

**FONDO FIDUCIARIO DE BENEFICIOS DE SALUD
UNITE HERE DE SANTA MÓNICA**

**DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN
Y
DOCUMENTO DEL PLAN**

En vigor a partir del 1 de julio de 2021

Administrative Office
Benefit Programs Administration
1200 Wilshire Boulevard, 5th Floor
Los Angeles, California 90017

INTRODUCCIÓN

Estimados empleados elegibles:

El Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica (el "Fondo") ofrece el Plan de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica (el Plan), de Empleadores múltiples. El Fondo se estableció en 1953, como resultado de convenios colectivos entre los Empleadores y el antecesor de UNITE HERE Local 11.

Los Empleadores aportan al Fondo tal como lo requieren los Convenios Colectivos de Trabajo y el Acuerdo y Declaración de Fideicomiso para el Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica (el "Acuerdo de Fideicomiso"). La Junta de Fideicomisarios del Fondo, nombrada por el Sindicato y ciertos Empleadores, designa, administra y mantiene el Plan.

Para los Empleados elegibles y sus Dependientes, el Plan ofrece beneficios médicos, de medicamentos recetados, odontológicos, oftalmológicos, del Programa de Asistencia para Miembros (MAP), del seguro de vida y seguro por muerte accidental y desmembramiento.

- El Fondo brinda directamente los beneficios del Programa de Atención Médica Comunitaria Martin Luther King (el "Programa MLK"), los cuales se describen en este folleto.
- Los beneficios de los Planes Health Net HMO, Kaiser Permanente HMO, de Atención Odontológica de United Concordia, Odontológico de Delta Dental PPO, y de Servicios de la Visión, y el Programa de Asistencia para Miembros (MAP) se brindan mediante contratos celebrados entre el Fondo y varias organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO) y compañías de seguros. Estos beneficios se describen en otros documentos separados emitidos por las HMO y las compañías de seguros. Para su conveniencia se incluyen breves resúmenes de esos beneficios en este folleto; sin embargo, se puede encontrar información detallada en los documentos oficiales de la compañía de seguros.
- Express Scripts proporciona el Programa de Medicamentos Recetados en virtud de un contrato celebrado con el Fondo. Todos los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, sin importar el plan médico en el que estén inscritos, deben obtenerse en una farmacia de la red Express Scripts o, si corresponde, mediante el Programa de Pedidos por Correo de esa red.
- Los beneficios del Seguro de Vida y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento son proporcionados directamente por el Fondo y se describen en este folleto.

Este folleto junto con el Acuerdo de Fideicomiso y otros documentos del plan vigentes, constituyen el Documento del Plan del Fondo. Con respecto a los beneficios de los planes de las HMO Health Net y Kaiser Permanente, odontológicos, oftalmológicos y del MAP, este folleto no está destinado a otorgar a los Empleados y sus Dependientes ningún derecho sustancial a beneficios que no se proporcionen en los contratos de seguro, evidencia de cobertura y otros documentos reguladores emitidos por la compañía de seguros o HMO respectivas.

Nos complace darle la bienvenida a nuestro Plan. Comuníquese con nuestra Oficina Administrativa si tiene preguntas o necesita ayuda.

Atentamente,

**JUNTA DE FIDEICOMISARIOS del
Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica**

En internet tiene a su disposición información importante, formularios y documentos en:
www.santamonicauniteherefunds.org

PARA OBTENER AYUDA E INFORMACIÓN

Cuando necesite información, revise esta descripción resumida del Plan. Si necesita más ayuda, llame a los proveedores de servicios del Fondo que figuran en «Con quién comunicarse» en la siguiente Tabla de referencia:

TABLA DE REFERENCIA

CON QUIÉN COMUNICARSE	INFORMACIÓN NECESARIA
<p><u>Oficina Administrativa del Fondo (Administración de Programas de Beneficios ("BPA"))</u> (866) 345-5189 (562) 463-5075</p> <p>Dirección: 1200 Wilshire Boulevard, 5th Floor Los Angeles, California 90017</p>	<p>Llame a la Oficina Administrativa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar el estado de elegibilidad y hacer preguntas; • realizar inscripción médica y odontológica; • realizar su inscripción abierta; • consultar sobre administración de COBRA; • designar beneficiario del seguro de vida; • ayuda en general.
<p><u>Programa de Atención Médica Comunitaria Martin Luther King (Programa MLK)</u> Para programar una cita con un Proveedor de Atención Primaria de MLK: (424) 529-6755</p> <p>Para hacer otras preguntas relacionadas con reclamaciones, autorizaciones previas o atención al cliente, llame a Design Benefits Administrators (DBA): Atención al Cliente: (833) 961-3021</p>	<p>Llame a DBA para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer preguntas sobre beneficios del Programa MLK; • solicitar tarjetas de identificación (solo para el Programa MLK); • obtener ayuda para buscar un médico; • obtener ayuda con autorización previa o derivaciones; • presentar reclamaciones de beneficios del Programa MLK; • apelaciones de salud según el Programa MLK.
<p><u>Seguro de Vida/Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento</u> Llame a: Oficina Administrativa (866) 345-5189 o (562) 463-5075</p>	<p>Llame a la Oficina Administrativa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentar una reclamación de beneficios; • designar un beneficiario o cambiar el que tiene designado; • obtener información sobre beneficios.
<p><u>Apelaciones</u> Llame a: Oficina Administrativa (866) 345-5189 o (562) 463-5075</p> <p>Llame a: Design Benefits Administrators, Inc. (DBA) para apelaciones al Programa MLK: (833) 961-3021</p>	<p>Llame a la Oficina Administrativa para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una reclamación de beneficios; • solicitar una revisión de una denegación de elegibilidad; • hacer preguntas sobre cómo presentar una apelación. <p>Llame a DBA si la apelación se refiere a los beneficios del Programa MLK.</p>

AVISO IMPORTANTE PARA EMPLEADOS Y DEPENDIENTES

De vez en cuando, de la Oficina Administrativa pueden enviarle por correo materiales actualizados (como un "Resumen de Modificaciones de Materiales") para informarle sobre cambios en los beneficios del Plan. Es importante que guarde toda la documentación recibida con esta Descripción Resumida del Plan ("SPD") y tenga en cuenta las Secciones pertinentes.

Los fideicomisarios tienen una autoridad discrecional total para determinar la elegibilidad de los beneficios; administrar, aplicar e interpretar los términos del Plan y la SPD; interpretar cualquier otro Documento del Plan, y resolver todos los asuntos que surjan en relación con la operación o administración del Fondo. En relación con los beneficios proporcionados en virtud de los contratos de seguro (por ejemplo, beneficios médicos de la HMO, seguro odontológico, beneficios oftalmológicos y beneficios del MAP), la aseguradora tiene autoridad para tomar decisiones.

Cualquier interpretación del Plan y cualquier determinación de beneficios en virtud del Plan que realicen los fideicomisarios será definitiva y vinculante para todas las personas, incluidos Empleados, Dependientes, Empleadores y el Sindicato.

De acuerdo con los términos del Acuerdo de Fideicomiso, la Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de modificar o finalizar el Plan en cualquier momento. Las modificaciones al Plan pueden provocar reducciones en los beneficios o cambios en las normas de elegibilidad. Además, el Plan puede terminarse cuando no se renueven todos los convenios colectivos entre el Sindicato UNITE HERE Local N.º 11 y los Empleadores Participantes que requieran que dichos Empleadores realicen aportes al Fondo Fiduciario.

En caso de una discrepancia o ambigüedad, el texto de cualquier contrato o póliza de seguro en virtud de los cuales se brindan los beneficios del Plan prevalecerá por sobre cualquier disposición en esta Descripción Resumida del Plan y el Documento del Plan.

ÍNDICE

	<u>Página</u>
I. DEFINICIONES GENERALES	1
1. Oficina administrativa	1
2. Contrato colectivo de trabajo	1
3. Dependiente	1
4. Pareja de hecho	1
5. Empleado	1
6. Empleador o Empleador participante	1
7. Fondo.....	1
8. Horas trabajadas u horas.....	1
9. Fecha de elegibilidad inicial	1
10. Mínimo de Horas Obligatorias	2
11. Participante.....	2
12. Acuerdo de participación.....	2
13. Plan.....	2
14. Cónyuge	2
15. Acuerdo de fideicomiso.....	2
16. Fiduciarios	2
17. Sindicato.....	2
18. Usted	2
II. NORMAS DE ELEGIBILIDAD.....	3
1. Requisitos de Elegibilidad	3
2. Inscripción Inicial	4
3. Cómo Continúa su Elegibilidad.....	5
4. Cuándo Finaliza su Elegibilidad.....	6
5. Cuándo Finaliza su Elegibilidad.....	7
6. Cómo se Restituye su Elegibilidad	9
7. Inscripción Abierta.....	9
8. Inscripción Especial.....	10
9. Elegibilidad Extendida para Crédito por Discapacidad	11
10. En Caso de Muerte	12
11. En Caso de Divorcio (o finalización de la pareja de hecho).....	12
12. Empleados Fuera del Convenio.....	12
13. Rescisión de la Cobertura.....	12
III. DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN	13
1. Beneficios Médicos	13

ÍNDICE

(Continuación)

	<u>Página</u>
2. Beneficios de Medicamentos Recetados.....	14
3. Beneficios Odontológicos.....	14
4. Beneficios Oftalmológicos.....	14
5. Beneficios del Programa de Asistencia para Miembros (MAP)	15
6. Beneficios del Seguro de Vida.....	15
7. Beneficios del Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento.....	15
IV. PROGRAMA MARTIN LUTHER KING DE ATENCIÓN MÉDICA COMUNITARIA	16
1. Área de Atención del Programa MLK	16
2. Cómo Funciona el Programa MLK: Descripción General	16
3. Gastos cubiertos	19
4. Gastos Médicos Sin Cobertura	19
5. Sus Costos	19
6. Programa de Beneficios Médicos	20
7. Servicios Médicos Cubiertos.....	25
8. Exclusiones y Limitaciones	33
9. Administración de Uso y Requisitos de Autorización Previa.....	38
10. Definiciones del Programa MLK	40
11. Procedimientos para Quejas y Apelaciones y Proceso de Revisión Externa.....	47
12. Reglas Adicionales Correspondientes para Quejas y Apelaciones	60
13. Coordinación de Beneficios	62
14. Coordinación de Beneficios con Medicare, Medi-Cal y otros Beneficios Federales.....	64
15. Normas Adicionales Correspondientes a la Coordinación de Beneficios.....	65
16. Subrogación, Recuperación de Terceros y Reembolso.....	66
17. Indemnización Laboral	67
18. Administración del Plan del Programa MLK.....	68
V. PLAN HEALTH NET OF CALIFORNIA	69
1. Acerca del Health Net of California, Inc. Plan	69
2. Designación de Médico de Atención Primaria y Grupo de Médicos de Salud Network (solo Salud Network de California)	70
3. Cómo Obtener Atención.....	70
4. Beneficios y Costos Compartidos	71
5. Exclusiones del Plan	71
6. Procedimientos de quejas y apelaciones	71
VI. PLAN DE LA HMO KAISER	72

ÍNDICE

(Continuación)

	<u>Página</u>
1. Acerca del Plan de la HMO Kaiser	72
2. Beneficios y Costos Compartidos	72
3. Exclusiones del Plan	72
4. Procedimientos de Quejas y Apelaciones	73
VII. PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS PROPORCIONADO MEDIANTE EXPRESS SCRIPTS.....	74
1. Programa de Farmacia Minorista.....	74
2. Programa de farmacia de pedidos por correo (para medicamentos de mantenimiento).....	75
3. Medicamentos de Especialidad: Farmacia Exclusiva para Medicamentos de Especialidad y el Programa de Asistencia para Copagos SaveOn SP	76
4. Medicamentos y Productos de Atención Preventiva	77
5. Límite de Costo Compartido para Medicamentos Recetados	77
6. Normas Especiales para Medicamentos Compuestos:.....	78
7. Programas Especiales Proporcionados por Express Scripts	78
8. Exclusiones	79
VIII. PLAN DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PROPORCIONADO POR UNITED CONCORDIA.....	80
IX. PLAN DELTA DENTAL PPO.....	81
X. BENEFICIO DEL PLAN DE SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS (VSP) PROPORCIONADO POR VISION SERVICE PLAN, INC.....	82
XI. PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS (MAP) PROPORCIONADO POR BEACON HEALTH OPTIONS.....	84
XII. BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA	85
9. Beneficiario del Seguro de Vida para Empleados	85
XIII. BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	86
5. Exclusiones	87
XIV. COBERTURA EXTENDIDA (PARA BENEFICIOS MÉDICOS, DE MEDICAMENTOS RECETADOS, ODONTOLÓGICOS, DE VISIÓN Y DEL Programa de Asistencia para Miembros [MAP])	88
C. Extensión de Cobertura según COBRA	88
D. Extensión de Cobertura según Cal-COBRA.....	95
E. Conversión del Seguro Médico.....	96
XV. OTROS DERECHOS Y OBLIGACIONES EN VIRTUD DEL PLAN	97
F. Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA)	97
G. Servicio Militar (USERRA)	97

ÍNDICE

(Continuación)

	<u>Página</u>
H. Empleados activos y Dependientes Elegibles para Medicare (beneficios odontológicos, Seguro de Vida y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento, no afectados).....	98
I. Órdenes Calificadas de Manutención Médica Infantil (QMCSO).....	98
J. Ley de Derechos de la Mujer respecto de la Salud y el Cáncer de 1998.....	99
K. Estadía en el Hospital después del Parto.....	99
L. Aviso de Protecciones al Paciente y Elección de Proveedores (Health Net).....	99
M. Aviso de Protecciones al Paciente y Elección de Proveedores (Kaiser).....	100
N. Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA).....	100
XVI. PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES Y APELACIONES.....	101
O. Aplicabilidad.....	101
10. Normas Generales.....	102
11. Beneficios del Seguro de Vida y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento.....	102
12. Controversias sobre Determinaciones de Elegibilidad.....	104
13. Controversias sobre Rescisiones de Cobertura.....	104
14. Reclamaciones denegadas que involucran una determinación de discapacidad.....	106
XVII. DISPOSICIONES GENERALES E INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN.....	108
P. Nombre del Plan.....	108
15. Nombre y Dirección de la Junta de Fideicomisarios.....	108
16. Número de Identificación de Empleador.....	108
17. Tipo de Plan.....	108
18. Tipo de Administración.....	108
19. Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Administrador del Plan.....	109
20. Nombre y Dirección del Representante para Notificaciones Legales.....	109
21. Nombres y Direcciones de los Fideicomisarios.....	110
22. Convenios Colectivos de Trabajo.....	110
23. Fuente de Aportes.....	110
24. Derecho a Recuperar Pagos en Exceso.....	110
25. Medio de Financiación.....	111
26. Año del Plan.....	111
27. Declaración de Derechos de los Participantes y Beneficiarios en virtud de ERISA.....	111

I. DEFINICIONES GENERALES

Cuando se utilizan los siguientes términos en este folleto, tienen los significados que se describen a continuación:

1. **Oficina administrativa.** Es la Oficina Administrativa del Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica.
2. **Contrato colectivo de trabajo** Acuerdo laboral entre el Sindicato y un Empleador por el que el último realiza aportes al Fondo, y por el cual el Empleador acepta someterse a los términos del Acuerdo de Fideicomiso; y cualquier extensión, modificación o renovación de dicho acuerdo laboral.
3. **Dependiente.** Persona elegible para los beneficios en virtud del Plan como:
 - A. Cónyuge legal o pareja de hecho del Empleado, según se define en el Plan; o
 - B. hijo propio o de la pareja de hecho que tiene menos de 26 años, incluido un hijastro, un niño legalmente adoptado o adjudicado legalmente en adopción, o un niño para el que han nombrado tutores legales a usted o su pareja de hecho.
4. **Pareja de hecho.** Persona del mismo sexo o del opuesto del Empleado elegible que puede ser elegible para los beneficios en virtud del Plan. Para calificar, tanto el Empleado como su pareja de hecho deben presentar un formulario de declaración completado, que se puede obtener en la Oficina Administrativa. Entre otras cosas, en la declaración ambas personas deben declarar que: (i) tienen al menos 18 años; (ii) se reconocen como las partes de una relación comprometida; (iii) viven juntos desde hace al menos 6 meses, viven juntos en la actualidad, y planean continuar así de manera indefinida; (iv) no han tenido otro cónyuge o pareja de hecho en los últimos 6 meses; (v) no están relacionados entre sí en un grado que les impediría casarse; y (vi) han registrado oficialmente su unión si la jurisdicción en la que viven prevé tal inscripción.

Para inscribir a una pareja de hecho con el fin de que reciba beneficios, comuníquese con la Oficina Administrativa para obtener una solicitud, un formulario de declaración de pareja de hecho e información adicional sobre los requisitos de inscripción.
5. **Empleado.** Persona que trabaja en un puesto cubierto por un Convenio Colectivo de Trabajo o un Acuerdo de Participación y para quien deben hacerse los aportes al Fondo.
6. **Empleador o Empleador participante.** Cualquier Empleador que haya celebrado un Convenio Colectivo de Trabajo o un Acuerdo de Participación que requiera la realización de aportes al Fondo.
7. **Fondo.** Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica.
8. **Horas trabajadas u horas.** Cada hora trabajada o pagada a un Empleado por la cual se requieren aportes en virtud de un Convenio Colectivo de Trabajo o Acuerdo de Participación y que el Fondo en realidad recibe.
9. **Fecha de elegibilidad inicial.** Fecha en la que un Empleado y sus Dependientes se vuelven elegibles para los beneficios del Plan.

10. **Mínimo de Horas Obligatorias.** Si está en el Plan Legacy, el mínimo de horas obligatorias es de 60 horas trabajadas. Si está en el Plan Hotel, el mínimo es de 80 horas trabajadas, a menos que sea camarero de banquetes. El mínimo de horas obligatorias para los camareros de banquetes es de 60.
11. **Participante.** Persona elegible para los beneficios del Plan, ya sea como Empleado o como Dependiente del Empleado. Además, respecto de los beneficios médicos (incluidos los de medicamentos recetados, oftalmológicos y del MAP), el Empleado o Dependiente elegible debe estar inscrito en uno de los planes médicos HMO del Fondo (Health Net o Kaiser) o el Programa de Atención Médica Comunitaria Martin Luther King. Para el seguro odontológico, el Empleado o el Dependiente elegible debe estar inscrito en uno de los planes odontológicos del Fondo (United Concordia o Delta Dental PPO).
12. **Acuerdo de participación.** Acuerdo entre el Fondo y un Empleador o el Sindicato, que no sea un Convenio Colectivo de Trabajo, que requiere que el Empleador o el Sindicato realicen aportes al Fondo y estén sujetos a los términos del Acuerdo de Fideicomiso.
13. **Plan.** Plan de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica.
14. **Cónyuge.** Persona legalmente casada con el Empleado, según lo reconocido por las leyes del estado o jurisdicción en la que se celebró el matrimonio.
15. **Acuerdo de fideicomiso.** Acuerdo y Declaración de Fideicomiso para el Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica.
16. **Fiduciarios.** Junta de Fideicomisarios del Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica.
17. **Sindicato.** Sindicato UNITE HERE Local 11, AFL-CIO.
18. **Usted.** A menos que se especifique algo diferente, las palabras "usted", "su" y "suyo" hacen referencia a un Empleado.

II. NORMAS DE ELEGIBILIDAD

1. Requisitos de Elegibilidad

Debe cumplir con ciertos requisitos iniciales de elegibilidad antes de ser elegible para la cobertura de este Fondo. Las reglas iniciales y de continuidad de elegibilidad que le corresponden dependen de si está en los Planes Legacy u Hotel. Para obtener información sobre cómo determinar en cuál de estos Planes está, llame a la Oficina Administrativa al (866) 345-5189.

A. Fecha de Elegibilidad Inicial para los Participantes del Plan Legacy

Usted y sus Dependientes serán elegibles para los beneficios del Plan en su "Fecha de Elegibilidad Inicial".

Si está en el Plan Legacy, su Fecha de Elegibilidad Inicial es el primer día del tercer mes después de un período de 3 meses consecutivos durante el cual haya trabajado al menos 60 horas en cada uno de los 3 meses consecutivos para un Empleador en un puesto cubierto por un Convenio Colectivo de Trabajo y el Empleador haya realizado los aportes requeridos al Fondo.

Por ejemplo, si comenzó a trabajar en enero y trabajó al menos 60 horas al mes en enero, febrero y marzo, usted y sus Dependientes serían elegibles para recibir beneficios el 1 de junio, que es el primer día del tercer mes después de marzo. En este ejemplo, el 1 de junio sería su Fecha de Elegibilidad Inicial.

Pueden corresponder otras reglas de elegibilidad si:

- a. Trabaja para un Empleador en el momento en que firma su primer Convenio Colectivo de Trabajo;
- b. antes era elegible para otro plan de salud y bienestar del Sindicato UNITE HERE;
- c. está en el Plan Hotel del Fondo.

B. Fecha de Elegibilidad Inicial para Participantes del Plan Hotel

Usted y sus Dependientes serán elegibles para los beneficios del Plan en su "Fecha de Elegibilidad Inicial".

Si está en el Plan Hotel, su Fecha de Elegibilidad Inicial es el primer día del tercer mes después de un período de 5 meses consecutivos, durante el cual haya trabajado al menos 80 horas (o 60 horas para los camareros de banquetes) en cada uno de los 5 meses consecutivos para un Empleador en un puesto cubierto por un convenio colectivo que exige que se hagan aportes al Plan Hotel y el Empleador haya hecho los aportes requeridos al Fondo.

Por ejemplo, si comenzó a trabajar en enero y trabajó al menos 80 horas (o 60 horas para los camareros de banquetes) al mes en enero, febrero, marzo, abril y mayo, usted y sus Dependientes serían elegibles para recibir beneficios el 1 de agosto, que es el primer día del tercer mes después de mayo. En este ejemplo, el 1 de agosto sería su Fecha de Elegibilidad Inicial.

Pueden corresponder otras reglas de elegibilidad si:

- a. Trabaja para un Empleador en el momento en que firma su primer Convenio Colectivo de Trabajo;
- b. antes era elegible para otro plan de salud y bienestar del Sindicato UNITE HERE;
- c. Está en el Plan Legacy del Fondo (o trabaja para más de un Empleador contribuyente, y al menos uno de sus Empleadores contribuyentes contribuye al Plan Legacy para su trabajo).

Para obtener cobertura cuando se vuelve elegible, debería presentar sus materiales de inscripción completos a la Oficina Administrativa lo antes posible después de recibirlos.

2. Inscripción Inicial

Recibirá materiales de inscripción de la Oficina Administrativa después de que lo declaren Empleado ante el Fondo.

La cobertura para usted y sus Dependientes no entrará en vigencia hasta que se inscriba. Sin embargo, la inscripción en los beneficios del Seguro de Vida y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento es automática.

Para inscribirse usted y sus Dependientes en el Plan, debe presentar sus materiales de inscripción en la Oficina Administrativa dentro de los 90 días después de su Fecha de Elegibilidad Inicial.

Nota: para obtener beneficios totales, debe completar dos formularios de inscripción. En forma específica, debe completar un formulario de inscripción para el plan médico y para el odontológico en los que se inscribe. Si se inscribe en la cobertura médica, tendrá cobertura automática del Programa de medicamentos recetados administrado por Express Scripts, beneficios del MAP mediante Beacon Health Options y beneficios oftalmológicos de VSP.

- Si presenta sus materiales de inscripción antes de su Fecha de Elegibilidad Inicial, su cobertura comenzará en esa fecha. *Por ejemplo, si presenta sus materiales de inscripción antes de su Fecha de Elegibilidad Inicial el 1 de junio, su cobertura comenzará el 1 de junio.*
- Si presenta sus materiales de inscripción después de su Fecha de Elegibilidad Inicial, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente en el que se inscribió. *Por ejemplo, si presenta sus materiales de inscripción el 15 de junio, que es después de su Fecha de Elegibilidad Inicial, el 1 de junio, su cobertura comenzará el 1 de julio.*
- **Si no presenta los materiales de inscripción dentro de los noventa (90) días después de su Fecha de Elegibilidad Inicial, no podrá inscribirse hasta el siguiente período anual de Inscripción Abierta del Plan** (vea la Sección 6 de este Artículo II), a menos que tenga una oportunidad de Inscripción Especial (vea la Sección 7 de este Artículo II).

Para Inscribir a sus Dependientes: Debe completar sus formularios de inscripción médica u odontológica y enviarlos a la Oficina Administrativa, junto con cualquier documentación de respaldo requerida (incluidos el certificado de matrimonio para un cónyuge; un formulario de declaración de pareja de hecho; y certificados de nacimiento de los hijos dependientes), dentro de los plazos ya descritos. *En ninguna circunstancia el Fondo ofrecerá cobertura únicamente a los Dependientes. Usted, el Empleado, debe estar inscrito para poder inscribir a sus Dependientes.* Una vez inscritos, usted y sus Dependientes no pueden cancelar su inscripción ni abandonar su cobertura médica. Puede elegir la "exclusión voluntaria" o cancelar su seguro odontológico o beneficios oftalmológicos de VSP.

