniendo cobertura médica conforme a la Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, “USERRA” (Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados de 1994). Si está en servicio militar activo durante más de 31 días, la USERRA le permite continuar recibiendo cobertura de la vista para usted y sus dependientes a su cargo hasta por 24 meses siempre que se inscriba para tener cobertura. Esta cobertura continua funciona del mismo modo que COBRA. (Consulte las páginas 8 a 10 y 32 a 37 para obtener información sobre COBRA). Además, sus dependientes pueden ser elegibles para recibir atención médica conforme a TRICARE.

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

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

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

Conforme a COBRA

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

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

Si usted está incapacitado y recibe beneficios en virtud de una incapacidad a corto plazo establecida por ley (se limita a 6 meses) o indemnización por accidentes o enfermedades laborales, el Plan proporciona cobertura por hasta seis meses siempre y cuando usted siga incapacitado, no pueda trabajar y solicite la cobertura. Si su **empleador** lo despide y su despido pasa a arbitraje para su reincorporación, el Plan proporciona cobertura hasta por seis meses a partir de la fecha de su despido. En estos dos casos, no necesita pagar la prima ya que el Fondo la paga. Tenga en cuenta que el período máximo en que tiene cobertura conforme a COBRA se reduce con cada período en que recibe la cobertura de la Extensión de salud pagada por el Fondo.

La tabla a continuación 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 de naturaleza general. Si tiene cualquier pregunta sobre COBRA, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados.

Continuación de cobertura conforme a COBRA

La cobertura puede continuar para:	Un evento que califica (que tiene como resultado la pérdida de la cobertura de salud):	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	Pierde la elegibilidad para la cobertura debido a la reducción de su jornada laboral (por ejemplo, por licencia).	18 meses
Usted y sus dependientes elegibles	Toma licencia por servicio militar.*	24 meses
Sus dependientes	Usted muere.	36 meses
Su cónyuge y sus hijastros	Se separa legalmente, se divorcia o se anula civilmente su 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 la determinación de su derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas).	36 meses desde la fecha de la determinación del derecho a Medicare

* Este es un requisito de continuación de USERRA, no COBRA, y pueden aplicarse reglas diferentes. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Centro de servicios para afiliados.

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

Licencia médica y familiar. Si no vuelve al empleo activo después de su licencia médica y familiar, adquiere elegibilidad para la continuación conforme a COBRA como resultado del término de su empleo. Para los fines de COBRA, su empleo se considera "terminado" cuando finaliza la licencia médica y familiar o en la fecha en que da aviso a su **empleador** de que no volverá al empleo activo, lo que ocurra primero.

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

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

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

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

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

lo determine la Social Security Administration. Usted (o su familiar) debe notificar al Centro de servicios para afiliados por escrito cualquiera de estos eventos en un plazo menor de 60 días después de ocurrido el evento, o 60 días después de que hubiera perdido la cobertura según el Plan debido a dicho evento, lo que ocurra después. Su aviso debe incluir la siguiente información:

- nombres de las personas interesadas en la continuación conforme a COBRA y la relación con el participante,
- fecha del evento que califica, y
- tipo de evento que califica. (Consulte la tabla de Eventos que califican en la página 33).

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

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

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

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

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

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

Lo que proporciona la cobertura conforme a COBRA. COBRA ofrece generalmente la misma cobertura de salud que se pone a disposición de empleados o familiares en situación similar; sin embargo, no están disponibles los seguros de vida/seguro en caso de muerte y desmembramiento accidentales, salvo por lo establecido en la Extensión de salud pagada por el Fondo durante un máximo de seis meses. Si, durante el período de cobertura continua de 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 normalmente termina después del período máximo de cobertura que se muestra en la tabla de la página 33. Terminará *antes* del término del período máximo en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Un beneficiario de COBRA deja de realizar puntualmente las contribuciones exigidas de COBRA.
- Un beneficiario de COBRA se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B, o ambas) después de la fecha de elección de COBRA u obtiene cobertura en otro plan grupal.
- Se extiende la cobertura durante hasta 29 meses debido a incapacidad y existe una determinación definitiva de que el beneficiario de COBRA ya

no está incapacitado. El beneficiario de COBRA debe notificar al Centro de servicios para afiliados en un plazo de 30 días después de dicha determinación definitiva.