Debe notificar a la Oficina Administrativa de inmediato sobre cualquier cambio en su situación familiar (como matrimonio, divorcio, fallecimiento o hijos nuevos) o sobre su inscripción o la de un Dependiente en Medicare. Si un cambio en la situación familiar (como un divorcio) resulta en que uno o más de sus Dependientes ya no califiquen como Dependientes (por ejemplo, si se divorcia, su cónyuge ya no es elegible para la cobertura del Fondo), debe notificar la Oficina Administrativa o usted será responsable de reembolsar al Fondo los beneficios pagados por error, incluidas las primas de seguro que el Fondo paga para dar cobertura a su dependiente después de que ya no sea elegible para la cobertura.

NO PUEDE CANCELAR LA INSCRIPCIÓN.

Una vez que se inscribe para la cobertura, no se le permite cancelar su inscripción a la cobertura médica (ni abandonarla). Tendrá cobertura médica del Fondo siempre que trabaje suficientes horas para obtener la Elegibilidad, y sus Dependientes inscritos perderán la cobertura solo si ya no cumplen con la definición (por ejemplo: si se divorcia, su excónyuge ya no sería Dependiente) o si no trabaja las horas suficientes para conservar su elegibilidad. La única excepción a esta norma es que el Participante sea elegible para Medicare y desea que esa sea la póliza primaria, como se describe en la página 98.

3. Cómo Continúa su Elegibilidad

Una vez que su elegibilidad está establecida, la conservará mientras la cantidad de horas trabajadas al mes para uno o más Empleadores siga siendo el mínimo de horas obligatorias, y el Empleador realice aportes al Fondo según lo requerido por un Convenio Colectivo de Trabajo o Acuerdo de Participación.

Plan	Mínimo de Horas Obligatorias
Plan Legacy	60
Plan Hotel (excepto Camareros de Banquetes)	80
Plan Hotel para Camareros de Banquetes	60

Así es como funciona: Una vez que su elegibilidad inicial está establecida, las horas trabajadas durante cada mes determinan la elegibilidad para el tercer mes siguiente, como se muestra en la siguiente tabla:

TABLA DE ELEGIBILIDAD

Si trabaja el mínimo de horas obligatorias y los aportes se realizan para el mes de	será elegible para recibir beneficios durante
enero	abril
febrero	mayo
marzo	junio
abril	julio
mayo	agosto
junio	septiembre
julio	octubre
agosto	noviembre
septiembre	diciembre
octubre	enero
noviembre	febrero
diciembre	marzo

4. Cuándo Finaliza su Elegibilidad

Algunos Participantes deben pagar una parte del costo de la cobertura mediante contribuciones de empleados mensuales.

A. Sin Contribuciones de Empleados para el Plan Legacy

El Fondo no pide contribuciones de empleados para la cobertura del Plan Legacy.

B. Contribuciones de Empleados para el Plan Hotel

El Fondo pide que los Participantes del Plan Hotel paguen una contribución de empleado mensual por la cobertura del Plan HMO Kaiser. El monto de la contribución de empleado mensual no cambia según el tamaño de la familia. La cantidad actual de la contribución del empleado mensual se le dará con su paquete de inscripción y se le notificará de cualquier cambio.

No hay contribución de empleado si está inscrito en el Programa MLK o en el Plan Health Net.

Si se inscribió en el Plan HMO Kaiser y es elegible para la cobertura según las Horas Trabajadas, no tendrá cobertura en un mes determinado hasta que pague su contribución de empleado de ese mes.

Si tiene alguna pregunta sobre las contribuciones de los empleados, incluyendo si debe pagar las contribuciones de empleados, la cantidad que debe pagar o si sus contribuciones de los empleados están al día, comuníquese con la Oficina Administrativa.

C. Reglas Generales Relativas a las Contribuciones de Empleados

Generalmente, las contribuciones de empleados deben pagarse mediante deducción de nómina. Debe firmar un formulario de Autorización de Deducción de Nómina para permitir que su Empleador retenga sus contribuciones de empleado de su cheque de pago. Hay algunas excepciones, como si trabaja para más de un Empleador contribuyente o si su Empleador no puede retener su contribución de empleado en uno o más meses.

Su contribución de empleado generalmente se retiene de su cheque de pago en el tercer mes antes del mes de cobertura. Así, por ejemplo, se espera que las deducciones de nómina tomadas en febrero paguen la cobertura de mayo.

Si está atrasado en sus contribuciones de Empleado, la Oficina Administrativa puede aumentar temporalmente su deducción para recuperar la cantidad que adeuda o puede enviarle una factura por la cantidad adeuda.

Debe pagar su contribución de empleado por cada mes que sea elegible para la cobertura del Plan HMO Kaiser, independientemente de si usa los beneficios para ese mes. Por lo tanto, no puede elegir qué meses pagar su contribución de empleado. Las contribuciones de empleado siempre se aplican al primer mes en el que no se han pagado dichas contribuciones.

Si no paga a tiempo su contribución de empleado para un mes determinado, no tendrá cobertura para ese mes hasta que su pago sea recibido y procesado. La Oficina Administrativa restablecerá la cobertura retroactivamente en la medida permitida por Kaiser.

Las contribuciones de empleado vencen el día 15 del mes anterior al mes de cobertura. Por ejemplo, para la cobertura en mayo, su contribución de empleado debe recibirse a más tardar el 15 de abril.

Si su contribución de empleado se recibe atrasada más de tres veces (o durante más de tres meses) en un año calendario, su cobertura se cancelará y no podrá volver a inscribirse para la cobertura hasta la próxima Inscripción Abierta, a menos que tenga un derecho de Inscripción Especial.

Para obtener más información sobre el pago de las contribuciones de empleado y las consecuencias de no pagar a tiempo, comuníquese con la Oficina Administrativa.

5. Cuándo Finaliza su Elegibilidad

A. Norma General

Su elegibilidad y la cobertura del Plan para usted y sus Dependientes finalizarán el último día del segundo mes después del mes en que trabajó una cantidad de horas menor al mínimo de horas obligatorias para un Empleador que realiza los aportes requeridos en virtud de un Convenio Colectivo de Trabajo o Acuerdo de Participación.

Por ejemplo:

Si la cantidad de horas trabajadas es menos que el mínimo de las obligatorias en el mes de	su elegibilidad y sus beneficios finalizarán el
enero	31 de marzo
febrero	30 de abril
marzo	31 de mayo
abril	30 de junio
mayo	31 de julio
junio	31 de agosto
julio	30 de septiembre
agosto	31 de octubre
septiembre	30 de noviembre
octubre	31 de diciembre
noviembre	31 de enero
diciembre	28 o 29 de febrero

Si su cobertura finaliza, usted o sus Dependientes pueden continuar con su cobertura en forma temporal del Plan mediante pagos personales de COBRA (vea el Artículo XIV, Sección 1) o con el uso de créditos por discapacidad (vea la Sección 8 de este Artículo II). Además de estas opciones para continuar con la cobertura del Plan, tal vez pueda inscribirse en un plan de conversión individual mediante su HMO, en una cobertura de salud individual por un intercambio de seguro de salud (Covered California) o en Medi-Cal. Para obtener más información sobre estas opciones, visite www.coveredca.com o llame al (800) 300-1506.

B. Debido al Pago Atrasado o a la Falta de Pago de las Contribuciones de Empleado

Si debe pagar una contribución mensual de empleado por su cobertura y no la paga a tiempo, no tendrá cobertura hasta que su pago sea recibido y procesado. Una vez que pague la contribución, la Oficina Administrativa restablecerá su cobertura de manera retroactiva. Sin embargo, si está en un plan HMO, su cobertura se restablecerá retroactivamente solo en la medida permitida por su HMO.

Si paga atrasada su contribución de empleado más de tres veces en un año calendario (o durante más de tres meses), su cobertura se cancelará por completo y se le pedirá que espere hasta el próximo período de Inscripción Abierta para inscribirse en la cobertura, a menos que tenga un derecho de Inscripción Especial.

Por ejemplo, si no paga a tiempo sus contribuciones de empleado de febrero, abril, julio y agosto, su cobertura finalizará al final del último mes de cobertura en el que ambos hayan trabajado suficientes Horas para obtener la elegibilidad y hayan pagado sus contribuciones de empleado. En el caso hipotético anterior, su cobertura finalizaría el 30 de junio, porque junio es el último mes para el cual obtuvo elegibilidad y pagó su contribución mensual de empleado.

C. Por Retiro del Empleador

A pesar de lo establecido por la norma general descrita en la Subsección A, si cesa la obligación de su Empleador de realizar aportes al Fondo o si él ya no tiene obligación de aportar al Fondo para los Empleados en su lugar de trabajo o su unidad de convenio, la cobertura para usted y sus Dependientes finaliza el último día del último mes de trabajo para el cual su Empleador debe realizar aportes al Fondo en su nombre. Los créditos por discapacidad no se pueden utilizar después de que su Empleador se haya retirado en forma total o parcial del Fondo.

6. Cómo se Restituye su Elegibilidad

Si su elegibilidad finaliza, se restituirá si vuelve a trabajar el mínimo de horas obligatorias en uno de los primeros cuatro meses calendario posteriores al mes en el que trabajó el mínimo por última vez. Su elegibilidad restituida comenzará el primer día del tercer mes calendario siguiente al mes en el que vuelva a trabajar el mínimo de horas obligatorias. Si no trabaja el mínimo en uno de los cuatro meses calendario mencionados, no podrá restituir su elegibilidad; en cambio, deberá volver a establecer su elegibilidad inicial como Empleado nuevo (vea "Requisitos de Elegibilidad", en el Artículo II, Sección 1).

Ejemplos: Finalización y Restitución de la Elegibilidad

- A. María, una empleada inscrita en el Fondo, cumplía con el mínimo de horas obligatorias en enero, pero eran menos que el mínimo de horas obligatorias requeridas en febrero y marzo. En abril cumple con el mínimo de horas obligatorias.

Resultado: María es elegible para recibir beneficios durante abril, porque trabajó al menos el mínimo de horas obligatorias en enero. No es elegible para recibir beneficios durante mayo y junio, porque no trabajó el mínimo en febrero y marzo. Se le restituye su elegibilidad para recibir beneficios en julio, el tercer mes siguiente al mes de abril, porque cumple con el mínimo de horas obligatorias en uno de los cuatro meses calendario (febrero, marzo, abril, mayo) después de enero, el último mes en el que trabajó el mínimo.

- B. Franklin, un Empleado inscrito en el Plan Legacy, cumplía con el mínimo de horas obligatorias en diciembre, pero trabaja menos que el mínimo de enero a fines de abril. Vuelve a trabajar más del mínimo de horas obligatorias al mes en mayo, junio, julio y agosto.

Resultado: La elegibilidad de Franklin finaliza el último día de marzo. No cumple con el mínimo de horas obligatorias en ninguno de los cuatro meses posteriores a diciembre (enero, febrero, marzo, abril). Por lo tanto, Franklin debe volver a establecer la elegibilidad inicial según la Sección 1 de este Artículo II. Como tiene 60 horas o más en tres meses consecutivos (mayo, junio y julio) después de perder su elegibilidad, es otra vez elegible para recibir beneficios a partir del 1 de octubre. (Si Franklin estuviera en el Plan Hotel, necesitaría 80 horas en cada uno de los cinco meses consecutivos, de mayo a septiembre, para volver a ser elegible para recibir beneficios a partir del 1 de diciembre).

7. Inscripción Abierta

Se realiza al menos una vez al año, en general en noviembre y diciembre, y cualquier cambio de inscripción entrará en vigor el 1 de enero siguiente. Durante la Inscripción Abierta, los Empleados pueden realizar los siguientes cambios:

- Un Empleado elegible para recibir beneficios, pero que no se inscribió durante el período inicial, puede inscribirse en el Plan, junto con cualquier Dependiente;
- si está inscrito en el Plan, pero no inscribió antes a uno o más Dependientes, puede hacerlo;
- un Empleado (y sus Dependientes) que haya estado inscrito en el Programa de Atención Médica Comunitaria Martin Luther King durante al menos 12 meses consecutivos puede cambiarse al Plan Health Net o al Plan HMO Kaiser, si es elegible para inscribirse en el Plan HMO Kaiser (vea el Artículo III, Sección 1.C para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad de Kaiser);

- un Empleado (y sus Dependientes) inscrito en el Plan Health Net puede cambiarse al Plan HMO Kaiser si es elegible para inscribirse en el último (vea el Artículo III, Sección 1.C para obtener más información sobre las normas de elegibilidad de Kaiser); del mismo modo, el Empleado puede inscribirse en el Programa MLK, si vive dentro del área de atención de ese Programa (vea el Artículo IV, Sección 1 para obtener información sobre el área de atención del Programa MLK);
- un Empleado (y sus Dependientes) inscrito en el Plan HMO Kaiser puede cambiarse al Programa de Atención Médica Comunitaria Martin Luther King o al Plan Health Net;
- un Empleado (y sus Dependientes) inscrito en el Plan de Atención Odontológica de United Concordia puede cambiarse al Delta Dental PPO, si es elegible para inscribirse en él (vea el Artículo III, Sección 3.B para obtener más información sobre las normas de elegibilidad de Delta Dental); del mismo modo, un Empleado (y sus Dependientes) inscrito en el Plan Delta Dental PPO puede cambiarse al de United Concordia.

Debe realizar sus cambios por escrito y enviarlos a la Oficina Administrativa antes del final del período de Inscripción Abierta.

En general, los cambios realizados durante ese plazo entrarán en vigor el 1 de enero siguiente, siempre que continúe su elegibilidad para los beneficios en ese momento. Los cambios que realice durante este período no se pueden modificar hasta la siguiente Inscripción Abierta, a menos que surja una oportunidad de Inscripción Especial (vea la Sección 7 de este Artículo II para obtener más información sobre la Inscripción Especial).

8. Inscripción Especial

Le permite, en determinadas situaciones: (1) inscribirse o inscribir a sus Dependientes en el Plan fuera de la Inscripción Abierta, incluso si no se inscribió cuando era inicialmente elegible; y (2) cambiar su elección del plan médico u odontológico por otra opción que esté disponible para usted y sus Dependientes sin tener que esperar hasta la Inscripción Abierta.

La Inscripción Especial solo está disponible en las siguientes circunstancias:

- **Ante la Pérdida de Otra Cobertura.** Si usted no se inscribió o no inscribió a alguno de sus Dependientes en el Plan porque tenían otro seguro de salud o cobertura de salud grupal, incluida la de Medi-Cal (u otro programa estatal de Medicaid) o de un Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (CHIP), y usted o ellos pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si su otra cobertura era de salud grupal provista por el Empleador y él deja de realizar sus aportes al costo de la cobertura), usted puede inscribirse o inscribir a sus Dependientes en el Plan.

Los derechos a la Inscripción Especial se obtienen **cuando hay una pérdida de otra cobertura debido a** divorcio o separación legal o la finalización de la relación con su pareja de hecho, cese de la condición de hijo a cargo (como al llegar a la edad máxima para ser elegible como hijo a cargo en virtud de la otra cobertura), fallecimiento de su cónyuge o pareja de hecho, terminación del empleo o reducción en la cantidad de horas de empleo de su cónyuge o pareja de hecho, o agotamiento de la cobertura de continuación de COBRA disponible en otro plan de salud grupal. Los derechos a la Inscripción Especial *no* corresponden cuando hay pérdida de otra cobertura por falta de pago oportuno de las primas, terminación de la cobertura con causa (como realizar una reclamación fraudulenta o una tergiversación intencional de un dato concreto en relación con el Plan), o abandono voluntario de la otra cobertura.

Para recibir derechos de Inscripción Especial por pérdida de otra cobertura, debe proporcionar pruebas de esa situación. Si usted es el que pierde la otra cobertura, entonces usted y todos sus

Dependientes Elegibles tendrán derechos a la Inscripción Especial. Si es su Dependiente, entonces usted y esa persona tendrán derecho a Inscripción Especial.

- **Al Agregar a un Nuevo Dependiente.** Si adquiere un nuevo Dependiente como resultado de matrimonio, formación de pareja de hecho, nacimiento, adopción o colocación para adopción, puede inscribirse en el Plan e inscribir a sus Dependientes recién incorporados, más su cónyuge o pareja de hecho elegible (si corresponde).
- **Al Obtener la Elegibilidad para Recibir Asistencia Estatal para Primas.** Si usted o alguno de sus Dependientes se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia para primas de Medi-Cal (u otro programa estatal de Medicaid) o de un Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (CHIP) respecto de la cobertura del Plan, puede inscribirse o inscribir a sus Dependientes en el Plan.

Fecha Límite para Solicitar la Inscripción Especial. Debe comunicarse con la Oficina Administrativa para solicitar la Inscripción Especial dentro de los 90 días siguientes una de estas fechas, según corresponda: (1) cuando usted o su Dependiente pierde otra cobertura; (2) cuando adquiere un nuevo Dependiente por matrimonio, pareja de hecho, nacimiento, adopción o colocación en adopción; o (3) cuando se determina que usted o sus Dependientes son elegibles para recibir asistencia con la prima.

Fecha de Inicio de Cobertura del Plan. Si se solicita la Inscripción Especial dentro de este período de 90 días, la cobertura del Plan para usted o sus Dependientes comenzará el primer día del mes posterior a su solicitud de Inscripción Especial, *con una excepción*: si la solicita dentro de los treinta (30) días de la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, la cobertura del Plan comenzará de manera retroactiva a partir de la fecha de nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Si no solicita la Inscripción Especial en forma oportuna, deberá esperar hasta el siguiente período anual de Inscripción Abierta, a menos que se produzca antes un evento de Inscripción Especial diferente. Además, debe esperar hasta la Inscripción Abierta para inscribir a cualquier Dependiente que no tenga derecho a Inscripción Especial.

9. Elegibilidad Extendida por Crédito por Discapacidad

Si, después de volverse elegible, no puede trabajar el mínimo de horas obligatorias en un mes debido a una lesión o enfermedad, certificada por su médico, se le otorgará un crédito por discapacidad por cada mes que esté discapacitado, de la siguiente manera:

- Hasta 4 meses si la lesión o enfermedad se produjo fuera del trabajo;
- hasta 6 meses si se produjo mientras trabajaba.

El crédito por discapacidad se proporciona como si trabajara el mínimo de horas obligatorias en un mes y continuara su elegibilidad para el tercer mes posterior a aquel para el cual se otorga el crédito. Sin embargo, la elegibilidad para el Seguro de Vida según el Artículo XII y los beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento según el Artículo XIII no continúan durante los períodos de elegibilidad extendida por discapacidad en virtud del Artículo II, Sección 8.

Si trabaja para un Empleador que brinda empleo a 50 o más Empleados cuando queda discapacitado, puede calificar según la Ley Federal de Licencia Médica o Familiar (FMLA) para cobertura extendida durante un período de licencia FMLA de su Empleador. Esta suele ser una licencia no remunerada disponible para ciertos fines familiares o médicos, como el nacimiento o la adopción de un hijo, para brindar cuidado a un cónyuge, hijo o uno de los padres gravemente enfermo o para su propia enfermedad grave. El Plan brinda cobertura extendida durante períodos de licencia de FMLA certificados por su Empleador. Si se toma una licencia FMLA, comuníquese

con la Oficina Administrativa. Puede comunicarse con su Empleador o la Oficina Administrativa para obtener más información sobre la FMLA.

La cobertura de continuación de COBRA también está disponible si pierde la cobertura por una reducción de horas o por ciertos otros acontecimientos que califican. Sin embargo, debe pagar por COBRA. Para obtener detalles sobre COBRA, vea el Artículo XIV, Sección 1.

10. En Caso de Muerte

Si usted muere, la cobertura de sus Dependientes continuará hasta el final del período para el cual había obtenido elegibilidad. Luego pueden ser elegibles para cobertura de continuación de COBRA si realizan los pagos correspondientes. Para obtener detalles sobre COBRA, vea el Artículo XIV, Sección 1.

11. En Caso de Divorcio (o finalización de la pareja de hecho)

Si se divorcia o finaliza la relación con su pareja de hecho, la cobertura para la otra persona y los hijos de esta persona finalizará el último día del mes en que se produzca el divorcio o la disolución del vínculo. Su cónyuge o hijastros pueden realizar los pagos correspondientes y ser elegibles para cobertura de continuación de COBRA, si su divorcio se informa de manera oportuna al Fondo. Para obtener detalles sobre COBRA, vea el Artículo XIV, Sección 1.

Debe notificar al Fondo de manera oportuna su divorcio o finalización de pareja de hecho. Si no lo hace dentro de los 60 días de producida la disolución del vínculo, su excónyuge o expareja de hecho y sus hijos no serán elegibles para solicitar cobertura de COBRA.

12. Empleados Fuera del Convenio

Se puede obtener cobertura del Plan para los Empleados sujetos a un Acuerdo de Participación pero sin un Convenio Colectivo de Trabajo, sujeto a la aprobación de los Fideicomisarios.

13. Rescisión de la Cobertura

Una rescisión es una cancelación o interrupción de la cobertura del Plan que tiene efecto retroactivo, excepto en la medida en que sea atribuible a la falta de pago oportuno de las primas o aportes requeridos para el costo de la cobertura.

El Plan no cancelará la cobertura ni la finalizará de manera retroactiva (una rescisión), excepto en las circunstancias permitidas por la ley, como cuando no se realizan a tiempo los aportes y pagos personales o, mediante notificación escrita con 30 días de anticipación, en los casos en que una persona realiza un acto, una práctica o una omisión que constituye fraude o tergiversa en forma intencional un dato concreto prohibido por los términos del Plan. La finalización retroactiva de la cobertura de un excónyuge debido a la falta de notificación oportuna de la disolución de vínculo a la oficina del Fondo no es una "rescisión de cobertura".

Los siguientes ejemplos constituyen tergiversación concreta por la cual el Fondo puede rescindir (cancelar en forma retroactiva) la cobertura: inscribir a alguien como Dependiente que no califica como tal o presentar a sabiendas una reclamación o apelación de beneficios falsa.

Si el Fondo rescinde su cobertura del Plan, el resultado será que usted y sus Dependientes nunca estuvieron cubiertos por el Plan, y deberán reembolsar al Fondo el monto total que se pagó por todos los beneficios (incluidas las primas pagadas a una HMO o aseguradora) proporcionados como resultado de tergiversación o fraude.

III. DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN

1. Beneficios Médicos

Se brindan beneficios médicos a todos los Empleados y sus Dependientes Elegibles e inscritos. Usted y ellos deben estar inscritos en el mismo plan médico.

A. Programa de Atención Médica Comunitaria Martin Luther King

Una vez que su elegibilidad esté establecida, podrá inscribirse e inscribir a sus Dependientes en el Programa de Atención Médica Comunitaria Martin Luther King ("Programa MLK") si reside a menos de 15 millas en automóvil del Martin Luther King, Jr. Community Hospital. Si reside a más de 15 millas en automóvil de este hospital, igual se le permitirá inscribirse en el Programa MLK si lo desea, siempre que resida o trabaje dentro un radio de 30 millas en automóvil del hospital.

El Programa MLK se describe en el Artículo IV de esta Descripción Resumida del Plan.

B. El plan de Health Net of California, Inc. Plan

Si vive a más de 15 millas de distancia en automóvil del Martin Luther King, Jr. Community Hospital: Una vez que su elegibilidad esté establecida, podrá inscribirse e inscribir a sus Dependientes en el Plan Health Net of California (a veces llamado "Plan Health Net" o "Health Net HMO") para recibir beneficios médicos.

Si vive dentro de un radio de 15 millas en automóvil del Martin Luther King, Jr. Community Hospital: Después de haber estado cubierto por el Programa MLK durante al menos 12 meses consecutivos, puede cambiarse al Plan Health Net HMO durante el siguiente período anual de Inscripción Abierta si vive o trabaja en un radio de 30 millas de un grupo o un centro médico contratado por Health Net.

El Plan Health Net se describe brevemente en el Artículo V de esta Descripción Resumida del Plan.

C. Plan Kaiser Permanente HMO

Después de haber estado cubierto por el Programa MLK o el Plan Health Net durante al menos 12 meses consecutivos, tal vez pueda cambiarse al Plan Kaiser Permanente HMO ("Plan HMO Kaiser") **durante el siguiente periodo anual de Inscripción Abierta.** No todos los Empleados pueden hacerlo. **Para inscribirse en el Plan Kaiser HMO, debe cumplir con los siguientes requisitos:**

- Debe trabajar para un Empleador que realice aportes de al menos el monto mínimo por hora requerido para cobertura del Plan Kaiser HMO del Fondo;
- debe haber estado cubierto por el Programa MLK o el Plan Health Net del Fondo durante un mínimo de 12 meses consecutivos después de volverse elegible para cobertura del Fondo; y
- debe residir o trabajar dentro de un radio de 30 millas de un grupo o establecimiento médico de Kaiser Permanente.

Además, algunos Participantes (por ejemplo, los participantes del Plan Hotel) tienen que pagar una contribución mensual del empleado por la cobertura del Plan HMO Kaiser.

En determinadas circunstancias limitadas, la Junta de Fideicomisarios puede autorizar excepciones a la norma general descrita.

El Plan Kaiser HMO se describe brevemente en el Artículo VI de esta Descripción Resumida del Plan.

D. Elegir entre Planes médicos

Si puede elegir entre planes médicos, debe hacerlo con cuidado porque solo se le permitirá cambiar su elección una vez al año, durante la Inscripción Abierta (vea el Artículo II, Sección 6), a menos que tenga una oportunidad de Inscripción Especial (vea el Artículo II, Sección 7). Los tres planes médicos del Fondo son diferentes.

Debería revisar las descripciones de estos planes en los Artículos IV, V y VI de esta Descripción Resumida del Plan antes de elegir. También puede comparar el "Resumen de beneficios y cobertura" de cada plan, que puede obtener en la Oficina Administrativa.

2. Beneficios de Medicamentos Recetados

Express Scripts proporciona el Programa de medicamentos recetados descrito en esta Descripción Resumida del Plan a todos los Empleados y Dependientes Elegibles. Tiene los mismos beneficios de medicamentos recetados de Express Scripts, no importa el plan médico en el que esté inscrito. Debe usar una farmacia contratada por Express Scripts para surtir su receta. Si lo solicita, se le proporcionará sin cargo una lista de farmacias de la red. El Programa de medicamentos recetados proporcionado por Express Scripts se describe en el Artículo VII de esta Descripción Resumida del Plan.

3. Beneficios Odontológicos

Se brindan beneficios odontológicos a todos los Empleados elegibles y sus Dependientes, pero deben inscribirse en uno de los planes odontológicos asegurados del Fondo.

A. Plan de Atención Odontológica de United Concordia

Puede inscribirse e inscribir a sus Dependientes en el Plan de Atención Odontológica proporcionado por United Concordia. Siempre puede elegir este plan odontológico, cualquiera que sea el plan médico en el que esté inscrito. El Plan de Atención Odontológica de United Concordia se describe brevemente en el Artículo VIII de esta Descripción Resumida del Plan.

B. Plan Delta Dental PPO

Para inscribirse en el Plan Delta Dental PPO, debe trabajar para un Empleador que realice aportes de al menos el monto mínimo por hora requerido para la cobertura. El Plan Delta Dental PPO se describe brevemente en el Artículo IX de esta Descripción Resumida del Plan.

4. Beneficios Oftalmológicos

Hay un límite permitido de materiales (anteojos o lentes de contacto) disponibles con el beneficio del Plan de visión ("beneficio VSP").

Para los planes HMO (es decir, Kaiser y Health Net), los exámenes de la vista están cubiertos por su HMO, no a través del beneficio VSP.

Para el programa MLK, los exámenes de la vista están cubiertos a través del beneficio VSP.

Para obtener más información sobre los beneficios oftalmológicos y el costo compartido, consulte el Artículo X de esta Descripción Resumida del Plan.

5. Beneficios del Programa de Asistencia para Miembros (MAP)

Beacon Health Options proporciona los beneficios del Programa de Asistencia para Miembros (MAP). El MAP está disponible para todos los Empleados elegibles y sus Dependientes, sin importar el plan médico en el que estén inscritos. El MAP se describe brevemente en el Artículo XI de esta Descripción Resumida del Plan.

6. Beneficios del Seguro de Vida

Una vez que su elegibilidad esté establecida, tendrá cobertura automática para los beneficios del seguro de vida, incluso si no se inscribe en la cobertura médica. Sin embargo, debe ser elegible para los beneficios de acuerdo con el Artículo II (es decir, en función de las horas trabajadas) al momento de su fallecimiento para calificar para recibirlos. El Fondo proporciona los beneficios del seguro de vida directamente en forma autofinanciada (es decir, no se proporcionan mediante una compañía de seguros), independientemente del plan médico en el que está inscrito. Estos beneficios se describen en detalle en el Artículo XII de este resumen.

7. Beneficios del Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento

Una vez que su elegibilidad esté establecida, tendrá cobertura automática para beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento, incluso si no se inscribe en la cobertura médica. Sin embargo, debe ser elegible para los beneficios de acuerdo con el Artículo II (es decir, en función de las horas trabajadas) en el momento de la muerte accidental o la lesión que ocasiona el desmembramiento para calificar para recibirlos. Estos beneficios se describen en detalle en el Artículo XIII de esta SPD.

IV. PROGRAMA MARTIN LUTHER KING DE ATENCIÓN MÉDICA COMUNITARIA

(Debe utilizar Proveedores de la Red, excepto para servicios de emergencia)

Línea para Programación de Citas Médicas de MLK
(de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.): (424) 529-6755

Atención al Cliente del Administrador de Reclamaciones (DBA)
(de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.): (833) 961-3021 (TTY: (915) 221-8353)

O visite <http://www.MLKCHplan.com> para obtener información sobre proveedores de la red

En este Artículo se describe el Programa de Atención Médica Comunitaria Martin Luther King ("Programa MLK"). Excepto cuando el contexto indique algo diferente, en este Artículo IV, "usted" en general hace referencia a cualquier persona elegible e inscrita para recibir beneficios del Programa MLK, ya sea como Empleado o como su Dependiente. La Sección "Definiciones del Programa MLK" puede resultarle útil para entender algunas expresiones utilizadas en este Artículo IV.

El Programa MLK es un plan de atención médica de una organización de proveedor exclusivo que el Fondo autofinancia directamente y administra Design Benefits Administrators, Inc. (DBA). **En el Programa MLK, toda su atención médica, a excepción de los servicios de emergencia, deben brindarla Proveedores de la Red, o no tendrá cobertura.** Además, muchos servicios requieren de una Derivación y Autorización Previa, como se describe en la Sección 2.B., en la página 18. El Programa MLK no brinda cobertura para medicamentos recetados a pacientes ambulatorios. Para obtener información sobre el tema, consulte el "Programa de medicamentos recetados proporcionado por Express Scripts" en el Artículo VII de esta Descripción Resumida del Plan.

1. Área de Atención del Programa MLK

El MLK Community Medical Group, ubicado en el sur de Los Ángeles, brinda la mayor parte de la atención médica del Programa MLK. El área de servicio del Programa MLK es de 15 millas en automóvil desde el Martin Luther King, Jr. Community Hospital ("Hospital MLK"), ubicado en el sur de Los Ángeles. Si no reside dentro del área de servicio del Programa MLK, puede inscribirse si reside o trabaja a una distancia de 30 millas en automóvil del hospital MLK.

2. Cómo Funciona el Programa MLK: Descripción General

MLK Community Medical Group: si está inscrito en el Programa MLK, manejará su atención médica en general su Médico de Atención Primaria, y la brindarán médicos y otros profesionales de la salud del MLK Community Medical Group. El hospital MLK brindará la mayoría de los servicios hospitalarios.

Puede programar una cita, incluidas citas para el mismo día, con su Médico de Atención Primaria u otro del MLK Community Medical Group que esté disponible, sin tener Derivación ni Autorización Previa. Para la mayoría de los demás servicios, incluida la atención de especialistas, se requiere Derivación y Autorización Previa. Su Médico de Atención Primaria manejará en forma automática las Derivaciones y autorizaciones previas dentro del MLK Community Medical Group.

En la entidad se ofrece atención primaria y de especialistas para niños y adultos. Los servicios disponibles en la actualidad por Proveedores de MLK Community Medical Group incluyen, entre otros: atención primaria para niños y adultos, y atención de especialistas como: tratamiento de adicciones, manejo de diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedades infecciosas, enfermedades pulmonares, y salud mental y conductual.

Red Extendida: el Programa MLK también tiene una red más amplia de Médicos y Proveedores (incluidos los Centros de Atención de Urgencia, establecimientos quirúrgicos ambulatorios, y hospitales) para brindar servicios que no están disponibles mediante el MLK Community Medical Group. Esta red más amplia se denomina "Red Extendida". **Con muy pocas excepciones, necesita una Derivación a un Proveedor de la Red Extendida y Autorización Previa para recibir los servicios del Proveedor.** Los Proveedores de la Red Extendida en general obtendrán Derivaciones y Autorizaciones Previas para usted.

Red Terciaria: por último, el Programa MLK tiene una tercera red, proporcionada por First Health (denominada "Red Terciaria" o red First Health"), a la que se accederá solo para recibir servicios de emergencia o tratamiento para afecciones poco comunes que no están disponibles en el MLK Community Medical Group ni en la Red Extendida. Con la excepción de los servicios de emergencia, necesita una Derivación a un Proveedor de la Red First Health y Autorización Previa para recibir los servicios, o no tendrá cobertura del tratamiento que reciba.

A. Cómo elegir un Médico de Atención Primaria

Usted y cada uno de sus Dependientes inscritos deben elegir un Médico de Atención Primaria ("PCP") del MLK Community Medical Group. Si no elige un PCP para usted o sus Dependientes inscritos, se le asignará uno. En general, usted elige un PCP cuando se inscribe en el Programa MLK. Para cambiar su PCP, llame a DBA al (833) 961-3021. Los miembros de la familia pueden elegir PCP diferentes.

En la actualidad existen tres ubicaciones de consultorios médicos en los que usted y sus Dependientes inscritos pueden recibir atención primaria. Diferentes PCP trabajan en los diferentes consultorios, aunque algunos trabajan en más de uno. Puede consultar la lista actualizada de médicos de atención primaria, incluidos los consultorios en los que se encuentran, en el sitio web www.MLKCHplan.com o por teléfono en el DBA: (833) 961-3021.

El MLK Community Medical Group tiene un número de teléfono para programación de citas para todos los consultorios médicos: puede comunicarse al (424) 529-6755. El horario para programar citas es de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.

Estas son las ubicaciones de los consultorios médicos de atención primaria y especializada del MLK Community Medical Group:

East Compton Clinic

135 E. Compton Blvd.
Compton, CA 90222

Rosecrans Clinic

2251 W. Rosecrans Ave., Suite 18
Compton, CA 90222

Wilmington Clinic

12021 Wilmington Ave., Building 11, Suite 1000
Los Angeles, CA 90059

B. Derivaciones y Autorización Previa

Si necesita atención que su PCP no puede brindar y necesita ver a un especialista u otro Proveedor para recibir esa atención, necesitará una Derivación. Los Proveedores del MLK Community Medical Group y los Proveedores de la Red Extendida obtendrán Derivaciones para usted.

Además de la Derivación, necesitará una Autorización Previa para la mayoría de los servicios fuera de lo que se proporciona en una visita típica en consultorio con su médico. Los Proveedores del MLK Community Medical Group, de la Red Extendida y de la Red Terciaria en general obtendrán una Autorización Previa para usted. Sin embargo, siempre debería asegurarse de que hayan obtenido la Autorización Previa.

Tenga en cuenta que cuando se requiere Autorización Previa o Derivación, si no las obtiene, los servicios que reciba no tendrán cobertura.

Servicios para los que no se necesita Derivación ni Autorización Previa

No necesita Derivación ni Autorización Previa para ver a su médico (u otro) de atención primaria en el MLK Community Medical Group.

Tampoco las necesita para acudir a un Centro de Atención de Urgencia en la Red Extendida.

Además, no las necesita para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un Proveedor del MLK Community Medical Group o de la Red Extendida especializado en esas áreas. No necesita tampoco Derivación ni Autorización Previa para una visita al consultorio para diagnóstico o tratamiento de un trastorno mental o por consumo de sustancias cuando lo atiende un Proveedor del MLK Community Medical Group o la Red Extendida. Sin embargo, se puede exigir al Proveedor que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de Autorización Previa para determinados servicios, de acuerdo con un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para realizar Derivaciones.

Por último, no se necesitan Derivaciones ni Autorización Previa para servicios de emergencia o parto. En situaciones de emergencia graves, llame al 911 o diríjase al hospital más cercano.

Encontrará más información en la Sección 9 de este Artículo IV ("Administración de uso y requisitos de Autorización Previa").

C. Administración de reclamaciones

Cuando recibe servicios, en general se le pide que pague los copagos por adelantado. Si tiene coseguro y aún no lo ha pagado, el Proveedor se lo facturará una vez que reciba los servicios. Los Proveedores de la Red del MLK Community Medical Group, la Red Extendida y la red First Health enviarán reclamaciones por servicios directamente al administrador del Programa MLK. El administrador de reclamaciones las adjudicará y emitirá el pago al Proveedor. Usted recibirá una explicación de beneficios (EOB) en la que se indica cómo se adjudicó la reclamación, incluido el precio contratado por los servicios, la parte que ha pagado el Programa MLK y, si corresponde, la porción a su cargo.

El administrador de reclamaciones del Programa MLK es Design Benefits Administrators, Inc. (DBA). Llame al servicio de Atención al Cliente de DBA al (833) 961-3021 si necesita más información o tiene preguntas sobre su cobertura o administración de reclamaciones, incluidas preguntas sobre exclusiones y limitaciones específicas de los beneficios.

Para obtener información sobre los procedimientos de quejas y apelaciones, vea la Sección 11, Procedimientos de quejas y apelaciones y Proceso de revisión externa, a partir de la página 47.

3. Gastos cubiertos

Se denominan gastos cubiertos los que cubre en su totalidad o en forma parcial el Programa MLK. Se limitan a gastos de servicios médicos y suministros que:

1. son **médicamente necesarios**, pero solo en la medida en que el gasto no supere el monto permitido (o si el Proveedor pertenece a la red, el monto que acordó por contrato aceptar por el servicio o suministro); y
2. **no se excluyen de la cobertura** (vea la Sección Exclusiones y limitaciones de este Artículo IV para obtener más información); y
3. **son para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión** (excepto cuando los servicios preventivos sean pagaderos o estén cubiertos en forma específica por el Programa MLK); y
4. **no superen el máximo de beneficio** según lo descrito en la lista de beneficios; y
5. **los proporciona u ordena un médico u otro profesional de la salud**; y
6. **se producen mientras el Participante es elegible para la cobertura y está inscrito en el Programa MLK.**

4. Gastos Médicos Sin Cobertura

El Programa MLK no pagará ni reembolsará ningún gasto que no sea un gasto cubierto. Esto significa que usted es responsable por el costo total de servicios y suministros que se determine que no son médicamente necesarios o superan el máximo de un beneficio, y por servicios que no tienen cobertura del Programa MLK o que se proporcionaron cuando usted no era elegible para la cobertura. En el caso de Proveedores Fuera de la Red, usted también es responsable del pago de cualquier factura por el saldo de cargos que superen el monto permitido.

5. Sus Costos

a. Sus costos de bolsillo

Debe pagar una cierta porción del costo de los servicios de atención médica cubiertos por el Programa MLK, incluidos los copagos o su porcentaje de coseguro que no paga el Programa MLK. Esto es lo que se llama "costos de bolsillo".

- **Copago:** Un copago es un monto fijo (por ejemplo: \$5) que debe pagar por un gasto cubierto.
- **Coseguro:** El coseguro es el porcentaje del costo de un gasto cubierto que usted paga (por ejemplo: 20 %).
- **Costos de bolsillo:** Son los gastos de su atención médica que no paga ni reembolsa el Programa MLK. Incluyen copagos y coseguro de gastos cubiertos, más todos los costos de servicios no cubiertos por el Programa MLK, incluida la facturación de saldo de Proveedores que No Pertenecen a la Red.

Los copagos y porcentajes de coseguro se muestran más adelante en el "programa de beneficios médicos".

b. Si se atiende con un Proveedor Fuera de la Red

En el Programa MLK, los montos de los pagos por servicios prestados por Proveedores Fuera de la Red (por ejemplo: sala de emergencias, ambulancia) se basan en un monto permitido. El monto permitido por el Programa MLK para un servicio determinado puede ser menos de lo que cobra el Proveedor Fuera de la Red por ese servicio. En ese caso, usted es responsable de pagar su Copago o Coseguro, más la diferencia de costo entre el cargo facturado por el Proveedor y el monto permitido del Programa MLK. A esto se le llama Facturación del Saldo.

Ejemplo: Si una sala de emergencias fuera de la red cobra \$2,400 por un servicio y el monto permitido del Programa MLK es \$1,800, usted será responsable de pagar su copago de \$150 y el Proveedor también puede facturarle el saldo por los \$600 restantes.

c. Máximo de bolsillo y otros límites

El Programa MLK limita los costos de bolsillo que usted debe pagar hacia los gastos cubiertos en un año calendario (tanto en forma individual como para su unidad familiar), como se indica en el "Programa de beneficios médicos". Esto se denomina su "máximo de gasto de bolsillo". Una vez que usted haya pagado este monto por los gastos cubiertos, el Programa MLK paga el 100 % del costo de los gastos cubiertos por el resto del año calendario. Sin embargo, tenga en cuenta que no todos los gastos son elegibles para acumularse hacia su gasto máximo de bolsillo, ni todos los gastos se pagan al 100 % en caso de que alcance su máximo de bolsillo. Los siguientes gastos no cuentan para el máximo de bolsillo y no se pagan al 100 % en caso de que lo alcance en un año calendario:

- todo lo que gaste en servicios no cubiertos por el Programa MLK, incluidos los servicios fuera de la red sin cobertura;
- cargos que superen el máximo de un beneficio; y
- Los costos, incluidos los copagos, para los Medicamentos con Receta a través de Express Scripts (consulte el Artículo VII); y
- cargos de facturación de saldo.

Si tiene alguna pregunta sobre si un gasto está cubierto o es elegible para la acumulación hacia su gasto máximo de bolsillo, comuníquese con el administrador de reclamaciones para recibir ayuda.

6. Programa de Beneficios Médicos

En las siguientes páginas encontrará una lista en formato de tabla de los beneficios médicos del Plan. En la tabla se detallan servicios cubiertos específicos y el monto que pagará por ellos. También se incluye información sobre límites y exclusiones de beneficios y otros datos importantes. Sin embargo, esta lista de beneficios no incluye todo. En Secciones que siguen a la tabla, se incluye información adicional importante.

Además, el Programa MLK tiene otros requisitos y disposiciones que pueden afectar los beneficios. Es muy recomendable que lea todo este Artículo IV para asegurarse de conocer todas las disposiciones del Programa MLK. También puede comunicarse con DBA (el administrador de reclamaciones del Programa MLK) para recibir ayuda.

A continuación, figura el programa de beneficios médicos. Tenga en cuenta que en el caso de servicios para los que se necesita Autorización Previa o Derivación, si no las obtiene, no tendrá cobertura.

PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS: PROGRAMA MLK

SERVICIOS CUBIERTOS	Lo que usted pagará DENTRO DE LA RED	Lo que usted pagará FUERA DE LA RED	LIMITACIONES, EXCEPCIONES Y OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE
Se necesita Derivación y Autorización Previa para todos los servicios, a menos que se indique lo contrario. Si no obtiene la Autorización Previa o la Derivación cuando es necesario, los servicios tienen cobertura.			
Gasto máximo de bolsillo: médico	\$1,500 por persona \$3,000 por familia	No hay máximo	
Gasto máximo de bolsillo: medicamentos recetados: farmacias de la red	\$750 por persona \$1,500 por familia <i>No hay máximo para ciertos medicamentos de especialidad, consulte el artículo VII</i>	No hay máximo	Esto no se proporciona mediante el Programa MLK; vea "Programa de Medicamentos Recetados Proporcionados Mediante Express Scripts" en el Artículo VII. de esta SPD. El Desembolso. Máximo de Medicamentos Recetados no se aplica a ciertos medicamentos de especialidad.
deducible ATENCIÓN PREVENTIVA El Programa MLK cubre los servicios de atención preventiva de acuerdo con los requisitos de la Ley de Atención Asegurable.	Ninguno \$0 de copago	Ninguno No cubierto	La lista de servicios preventivos cubiertos está disponible en www.healthcare.gov/preventive-care-benefits . No se necesita Derivación ni Autorización Previa cuando se obtienen mediante su Proveedor de Atención Primaria.
Incluye evaluaciones médicas periódicas como pruebas de detección preventivas de la visión y la audición, medición de presión sanguínea y análisis de diabetes y colesterol	\$0 de copago	No cubierto	
ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y URGENCIA Sala de emergencias	\$150 por visita	\$150 por visita	Debe cumplir con la definición de Emergencia. No se necesita Derivación ni Autorización Previa. La cobertura Fuera de la Red está sujeta a la Facturación del Saldo.
Centro de atención de urgencia	Copago de \$10	No cubierto	Tampoco las necesita para acudir a un Centro de Atención de Urgencia en la Red Extendida.
Ambulancia terrestre	\$50 por viaje	\$50 por viaje	La cobertura Fuera de la Red debe cumplir con la definición de Emergencia. La cobertura Fuera de la Red está sujeta a la Facturación del Saldo. No se necesita Derivación ni Autorización Previa en casos de Emergencia.

PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS: PROGRAMA MLK

SERVICIOS CUBIERTOS	Lo que usted pagará DENTRO DE LA RED	Lo que usted pagará FUERA DE LA RED	LIMITACIONES, EXCEPCIONES Y OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE
Se necesita Derivación y Autorización Previa para todos los servicios, a menos que se indique lo contrario. Si no obtiene la Autorización Previa o la Derivación cuando es necesario, los servicios tienen cobertura.			
Ambulancia aérea	\$50 por viaje	\$50 por viaje	La cobertura solo está disponible para afecciones de emergencia. No se necesita Derivación ni Autorización Previa.
HOSPITALIZACIÓN Y SERVICIOS A PACIENTES HOSPITALIZADOS			
Habitación y comida para pacientes hospitalizados (incluidos pacientes de cuidados intensivos)	\$0 de copago	No cubierto	Límite de \$100,000 por hospitalización.
Establecimiento de atención ambulatoria (incluye centro quirúrgico ambulatorio dentro de un hospital)	\$0 de copago	No cubierto	
Establecimiento de enfermería especializada	\$0 de copago	No cubierto	Límite de 100 días por año calendario.
Centro de cuidados paliativos	\$0 de copago	No cubierto	Para pacientes a los que les queda un año de vida o menos.
MÉDICO, CONSULTORIO, ATENCIÓN DOMICILIARIA Y TELESALUD			
Visitas al médico y a otros profesionales			
Visita al consultorio de atención primaria (incluye asistente médico y enfermera profesional)	Copago de \$5	No cubierto	No se necesita Derivación ni Autorización Previa.
Consulta a o Atención con un Especialista (con Derivación)	Copago de \$5	No cubierto	No se necesita Derivación ni Autorización Previa para servicios de ginecología cuando los brinda un Proveedor del MLK Community Medical Group o de la Red Extendida.
Cirujano, asistente y anestesiólogo	\$0 de copago	No cubierto	
Atención médica domiciliaria	\$0 de copago	No cubierto	
Servicio de telesalud	Copago de \$5	No cubierto	Los servicios de telesalud están cubiertos solo cuando los proporciona un Proveedor del MLK. No se necesita Derivación ni Autorización Previa para servicios de telesalud asociados con una visita a consultorio de atención primaria.
SERVICIOS EN ESTABLECIMIENTOS DE			

PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS: PROGRAMA MLK

SERVICIOS CUBIERTOS	Lo que usted pagará DENTRO DE LA RED	Lo que usted pagará FUERA DE LA RED	LIMITACIONES, EXCEPCIONES Y OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE
Se necesita Derivación y Autorización Previa para todos los servicios, a menos que se indique lo contrario. Si no obtiene la Autorización Previa o la Derivación cuando es necesario, los servicios tienen cobertura.			
ATENCIÓN AMBULATORIA			
Centro quirúrgico ambulatorio	\$0 de copago	No cubierto	
Servicios en establecimientos de atención ambulatoria (que no sean cirugía)	\$0 de copago	No cubierto	
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES			
Diagnóstico por imágenes, a excepción de radiografías ambulatorias (tomografías computadas o por emisión de positrones, resonancia magnética [MRI])	\$0 de copago	No cubierto	
Análisis de laboratorio y radiografías ambulatorias	\$0 de copago	No cubierto	
OTROS SERVICIOS PROFESIONALES			
Pruebas de alergia	\$0 de copago	No cubierto	
Acupuntura	Copago de \$5	No cubierto	
Atención de maternidad	\$0 de copago	No cubierto	No se necesita Derivación ni Autorización Previa cuando se obtiene de un Proveedor del MLK Community Medical Group o la Red Extendida.
Diagnóstico de infertilidad	\$0 de copago	No cubierto	Los servicios de diagnóstico están cubiertos, pero no el tratamiento de infertilidad. El diagnóstico de infertilidad está limitado solo al diagnóstico inicial.
Tratamiento de fertilidad	No cubierto	No cubierto	
Servicios y suministros quiroprácticos	Copago de \$5	No cubierto	
Terapia física, ocupacional y del habla	Copago de \$5	No cubierto	
Terapia de rehabilitación pulmonar y cardíaca	Copago de \$5	No cubierto	
Quimioterapia y radioterapia	\$0 de copago	No cubierto	
Diálisis renal	\$0 de copago	No cubierto	
Trasplante de órganos, tejidos o células madre	\$0 de copago	No cubierto	
SUMINISTROS Y EQUIPOS MÉDICOS			

PROGRAMA DE BENEFICIOS MÉDICOS: PROGRAMA MLK

SERVICIOS CUBIERTOS	Lo que usted pagará DENTRO DE LA RED	Lo que usted pagará FUERA DE LA RED	LIMITACIONES, EXCEPCIONES Y OTRA INFORMACION IMPORTANTE
Se necesita Derivación y Autorización Previa para todos los servicios, a menos que se indique lo contrario. Si no obtiene la Autorización Previa o la Derivación cuando es necesario, los servicios tienen cobertura.			
Equipo Médico Duradero (DME)	Coseguro de 20 %	No cubierto	Los cargos cubiertos incluyen la renta de equipo médico duradero o, a criterio del Administrador de Reclamaciones, la compra. Los beneficios de renta no superarán el costo de compra habitual, acostumbrado y razonable.
Equipos para pacientes diabéticos	Coseguro de 20 %	No cubierto	
Órtesis o aparatos ortopédicos	\$0 de copago	No cubierto	
Prótesis	\$0 de copago	No cubierto	
Bomba para extraer leche materna y suministros necesarios para operarla	\$0 de copago	No cubierto	Cobertura (renta o compra, a criterio del Administrador de Reclamaciones) de una bomba para extraer leche materna estándar durante el período de lactancia materna (más los suministros para operar la bomba). Límite del beneficio de \$250 por la compra de una bomba para extraer leche materna.
Sangre y hemoderivados	\$0 de copago	No cubierto	
Audífonos	No cubierto	No cubierto	
Suministros médicos y quirúrgicos ambulatorios	\$0 de copago	No cubierto	
SALUD MENTAL Y TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS			
Servicios para pacientes hospitalizados	\$0 de copago	No cubierto	
Visita a consultorio ambulatorio o consulta con un profesional	Copago de \$5	No cubierto	No se necesita Derivación ni Autorización Previa cuando se obtiene de un Proveedor del MLK Community Medical Group o la Red Extendida.
Otros servicios ambulatorios	Copago de \$5	No cubierto	

7. **Servicios Médicos Cubiertos** (Todos los servicios necesitan Derivación y Autorización Previa, a menos que se indique lo contrario)

El Programa MLK cubre servicios médicos Dentro de la Red (y Servicios de Emergencia Fuera de la Red), siempre que se obtengan mientras usted sea elegible para la cobertura y esté inscrito en el Programa MLK, y que los servicios sean Gastos Cubiertos, según se define en página 40. Todos estos servicios deben ser médicamente necesarios y estarán cubiertos de acuerdo con el Programa de beneficios médicos y sujetos a todas las limitaciones, exclusiones, máximos de beneficios, requisitos de Autorización Previa y otras disposiciones del Programa MLK.