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

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

Otra información del Plan de salud que debe saber

Cesión de beneficios del Plan

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

Los derechos conforme a este Plan no pueden cederse, incluidos 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.

Si bien, como se describe anteriormente, usted no puede asignarle a un proveedor su derecho a presentar una apelación según los procedimientos de apelaciones del Plan o a presentar una demanda por beneficios según la Sección 502(a) de ERISA, es posible que pueda permitirle a un proveedor actuar como su representante autorizado en una apelación según los procedimientos de apelaciones del Plan. 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 toda la información estipulada en la sección Designación de un representante autorizado en las páginas 21 a 24.

Orden de manutención infantil médica calificada (“QMCSO”)

Los beneficios o pagos cubiertos por el Plan no se pueden ceder ni transferir de otro modo, excepto como lo exige la ley. Los beneficios tampoco están sujetos a reclamación alguna de acreedores o al proceso legal iniciado por

un acreedor de cualquier persona cubierta, excepto conforme a una orden de manutención infantil médica calificada (Qualified Medical Child Support Order, "QMCSO"). Una orden de manutención infantil médica calificada es aquella que emite un tribunal u organismo estatal que exige a un empleado que proporcione cobertura en planes de salud grupales a un hijo.

Una orden de manutención infantil médica calificada es generalmente el resultado de un divorcio o separación legal. Siempre que el Centro de servicios para afiliados recibe una orden de manutención infantil médica calificada, el Fondo examina detenidamente su condición de que califica en conformidad con los procedimientos sobre órdenes de manutención infantil médica calificadas adoptados por la Junta y conforme a la ley federal. Para obtener más información sobre las órdenes de manutención infantil médica calificadas, o para obtener una copia sin costo de los procedimientos del Plan sobre estas, comuníquese con la Oficina de cumplimiento del Fondo en la dirección que figura en la página 46.

Exención de responsabilidad por la práctica médica

La selección de un proveedor de atención médica depende enteramente de usted. Ni el Fondo, ni la Junta ni sus designados participan en la práctica de la medicina, ni ninguno de ellos tiene control sobre el diagnóstico, tratamiento, atención o falta de esta, o sobre servicios de atención de salud que le preste un proveedor de servicios de salud. Por lo tanto, ni el Fondo, ni la Junta ni sus designados son responsables, ni tienen ninguna responsabilidad civil, por las acciones o inacciones de cualquier proveedor de atención médica seleccionado conforme a este Plan, lo cual incluye entre otras cosas, cualquier tipo de negligencia o mala praxis por parte de dicho proveedor de atención médica.

Privacidad de la información de salud protegida

La Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, "HIPAA" (Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud de 1996) es una ley federal que impone ciertas obligaciones de confidencialidad y seguridad al Fondo respecto de las historias clínicas y de otra información de salud que lo identifique como individuo usada o divulgada por el Fondo. La ley HIPAA también le otorga derechos respecto de su información de salud, lo que incluye algunos derechos a recibir copias de dicha información que el Fondo guarde sobre su persona 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 ley HIPAA, está disponible en el "Aviso de prácticas de privacidad" del Fondo que se distribuye a todos los participantes. Cualquier persona puede solicitar una copia adicional de este aviso comunicándose con la Oficina de cumplimiento en la dirección que figura en la página 46.

La Junta de fideicomiso del Fondo adoptó parte del texto sobre privacidad y seguridad de la ley HIPAA que exige que la Junta de fideicomiso, en su función de patrocinador del Plan para el Fondo, mantenga la privacidad y seguridad de su información de salud. Puede dirigir cualquier pregunta sobre la ley HIPAA a la Oficina de cumplimiento en la dirección que figura en la página 46.