En esta Sección se proporciona información más detallada sobre los tipos de servicios médicos cubiertos por el Programa MLK, pero no es una lista exhaustiva de todos los servicios que cubre.

Debería consultar la Sección "Administración de Uso y Requisitos de Autorización Previa" para obtener información sobre ambos temas.

1. **Servicios para pacientes hospitalizados**

a. **Atención de pacientes hospitalizados**

Para la atención médica o quirúrgica de una enfermedad o lesión, el Programa MLK cubre habitación semiprivada y comidas, quirófano y sala de partos, fármacos, medicamentos, oxígeno, sangre y hemoderivados administrados al paciente durante su estadía en el hospital, radiografías y análisis de laboratorio, electrocardiogramas (ECG), ecografías Doppler venosas, imágenes de resonancia magnética (MRI), tomografías computadas (TC), pruebas de metabolismo basal y electroencefalogramas (EEG), y servicios auxiliares necesarios, incluidas unidades de cuidados coronarios y de cuidados intensivos, cuando correspondan para la enfermedad o lesión de la persona cubierta.

b. **Servicios médicos en el hospital**

Servicios profesionales proporcionados por un médico mientras el Participante está hospitalizado o confinado en un establecimiento hospitalario.

c. **Pruebas preadmisión** para una admisión hospitalaria aprobada cuando no se repiten en la admisión. La admisión anticipada para pruebas en general no está cubierta (en la Sección "Exclusiones y limitaciones" encontrará más información).

d. **Atención de maternidad (no se necesita Autorización Previa)**

Los servicios hospitalarios por maternidad están cubiertos igual que la atención a pacientes hospitalizados y se prestan de conformidad con la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres de 1996 (se describe en el Artículo XV, Sección 6 de esta Descripción Resumida del Plan, en la página 99).

e. **Atención del recién nacido (no se necesita Autorización Previa)**

Los servicios para recién nacidos son alojamiento y alimentos en guardería y atención de cuidados intensivos neonatales, gastos auxiliares necesarios y atención de rutina durante el período de confinamiento en el hospital y servicios ambulatorios desde el nacimiento hasta el 30.º día, incluida la circuncisión.

f. Reconstrucción mamaria

La cobertura de cirugía reconstructiva de seno relacionada con mastectomía se someterá a las mismas disposiciones de copago y coseguro que se aplican en la actualidad a la cobertura de mastectomía y se proporcionará en consulta con usted y el médico que lo atienda, de acuerdo con la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998 (se describe en el Artículo XV, Sección 5 de esta Descripción Resumida del Plan, en la página 99).

2. Centros de enfermería especializada (o atención prolongada)

Habitación semiprivada y comidas y cargos auxiliares necesarios, con un límite de 100 días por año calendario.

3. Servicios de rehabilitación para ciertas enfermedades o lesiones basados en un plan de tratamiento aprobado que muchas veces se proporciona en un centro de rehabilitación.

4. Trastornos mentales y por consumo de sustancias (incluida la desintoxicación): pacientes hospitalizados. Se necesita Autorización Previa para toda la atención que no sea de emergencia a pacientes hospitalizados. El Programa MLK cubre habitación semiprivada y comidas y servicios auxiliares necesarios. El tratamiento debe realizarse en un establecimiento dentro de la red.

5. Servicios quirúrgicos a pacientes hospitalizados y ambulatorios

a. Servicios de anestesia

Administración de anestesia por un proveedor con licencia, incluido una enfermera anestesista certificada (CRNA).

b. Cirujano y asistentes quirúrgicos

Servicios prestados por un médico con licencia o asistente quirúrgico con licencia durante intervenciones quirúrgicas cuando se justifique. Se incluye atención pre- y posoperatoria.

c. Servicios de obstetricia

Servicios brindados por el médico, incluida atención pre- y posnatal. Los beneficios se determinan de acuerdo con las disposiciones del Programa MLK vigentes en la fecha en que se proporcionan los servicios.

6. Servicios profesionales de interpretación de pruebas de diagnóstico (de pacientes hospitalizados y ambulatorios) brindados por un radiólogo o patólogo con licencia para pruebas de diagnóstico cubiertas que son necesarias para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

7. Servicios ambulatorios brindados en un departamento de atención ambulatoria de un hospital u otro establecimiento

a. Servicios de sala de emergencias de un hospital prestados para tratamiento de afecciones de emergencia (no se necesita Autorización Previa)

Cobertura de servicios de emergencia, incluidos honorarios del médico, cargos de radiología y patología, y del establecimiento.

b. Exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios. Servicios como radiografías y análisis de laboratorio, electrocardiogramas (ECG), ecografías Doppler venosas, imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computadas (TC), pruebas de metabolismo basal y electroencefalogramas (EEG).

c. Centro de cirugía ambulatoria o a pacientes externos

Cargos de un hospital o centro de cirugía ambulatoria por servicios y suministros necesarios para una intervención quirúrgica ambulatoria que está cubierta.

- d. **Programa de Rehabilitación Cardíaca o Pulmonar** aprobado por el médico tratante.
 - e. **Servicios de quimioterapia** para administración de tratamiento, incluidos fármacos y suministros necesarios.
 - f. Tratamiento de **diálisis renal**, incluidos los fármacos y suministros necesarios.
 - g. **Terapia intravenosa**
Administración de terapia intravenosa, incluidos fármacos y suministros necesarios.
 - h. **Terapia ocupacional**
para restaurar la salud o la independencia social o económica de un Participante si los servicios los presta un terapeuta ocupacional con licencia tras la evaluación y la elaboración de un plan de rehabilitación propuesto. La terapia ocupacional debe ordenarla el médico tratante como parte de un plan de tratamiento apropiado para una enfermedad o lesión del Participante.
 - i. **Terapia física**
Para recuperación de la función física y prevención de discapacidades tras una lesión, enfermedad o pérdida de una parte del cuerpo. Tales servicios no están cubiertos cuando la documentación médica no respalda la necesidad médica debido a la incapacidad del Participante de cumplir con los objetivos del plan de tratamiento o cuando ya ha cumplido con sus metas.
 - j. **Terapia del habla**
Evaluación y tratamiento de trastornos de la voz, el habla, el lenguaje, la deglución, trastornos cognitivos o auditivos. Debe usar primero los servicios razonablemente disponibles en la comunidad para que los beneficios comiencen a estar disponibles en el Programa MLK.
 - k. **Radioterapia**
Tratamiento con rayos X, radio, radiación externa o isótopos radiactivos, incluidos los materiales.
8. **Servicios médicos ambulatorios**
Se brindan beneficios para los siguientes servicios prestados en el consultorio de un médico, incluidos los de un médico asistente (PA), una enfermera matriculada (RN, LVN o LPN), una enfermera profesional u otro profesional de la salud con licencia, que se proporcionen con supervisión del médico, que los factura.
- a. **Visitas al consultorio**
Servicios prestados en el consultorio de un médico que son necesarios para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, incluidas visitas de telesalud brindadas por un Proveedor de Atención Primaria del MLK.
 - b. **Atención de alergias**
Incluye pruebas, inyecciones, sueros y extractos necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión. No se cubren las vacunas y otras inyecciones para un viaje al extranjero o con fines ocupacionales.
 - c. **Radiografías y análisis de laboratorio de diagnóstico**
Según sea necesario para diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión.

d. Servicios de atención quiropráctica

Manipulación vertebral respaldada por documentación física o radiológica de subluxación de la columna, otros tratamientos terapéuticos relacionados y radiografías. La atención quiropráctica debe proporcionarse para tratamiento activo de una enfermedad o lesión y debe estar relacionada con una visita al quiropráctico. Estos servicios no se cubren cuando la documentación médica no respalda la necesidad médica debido a la incapacidad del paciente de avanzar hacia las metas del plan de tratamiento o cuando ya las ha alcanzado. No se cubre la atención de mantenimiento.

9. Servicios para atención de trastornos mentales y por consumo de sustancias: atención ambulatoria y hospitalización parcial

En el caso de afecciones mentales en pacientes ambulatorios, los beneficios se brindan para atención proporcionada por un psicólogo, psiquiatra, terapeuta o trabajador social con licencia (siempre que los servicios del trabajador social tengan supervisión directa de un médico). Los servicios ambulatorios incluyen pruebas psicológicas y neuropsicológicas y otros tratamientos ambulatorios. En el caso de tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, los servicios cubiertos incluyen desintoxicación ambulatoria, programas de atención ambulatoria intensiva y tratamiento de día.

10. Servicios de atención preventiva (en general, no se necesita Autorización Previa)

El programa MLK cubre ciertos servicios de atención preventiva sin costo alguno para usted, cuando los proporcione o derive y autorice un proveedor de MLK.

Los servicios de atención preventiva están destinados a cumplir la Ley de Atención de Salud Asequible (ACA) y se basan en lo siguiente: (i) recomendaciones A y B del Grupo Especial de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF); y (ii) pautas de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA), la Academia Estadounidense de Pediatría/Bright Futures y el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

Los servicios de atención preventiva deben recibirse de un Proveedor de MLK. **No se cubrirán los servicios de atención preventiva recibidos de Proveedores que no pertenecen a MLK**, a menos que no haya un Proveedor del grupo que pueda brindar el servicio, o si fuera médicamente inapropiado para usted recibirlo de ellos (por ejemplo, si el Participante necesita un servicio preventivo en un entorno no disponible de un Proveedor de MLK). En cualquiera de estas situaciones, debe obtener una Derivación de su Proveedor de MLK para recibir el servicio de atención preventiva de un Proveedor de la Red Extendida.

Los servicios de atención preventiva incluyen, entre otros:

- evaluaciones médicas periódicas;
- medición de presión arterial y análisis de diabetes y colesterol;
- pruebas de detección de cáncer, incluida la del virus del papiloma humano (VPH) aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), mamografías y colonoscopías;
- asesoramiento en cuestiones como dejar de fumar, perder peso, alimentación saludable, tratar la depresión y reducir el consumo de alcohol;
- vacunaciones de rutina contra enfermedades como sarampión, herpes zóster (culebrilla), hepatitis A y B, tétanos, difteria, tosferina y meningitis;

- vacunas contra gripe y neumonía;
- vacunas contra COVID-19;
- asesoramiento, exámenes y vacunación para garantizar embarazos saludables;
- visitas periódicas de bebé sano y niño sano, incluidas las visitas pre- y posnatales en consultorio;
- visitas de mujer sana;
- Planificación familiar: anticonceptivos (incluida esterilización voluntaria).

Mujer: El **Programa MLK** cubre asesoramiento y planificación para anticoncepción, exámenes de ajuste de un dispositivo vaginal (diafragma y capuchón cervical), e inserción o extracción de dispositivo intrauterino (DIU). La esterilización femenina y métodos anticonceptivos para mujeres y el asesoramiento tienen cobertura como servicios de atención preventiva. Entre los anticonceptivos cubiertos por el beneficio médico se encuentran los dispositivos intrauterinos (DIU) y los anticonceptivos inyectables e implantables. Los fármacos anticonceptivos no tienen cobertura del Programa MLK, pero sí del Programa de medicamentos recetados proporcionados mediante Express Scripts (vea el Artículo VII).

El **Programa de medicamentos recetados** cubre los anticonceptivos disponibles en farmacia minorista con receta, incluidas las píldoras. Entre ellos están los anticonceptivos vaginales, orales, transdérmicos y de emergencia (medicamentos aprobados por la FDA que se toman después de una relación sexual para prevenir el embarazo). Vea el Artículo VII, Programa de medicamentos recetados proporcionado mediante Express Scripts.

La cobertura incluye esterilización voluntaria femenina y masculina.

La lista de servicios de atención preventiva cubiertos se revisa y actualiza cada año. Hable con su Médico de Atención Primaria sobre los servicios de atención preventiva adecuados para usted. Para obtener información sobre medicamentos (incluidas ciertas vitaminas) y productos de atención preventiva que tienen cobertura, vea el Artículo VII: "Programa de medicamentos recetados proporcionados mediante Express Scripts".

Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si recibe otros servicios y suministros cubiertos además de los de atención preventiva durante la misma visita al consultorio, es posible que deba pagar el copago o coseguro correspondiente por ellos.
- Si un servicio preventivo se factura aparte, la visita al consultorio está sujeta a los beneficios normales del plan (incluido el copago o coseguro).
- Si no se factura por separado y el objetivo principal de la visita al consultorio es la prestación de servicios preventivos, se deberá pagar el 100 % de la visita.
- Si no se factura por separado y el objetivo principal de la visita al consultorio es la prestación de servicios preventivos, se deberá pagar el 100 % de la visita (sin copago ni coseguro).

- En las pautas federales y el Programa MLK se establecen estándares (como edad, tratamiento, entorno y frecuencia) que deben cumplirse para recibir la cobertura de servicios de atención preventiva específicos.

11. Segundas opiniones en cirugía

Para determinar si un procedimiento quirúrgico recomendado es médicamente necesario. Vea la página 39 (“Segunda Opinión en Cirugía” en la Sección 9.B para obtener más detalles).

12. Servicio de ambulancia (no se necesita Autorización Previa en caso de una afección de emergencia)

Se cubre el servicio profesional de ambulancia terrestre local como transporte médicamente necesario hacia o desde el hospital solo cuando el Participante está confinado en cama o en un accidente, una emergencia o una enfermedad aguda.

Los servicios de ambulancia aérea solo están disponibles en caso de afecciones de emergencia y cuando son médicamente necesarios.

13. Ensayos clínicos aprobados

Costos de rutina del paciente para un ensayo clínico aprobado para prevención, detección o tratamiento de cáncer u otra enfermedad o afección potencialmente mortal que sea una de las siguientes:

(1) un ensayo con aprobación o financiación federal; (2) un ensayo clínico realizado por presentación de solicitud de un fármaco nuevo en investigación de la FDA; o (3) un ensayo de un fármaco que está exento del requisito de solicitud de fármaco nuevo en investigación de la FDA.

14. Equipo Médico Duradero (DME)

Los cargos cubiertos incluyen la renta de Equipo Médico Duradero o, a criterio del administrador de reclamaciones, su compra. Los beneficios de renta no superarán el costo de compra habitual, acostumbrado y razonable.

Los EMD incluyen oxígeno, vendajes, férulas, yesos y otros dispositivos utilizados en la reducción de fracturas y dislocaciones, además de otros Artículos similares que solo cumplen un propósito médico, excluidos elementos que en general se tienen en casa o que tienen un valor en ausencia de una enfermedad o lesión.

Dispositivos protésicos y suministros, incluido el precio de compra inicial, ajuste, adaptación y reparaciones. No se cubren reemplazos de dispositivos protésicos a menos que se deban a un cambio significativo en la estructura física del Participante cubierto y el dispositivo actual no pueda repararse.

Los EMD incluyen aparatos ortopédicos que contienen un zapato unido en forma permanente a un aparato ortopédico, pero solo para pacientes con desfiguraciones de pie.

También incluyen bombas extractoras de leche materna: se reembolsarán a la Participante hasta \$250 hacia la compra de una bomba.

15. Implantes cocleares

16. Atención médica domiciliaria

La atención médica en el hogar incluye servicios y suministros necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión en la casa de un Participante cuando lo proporciona un organismo de atención médica domiciliaria con licencia y acreditada. Estos servicios deben proporcionarse de acuerdo con un plan formal y escrito de tratamiento de atención médica en casa (en el que se detallarán la duración, el tipo y la frecuencia de las visitas). La atención médica domiciliaria incluye:

atención de enfermería especializada proporcionada por una enfermera vocacional con licencia o matriculada, o un terapeuta físico, ocupacional, del habla o respiratorio con licencia que por lo general no vive en su hogar y no es miembro de su familia inmediata.

- Los servicios son de tiempo parcial y de naturaleza intermitente, y una visita dura hasta 4 horas cada 24 horas.
- Los servicios reemplazan la hospitalización continua, el confinamiento en un centro de enfermería especializada o servicios ambulatorios que se brindan fuera del hogar del Participante.

Los beneficios totales pagados cada semana por atención médica domiciliaria no pueden superar el monto que se habría pagado si el Participante hubiera estado confinado en un hospital, centro de enfermería especializada u otro establecimiento.

17. Servicios de cuidados paliativos

Los servicios cubiertos, sujetos a Autorización Previa, incluyen cuidados paliativos para un Participante con una enfermedad terminal (con menos de un año de vida) cuando los proporciona un organismo dedicado a ello. Los servicios debe proporcionarlos un programa de tratamiento formal y escrito de cuidados paliativos, certificados por el médico tratante como médicamente necesarios.

El organismo de cuidados paliativos puede proporcionar los servicios a un Participante hospitalizado en un centro para enfermos terminales o en su hogar.

Los beneficios incluyen servicios médicos, atención paliativa (control del dolor y alivio de síntomas), asesoramiento, medicamentos, otros servicios y suministros necesarios, servicios domésticos y servicios de relevo;

- alojamiento y comida para el confinamiento en un organismo de cuidados paliativos con licencia y acreditado;
- servicios y suministros proporcionados por el organismo mientras el paciente está confinado;
- atención de enfermería de tiempo parcial por enfermera matriculada o con su supervisión;
- servicios de nutrición o comidas especiales;
- servicios de relevo;
- servicios de un trabajador social o consejero con licencia;
- asesoramiento en caso de duelo de un trabajador social o consejero con licencia para el Participante o sus familiares cubiertos.

El médico tratante debe certificar que se espera que el Participante cubierto viva menos de doce meses para calificar para este beneficio.

18. Transfusiones de sangre y hemoderivados, en la medida en que no se reemplace hasta un máximo de \$120 por unidad.

19. Trastornos del desarrollo, incluido autismo y análisis conductual aplicado (ABA). Sujeto a Autorización Previa.

20. Procedimientos quirúrgicos orales, incluidos:

- extirpación de tumores y quistes de mandíbulas, mejillas, labios, lengua, paladar y suelo de la boca;
- servicios de ortodoncia o dentales médicamente necesarios que son parte integral de una cirugía reconstructiva para procedimientos de paladar hendido: incluye paladar hendido, fisura nasolabial u otras anomalías craneofaciales asociadas; reparación de emergencia por lesión en dientes naturales sanos;
- cirugía necesaria para corregir lesiones accidentales en mandíbulas, mejillas, labios, lengua, suelo de la boca y paladar;
- extirpación de crecimientos óseos benignos de la mandíbula y el paladar;
- incisión externa y drenaje de celulitis;
- incisión de senos sensoriales, glándulas salivales o conductos.

21. Tratamiento de disfunción de la articulación temporomandibular

Se cubren los aparatos bucales hechos a medida (férula intraoral u oclusal) y los procedimientos quirúrgicos para corregir trastornos de la articulación temporomandibular (de la mandíbula) (ATM) si son médicamente necesarios. Sin embargo, no tienen cobertura el pulido localizado, los dispositivos restauradores o mecánicos, la ortodoncia, las incrustaciones o recubrimientos, coronas, puentes, férulas dentales, implantes u otros aparatos dentales para tratar afecciones relacionadas con trastornos de la ATM.

22. Terapia de quelación para el diagnóstico de intoxicación por plomo, o de anemia en un niño.

23. Trasplantes o reemplazo de órganos o tejidos y servicios relacionados

Los trasplantes de órganos, tejidos y células madre que no sean experimentales ni de investigación tienen cobertura si el receptor del trasplante es Participante del Programa MLK y se obtiene una Autorización Previa.

Los servicios médicamente necesarios, en relación con un trasplante de órganos, tejidos o células madre, se cubren de la siguiente manera:

- para el Participante inscrito que recibe el trasplante; y
- para el donante (ya sea Participante inscrito o no), si el receptor es un Participante.
- Los beneficios para el donante se reducen según los montos pagados o pagaderos por su propia cobertura. Solo se cubren servicios médicamente necesarios relacionados con la donación de órganos.
- La preparación, adquisición (incluida la búsqueda de donantes), transporte y almacenamiento de órganos humanos, médula ósea o tejido humano se cubren hasta un máximo de \$20,000.
- Los gastos de viaje y alojamiento en hotel asociados con trasplantes de órganos, tejidos y células madre no están cubiertos.

8. Exclusiones y Limitaciones

Además de cualquier otra exclusión o limitación establecida en otra parte de esta SPD, se excluyen de la cobertura los siguientes servicios y el Programa MLK no paga beneficios por lo siguiente:

- cualquier gasto que no sea cubierto;
- servicios o suministros que no son médicamente necesarios, a menos que tengan cobertura específica del Plan, como los beneficios de atención preventiva;
- servicios o suministros de Proveedores Fuera de la Red, excepto los servicios de emergencia;
- gastos incurridos por un donante de órganos, a menos que el receptor sea un Participante;
- servicios de paramédicos cuando no se transporta al paciente a un hospital, a menos que el Participante fallezca a la llegada de los paramédicos o antes o durante el traslado al hospital;
- servicios o suministros que se proporcionan a un Participante por los cuales no hay ningún cargo (o el Proveedor normalmente no hace un cargo directo) o que el Participante no tiene obligación legal de pagar, incluidos los cargos que se presentan al Programa MLK equivalentes a cualquier monto para el cual el Proveedor tiene tarifas con descuento o ha "deducido" los montos adeudados;
- **atención quiropráctica de mantenimiento.**
- **Anticonceptivos.** El Programa MLK no los cubre. Sin embargo, la cobertura está disponible en el Programa de medicamentos recetados proporcionados mediante Express Scripts (vea el Artículo VII).
- **Experimental o de investigación.** Servicios experimentales o de investigación, suministros, procedimientos, tratamientos, terapias o fármacos, y cualquier complicación que surja de ellos, excepto según lo requiera la Ley Federal de Atención Asequible para ensayos clínicos.
- **Terapia de aversión.** No se cubre la terapia para cambiar el comportamiento mediante inducción de una aversión de la conducta y asociación con un estímulo nocivo.
- **Biorretroalimentación.** No se proporcionan beneficios para esto.
- **Medicamentos recetados.** Sin cobertura, a menos que se administren mientras el paciente está en cama en un hospital o que se administren en el consultorio de un médico o a menos que se indique en forma específica en este documento. (La cobertura de medicamentos recetados está disponible en el Programa de medicamentos recetados proporcionados mediante Express Scripts [vea el Artículo VII]).
- **Insurrección civil, disturbios, guerra.** Gastos resultantes de lesiones sufridas o exacerbadas durante la participación en una insurrección civil, disturbios o un acto ilegal, y cualquier afección, lesión o enfermedad resultante de un acto de guerra, declarada o no, o cualquier acto de agresión o invasión y complicaciones derivadas.

- **Complicaciones.** Complicaciones que surjan de servicios o tratamientos que no tengan cobertura del Programa MLK, excepto cuando superen la atención de seguimiento de rutina. Esta exclusión no se aplica a complicaciones del embarazo.
- **Aparatos correctivos.** Se incluyen, entre otros, zapatos correctivos (a menos que estén conectados en forma permanente a un aparato ortopédico), bragueros, corsés y otros dispositivos de soporte.
- **Cosmético.** Cirugía cosmética, tratamiento o procedimientos, incluidos servicios estéticos, y complicaciones derivadas. Esta exclusión no se aplica a: (1) procedimientos necesarios para reparar daños causados por una lesión corporal accidental (cirugía restauradora realizada durante o después de una cirugía mutilativa que fue necesaria como resultado de una enfermedad o lesión que no se considera cosmética); (2) procedimientos aprobados como médicamente necesarios para una enfermedad cubierta; o (3) reconstrucción de senos después de una mastectomía.
- **Asesoramiento.** Se cubre asesoría por inadaptación social, problemas espirituales, cuestiones financieras, problemas de comportamiento o falta de disciplina u otra acción antisocial solo cuando se da como tratamiento para un trastorno mental o por uso de sustancias. El Programa de Asistencia para Miembros (MAP) del Fondo que se describe en el Artículo XI ofrece asesoramiento para muchos de estos problemas.
- **Servicios ordenados por un tribunal.** Servicios o suministros ordenados por un tribunal, a menos que se determine que son médicamente necesarios y un gasto cubierto.
- **Servicios de cuidado de custodia y domésticos.** Cuidado de custodia, independientemente del tipo de establecimiento o Proveedor, y servicios domésticos, a menos que tengan cobertura específica de los servicios de cuidados paliativos.
- **Cuidado dental.** Entre otros, tratamiento dental en dientes o encías, incluidos tumores (excepto los cubiertos en forma específica por el Programa MLK), medicamentos odontológicos con receta (como Peridex o flúor), y admisiones hospitalarias para atención odontológica (a menos que sea médicamente necesaria por una afección concomitante). En los Artículos VIII y IX podrá obtener información sobre beneficios dentales proporcionados por United Concordia y Delta Dental.
- **Trastornos alimentarios.** Tratamiento de trastornos alimentarios y servicios y productos relacionados con ellos.
- **Obesidad mórbida.** Servicios y productos relacionados con el tratamiento de la obesidad mórbida, incluidos procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, programas de control o pérdida de peso, regímenes dietarios y suplementos, medicamentos, alimentos o suplementos, programas de ejercicio, membresías de clubes o gimnasios, equipos para ejercicio, y otros servicios y suministros previstos principalmente para controlar el peso o tratar la obesidad o con el propósito de reducir el peso, independientemente de la existencia de afecciones comórbidas. Esta exclusión no se aplica a los beneficios de atención preventiva (como asesoría alimentaria y pruebas de detección de obesidad) del Programa MLK.
- **Admisión anticipada para pruebas.** Por lo general no se cubre la admisión temprana al hospital, a menos que se haga dentro de las 24 horas previas a una cirugía.
- **Servicios educativos y capacitación vocacional.** Servicios y productos relacionados con educación o capacitación vocacional, incluidos, entre otros: computadoras, dispositivos o software; impresoras; libros; tutoría o intérpretes; ayudas visuales; ayudas o sintetizadores auditivos o del habla; ayudas auxiliares; pizarras de comunicación; sistemas de escucha;

dispositivos, programas o servicios para capacitación conductual, incluidos programas de intervención intensiva para cambios de comportamiento o retrasos en el desarrollo o percepción auditiva o habilidades de escucha o aprendizaje; programas o servicios para remediar o mejorar la concentración, la memoria, la motivación, la lectura o la autoestima, etc.; educación especial y costos asociados relacionados con sistemas táctiles como braille o educación en lengua de señas para un paciente o familiares; y pruebas vocacionales, evaluación y asesoría. Esta exclusión no se aplica al análisis de comportamiento aplicado (terapia ABA) cuando se determina que es médicamente necesario para tratamiento de autismo u otros trastornos del desarrollo, ni a servicios educativos brindados para asesoramiento de diabéticos, diálisis peritoneal u otros servicios cubiertos por el Programa MLK como servicios de atención preventiva.

- **Anteojos, lentes de contacto, materiales de la visión.** Materiales y accesorios para la visión, incluidos lentes, marcos, lentes de contacto y accesorios. En el Artículo X podrá obtener información sobre los beneficios de la visión disponibles en VSP.
- **Exámenes de la vista.** Los exámenes de la vista no están cubiertos por el Programa MLK, pero pueden obtenerse a través del Beneficio VSP. Para obtener más información sobre los beneficios de la vista, consulte el artículo X de esta SPD.
- **Suplementos alimentarios y vitaminas,** incluidos, entre otros, suplementos alimentarios o nutricionales o aumento en cualquier forma (a menos que sean médicamente necesarios para preservar la vida en una persona críticamente enferma) y vitaminas o minerales tomados por vía oral. Se cubren ciertas vitaminas como atención preventiva en el Programa de medicamentos recetados del Fondo (por ejemplo, vitaminas prenatales). Vea el Artículo VII.
- **Servicios de cuidado de pies (de rutina).** Cuidado de los pies de rutina, que incluye, entre otros, corte o eliminación de callos o callosidades, recorte de uñas y otros cuidados higiénicos, preventivos y de mantenimiento realizados en ausencia de enfermedades localizadas, lesiones o síntomas que involucren el pie.
- **Formularios.** Completar informes médicos, formularios de reclamaciones o facturación detallada.
- **Servicios gubernamentales.** A menos que el pago sea obligatorio por ley, los servicios o suministros: (1) provistos por o para cualquier Gobierno; (2) proporcionados en virtud de cualquier programa o ley gubernamental por el que el paciente está o podría estar cubierto; o (3) proporcionados por un hospital o establecimiento administrado por el Gobierno de Estados Unidos o cualquier organismo autorizado, o a expensas de dicho Gobierno u organismo. Esta exclusión no se aplica a ningún programa para Empleados civiles de un Gobierno.
- **Terapia de hormonas de crecimiento.**
- **Audífonos.** Audífonos o dispositivos, o examen para su prescripción y ajuste.
- **Acto ilegal.** Lesiones o enfermedades sufridas al participar o intentar hacerlo en una actividad ilegal, sean delitos menores o graves. Esta exclusión no se aplica si la lesión fue el resultado de un acto de violencia doméstica o afección (incluidas las de salud física y mental), independientemente de si la afección se diagnosticó antes de la lesión.
- **Pariente inmediato.** Servicios proporcionados por un pariente inmediato (es decir, el cónyuge o pareja de hecho del Participante, un hijo, un hermano, o uno de los padres, ya sea por nacimiento, adopción o matrimonio) o por una persona que resida en la casa del Participante, excepto gastos cubiertos que constituyen gastos de bolsillo para esos Proveedores.

- **Impotencia.** Tratamiento para la impotencia y medicamentos o fármacos relacionados.
- **Tratamiento para infertilidad,** entre otros: procesos de concepción artificial (como fertilización in vitro, transferencia intrafalopiana de gametos [GIFT], transferencia intrafalopiana de cigotos [ZIFT] y trasplantes de embriones), medicamentos para fertilidad, inseminación artificial, reversión de un procedimiento de esterilización voluntaria, embarazo de madres sustitutas, donantes de óvulos o bancos de esperma.
- **Reclamaciones tardías.** Cualquier reclamación de beneficios presentada después de la fecha límite correspondiente según el Programa MLK.
- **Terapia de masajes.** La terapia de masajes no está cubierta, a menos que se aplique junto con otras modalidades de fisioterapia activa para una enfermedad o lesión cubierta específica que esté aprobada como médicamente necesaria por DBA.
- **Salud mental y consumo de sustancias.** Servicios de diagnóstico y tratamiento de afecciones mentales y consumo de sustancias que no cumplen con la definición del Programa MLK de trastorno mental o por consumo de sustancias.
- **Sin lesiones ni enfermedades:** gastos incurridos por cualquier afección en la que no exista una lesión o enfermedad; esta exclusión no se aplica a beneficios específicos cubiertos por el Programa MLK, como servicios de atención preventiva.
- **Tratamientos no cubiertos.** Los siguientes tipos de tratamiento solo tienen cobertura cuando son médicamente necesarios o se proporcionan en relación con un tratamiento cubierto para un trastorno mental o por consumo de sustancias:
 - tratamiento de codependencia;
 - tratamiento de estrés psicológico;
 - tratamiento de disfunción marital o familiar; tratamiento de trastornos neurocognitivos incluidos delirio y trastornos neurocognitivos mayores y leves.
 - tratamiento de trastornos neurocognitivos incluidos delirio y trastornos neurocognitivos mayores y leves.
- **Elementos no médicos.** Entre otros, Artículos de higiene personal o de tocador y elementos personales proporcionados en un hospital.
- **Sin receta (de venta libre).** Medicamentos, equipos y suministros que se pueden comprar sin receta de un médico con licencia, a menos que de otro modo sean un gasto cubierto y los Artículos cuenten con Autorización Previa.
- **Terapias no estándar.** Servicios que no cumplen con los estándares nacionales para el ejercicio profesional médico o de salud mental, que incluyen, entre otros: Erhard/The Forum, terapia primitiva, aromaterapia, hipnoterapia, terapia bioenergética, del sueño, de curación con cristales, *rolfing*, psicodrama, medicina a base de hierbas, homeopatía, meditación trascendental y yoga, hipnosis, naturopatía y terapia con megavitaminas.
- **No elegible ni inscrito.** Gastos incurridos mientras el paciente no era elegible o no estaba inscrito para la cobertura.
- **Cirugía ortognática** (realineación de la mandíbula) para corregir retrognatía, apertognatía, prognatismo, maloclusión de mordida abierta o deformidades esqueléticas transversales.
- **Fuera de EE. UU.** Cualquier atención, servicio, medicamento, tratamiento o suministros incurridos fuera de Estados Unidos.
- **Comodidad o conveniencia del paciente.** Servicios y suministros relacionados con la modificación de viviendas, vehículos o bienes personales, entre otros: instalación de

rampas, ascensores, acondicionadores o purificadores de aire, dispositivos de comunicación TDD/TTY, sistemas de alerta de seguridad personal, equipos para ejercicios y almohadas cervicales. Esta exclusión también se aplica a Artículos personales o de comodidad y cualquier servicio o suministro que se proporcione durante el tratamiento de una enfermedad o lesión que sea principalmente para la comodidad o conveniencia personal del paciente y que no sea médicamente necesario (como servicios de ambulancia para transporte para adaptarse a la conveniencia del Participante o del médico).

- No se cubren servicios de **fisioterapia** cuando la documentación no respalda la necesidad médica debido a la incapacidad del Participante para avanzar hacia las metas del plan de tratamiento o ya las ha alcanzado.
- Las **pruebas preadmisión** para una hospitalización aprobada se cubren solo si no se duplican al momento de la admisión.
- **Prohibido por la ley.** Servicios o suministros para los cuales el Programa MLK tiene prohibido por ley o reglamento proporcionar beneficios.
- **Responsabilidad de terceros.** Servicios, suministros, atención o tratamiento de una lesión o enfermedad por los que un tercero debe pagar debido a negligencia u otro acto ilícito o malicioso de ese tercero, incluida la mala praxis médica. Vea la Sección "Subrogación, recuperación de terceros y reembolso" de este Artículo IV más adelante para obtener más información.
- **Embarazos de madre sustituta.** Embarazos de madre sustituta y todos los cargos relacionados, tanto cuando la maternidad sustituta sea para un Participante o la Participante es la madre sustituta.
- **Impuestos y envío.** Impuestos y cargos de envío aplicados a Artículos y servicios médicamente necesarios. Esta exclusión no se aplica a los recargos que la ley exige que el Programa MLK pague en los estados correspondientes.
- **Disfunción de la articulación temporomandibular.** Se cubren los aparatos bucales hechos a medida (férula intraoral u oclusal) y los procedimientos quirúrgicos para corregir trastornos de la articulación temporomandibular (de la mandíbula) (ATM) si son médicamente necesarios. Sin embargo, no tienen cobertura el pulido localizado, los dispositivos restauradores o mecánicos, la ortodoncia, las incrustaciones o recubrimientos, coronas, puentes, férulas dentales, implantes u otros aparatos dentales para tratar afecciones relacionadas con trastornos de la ATM.
- **Viajes**, incluso si los receta un médico.
- **Vacunas para viajes.** No se cubren vacunas ni inyecciones para viajes al extranjero o con fines ocupacionales.
- **Admisiones de fin de semana.** Admisión en fin de semana (viernes, sábado o domingo) a un hospital, a menos que se deba a una emergencia o si la operación se lleva a cabo dentro de las 24 horas de la admisión.
- **Sin aprobación.** Servicios o suministros no recetados, recomendados ni aprobados por un médico u otro profesional de la salud que actúe dentro del alcance de su licencia.
- **Enfermedad o lesión laboral.** Cualquier afección, enfermedad o lesión que surja del empleo o trabajo autónomo, o en su transcurso, o por la que la persona cubierta tiene derecho a beneficios en virtud de cualquier ley de indemnización laboral o similar.
- **Medicamentos de terapia genética.**

9. Administración de Uso y Requisitos de Autorización Previa

El Programa de Administración de Uso del Programa MLK ("Programa UM") está diseñado para reducir el costo y el riesgo de servicios médicos innecesarios, e identificar servicios rentables y de bajo riesgo disponibles para el tratamiento de su afección. El Programa UM incluye Autorización Previa, revisión concurrente, segunda opinión quirúrgica y administración de casos.

A. Autorización previa

La Autorización Previa (a veces llamada precertificación) es el proceso de revisión anticipada que utiliza el Programa MLK para asegurarse de que ciertos servicios de atención médica, suministros o medicamentos recomendados por su profesional de la salud sean médicamente necesarios y apropiados y cumplan o superen los estándares de atención aceptados.

Siempre que sea de MLK, o de la Red Extendida, su Proveedor se comunicará por lo general con DBA (el administrador de reclamaciones) para obtener una Autorización Previa en su nombre. Sin embargo, es su responsabilidad asegurarse de recibir Autorización Previa para cualquier servicio de atención médica sujeto a tales requisitos del Programa MLK. Si tiene alguna pregunta sobre cómo obtener una Autorización Previa, comuníquese con DBA al (833) 961-3021.

Según el Programa MLK, se necesita Autorización Previa para la mayoría de la atención que no sean visitas al consultorio con su Médico de Atención Primaria (PCP) u otro PCP del MLK Community Medical Group. Por ejemplo, se necesita Autorización Previa para la mayoría de la atención especializada que no es de emergencia, radiografías y análisis de laboratorio, y cirugías electivas para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Según el Programa MLK, como se especifica en el Programa de beneficios médicos que comienza en la página 21, se necesitan Derivaciones y Autorización Previa para todos los servicios a menos que se indique algo diferente. El Artículo IV, Sección 9.A (en la página 38) y esta Subsección A contienen cada uno una descripción de los servicios que no necesitan Autorización Previa (vea "Servicios para los que no se necesita Derivación ni Autorización Previa", a continuación). Es necesaria la autorización para todos los demás servicios y suministros.

Si no se obtiene cuando se necesita, los servicios no estarán cubierto.

Obtener Autorización Previa no significa que los beneficios estén garantizados o sean pagaderos o que el servicio o suministro en particular sea un beneficio cubierto por el Programa MLK. Solo significa que el servicio o suministro se ha aprobado como médicamente necesario y apropiado. La elegibilidad y el pago de los beneficios están sujetos a los términos y condiciones del Programa MLK y el Fondo.

Si no obtiene Autorización Previa o Derivación cuando se la requiere, no tendrá cobertura para el servicio o suministro, incluso si es médicamente necesario.

Nunca se necesita autorización previa para servicios de emergencia (incluido un parto). No demore en buscar atención médica para un Participante que tenga una afección grave que pueda poner en peligro su vida o su salud.

Servicios para los que no se necesita Derivación ni Autorización Previa

No necesita Derivación ni Autorización Previa para ver a su propio Médico de Atención Primaria (u otro) en el MLK Community Medical Group.

Tampoco las necesita para acudir a un Centro de Atención de Urgencia en la Red Extendida.

Además, no las necesita para tener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un Proveedor del MLK Community Medical Group o la Red Extendida que se especialice en esas áreas, ni para una visita en consultorio por un trastorno mental o por consumo de sustancias de un Proveedor del MLK Community Medical Group o la Red Extendida. Sin embargo, al Proveedor se le puede exigir que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para determinados servicios, de acuerdo con un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para hacer derivaciones.

Por último, no se necesitan Derivaciones ni Autorización Previa para servicios de emergencia o parto. En situaciones de emergencia graves, llame al 911 o diríjase al hospital más cercano.

Revisión simultánea.

Si lo admiten en un hospital u otro establecimiento de hospitalización, el Programa MLK monitoreará su estadía y hará una revisión continua de su tratamiento.

Si se determina que su estadía o servicios continuos no son médicamente necesarios y que la atención se podría brindar de manera segura y eficaz en otro entorno (como el hogar u otro tipo de establecimiento de atención), se los notificará a usted y a su médico. Esto no significa que deba dejar el hospital ni dejar de recibir los servicios en cuestión. Sin embargo, si elige permanecer o continuar con los servicios, los gastos incurridos después de la notificación serán su responsabilidad.

El Programa MLK no hará una revisión simultánea si es el pagador secundario de beneficios (vea Coordinación de Beneficios, en la página 62).

B. Segunda opinión en cirugía.

Si su Proveedor recomienda una operación que no es de emergencia o es electiva como parte de su tratamiento médico, el Programa MLK, sujeto a los términos y condiciones que aquí se establecen, brindará cobertura de todos los cargos incurridos en relación con la obtención de una segunda opinión para la cirugía cuando lo solicite el Participante, siempre que la segunda opinión se solicite y obtenga mediante DBA.

Para evaluar el tratamiento propuesto, el Programa MLK le pedirá información médica detallada a su médico: identidad del paciente (incluidos fecha de nacimiento y sexo); código de diagnóstico (ICD-9); código de procedimiento (CPT); y monto del cargo propuesto. Esta información debería enviarse a:

Design Benefits Administrators, Inc.
P.O. Box 11669
San Bernardino, CA 92423

Una vez recibida la información necesaria, DBA obtendrá la segunda opinión para una cirugía. El médico que brinda la segunda opinión no estará afiliado con el que recomendó el procedimiento quirúrgico. Se cubrirá una tercera opinión si las dos anteriores difieren, y la tercera la brindará un médico que no esté afiliado a los que emitieron las dos primeras.

Recibirá una respuesta por escrito con la determinación del Plan, que puede entregar a su médico si así lo desea.

No demore en buscar atención médica para cualquier Participante que tenga una afección grave que pueda poner en peligro su vida o su salud por buscar una segunda opinión para una cirugía. No se recomienda pedir una segunda opinión para una operación cuando la vida o la salud de una persona están en peligro.

C. Programa de administración de casos

En ciertas circunstancias, en especial en el caso de una enfermedad o lesión muy grave, el Programa MLK puede poner a disposición del Participante cubierto los servicios del Programa de administración de casos. Es un programa estrictamente voluntario, en el que no existe obligación de participar, y los beneficios no se verán afectados en forma adversa.

DBA administra este Programa. Los administradores de casos son profesionales médicos que trabajan con el médico que lo atiende para identificar tratamientos alternativos que lo ayuden a recibir uno que se base en evidencia y sea rentable. Pueden ser de invaluable asistencia para localizar recursos que ayuden al mantenimiento o la recuperación de la salud.

Si se lo selecciona como candidato para administración de casos, se comunicarán con usted y luego esa persona trabajará con usted y su médico durante el tratamiento. Si tiene alguna pregunta sobre el Programa de administración de casos, no dude en llamar a Design Benefits Administrators al (831) 961-3021.

10. Definiciones del Programa MLK

Las siguientes expresiones se usan en el Artículo IV de este folleto con los significados que aquí figuran:

Accidente. Evento repentino e imprevisto, definido en cuanto a tiempo y lugar, o acto deliberado con consecuencias imprevistas.

Monto permitido. Monto que el Programa MLK permite por servicios o suministros cubiertos que le proporcione un Proveedor Fuera de la Red (como servicios de emergencia fuera de la red). El monto permitido es el menor de una de estas cosas: (1) el cargo real facturado por el Proveedor; o (2) el monto en dólares que se permitirá para el servicio o suministro médicamente necesario. Usted es responsable de su parte del costo compartido (coseguro, copago) del monto permitido, además de cualquier cargo que lo supere. Cualquier cargo en exceso del monto permitido no cuenta para su gasto máximo de bolsillo (ni para el gasto máximo de medicamentos recetados según el Programa específico).

Centro quirúrgico ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria. Vea "Centro quirúrgico ambulatorio" más adelante.

Facturación de saldo. Facturación del Proveedor de la diferencia entre lo que cobró en realidad (el monto facturado) y el monto permitido por el Programa MLK. Por ejemplo, si su cargo es de \$200 y el monto permitido es \$110, el Proveedor puede facturarle los \$90 restantes. Esto podría suceder cuando utiliza un Proveedor de servicios de emergencia fuera de la red. Un Proveedor Dentro de la Red no puede facturarle servicios cubiertos.

Año calendario. Período de doce meses que comienza a las 12:00 a. m. del 1 de enero y termina a las 11:59 p. m. del 31 de diciembre.

Administrador de reclamaciones significa Design Benefits Administrators (DBA), con quien la Junta de Fideicomisarios tiene un contrato para manejar la administración de reclamaciones y las operaciones diarias del Programa MLK.

Coseguro. Su parte del costo de un servicio de salud cubierto, calculado como porcentaje (por ejemplo, 20 %) del gasto cubierto.

Complicaciones del embarazo. Afecciones debidas a embarazo, trabajo de parto, y parto que requieren atención médica para evitar daños graves a la salud de la madre o el feto, entre otras: nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, hiperémesis gravídica, infección puerperal, toxemia, eclampsia, y embarazo ectópico interrumpido. Las náuseas matutinas y una cesárea que no sea de emergencia no son complicaciones del embarazo, ni tampoco un falso trabajo de parto, sangrado irregular ocasional, o descanso indicado durante el período de gestación.

Cirugía cosmética es cualquier cirugía, servicio, fármaco o suministro diseñado para mejorar la apariencia de una persona mediante la alteración de una característica física que está dentro del amplio rango de lo normal, pero que puede considerarse desagradable o antiestético, excepto cuando sea necesario por una lesión.

Copago. Monto fijo que paga por un servicio cubierto, en general cuando lo recibe. Los copagos por servicios cubiertos se muestran en el programa de beneficios.

Gastos cubiertos. Como se describe en la página 19 de esta SPD, los Gastos Cubiertos son los que tienen cobertura total o parcial del Programa MLK y se limitan a los gastos por servicios y suministros médicos que:

1. son médicamente necesarios, pero solo en la medida en que el gasto no supere el monto permitido (o si el Proveedor pertenece a la red, el monto que acordó por contrato aceptar por el servicio o suministro); y
2. **no están** excluidos de la **cobertura** (vea la Sección Exclusiones y limitaciones de este Artículo IV para obtener más información); y
3. son para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión (excepto cuando los servicios preventivos sean pagaderos o estén cubiertos en forma específica por el Programa MLK); y
4. no superen el máximo de beneficio según lo descrito en la lista de beneficios; y
5. **los proporciona u ordena un médico u otro profesional de la salud; y**
6. **se producen mientras el Participante es elegible para la cobertura y está inscrito en el Programa MLK.**

Cuidado de custodia. Atención que se brinda a un paciente para asistir con los elementos esenciales de la vida diaria, como ayuda para caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, preparar dietas especiales y supervisar los medicamentos que por lo general se autoadministran.

DBA. Vea "Design Benefit Administrators".

Design Benefits Administrators (DBA) significa Design Benefits Administrators, Inc., que actúa como administrador de reclamaciones (incluidas las revisiones de Autorización Previa) y proporciona funciones administrativas diarias para el Programa MLK. En DBA también pueden responder sus preguntas sobre la cobertura y los beneficios del Programa MLK. Puede comunicarse con DBA al (833) 961-3021.