Conversión a cobertura individual

Seguro de vida. Después de que finalice su seguro de vida grupal en virtud del Plan, es posible que pueda convertirlo en una póliza de seguro de vida individual. Póngase en contacto con MetLife para obtener información.

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

Información general

Contribuciones del empleador

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

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

Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios

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

- presenta una reclamación de beneficios en forma adecuada u oportuna,
- entrega la información exigida para completar o verificar una reclamación,
- tiene una dirección actualizada en los archivos del Centro de servicios para afiliados, o
- cobra los cheques dentro de los 18 meses de la fecha de emisión. Los montos de dichos cheques no cobrados u otros fondos no reclamados no están sujetos a ninguna ley de reversión al estado y continúan siendo activos del Plan. Los cheques no cobrados u otros fondos no reclamados se reintegrarán a los activos del Fondo y se agregarán a los activos netos disponibles para beneficios en los estados financieros del Fondo.

También debe tener en cuenta que los beneficios del Plan no se pagan a dependientes inscritos que pierdan la elegibilidad debido a la edad, matrimonio, divorcio o separación legal (a menos que elijan y paguen por los beneficios conforme a COBRA, como se describe en las páginas 8 a 10 y en las páginas 32 a 37).

Si el Plan paga equivocadamente una cantidad mayor que aquella para la cual usted es elegible, o paga beneficios que no están autorizados por el Plan, el Fondo puede recurrir a los recursos permitidos por la ley para recuperar los beneficios que pagó por error. (Consulte también la sección Pagos en exceso en la página 30).

Cumplimiento de las leyes federales

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

Modificación o cancelación del Plan

La Junta tiene la intención de mantener el Plan de forma indefinida, pero se reserva el derecho de modificarlo o cancelarlo a su absoluta discreción. Si

el Plan se cancela o modifica de alguna forma, no se afectará su derecho a recibir el reembolso por los gastos elegibles en los que haya incurrido antes de la cancelación o modificación.

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

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

Administración del Plan

El Plan es lo que la ley llama un programa de beneficios de "salud y bienestar". Los beneficios se proporcionan a partir de los activos del Fondo. Esos activos se acumulan conforme a las disposiciones del Acuerdo fiduciario 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.

La Junta de fideicomiso administra el Plan, excepto por aquellas partes que son administradas por aseguradores con los que mantienen acuerdos completamente asegurados. La Junta rige este Plan conforme a un Acuerdo y 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 fiduciario y para decidir todos los asuntos que surjan en relación con la operación o administración del Plan establecido según el fideicomiso. Sin limitar la generalidad de lo anterior, la Junta o sus designados debidamente autorizados, incluido el Comité de apelaciones con respecto a las apelaciones de reclamaciones de beneficios, tendrán toda la autoridad a su entera y absoluta discreción para:

- tomar todas las medidas y decisiones con respecto a la elegibilidad para el Plan y el monto de los beneficios pagaderos según éste,
- formular, interpretar y aplicar las reglas, reglamentos y políticas necesarias para administrar el Plan de acuerdo con los términos del Plan,
- decidir todos los asuntos, incluidos los asuntos legales o de hecho, relativos al cálculo y pago de beneficios del Plan,

- resolver y/o aclarar cualquier ambigüedad, inconsistencia y omisión que surja con respecto al Plan, como se describe en esta SPD, el Acuerdo fiduciario u otros documentos del Plan,
- procesar y aprobar o rechazar las reclamaciones de beneficios y las reglas sobre exclusiones de beneficios, y
- determinar el nivel de prueba requerido en cada caso.

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

La Junta ha delegado ciertas funciones administrativas y operacionales al personal del Fondo, a otras organizaciones y al Comité de Apelaciones. El personal del Centro de servicios para afiliados puede responder la mayoría de sus preguntas cotidianas. Si desea comunicarse con la Junta, escriba a:

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

Declaración de derechos según la Employee Retirement Income Security Act of 1974, con sus modificaciones

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

- Examinar sin costo, en la Oficina de cumplimiento, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el U.S. Department of Labor y disponible en el salón de información de la Employee Benefits Security Administration (“EBSA”).