Desintoxicación. Conjunto de intervenciones dirigidas al manejo de la intoxicación aguda y abstinencia que involucran la eliminación de toxinas del cuerpo del paciente con una intoxicación aguda o dependencia de sustancias de abuso, mientras se minimiza el daño físico causado por el abuso de sustancias.

Diagnóstico. Examen, servicio, prueba o procedimiento realizados por síntomas específicos para detectar o monitorear una enfermedad o lesión y que ordena un médico u otro profesional de la salud.

Equipo Médico Duradero. Equipo que:

- se usa principalmente y en forma habitual para cumplir un propósito médico (es decir, su razón de ser es cubrir una necesidad médica básica, en lugar de satisfacer preferencias personales con respecto al estilo y el rango de capacidades, y no es útil para nadie en ausencia de una enfermedad o lesión);
- puede soportar el uso repetido (es decir, no es desechable o no duradero); y
- es apropiado para uso en el hogar.

Emergencia. Situación en la que se requiere un tratamiento médicamente necesario como resultado de un evento médico repentino y grave o una afección aguda. Una emergencia puede ser: envenenamiento, conmoción, hemorragia, dolor intenso en el tórax, dificultad para respirar, aparición repentina de debilidad o parálisis de una parte del cuerpo, quemaduras graves, pérdida de conocimiento, amputación parcial o total de una extremidad y convulsiones. Se pueden considerar otras emergencias y afecciones agudas al recibir prueba, satisfactoria para el Programa MLK, de que existió una emergencia.

Afección de emergencia. Afección que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso) para que un lego prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, pudiera razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata produzca cualquiera de los siguientes resultados: (1) poner en grave riesgo la salud del paciente (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer); (2) deterioro grave de las funciones corporales; o (3) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. El trabajo de parto activo se considera una afección de emergencia. "Trabajo de parto activo" es el que se produce en el momento en que se podría esperar razonablemente que ocurriera cualquiera de los siguientes hechos: (1) no hay tiempo suficiente para un traslado seguro a otro hospital antes del parto; o (2) un traslado plantea una amenaza para la salud y la seguridad de la Participante o del hijo por nacer.

Servicios de emergencia. Con respecto a una afección de emergencia, examen médico de detección dentro del departamento de emergencias de un hospital, incluidos servicios auxiliares disponibles de manera rutinaria en ese departamento para evaluar la afección de emergencia junto con un examen médico y tratamiento adicionales para estabilizar al paciente. "Estabilizar" significa, en este contexto, proporcionar el tratamiento médico de la afección que sea necesario para asegurarnos, dentro de una probabilidad médica razonable, de que no se produzca un deterioro concreto de la afección durante el traslado de la persona desde un establecimiento (o, en una afección de emergencia que involucre a una mujer embarazada con contracciones, dar a luz a un niño, incluida la placenta).

ERISA. Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974, con enmiendas.

Experimental o de investigación. Se dice de cualquier servicio o suministro, incluidos tratamientos o procedimientos médicos, equipos, medicamentos o dispositivos, que:

- A. la comunidad médica del sur de California no usa ni receta de manera normal o periódica porque permanece en investigación clínica o de laboratorio o no se lo ha expuesto a tal investigación; o
- B. es objeto de ensayos clínicos de fases I, II o III en curso o está en estudio para determinar su dosis máxima tolerada, toxicidad, seguridad o eficacia (incluida su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico); o
- C. se ha demostrado, mediante pruebas confiables, que el consenso entre los expertos es que se necesitan más estudios o ensayos clínicos para determinar la dosis máxima tolerada, la toxicidad, la seguridad o la eficacia (incluida su eficacia en comparación con medios estándar de tratamiento o diagnóstico). "Pruebas confiables" son informes

y Artículos publicados en bibliografía médica y científica acreditada, protocolos escritos utilizados por el centro de tratamiento u otro establecimiento que estudie de manera sustancial el mismo servicio o suministro (incluidos medicamentos, dispositivos, tratamientos o procedimientos), o consentimiento informado por escrito utilizado por ese centro o establecimiento.

DBA y los Fideicomisarios pueden confiar en el consejo de consultores médicos para determinar si un servicio o suministro es "experimental" o está "en investigación" según esta definición.

Establecimiento. Institución que opera dentro del alcance de su licencia, cuyo propósito es brindar atención médica y tratamiento organizados a las personas, e incluye, por ejemplo: un hospital, un centro quirúrgico ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria, un hospital psiquiátrico, un centro comunitario de salud mental, centro de tratamiento residencial, centro para tratamiento por consumo de sustancias, o cualquier otro establecimiento similar aprobado por los Fideicomisarios.

Unidad familiar. El Empleado y sus Dependientes cubiertos.

Profesional de atención médica. Persona que tiene licencia o autorización legal para ejercer o proporcionar ciertos servicios de atención médica según las leyes del estado o jurisdicción donde se brindan y que actúa dentro del alcance de su licencia o autoridad. Puede ser, por ejemplo, un médico, un médico asistente, una enfermera profesional, un anestesiólogo, un médico de guardia o una partera que actúan dentro del alcance de su licencia o autoridad.

Organismo de atención médica domiciliaria. Organización que ofrece un programa de atención médica en casa y cumple con una de las siguientes tres pruebas:

- tiene aprobación de Medicare o acreditación de la Comisión Conjunta (TJC);
- está establecida y se opera de acuerdo con las leyes vigentes en la jurisdicción en la que se encuentra y, cuando se la necesita, tiene licencia y aprobación de la autoridad reguladora que tiene la responsabilidad de otorgar licencias según las leyes de la jurisdicción en la que se ubica; o
- si no se necesita licencia, cumple con todos los requisitos siguientes:
 - tiene el propósito principal de ofrecer un sistema de entrega de atención médica en el hogar que presta servicios de enfermería especializada de apoyo y otros servicios terapéuticos con supervisión de un médico o una enfermera registrada (RN);
 - tiene un administrador de tiempo completo;
 - se opera de acuerdo con las reglas establecidas por un grupo de Proveedores que incluye médicos y enfermeras registradas;
 - lleva registros clínicos escritos de los servicios prestados a todos los pacientes;
 - su personal incluye al menos una enfermera registrada (RN) u ofrece el cuidado de enfermería de una; y
 - sus Empleados están vinculados y mantiene un seguro de mala praxis.

Organismo de cuidados paliativos. Establecimiento o programa que brinda servicios a enfermos terminales (como se describe en la Sección 7, Servicios médicos cubiertos) en un entorno afectuoso para cubrir las necesidades físicas y emocionales de las personas a las que atiende. El organismo de cuidados paliativos y sus Empleados deben tener licencia y operar de acuerdo con las leyes estatales y locales vigentes y tener certificación de Medicare con el propósito principal de prestar servicios de atención a enfermos terminales. Debe cumplir todos los requisitos siguientes:

- prestar servicio las 24 horas del día, los siete días de la semana, supervisado por un profesional calificado;
- tener un coordinador de tiempo completo y un coordinador de servicios sociales con licencia;
- llevar registros escritos de los servicios brindados a cada paciente; y
- tener un coordinador de enfermería que es una enfermera registrada (RN) con cuatro años de experiencia clínica de tiempo completo, de los cuales al menos dos involucraron el cuidado de pacientes terminales.

Hospital. Establecimiento operado legalmente, con licencia del estado donde se ubica, como hospital de atención aguda y aprobado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO) o por Medicare.

Enfermedad. Afección, malestar o dolencia corporal que no es resultado de un trauma, según lo diagnosticado por un médico y en comparación con el estado anterior de la persona. Cualquier anomalía congénita de un recién nacido y el embarazo se consideran "enfermedades" en el Programa MLK.

Gastos incurridos. Gastos que se hacen en el momento de obtener un servicio o suministro. Con respecto a un tratamiento o procedimiento que incluye varios pasos o etapas, se incurre en gastos a medida que se prestan los servicios relacionados con cada paso o etapa, y no cuando se prestan en el paso o la etapa inicial. De manera más específica, no se incurre en gastos cubiertos durante todo el procedimiento o tratamiento al comienzo de la primera etapa del procedimiento o tratamiento.

Lesión. Daño físico al cuerpo, causado por una fuerza externa.

Paciente hospitalizado. Persona que, mientras esté confinada en un hospital u otro establecimiento, se asigna a una cama en cualquier departamento que no sea el de pacientes ambulatorios y por quien la institución cobra un cargo por alojamiento y comida.

En investigación. Vea "Experimental o en investigación".

Mastectomía. Extirpación quirúrgica de todo un seno o parte de él.

Médicamente necesario. Se dice de los servicios o suministros que un médico, en ejercicio de un juicio clínico prudente, proporcionaría a un paciente con el propósito de prevenir, evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad o lesión o sus síntomas, y que:

- están de acuerdo con los estándares de práctica médica de aceptación general dentro de la comunidad médica organizada;
- son clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración y se consideran eficaces para los síntomas, el diagnóstico o la atención y tratamiento directos de la lesión o enfermedad;

- se proporcionan para el diagnóstico o la atención y el tratamiento directos de la lesión o enfermedad;
- no son principalmente para conveniencia del paciente, del médico u otro Proveedor de atención;
- no son de naturaleza experimental o educativa, o no se han demostrado (en investigación); y
- son el suministro o nivel de servicio más adecuado que se puede proporcionar en forma segura.

En estadias en hospital, esto significa que es necesaria la atención aguda como paciente hospitalizado debido al tipo de servicios que recibe el Participante o la gravedad de su afección, y que no se puede recibir atención segura y adecuada como paciente ambulatorio o en un entorno médico menos intensivo. El simple hecho de que el servicio lo proporcione, recete o apruebe un médico no quiere decir que sea "medicamento necesario". Además, el hecho de que ciertos servicios están excluidos de la cobertura del Programa de MLK porque no son "medicamento necesarios" no significa que cualquier otro servicio se considere así.

A los efectos de la definición de medicamento necesario, "estándares de práctica médica de aceptación general" significa normas basadas en evidencia científica creíble publicada en bibliografía médica revisada por profesionales y en general reconocida por la comunidad médica pertinente, recomendaciones de la Sociedad Nacional de Especialidades Médicas, opiniones de médicos que ejercen en áreas clínicas pertinentes y cualquier otro factor que corresponda.

DBA y los Fideicomisarios pueden basarse en el consejo de consultores médicos para determinar si un servicio o suministro es medicamento necesario según esta definición.

Medicare. El programa de atención de la salud para ancianos y discapacitados establecido por el Título XVIII de la U.S. Ley de Seguro Social de 1965 de EE. UU., según enmiendas.

Trastorno mental. Cualquier enfermedad o condición, independientemente de si la causa es orgánica, que esté clasificada como trastorno mental en la edición actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades, publicada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., o que figure en la edición actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

MLK Community Medical Group. El Martin Luther King, Jr. Community Medical Group, ubicado en el sur de Los Ángeles. Los Proveedores y establecimientos del MLK Community Medical Group componen la principal red de Proveedores y establecimientos del Programa MLK. El MLK Community Medical Group consiste en: (1) establecimientos asociados con MLK Community Medical Group, incluidos los tres consultorios médicos ambulatorios (en Compton, Rosecrans y Wilmington) y el hospital MLK; y (2) los médicos y otros profesionales de salud que trabajan en esos centros.

Hospital MLK. El Martin Luther King, Jr. Community Hospital, ubicado en el sur de Los Ángeles.

El **Programa MLK** es el Programa de Atención Médica Comunitaria Martin Luther King descrito en el Artículo IV de esta SPD y Documento del Plan.

Proveedor de MLK. Proveedor que forma parte del MLK Community Medical Group, como los médicos (incluido su Médico de Atención Primaria) y otros profesionales de la salud afiliados al grupo. No necesita Derivación ni Autorización Previa para programar una cita con su Médico de Atención Primaria u otro Proveedor de MLK que brinde atención primaria.

Obesidad mórbida. Afección diagnosticada en la que el peso corporal de una persona excede el médicamente recomendado en 100 libras o es el doble del recomendado para una persona de la misma altura, edad y movilidad.

Red. Establecimientos, Proveedores y distribuidores que ha contratado el Fondo para brindar servicios de atención médica en el marco del Programa MLK. El Programa tiene tres redes de proveedores: el MLK Community Medical Group, la Red Extendida y la red First Health (también llamada Red Terciaria). El Programa MLK no cubre servicios de Proveedores Fuera de la Red, excepto los de emergencia.

Proveedor Dentro de la Red. Proveedor que ha contratado el Fondo para brindar servicios de atención médica a los Participantes del Programa MLK. (Los Proveedores de la Red están en el MLK Community Medical Group, la Red Extendida o la red First Health. Los dos primeros tienen contrato directo con el Fondo para brindar servicios a los Participantes del Programa MLK).

Proveedor Fuera de la Red. Proveedor que no tiene un contrato con el Fondo para brindar servicios de atención médica a los Participantes del Programa MLK, es decir, que no cumple con la definición de Proveedor Dentro de la Red.

Centro quirúrgico ambulatorio (a veces llamado centro de cirugía ambulatoria). Establecimiento que no es un consultorio médico, con la función principal de que se realicen en él procedimientos quirúrgicos en forma ambulatoria. Debe tener una licencia como clínica ambulatoria de acuerdo con las leyes estatales y locales y debe cumplir con todos los requisitos de una clínica ambulatoria que brinde servicios quirúrgicos.

Médico. Persona con licencia legal de doctor en medicina (MD), osteopatía (DO), podiatría (DPM) o quiropráctica (DC), o de psicólogo (Ph.D.) según las leyes del estado o la jurisdicción en la que se brinden los servicios y que actúa dentro del alcance de su licencia y no es el paciente.

Pruebas preadmisión. Servicios de diagnóstico realizados antes de una admisión hospitalaria programada, siempre que:

- el hospital requiera las pruebas y el médico las apruebe;
- las pruebas se realicen en forma ambulatoria antes de la admisión al hospital;
- no se dupliquen al momento de la hospitalización; y
- se realicen en el hospital donde está programada la admisión o en un centro calificado aprobado por el hospital para realizarlas.

Médico de Atención Primaria (PCP). Médico que coordina y controla la prestación de servicios y suministros cubiertos al Participante. Los médicos de atención primaria son en general, entre otros: médicos generales y de familia, internistas, pediatras y obstetras o ginecólogos.

Autorización Previa (llamada también Preautorización o Precertificación). Decisión de DBA antes de que se brinden servicios o suministros (incluidos tratamiento, admisión o duración de la estadía en el establecimiento de salud) de que son médicamente necesarios y apropiados. Obtener Autorización Previa no significa que los beneficios estén garantizados o sean pagaderos o que el servicio o suministro en particular sea un beneficio cubierto por el Programa MLK. Solo significa que el servicio o suministro se ha aprobado como médicamente necesario y apropiado. Para obtener más información, vea la página 37.

Proveedor. Médico, profesional de salud o establecimiento de atención médica (por ejemplo: hospital, centro quirúrgico ambulatorio o centro de cirugía ambulatoria, centro de cuidados paliativos, centro de enfermería especializada) que tiene licencia, certificación o acreditación de acuerdo con los requisitos de la ley vigente.

Derivación. Orden escrita o electrónica de un Proveedor de MLK (en general su Médico de Atención Primaria) para que vea a un especialista u obtenga atención especializada en el MLK Community Medical Group o para consultar a un Proveedor de la Red Extendida o de la red First Health. Si no obtiene primero una Derivación, el Programa MLK no pagará los servicios. Para obtener una lista completa de Proveedores o servicios para los que se necesita derivación, vea el programa de beneficios médicos.

Centro de rehabilitación. Establecimiento que brinda principalmente servicios terapéuticos y de restauración a personas enfermas o lesionadas. Se reconoce como tal si:

- lleva a cabo su propósito declarado según todas las leyes federales, estatales y locales pertinentes;
- está acreditado para su propósito declarado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud o la Comisión de Acreditación de Centros de Rehabilitación; o
- tiene aprobación de Medicare para su propósito declarado.

Centro de enfermería especializada. Institución operada de conformidad con la ley que cumple con cada uno de los siguientes requisitos:

- (a) se dedica en forma normal a prestar atención de enfermería especializada las veinticuatro (24) horas del día a personas enfermas y lesionadas con la supervisión de un médico o una enfermera registrada;
- (b) lleva un registro médico diario de cada paciente;
- (c) cumple con todas las licencias y otros requisitos legales;
- (d) no es, más que de manera incidental, un lugar de descanso o de cuidado de custodia, un sitio para ancianos o alcohólicos, un hotel o una institución similar.

Trastorno por consumo de sustancias. Consumo de alcohol o cualquier fármaco (obtenido en forma legal o ilegal), narcótico, alucinógeno u otra sustancia ilegal, que produzca un patrón de uso patológico y cause deterioro en el funcionamiento social u ocupacional, o que produzca dependencia fisiológica evidenciada por tolerancia física o abstinencia.

11. Procedimientos para Quejas y Apelaciones y Proceso de Revisión Externa

Estos procedimientos de quejas y apelaciones y el proceso de revisión externa se aplican a solicitudes de beneficios médicos brindados por el Programa MLK (llamados "reclamaciones de salud"). La expresión "reclamación de salud" se define más adelante.

El administrador de reclamaciones del Programa MLK es Design Benefits Administrators, Inc. (DBA). Todas las reclamaciones de salud, apelaciones de reclamaciones denegadas y solicitudes de revisión externa deben presentarse a DBA. Las solicitudes de revisión voluntaria de segundo nivel deben presentarse en la Oficina Administrativa.

Comuníquese con DBA al (833) 961-3021 si tiene alguna pregunta sobre estos procedimientos de quejas y apelaciones. También puede escribir a DBA a la siguiente dirección: Design Benefits Administrators P.O. Box 11669, San Bernardino, CA 92423.

A los efectos de estos procedimientos de quejas y apelaciones y del proceso de revisión externa, se habla a "usted" como reclamante o su representante autorizado, a menos que se indique algo diferente. Las expresiones "reclamante" y "representante autorizado" se definen más adelante.

A. Definiciones

Reclamante: Participante (es decir, un Empleado cubierto o Dependiente cubierto) en el Programa MLK que presenta una reclamación de salud.

Reclamación de salud: Solicitud de beneficios médicos en virtud del Programa MLK presentada a DBA por el reclamante o su representante autorizado de acuerdo con estos procedimientos de quejas y apelaciones y el proceso de revisión externa.

Una reclamación de salud no es: (1) una simple solicitud de información sobre los beneficios del Programa MLK; (2) una disputa relacionada con la elegibilidad para los beneficios del Programa MLK, incluida la cobertura COBRA, que no está relacionada con una reclamación de salud específica; ni (3) una solicitud de aprobación previa (o derivación) cuando el Programa MLK no la exija.

Hay cuatro tipos de reclamaciones de salud, que son: reclamaciones posteriores al servicio, reclamaciones previas al servicio, reclamaciones de atención de urgencia y reclamaciones de atención simultánea. Las reglas para presentar, procesar y apelar una reclamación de salud dependen de cuál se presente.

- **Reclamaciones posteriores al servicio:** Reclamación de salud para la cual no se necesita aprobación antes de obtener los servicios y que involucra solo el pago o reembolso del costo de atención que ya se ha brindado. Son ejemplos de este tipo de reclamación las impresas y una factura electrónica, presentadas para el pago después de brindados los servicios, además de las reclamaciones por servicios recibidos en una emergencia.
- **Reclamación previa al servicio:** Solicitud de beneficios, cuando el Programa MLK condiciona el pago, en su totalidad o en parte, a la aprobación del beneficio antes de obtener la atención médica (incluyen reclamaciones para las cuales se necesita una derivación o autorización previa).
- **Reclamación de atención de urgencia:** Reclamación previa al servicio cuando el tiempo habitual para el procesamiento: (1) podría poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del paciente para recuperar la función máxima; o (2) sometería al paciente a un dolor intenso que no se puede manejar en forma adecuada sin la atención que es objeto de la reclamación. El proveedor que atiende al paciente determinará si una reclamación previa al servicio es de atención de urgencia y DBA acatará dicha determinación.
- **Reclamación de atención simultánea:** Si DBA (el administrador de reclamaciones) ha aprobado un tratamiento continuo que se proporcionará durante un período o varios tratamientos, una decisión de reducir o finalizar el tratamiento en curso antes de que termine el tratamiento o el período aprobado se considera la denegación de una reclamación de salud. Se le notificará la denegación antes de la reducción o terminación y se le dará la oportunidad de apelar y obtener una determinación antes de que se reduzca o termine el tratamiento. Una reclamación de atención simultánea también es una solicitud suya para extender un tratamiento previamente aprobado. Los servicios que recibirán una revisión de atención simultánea se mencionan en la Sección "Administración de uso y requisitos de Autorización Previa" de este Artículo IV.

B. Uso de representante autorizado

A los efectos de esta Subsección B, se le denomina "usted" únicamente al reclamante.

Usted puede designar un "representante autorizado" para que actúe en su nombre al presentar una reclamación de salud, apelar una reclamación denegada o solicitar una revisión voluntaria de segundo nivel o una revisión externa.

Comuníquese con DBA para solicitar un formulario para designar a un representante autorizado. Después de completarlo, debe enviarlo a DBA. *Sin embargo, en el caso de reclamaciones de atención de urgencia, un profesional de atención médica con conocimiento de su afección podrá actuar como su representante autorizado sin que usted presente un nombramiento por escrito.*

Una vez que designe a un representante autorizado, todas las comunicaciones futuras del Plan serán con esa persona y no con usted, a menos que usted indique lo contrario, por escrito, a DBA.

La designación de un representante autorizado será válida hasta que se revoque o caduque. Puede revocar una designación en cualquier momento con la presentación de una solicitud por escrito.

Nota: Una asignación de beneficios de un Participante a un Proveedor no constituye una designación de ese Proveedor como Representante Autorizado del Participante.

C. Normas Generales

Requisito de agotar los procedimientos internos de quejas y apelaciones del Programa MLK. Debe agotar los procedimientos internos de quejas y apelaciones del Programa MLK antes de presentar una demanda civil según la Sección 502 (a) de la ERISA contra el Fondo o la Junta de Fideicomisarios. Esto significa que antes de emprender acciones legales, debe seguir todos los procedimientos vigentes para presentar una queja interna y una apelación ante DBA, como se describe en estos procedimientos.

Si no se siguen los procedimientos. Usted puede iniciar una demanda legal sin haber agotado primero los procedimientos internos de quejas y apelaciones del Programa MLK si DBA no cumple con estos procedimientos. Sin embargo, esta regla no se aplica si la falla de DBA es menor y: (1) no lo perjudica a usted; (2) no es atribuible a una buena causa ni a asuntos fuera del control de DBA; (3) tiene lugar en el contexto de un intercambio de información de buena fe entre usted y DBA; y (4) no refleja un patrón o práctica de incumplimiento. Si se produce este tipo de infracción menor, puede solicitar una explicación por escrito a DBA, que responderá a su solicitud dentro de los diez (10) días, con una descripción específica de la infracción y una explicación de por qué no debería hacer que los procedimientos de reclamaciones internos se consideren agotados.

Limitación a cuándo se puede presentar una demanda. Usted no puede iniciar una demanda ni ninguna otra acción legal para obtener beneficios médicos según el Programa MLK hasta después de haber agotado estos procedimientos internos de quejas y apelaciones para cada asunto pertinente a una reclamación de salud. Sin embargo, no es necesario que agote el proceso de revisión voluntaria de segundo nivel del Plan MLK ni el proceso de revisión externa antes de buscar un recurso judicial.

Ninguna demanda se puede presentar (iniciar) más de tres (3) años después del final del año en que se brindaron los servicios. Sin embargo, si presenta su disputa para una revisión voluntaria de segundo nivel o una revisión externa, este período de 3 años se suspenderá mientras la revisión esté pendiente.

D. Cómo presentar una reclamación de salud

A los efectos de esta Subsección D, se usa "usted" para denominar únicamente a un reclamante.

Todas las Reclamaciones de Salud deben enviarse al DBA por correo a Design Benefit Administrators, P.O. Box 11669, San Bernardino, CA 92423, por correo electrónico a uniteherememberappeal@dbatpa.com, o por fax al (650) 562-8621.

Los Proveedores de MLK Community Medical Group, de la Red Extendida y de la red First Health en general envían las reclamaciones de salud por usted. Los Proveedores Fuera de la Red también pueden hacerlo. Las reclamaciones de salud presentadas por su Proveedor se procesarán como si lo hubiera hecho usted. Si necesita presentar una reclamación de salud usted mismo, llame a DBA para solicitar un formulario.

Las reclamaciones de salud deben presentarse dentro del año después de la fecha de servicio. Se denegarán las que se presenten después de esa fecha límite. Si un Proveedor de MLK Community Medical Group, de la Red Extendida o la red First Health no presenta una reclamación de salud a tiempo, el Proveedor puede facturarle solo el copago o coseguro que habría pagado si lo hubiera presentado a tiempo.

Una Reclamación de Salud se considera presentada en la fecha en que la DBA la recibe (o en la fecha del sello postal, si se envía por correo a la DBA a través del Servicio Postal de los Estados Unidos), independientemente de si contiene toda la información necesaria para tomar una decisión.

E. Procesamiento de una Reclamación de Salud

Período para Procesar una Reclamación de Salud. Las reclamaciones de salud se procesan dentro de los siguientes plazos:

- **Reclamaciones Posteriores al Servicio.** Una reclamación posterior al servicio se procesa dentro de los 30 días de que DBA lo recibe. El período puede extenderse hasta 15 días más si es necesario por cuestiones fuera del control de DBA, o más si se le pide que envíe información necesaria para procesar su reclamación. Se le informará cualquier extensión antes de que se realice, y el motivo y la fecha en que se espera que se tome una decisión. Si se le pide que envíe información necesaria para decidir sobre una reclamación posterior al servicio, se le darán al menos 45 días para responder, y el tiempo para la decisión se suspenderá desde la fecha del aviso de extensión hasta la fecha en que usted responda o el vencimiento establecido por DBA, lo que ocurra primero. Puede aceptar voluntariamente extender el tiempo para procesar su reclamación.
- **Reclamaciones Previas al Servicio.** Una reclamación previa al servicio se procesa dentro de los 15 días de recibida por DBA. DBA puede extender este período hasta 15 días más si es necesario por cuestiones fuera de su control, o más si se le pide que envíe información necesaria para procesar su reclamación. Se le informará cualquier extensión antes de que se realice, y el motivo y la fecha en que se espera que se tome una decisión. Si se le pide que envíe información necesaria para decidir sobre una reclamación previa al servicio, se le darán al menos 45 días para responder, y el tiempo para la decisión se suspenderá desde la fecha del aviso de extensión hasta la fecha en que usted responda o el vencimiento establecido por DBA, lo que ocurra primero. Puede aceptar voluntariamente extender el tiempo para procesar su reclamación.

- **Reclamaciones de Atención de Urgencia.** Se procesan dentro de un tiempo razonable, pero antes de las 72 horas de que DBA las reciba. El aviso de la decisión sobre una reclamación de atención de urgencia se puede dar en forma verbal, seguido de un aviso escrito dentro de los tres (3) días. Si DBA no recibe información suficiente para decidir una reclamación de atención de urgencia, le avisará a usted o al médico del paciente sobre la situación lo antes posible, pero antes de las 24 horas de recibida la información insuficiente. Se le dará una cantidad de tiempo razonable, pero no menos de 48 horas, para proporcionar la información especificada. Después de recibirla, DBA dará su decisión lo antes posible, pero en ningún caso más de 48 horas después de lo que ocurra primero: (1) después de que DBA reciba la información especificada; o (2) el final del período que se le dio para proporcionar la información adicional.
- **Reclamaciones de atención simultánea.** Si DBA ha aprobado un tratamiento continuo que ha de proporcionarse durante un período, o varios tratamientos, una reducción o la terminación del tratamiento antes del final de tal período o cantidad de tratamientos (que no sea por enmienda o terminación del Plan) es una denegación de una reclamación de salud. DBA le avisará de la denegación antes de la reducción o terminación y le permitirá apelar y obtener una determinación sobre la apelación antes de que se reduzca o cancele el beneficio.

Si solicita que un tratamiento se extienda más allá del tiempo o la cantidad de tratamientos inicialmente aprobados y se trata de una reclamación de atención de urgencia, la solicitud se decidirá lo antes posible y se le notificará la decisión antes de las 24 horas de recibida, pero solo si su solicitud se hizo al menos 24 horas antes del vencimiento del período aprobado o la cantidad de tratamientos. De lo contrario, la decisión se tomará lo antes posible, pero antes de 72 horas después de hacer su solicitud.

No presentar correctamente una reclamación previa al servicio o una reclamación de atención de urgencia. Si DBA recibe una comunicación cuya que no sigue los procedimientos del Programa MLK para presentar reclamaciones previas al servicio o de atención de urgencia, pero nombra al paciente, una afección o un síntoma médico específico y un tratamiento, servicio o producto específico para lo que se solicita aprobación, se le informarán los procedimientos adecuados a seguir. Este aviso se dará dentro de los cinco (5) días de recibida la comunicación, o dentro de las 24 horas para una reclamación de atención de urgencia. Este aviso puede ser verbal, a menos que solicite que sea por escrito.

Contenido del aviso de denegación inicial. Si se deniega su reclamación de salud, en su totalidad o en parte, recibirá un aviso por escrito (en general una explicación de beneficios, o EOB) que contiene lo siguiente:

- identifica la reclamación de salud involucrada e incluye la fecha del servicio, el Proveedor de Atención Médica y el monto de la reclamación de salud (si corresponde);
- establece las razones específicas de la denegación, el código de denegación (y su significado correspondiente) y una descripción de las normas del Plan, si las hay, que se utilizaron para tomar la decisión;
- menciona las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la negativa;
- indica que usted tiene derecho a recibir, si lo solicita, acceso gratis a los documentos relacionados con su reclamación de salud y copias de ellos, incluidos los códigos de diagnóstico y tratamiento correspondientes (y sus significados);

- describe cualquier material o información adicionales necesarios para que usted perfeccione su reclamación de salud y explica por qué son necesarios;
- describe los procedimientos de apelación internos del Programa MLK, incluidos los límites de tiempo correspondientes a dichos procedimientos e información sobre cómo iniciar una apelación, además de la disponibilidad de revisión voluntaria de segundo nivel (solo para reclamaciones posterior al servicio) y revisión externa, junto con los plazos correspondientes.
- *Solo para denegaciones de reclamaciones de atención de urgencia:* describe el proceso de revisión acelerada que se aplica a estas reclamaciones;
- incluye una declaración del derecho del reclamante a entablar una acción civil según la Sección 502(a) de la ERISA luego de la denegación de su reclamación de salud en la apelación;
- indica, si corresponde, que se basó en una norma interna, pauta, protocolo u otro criterio similar para denegar la reclamación de salud y que se le proporcionará una copia de ellos u otro criterio utilizado, sin cargo y si se solicita;
- indica, si corresponde, que se le proporcionará una explicación del juicio científico o clínico de la decisión, sin cargo y previa solicitud, si la denegación se basa en una necesidad médica o en un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar.

F. Cómo presentar una apelación de una reclamación de salud denegada

Si se rechaza su reclamación de salud, en su totalidad o en parte, puede enviar una solicitud por escrito a DBA para pedir una revisión de la denegación (es lo que se llama "apelación"). Puede enviar su apelación por correo a Design Benefits Administrators, P.O. Box 11669, San Bernardino, CA 92423, por correo electrónico a uniteherememberappeal@dbatpa.com, o por fax al (650) 562-8621. *Se puede presentar una apelación verbal de una reclamación de atención de urgencia a DBA por teléfono al (833) 961-3021.*

Su apelación debe presentarse a DBA dentro de los 180 días de recibida una EOB u otra determinación adversa de beneficios. Una apelación se considera **presentada** en la fecha en que la DBA la recibe (o en la fecha del sello postal, si se envía por correo a la DBA a través del Servicio Postal de los Estados Unidos), independientemente de si contiene toda la información necesaria para tomar una decisión.

Su apelación debe hacerse por escrito e incluir la siguiente información: nombre del Empleado, identificación de miembro, dirección postal y número de teléfono; si el paciente no es el Empleado, su nombre, identificación de miembro, dirección postal y número de teléfono; fundamento de su apelación, incluida una declaración clara y concisa de por qué no está de acuerdo con el manejo de la reclamación de salud, además de todos los datos y teorías que respaldan la aprobación de su reclamación; y cualquier documento de respaldo, registros y otra información. *Sin embargo, una apelación de una reclamación de atención de urgencia no necesita hacerse por escrito y puede presentarse en forma verbal.*

G. Procesamiento de una apelación

Se le proporcionará, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente para su reclamación de salud, y copias de ellos.

También se le proporcionará, en forma automática y sin cargo: (1) cualquier evidencia nueva o adicional considerada, en la que se basa o generada en relación con su reclamación de salud; y (2) cualquier fundamento nuevo o adicional para una denegación en la etapa de apelaciones internas. Esta información se proporcionará lo antes posible, con tiempo suficiente antes de que se tome la decisión final sobre la apelación, para que tenga oportunidad razonable de responder antes. Si DBA recibe pruebas o fundamentos nuevos o adicionales tan tarde en el proceso de presentación de reclamaciones o apelación de reclamaciones que usted no tendría oportunidad razonable de responder, el período para proporcionar una determinación final se demora hasta el momento en que la haya tenido.

Puede enviar comentarios por escrito, documentos, registros, pruebas, testimonios y otra información relacionada con su reclamación de salud, que se considerarán en la apelación independientemente de si se presentaron o se consideraron en la revisión inicial. *Sin embargo, si apela una reclamación de atención de urgencia, puede presentar cualquier información que la respalde en forma verbal, por fax o por otro método rápido disponible.*

Su apelación recibirá una revisión completa y justa por parte de DBA, y quien decida la apelación no será la misma persona que denegó la reclamación de salud, ni un subordinado. DBA tomará una determinación independiente y no respetará la revisión inicial. Usted no tiene derecho a comparecer en persona.

Si una denegación se basó en forma total o parcial en un juicio médico, incluso si un tratamiento, medicamento u otro Artículo en particular es experimental, está en investigación o no es médicamente necesario o apropiado, DBA consultará con un profesional de la salud que tenga experiencia en el campo de la medicina involucrado en su reclamación de salud. Este profesional no será la persona a la que se consultó en relación con la denegación inicial ni su subordinado.

Si lo solicita, DBA puede identificar a cualquier experto médico o vocacional cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con la denegación de su reclamación de salud, incluso si no se utilizó su consejo.

Período para procesar una apelación. Las apelaciones se procesan dentro de los siguientes plazos:

- **Reclamaciones Posteriores al Servicio.** Recibirá un aviso por escrito de la decisión dentro de los 60 días de presentada la apelación.
- **Reclamaciones Previas al Servicio.** Recibirá un aviso por escrito de la decisión dentro de los 30 días de presentada la apelación.
- **Reclamaciones de Atención de Urgencia.** Recibirá un aviso de la decisión tan pronto como sea posible, pero antes de 72 horas después de presentada la apelación. El aviso de la decisión se puede hacer en forma oral, por fax o por otro método igualmente rápido, seguido de un aviso por escrito dentro de los tres (3) días.
- **Reclamaciones de atención simultánea.** Si se rechaza su solicitud para extender un tratamiento de atención simultánea, se le proporcionará un aviso de la decisión tan pronto como sea posible, pero antes de 72 horas después de presentada la apelación. No obstante lo anterior, su solicitud de extender un tratamiento que no implique atención de urgencia se decidirá en el período de determinación normal, ya que no es una reclamación de atención simultánea.

Contenido del aviso de denegación de apelación. Si se rechaza su reclamación de salud en una apelación, en su totalidad o en parte, recibirá un aviso por escrito que contiene lo siguiente:

- información suficiente para identificar la reclamación de salud involucrada, incluidos la fecha del servicio, el Proveedor de Atención Médica y el monto (si corresponde);
- comentario de las razones específicas para la denegación en la apelación, el código de denegación (y su significado correspondiente) y una descripción de las normas del Plan, si las hubiera, que se utilizaron para la negativa;
- disposiciones específicas del Plan en las que se basa la denegación de la apelación;
- declaración de que tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente para su reclamación de salud, y copias de ellos, incluidos los códigos de diagnóstico y tratamiento correspondientes (y sus significados).
- *Solo para reclamaciones posterior al servicio:* declaración de su derecho a solicitar una revisión voluntaria de segundo nivel de la Junta de Fideicomisarios, incluida una descripción del proceso de revisión;
- declaración de su derecho a solicitar una revisión externa de una organización de revisión independiente, incluida una descripción del proceso de revisión externa;
- declaración del derecho del reclamante a entablar una acción según la Sección 502(a) de la ERISA luego de la denegación de la reclamación de salud en la apelación;
- si corresponde, una declaración de que se basó en una norma interna, pauta, protocolo u otro criterio similar para denegar la apelación y que se le proporcionará una copia del documento u otro criterio específicos, sin cargo y si lo solicita.
- Si la denegación de una reclamación de salud se basa en una necesidad médica o un tratamiento experimental o exclusión o límite similar, se le proporcionará una explicación del juicio científico o clínico de la decisión, sin cargo y previa solicitud.

Esto concluye los procedimientos internos de reclamaciones y apelaciones con respecto a reclamaciones de salud según el Programa MLK.

H. Recurso después de la denegación de una reclamación de salud en apelación

Si rechazan su reclamación de salud en una apelación, en su totalidad o en parte, puede iniciar una demanda por beneficios en virtud de la Sección 502(a) de la ERISA.

Procedimientos de revisión opcionales (no obligatorios). Sin embargo, antes de iniciar una acción en virtud de la Sección 502(a) de la ERISA, también tiene las siguientes opciones voluntarias y sin costo:

- Revisión voluntaria de segundo nivel de reclamaciones posteriores al servicio: Si después de agotar el proceso interno de reclamaciones y apelaciones mediante DBA, continúan denegando su reclamación post-servicio, en su totalidad o en parte, puede (pero no está obligado a) presentar su apelación a la oficina administrativa del Fondo para una revisión voluntaria de segundo nivel de la Junta de Fideicomisarios de acuerdo con los procedimientos que figuran a continuación en la subsección I.

Si su Reclamación Posterior al Servicio es rechazada después de una revisión voluntaria de segundo nivel, puede (i) iniciar una acción conforme a la Sección 502(a) de ERISA; o (ii) si corresponde, solicitar una revisión externa de su Reclamación de salud, como se describe a continuación en la subsección J. Si la Reclamación de salud es denegada en una revisión externa, entonces puede optar por iniciar una acción conforme a la Sección 502(a) de ERISA.

- **Proceso de revisión externa:** En ciertas circunstancias, puede solicitar que una organización de revisión independiente revise la Reclamación de Salud de acuerdo con el proceso de revisión externa del Plan que se muestra a continuación en la subsección J. Si la Reclamación de Salud es denegada en una revisión externa, entonces puede optar por iniciar una acción según la Sección 502(a) de ERISA.

I. Revisión Voluntaria de Segundo Nivel (solo reclamaciones posteriores al servicio)

Si rechazan su reclamación posterior al servicio en apelación, puede (pero no está obligado a) enviar una solicitud por escrito a la Junta de Fideicomisarios para una revisión voluntaria de segundo nivel de la denegación (también conocida como "segunda apelación"). Solicitar una revisión voluntaria de segundo nivel no tiene costo.

Si presenta su disputa para una revisión voluntaria de segundo nivel, se suspenden los límites de tiempo para solicitar cualquier revisión externa disponible o iniciar una acción según la Sección 502(a) de la ERISA.

Se le proporcionará, previa solicitud por escrito, información relacionada con el proceso de revisión voluntaria de segundo nivel, incluidos: (1) una declaración de que su decisión de someter una disputa a una revisión voluntaria de segundo nivel no tendrá ningún efecto sobre sus derechos a otros beneficios del Programa MLK; y (2) información sobre las reglas vigentes, su derecho a que lo represente su representante autorizado, el proceso para seleccionar al tomador de decisiones y las circunstancias, si las hubiera, que puedan afectar su imparcialidad.

Solicitar una revisión voluntaria de segundo nivel.

Su solicitud de revisión voluntaria de segundo nivel debe presentarse en la Oficina Administrativa dentro de los 120 días de recibido el aviso escrito de denegación de la apelación de DBA. Una solicitud se considera presentada en la fecha en que la recibe la Oficina Administrativa (o en la fecha del sello postal, si se envía por correo a la Oficina administrativa a través del Servicio Postal de los Estados Unidos), independientemente de si contiene toda la información necesaria para tomar una decisión.

Su solicitud debe hacerse por escrito e incluir su nombre, dirección postal y número de teléfono, y el fundamento de su segunda apelación. Puede enviar comentarios escritos, documentos, registros, pruebas, testimonios y otra información relacionada con su reclamación posterior al servicio para respaldar su solicitud.

Se le proporcionará, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente para su reclamación posterior al servicio y copias.

Procesar una revisión voluntaria de segundo nivel.

Su segunda apelación recibirá una revisión completa y justa de la Junta de Fideicomisarios. Ellos considerarán todos los comentarios escritos, documentos, registros, pruebas, testimonios y otra información que presente que se relacione con su reclamación posterior al servicio, independientemente de si se presentó en la revisión inicial o en la apelación por DBA. No tiene derecho a comparecer en persona ante la Junta. Ellos ejercerán su discreción y autoridad fundamentadas para crear, interpretar y aplicar las normas del Plan,

y resolver cualquier controversia.

Su segunda apelación se decidirá en la reunión de la Junta que se lleva a cabo al menos 30 días después de la fecha de presentación de su solicitud. El tiempo para decidir su segunda apelación puede extenderse hasta la tercera reunión después de presentar su solicitud en el caso de que circunstancias especiales requieran una extensión para el procesamiento o más tiempo si se le pide que envíe información necesaria para tomar una decisión sobre su segunda apelación. Se le informará por escrito cualquier extensión antes de que se aplique, el motivo y la fecha en que se espera que se tome una decisión. Si se le solicita que envíe información necesaria para resolver la segunda apelación, se le otorgarán al menos 45 días para responder, y el tiempo para la decisión de la Junta se suspenderá desde la fecha de la notificación de extensión hasta la de la respuesta o la de vencimiento establecida por la Junta, lo que suceda primero. Puede aceptar en forma voluntaria extender el tiempo para que la Junta procese su segunda apelación.

Recibirá una notificación por escrito de la decisión dentro de los 5 días de que la Junta tome su decisión.

Si se rechaza su reclamación posterior al servicio después de una revisión voluntaria de segundo nivel, en su totalidad o en parte, recibirá una notificación de denegación por escrito con la información ya descrita en la Subsección G de estos procedimientos.

Recurso después de la denegación. Si su Reclamación Posterior al Servicio es rechazada después de una revisión voluntaria de segundo nivel, puede iniciar una acción conforme a la Sección 502(a) de ERISA; o, si corresponde, solicitar una revisión externa de su Reclamación de salud, como se describe a continuación en la subsección J. Si la Reclamación de salud es denegada en una revisión externa, entonces puede optar por iniciar una acción conforme a la Sección 502(a) de ERISA.

J. Proceso de Revisión Externa

Este proceso voluntario tiene como objetivo cumplir con los requisitos de revisión externa de la Ley del Atención Asequible (ACA).

¿Qué es una revisión externa?

Puede solicitar una revisión externa de su reclamación de salud después de que DBA la haya rechazado en una apelación o después de que los Fideicomisarios denieguen una revisión voluntaria de segundo nivel.

Una organización de revisión independiente (IRO) acreditada que no esté relacionada con el Plan realiza la revisión externa. Cuando solicite una revisión externa, DBA entregará toda la información relacionada a la IRO que la realiza. Solicitar una revisión externa es sin cargo.

Aplicabilidad

La revisión externa solo está disponible en ciertos casos. Puede solicitar que una organización de revisión independiente (IRO) realice una revisión externa de su reclamación de salud denegada si se cumplen todos los requisitos siguientes:

- la denegación (1) implica un juicio médico (según lo determine la IRO), incluidos, entre otros, los basados en los requisitos del Programa MLK para necesidad médica, precisión, entorno de atención médica, nivel de atención, o eficacia de un beneficio cubierto o una determinación de que un tratamiento es experimental o de investigación; o (2) se refiere a una rescisión de cobertura, independientemente de si la rescisión tiene algún efecto sobre un beneficio en particular en ese momento;

- la denegación no se basó en la inelegibilidad para la cobertura;
- ha agotado (o se considera que ha agotado) los procedimientos internos de quejas y apelaciones del Programa MLK ya descritos. *Nota: No es necesario que envíe su disputa a una revisión voluntaria de segundo nivel como se describe en la Subsección I antes de solicitar una revisión externa;*
- ha proporcionado toda la información y los formularios necesarios para procesar una revisión externa.

La revisión externa no está disponible para ningún otro tipo de denegación.

Tipos de revisión externa

Hay dos tipos de revisión externa que se describen a continuación: revisión externa estándar (para reclamaciones de salud no urgentes) y revisión externa acelerada (para reclamaciones de atención de urgencia). Existen normas especiales para la revisión externa acelerada, incluidos requisitos de elegibilidad y oportunidad, que se describen con más detalle a continuación.

Revisión externa estándar (para reclamaciones de salud no urgentes)

Solicitud de revisión externa. La solicitud de revisión externa debe hacerse por escrito y enviarse a DBA dentro de los cuatro (4) meses de recibida la notificación de denegación de la apelación.

Revisión preliminar del Plan. Dentro de los cinco (5) días hábiles de recibida la solicitud, DBA realizará una revisión preliminar para determinar si su solicitud es elegible para una revisión externa y considerará los siguientes factores:

- si tiene o tenía cobertura del Programa MLK en el momento en que se solicitó o se proporcionó el Artículo o servicio de atención médica;
- si la determinación adversa satisface los requisitos antes establecidos para la revisión externa (es decir, la denegación implica un juicio médico o ha habido una rescisión de la cobertura) y no se relaciona, por ejemplo, con: (1) no cumplir los requisitos de elegibilidad según los términos del Plan; (2) una denegación basada en una determinación contractual o legal; o (3) una falta de pago de primas que provoque la cancelación retroactiva de la cobertura;
- si ha agotado (o se considera que ha agotado) los procedimientos internos de reclamaciones y apelaciones del Programa MLK; y
- si ha proporcionado toda la información y los formularios necesarios para procesar una revisión externa.

Notificación del Plan. Un (1) día hábil después de completar la revisión preliminar, DBA le notificará por escrito si su solicitud de revisión externa cumple con los requisitos anteriores. En esta notificación se le informará que su solicitud:

- está completa y es elegible para revisión externa; o
- está completa, pero no es elegible para revisión externa, en cuyo caso se indicarán las razones de la inelegibilidad y se incluirá la información de contacto de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (llamada sin cargo al [866] 444-EBSA [3272]); o

- no está completa, en cuyo caso se describirá la información o los materiales necesarios para completarla. Se le permitirá completar la solicitud de revisión externa dentro del período de presentación de cuatro meses o dentro de las 48 horas siguientes a recibir la notificación, lo que ocurra más tarde.

Revisión de una Organización de Revisión Independiente (IRO). Si la solicitud está completa y es elegible para revisión externa, DBA la asignará a una IRO, que la llevará a cabo. (Tenga en cuenta que la IRO no es elegible para ningún pago o incentivo financiero basado en la probabilidad de que apoye la denegación de beneficios. DBA puede rotar la asignación entre las IRO con las que trabaja). Una vez que la reclamación de salud se asigna a una IRO, se aplicarán los siguientes procedimientos:

- la IRO asignada le notificará en forma oportuna por escrito sobre la elegibilidad y aceptación de la solicitud para revisión externa, incluidas instrucciones sobre cómo puede enviar información adicional sobre su reclamación de salud (por lo general, debe enviarla dentro de los diez [10] días hábiles);
- dentro de los cinco (5) días hábiles de asignada la revisión externa a la IRO, DBA proporcionará a esa entidad los documentos y la información que consideró para tomar su determinación adversa. Si DBA no cumple con este requisito, la IRO puede cancelar la revisión externa y revertir la decisión de DBA, en cuyo caso notificará los notificará a ellos y a usted un (1) día hábil después de tomar su decisión;
- si envía a la IRO información adicional relacionada con su reclamación de salud, la IRO asignada tiene un (1) día hábil para enviar esa información a DBA. Al recibirla, DBA puede reconsiderar su determinación adversa, que es el objeto de la revisión externa. Tal reconsideración por parte de DBA no retrasará la revisión. Sin embargo, si tras la reconsideración, revierte su determinación adversa, DBA tendrá un (1) día hábil para notificarles por escrito su decisión a usted y a la IRO. Al recibir ese aviso, la IRO terminará su revisión externa;
- la IRO revisará toda la información y los documentos recibidos de manera oportuna. Para tomar una decisión, la IRO revisará la reclamación de salud desde el principio (como si fuera nueva) y no estará ligada a ninguna decisión o conclusión alcanzada durante el proceso interno de reclamaciones y apelaciones del Programa MLK. Sin embargo, estará obligada a observar los términos del Plan para garantizar que su decisión no sea contraria a ellos, a menos que sean incompatibles con la ley vigente. La IRO también debe cumplir con los requisitos del Plan para los beneficios, incluidos los niveles del Programa MLK para los criterios de revisión clínica, necesidad médica, precisión, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de un beneficio cubierto;
- además de los documentos y la información proporcionados, la IRO asignada, en la medida en que la información o los documentos estén disponibles y sean apropiados, puede considerar información adicional, incluidos sus registros médicos, recomendaciones u otra información de sus Proveedores de atención, otros datos suyos o de DBA, informes de profesionales de la salud correspondientes, pautas de práctica apropiadas y estándares vigentes basados en evidencia, criterios de revisión clínica vigentes del Programa MLK o la opinión de los revisores clínicos o expertos legales de la IRO.