- Obtener, mediante solicitud por escrito a la Oficina de cumplimiento, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500), así como una Descripción abreviada del Plan actualizada. El Fondo puede cobrar un cargo razonable por las copias de otros documentos que no sean la SPD.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que la Junta proporcione a cada participante una copia de este resumen del informe anual.
- Continuar la cobertura de salud grupal.

Puede continuar recibiendo la cobertura de salud grupal por cuenta propia o de 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 8 a 10 y 32 a 37 para obtener información sobre COBRA) y los documentos que rigen el Plan para conocer las normas que rigen los derechos de continuación de COBRA.

Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan

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

Haga cumplir sus derechos

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

Según ERISA, puede tomar ciertas medidas para hacer valer los derechos mencionados anteriormente. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual de este y no los recibe dentro de 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 estos no se hayan enviado por razones ajenas al Administrador.

Si se rechaza o se ignora su reclamación de beneficios, ya sea en forma total o parcial, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal después de agotar el proceso de apelación del Plan. Si los fiduciarios del Fondo hacen uso indebido del dinero del Fondo o si sufre algún tipo de discriminación por ejercer sus derechos, puede pedir ayuda al U.S. Department of Labor o presentar una demanda ante un tribunal federal. No puede presentar una demanda hasta que haya seguido los procedimientos de apelación descritos en las páginas 24 a 28. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si usted obtiene un fallo favorable, el tribunal puede ordenarle a la parte demandada que pague dichos costos y honorarios. Si el fallo es desfavorable, el tribunal puede ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios si, por ejemplo, se considera que su reclamación carece de fundamentos.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene preguntas sobre su Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sus derechos según ERISA, o si necesita asistencia para obtener documentos del Administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la EBSA, U.S. Department of Labor, que figura en su directorio telefónico, o con:

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

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

Información del Plan

Esta SPD es el documento formal del plan para el NYC Schools Part Time Plan del Health Fund.

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

Financiamiento de los beneficios y tipo de administración

Autofinanciado, excepto por MetLife que asegura los beneficios del seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Todas las contribuciones al Fondo de fideicomiso son realizadas por los **empleadores contribuyentes** al Plan conforme a sus acuerdos por escrito. Los beneficios son administrados por las organizaciones enumeradas en la tabla de la página 20.

Patrocinador y Administrador del Plan

El Plan es administrado por una Junta de fideicomiso conjunta compuesta por los Agentes fiduciarios de la Unión y del Empleador. Se puede contactar con la oficina de la Junta en:

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

Empleadores participantes

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

Para comunicarse con la Oficina de cumplimiento, escriba a:

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

Para comunicarse con el Health Fund, 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 la notificación del proceso legal. La notificación del proceso legal se puede realizar a través de la Oficina de cumplimiento o a 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, Customer Relations, 500 Schoolhouse Road, Johnstown, PA 15904, o al funcionario de fiscalización del Departamento de Seguros del estado en el que reside.

Glosario

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

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

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

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

Monto permitido es el máximo que el Fondo pagará por un servicio cubierto.

Proveedor fuera de la red (no participante) se refiere a un **médico** u otro profesional que no es parte de la **red** del Plan para servicios del cuidado de la vista. Los beneficios **fuera de la red** son beneficio para **servicios cubiertos** que prestan proveedores **fuera de la red**.

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

Proveedores dentro de la red (o **participantes**) son los proveedores que tienen contrato con el Fondo, Davis Vision o con cualquier otro administrador con contrato con el Fondo para prestar servicios y suministros a una tarifa negociada previamente. Los servicios prestados deben estar dentro del ámbito de las licencias profesionales individuales.

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

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Información de contacto _ Centro de servicios para afiliados

Para obtener información sobre el Building Service 32BJ Health Fund New York City Schools Part Time Plan, llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225, visite www.32bjfunds.org o escriba al Centro de servicios para afiliados a:

Member Services
32BJ Health Fund NYC Schools Part Time Plan
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

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