Notificación de la decisión de la IRO. La IRO asignada les proporcionará una notificación por escrito de su decisión final de revisión externa a usted y a DBA dentro de los 45 días de recibida su solicitud.

Si la IRO revierte la determinación adversa del Programa MLK, una vez que DBA reciba la notificación de dicha reversión, el Programa proporcionará en forma inmediata la cobertura o el pago de la reclamación de salud revisada. Sin embargo, incluso después de proporcionar la cobertura o el pago, el Programa MLK puede, a su exclusivo criterio, interponer un recurso judicial para revertir o modificar la decisión de la IRO.

Si la revisión externa final confirma la determinación adversa, el Programa MLK continuará sin brindar la cobertura o el pago. Si no está satisfecho con la determinación de la revisión externa, puede solicitar una revisión judicial según lo permitido por la Sección 502(a) de la ERISA.

La notificación de la decisión de la IRO asignada contendrá lo siguiente:

- una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa;
- información suficiente para identificar la reclamación de salud (incluidos fecha de servicio, Proveedor, monto de la reclamación de salud [si corresponde] y motivo de la denegación anterior);
- fecha en que la IRO recibió la solicitud para realizar la revisión externa y fecha de su decisión;
- referencias a la evidencia o documentación considerada para tomar su decisión, incluidas las disposiciones de cobertura específicas y los estándares basados en evidencia;
- una explicación de las razones principales de la decisión de la IRO, incluida la justificación para hacerlo y cualquier estándar basado en evidencia en el que se haya basado;
- una declaración de que la determinación de la IRO es vinculante para el Programa MLK (a menos que usted o el Programa puedan disponer de otros recursos según la ley estatal o federal vigente); e
- información de contacto actual, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina vigente de asistencia al consumidor de seguros de salud o del defensor del pueblo establecida en virtud de la Ley de Atención Asequible para ayudar con los procesos de revisión externa.

K. Revisión externa acelerada (para reclamaciones de atención de urgencia)

Aplicabilidad. Puede solicitar una revisión externa acelerada si:

- la denegación inicial de su reclamación de salud involucra una afección por la cual el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del paciente o su capacidad para recuperar la función máxima, y ha presentado una solicitud de apelación interna acelerada; o
- la denegación de su reclamación de salud en la apelación implica una afección: (a) para la cual el plazo para completar una revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del paciente o su capacidad para recuperar la función máxima; o (b) que se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua, o Artículo o servicio de atención médica para el cual el paciente recibió servicios de emergencia, pero aún no le han dado el alta del establecimiento.

Las normas vigentes para revisión externa estándar, explicadas antes, también se aplican a la revisión externa acelerada, con las siguientes excepciones:

- **Revisión preliminar.** Apenas recibida una solicitud de revisión externa acelerada, DBA realizará su revisión preliminar y le notificará (por ejemplo, por teléfono o fax) si su solicitud cumple con los requisitos para revisión preliminar.
- **Revisión de una Organización de Revisión Independiente (IRO).** Una vez asignada la revisión externa a la IRO, DBA proporcionará o transmitirá a la IRO con rapidez (por ejemplo, por teléfono, fax, mensajería, entrega al día siguiente, etc.) los documentos y la información que consideró para tomar su determinación adversa. La IRO notificará su decisión tan rápido como lo requieran su afección o las circunstancias médicas, pero en ningún caso más de 72 horas después de haber recibido la solicitud de revisión externa acelerada. Si la notificación de la decisión de la IRO no está por escrito, dentro de las 48 horas después de la fecha en que se debe notificar, la IRO debe proporcionarles una confirmación por escrito de la decisión a usted y a DBA.

12. Reglas Adicionales Correspondientes para Quejas y Apelaciones

A. Exámenes físicos

El Programa MLK se reserva el derecho de que un médico de su propia elección examine a cualquier Participante cuya enfermedad o lesión sea la base de una reclamación de salud o una apelación. Todos esos exámenes correrán a cargo del Programa MLK. Este derecho puede ejercerse en el momento y con la frecuencia que sean razonablemente necesarios durante la tramitación de una reclamación o apelación de salud. El Participante debe cumplir con este requisito como condición necesaria para la cobertura.

B. Asignaciones (Proveedores Fuera de la Red).

Un Participante al Proveedor Fuera de la Red puede asignar los gastos cubiertos por atención, suministros o servicios proporcionados por un Proveedor Fuera de la Red pueden; sin embargo, si esos beneficios se pagan directamente al Participante, se considerará que el Programa MLK ha cumplido con sus obligaciones con respecto a dichos beneficios. El Programa MLK no será responsable de determinar si dicha asignación es válida.

Ningún derecho de un Participante conforme al Programa MLK, que no sea el derecho al reembolso de los gastos médicos cubiertos, puede asignarse a ninguna persona, incluido un Proveedor. Cualquier intento de asignar tal derecho, incluidos, entre otros, el derecho a apelar la denegación de una reclamación de salud según el Programa MLK, el derecho a nombrar un representante autorizado para presentar una apelación o el derecho a iniciar una acción judicial en relación con una reclamación de salud conforme al Programa MLK, será nulo y sin efecto.

No obstante lo anterior, en caso de que el Programa MLK determine que usted no puede presentar una reclamación de salud o demostrar que pagó los servicios de atención médica que están cubiertos por el Programa porque es incompetente o está incapacitado, el Programa puede, a su criterio, pagar los beneficios directamente al Proveedor Fuera de la Red que proporcionó los servicios o suministros de atención médica, o puede pagar los beneficios a cualquier otra persona que le brinde atención y apoyo. Todo pago de beneficios de este tipo liberará por completo las obligaciones del Fondo en la medida del pago. Ni el Programa MLK ni el Fondo ni la Junta de Fideicomisarios ni el administrador de reclamaciones ni ninguna otra persona designada por el Administrador del Plan estarán obligados a ocuparse de la aplicación del dinero pagado de esta manera.

C. Cobertura de un tratamiento alternativo

El Administrador del Plan puede, a su criterio absoluto, determinar que un servicio o suministro no cubierto por el Programa MLK se incluya para la cobertura si se considera apropiado y necesario y reemplaza un servicio o suministro cubierto más costoso. El pago de dicho servicio o suministro se considerará conforme a los términos del Programa MLK.

Si un Participante cubierto, con la ayuda de su Proveedor, elige un tratamiento que el Administrador del Plan, a su exclusivo criterio, considera más extenso o costoso de lo médicamente necesario para tratar en forma satisfactoria la enfermedad o lesión, el Programa MLK solo permitirá la cobertura por el valor del tratamiento menos extenso o costoso.

D. Recuperación de pagos en exceso

En forma ocasional, los beneficios se pagan más de una vez o en función de una facturación incorrecta o una declaración errónea en una declaración jurada de determinación de responsabilidad o información de inscripción, o no se pagan de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones o exclusiones del Programa MLK. Siempre que el Programa MLK pague beneficios que excedan el monto de los beneficios pagaderos según sus términos ("pago en exceso"), el Fondo tendrá derecho a recuperar el pago en exceso de cualquier persona u organización a quien se hayan realizado dichos pagos o de cualquier persona cuyos actos, omisiones o declaraciones hayan causado el pago en exceso. En el caso de que inicie acciones legales para recuperar el pago en exceso, el Fondo tendrá derecho a recuperar sus costos y los honorarios de abogados en los que incurra para dicha acción.

El Participante, el Proveedor, el otro plan de beneficios, la aseguradora o cualquier otra persona o entidad que reciba un pago que supere el monto de los beneficios pagaderos según los términos del Plan, o en cuyo nombre se realizó dicho pago, devolverá el monto del pago erróneo al Fondo dentro de los 30 días siguientes a su descubrimiento o solicitud. El Administrador del Plan no tendrá la obligación de garantizar el pago del gasto por el cual se realizó el pago erróneo o al que se aplicó.

Cuando un Participante u otra entidad no cumpla con las disposiciones de esta Sección, el Administrador del Plan tendrá la facultad, a su criterio exclusivo, de negar el pago de cualquier reclamación de salud por servicios prestados al Participante y de negar o reducir beneficios futuros pagaderos (incluido el pago de beneficios futuros por otras lesiones o enfermedades) en virtud del Programa MLK por el monto adeudado como reembolso. Ninguna de dichas reducciones superará el monto del pago en exceso que se debe reembolsar.

E. Requisitos para la presentación de reclamaciones

En consideración de los pagos recibidos del Programa de MLK, los Proveedores y cualquier otra persona o entidad que los acepta quedan obligados por los términos del Programa MLK y deben presentar reclamaciones de reembolso de acuerdo con las leyes de práctica de atención médica de su estado, normas ICD-9 o CPT, pautas de Medicare, normas HCPCS u otros formularios o normas aprobados por la Junta de Fideicomisarios.

13. Coordinación de Beneficios

En esta Sección se describen las normas de coordinación de beneficios del Programa MLK.

Estas normas de coordinación de beneficios (COB) se aplican cuando el Programa MLK o el Fondo procesan una reclamación de beneficios de un Participante del Programa que también tiene cobertura médica conforme a un plan, política o programa que no es proporcionado por el Fondo (llamado "otra cobertura").

Son *otra cobertura*, entre otras, la cobertura de un plan de salud grupal, póliza de seguro o contrato, programa u otro arreglo que proporcione pago o reembolso por gastos hospitalarios, médicos, medicamentos recetados, salud mental o abuso de sustancias, servicios odontológicos u oftalmológicos, y los componentes de atención médica de un contrato de atención a largo plazo, como la atención de enfermería especializada.

Se aplican normas especiales (vea más adelante) a la coordinación de la cobertura con Medicare, Medicaid (Medi-Cal), un Programa estatal de seguro de salud infantil (CHIP), TRICARE y cualquier otro plan gubernamental federal o estatal para el cual el Fondo puede o debe por ley coordinar los beneficios.

Otra cobertura **no incluye**: (1) cobertura de un plan o póliza individual (es decir, no grupal); (2) beneficios médicos en virtud de un contrato de seguro de vehículo motorizado; (3) contratos de seguro generales emitidos según la Sección 10270.2(b) o (e) del Código de Seguros de California que contienen una cláusula de no duplicación de beneficios o exceso; (4) pólizas complementarias de Medicare; o (5) cobertura conforme a otros planes gubernamentales federales o estatales, a menos que la ley permita la coordinación con dicha cobertura.

Las normas de COB se utilizan para determinar: (1) si el Programa MLK es principal (y paga los beneficios primero, sin tener en cuenta la otra cobertura) o secundario (y paga los beneficios en segundo lugar); y (2) los límites de las obligaciones de pago del Fondo cuando el Programa MLK es secundario.

A. Orden de determinación de beneficios

A los efectos de la coordinación de beneficios, las normas para establecer el orden de determinación de los beneficios son los que figuran más adelante. El Plan tendrá en cuenta estas normas en el orden en que aparecen para determinar cuál es el plan principal que paga primero y cuál es el secundario que paga en segundo lugar, y se aplicará la primera norma vigente a las circunstancias de la reclamación.

- (1) Si la otra cobertura no tiene normas de COB, entonces siempre será el plan principal.
- (2) El plan que cubre al Participante que no sea como Dependiente es el principal, y el plan que cubre al Participante como Dependiente es el secundario.
- (3) Si el Participante es un Empleado inactivo (por ejemplo, jubilado o en cesantía) o Dependiente de uno tal, el plan que cubre a la persona como Empleado activo o su Dependiente será el principal, y el que cubre al Participante como Empleado inactivo será el secundario.

- (4) Si el Participante es un hijo Dependiente cubierto por los planes de ambos padres, el plan que cubre al padre cuyo cumpleaños (mes y día de nacimiento, no año) cae antes en el año será el principal, excepto
- a. cuando los padres estén separados (estén casados legalmente o no) o divorciados y el que tiene la custodia del niño no se ha vuelto a casar, el plan que cubre al niño como su Dependiente será el principal para los beneficios respecto de un plan que cubre al niño como Dependiente del padre sin la custodia; o
 - b. cuando los padres estén separados (estén casados legalmente o no) o divorciados y el que tiene la custodia del niño se ha vuelto a casar, el orden de determinación de los beneficios entre los planes de los progenitores y sus cónyuges (si los hay) es el siguiente:
 - (i) el plan del que tiene la custodia paga primero;
 - (ii) el plan del cónyuge del progenitor con la custodia paga en segundo lugar;
 - (iii) el plan del que no tiene la custodia paga en tercer lugar; y
 - (iv) el plan del cónyuge del que no tiene la custodia paga en último lugar.
 - c. Independientemente de lo anterior, cuando los padres están separados (estén casados legalmente o no) o divorciados, los beneficios del plan de un padre sujeto a una orden judicial que establezca su responsabilidad financiera de proporcionar cobertura médica o atención médica a un niño será el principal en relación a cualquier otro plan que cubra al niño como un Dependiente.
- (5) Si un Participante cuya cobertura se proporciona conforme a un derecho de continuación según la ley federal o estatal (por ejemplo, COBRA) también tiene otra cobertura que no se proporciona según ese derecho de continuación, el plan que no es cobertura de continuación paga primero, y el que proporciona cobertura de continuación a ese mismo Participante paga en segundo lugar.
- a. Si el otro plan no tiene esta norma y, como consecuencia, los planes no coinciden en el orden de los beneficios, esta regla se ignora.
- (6) Cuando las normas anteriores no establecen un orden de determinación de beneficios, el plan que ha cubierto al Participante durante un período más largo será el principal, y el que lo ha cubierto durante el período más breve será el secundario.
- (7) Si ninguna de las normas anteriores determina qué plan paga primero, cada uno pagará partes iguales de los gastos permitidos en que incurra el Participante. A los efectos de determinar la participación de este Fondo según esta norma, "gastos permitidos" son el beneficio normal del Programa MLK (como se define en la Subsección 13.B más adelante) para los servicios proporcionados.

B. Solicitud de determinación de beneficios

Cuando el Programa MLK sea el plan principal respecto de la otra cobertura, el Fondo pagará el monto que le correspondería si no hubiera otra cobertura involucrada (el "beneficio normal" del Programa MLK).

Cuando el Programa MLK sea secundario (es decir, que la otra cobertura es la principal), los beneficios pagaderos por el Programa se determinarán como se establece a continuación, pero estarán sujetos a las disposiciones relativas en las que muchos servicios están cubiertos solo cuando los brinda el MLK Community Medical Group o se obtiene una Derivación y Autorización Previa:

- Si el monto pagado por la otra cobertura es *igual o mayor que* el beneficio normal establecido en el Programa MLK, entonces el Fondo no pagará ningún beneficio.
- Si es *menor que* el beneficio normal establecido en este Plan, entonces el Fondo pagará la diferencia entre su beneficio normal y el monto pagado por la otra cobertura, pero solo en la medida de la responsabilidad del paciente según la otra cobertura. Sin embargo, en ningún caso el Programa MLK pagará más de lo que habría pagado en ausencia de otra cobertura.

El Fondo no coordinará los beneficios con los planes de organización para el mantenimiento de la salud (HMO), independientemente de qué plan se considere el pagador principal, a menos que así lo exija la ley federal. En otras palabras, el Fondo no reembolsará copagos o deducibles del HMO, incluso si los de la otra cobertura son más altos que los que se aplican según el Programa MLK. Además, cuando un plan HMO sería el principal y el Participante cubierto no usa un Proveedor de ella, el Programa MLK no considerará como gastos cubiertos ningún cargo que habría cubierto la HMO si el Participante hubiera utilizado los servicios de un Proveedor de ella.

Cuando hay un conflicto en el orden de determinación de beneficios, como se describe en el punto (7) de Orden de determinación de beneficios, el Programa MLK nunca pagará más del 50 % de los gastos permitidos, según lo establecido en el Programa MLK.

14. Coordinación de Beneficios con Medicare, Medi-Cal y otros Beneficios Federales

A. Coordinación de beneficios con Medicare

Si un Participante del Programa MLK también tiene cobertura de Medicare, el Fondo aplicará las siguientes normas de pagador secundario de Medicare (MSP) para determinar si Medicare es principal respecto de este Plan:

- (1) Derecho a Medicare basado en la edad: Para un Participante cuyo derecho a Medicare se basa en la edad:
 - (a) si tiene cobertura del Fondo debido a la situación laboral actual de un Empleado, este Plan es principal respecto de Medicare;
 - (b) sin embargo, si tiene cobertura COBRA con el Fondo, Medicare será principal respecto de este Plan.
- (2) Derecho a Medicare por discapacidad: Para un Participante cuyo derecho a Medicare se basa en una discapacidad:
 - (a) si tiene cobertura del Fondo debido a la situación laboral actual de un Empleado, este Plan es principal respecto de Medicare;
 - (b) sin embargo, si tiene cobertura COBRA con el Fondo, Medicare será principal respecto de este Plan.

- (3) Derecho a Medicare por enfermedad renal terminal: Para un Participante cuya elegibilidad o derecho a Medicare se basa en una enfermedad renal terminal (ERT):
- (a) Este Plan es principal respecto de Medicare durante los primeros 30 meses de elegibilidad o derecho a Medicare en función de una enfermedad renal terminal (después de un período de espera de tres meses). Luego, a partir del 31.er mes después del inicio de la elegibilidad o el derecho a Medicare basado en una enfermedad renal terminal, Medicare es principal respecto de este Plan.
 - (b) Si Medicare ya era el plan principal debido a la Subsección (1) o (2), Medicare seguirá siendo el principal sin importar las normas de la Subsección (3).

Cuando un Participante tiene cobertura del Programa MLK y también de las partes A o B de Medicare, y el Programa MLK es secundario respecto de Medicare, el Fondo paga la diferencia entre su beneficio normal y el que paga Medicare, pero solo en la medida de cualquier responsabilidad del paciente según Medicare. Para determinar el monto del beneficio normal del Programa MLK a los fines de la coordinación con Medicare, el Fondo utiliza lo que sea menor entre: (1) su tarifa contratada con el Proveedor (o el monto permitido para un gasto cubierto de un Proveedor Fuera de la Red); o (2) las tarifas permitidas (es decir, los montos permitidos) de Medicare y no utiliza los cargos facturados del Proveedor de Atención Médica. Sin embargo, en ningún caso el Fondo pagará más que el beneficio habitual (es decir, el mismo monto de beneficio establecido en el Programa MLK para Empleados activos). Si el monto que paga Medicare es igual o mayor que el beneficio normal del Plan, el Fondo no pagará ningún beneficio. Si el Proveedor no acepta Medicare, el Fondo no pagará ningún beneficio.

B. Coordinación de beneficios con Medi-Cal y otros beneficios federales

En todos los casos, los beneficios disponibles según Medi-Cal, cualquier otro programa estatal o federal de Medicaid o un programa estatal de seguro de salud infantil (CHIP), serán secundarios o subsiguientes a los beneficios del Programa MLK.

15. Normas Adicionales Correspondientes a la Coordinación de Beneficios

A. Derecho a recibir y divulgar información necesaria

A fin de determinar la aplicabilidad de los términos de las disposiciones de coordinación de beneficios del Programa MLK o cualquier disposición de propósito similar de cualquier otro plan e implementarlas, el Programa MLK puede divulgar u obtener de cualquier compañía de seguros u otra organización o individuo, información con respecto a cualquier persona que considere necesaria para tales fines. Toda persona que reclame beneficios conforme al Programa MLK deberá proporcionar la información que pueda ser necesaria para implementar esta disposición.

B. Facilidad de pago

Siempre que otro plan haya hecho los pagos que deberían haberse realizado según el Programa MLK de acuerdo con esta disposición, el administrador de reclamaciones puede, a su entero criterio, pagar a cualquier plan o entidad que realice dichos pagos erróneos el monto que determine que está garantizado para satisfacer esta disposición, y los montos así pagados se considerarán beneficios pagados en virtud de este Programa MLK y, en la medida de dichos pagos, el Programa quedará completamente liberado de responsabilidad.

C. Derecho de recuperación

Siempre que el Programa MLK haya realizado pagos que excedan el monto de pago necesario para satisfacer las disposiciones de coordinación de beneficios, el Plan tendrá derecho a recuperarlos, en la medida de dicho exceso, de acuerdo con la disposición de recuperación de pagos en exceso del Programa.

16. Subrogación, Recuperación de Terceros y Reembolso

Si algún beneficio es pagadero a usted o a un Dependiente (a los fines de esta Sección, "usted" incluye tanto a un Empleado elegible como a un Dependiente) según el Plan con respecto a cualquier lesión, enfermedad o muerte causada por un tercero, usted acuerda que se reembolsará al Fondo todo monto que usted (o cualquier sucesor, incluidos, entre otros, uno de los padres, un heredero, un patrimonio, un tutor o un representante personal) recupere de cualquier persona que supuestamente haya causado o contribuido a tal lesión, enfermedad o muerte, o de cualquier aseguradora u otra persona que actúe en su nombre. El Fondo tendrá un derecho de retención del pago inicial sobre el monto total de dicha recuperación, en la medida de todos los beneficios pagados o pagaderos según el Programa MLK con respecto a cualquier lesión, enfermedad o muerte por la cual recupere dinero, ya sea como resultado de un juicio, acuerdo u otra sentencia o pago monetario. El derecho de retención del Fondo y el derecho al reembolso tienen prioridad sobre la recuperación total, incluso si no se lo indemniza por todas sus pérdidas o daños, o si parte o la totalidad de la recuperación se atribuye a daños que no sean gastos médicos.

El derecho de retención del Fondo no superará el monto total que el Programa MLK ha pagado por los beneficios relacionados con su lesión, enfermedad o muerte. No se aplicará ningún derecho de retención sobre un monto recibido por una cobertura de conductor sin seguro o subasegurado en cualquier póliza de seguro en la que la persona lesionada sea un asegurado designado.

Siempre que presente una reclamación de beneficios, debe notificar al Fondo si cree que un tercero puede ser responsable o tener la culpa de cualquier enfermedad, lesión o muerte. También debe hacer todo lo necesario para garantizar el reembolso y los derechos de retención del Fondo. Usted deberá:

- (1) notificar en forma oportuna al Fondo cuando presente un reclamo o una demanda relacionados con cualquier lesión, enfermedad o muerte por los cuales los beneficios sean pagaderos conforme al Programa MLK contra un tercero presuntamente responsable;
- (2) firmar y celebrar el acuerdo de reembolso del Fondo y el reconocimiento del derecho de retención;
- (3) responder de inmediato cualquier solicitud de información del Fondo con respecto a su reclamo o demanda; y
- (4) notificar enseguida cuando obtenga una recuperación de cualquier fuente y reembolsar al Fondo. Esto debe hacerse antes de que se pague la recuperación a cualquier otra persona, incluido usted.

El Fondo puede suspender o compensar los beneficios que de otro modo se le pagarían a usted en virtud del Programa MLK para asegurar y satisfacer su derecho de retención. El hecho de que no firme el acuerdo de reembolso y el reconocimiento del derecho de retención no constituirá una renuncia del derecho del Fondo a ellos. Además, si no cumple con alguno de los requisitos del Programa MLK para garantizarle los derechos de reembolso y de retención, el Fondo tiene derecho a iniciar acciones legales en su contra. También puede presentar una notificación de sus derechos de retención y reembolso ante cualquier persona a quienes afecte, incluidos, entre otros, el tribunal en el que se presenta la acción, el abogado que lo representa y el tercero presuntamente responsable de la lesión, enfermedad o muerte que dio lugar a la acción de recuperación.

Los Fideicomisarios o su representante pueden aceptar menos del monto total de beneficios pagados o pagaderos según el Programa MLK como pago total del derecho de retención del Fondo. El administrador está autorizado a reducir el derecho de retención del Fondo Fiduciario en circunstancias en las que la recuperación neta (como se define más adelante) no supere los \$100,000. En concreto, el Fondo aceptará lo que sea menos entre:

- A. dos tercios del derecho de retención del Fondo; o
- B. el 50 % de los primeros \$25,000 de cualquier recuperación neta, más el 75 % de cualquier exceso.

"Recuperación neta" significa el monto total pagado o pagadero a la parte lesionada o en su nombre, menos honorarios de abogados y costos del litigio gastados en realidad por la parte lesionada o en su nombre.

La parte lesionada o el abogado que actúe en su nombre pueden solicitar una mayor reducción del derecho de retención y la obligación de reembolso en virtud del presente mediante una solicitud a la Junta de Fideicomisarios (en el caso de recuperaciones que superen los \$100,000, la solicitud inicial de reducción se hará a la Junta de Fideicomisarios). La Junta de Fideicomisarios revisará toda la información, documentos y justificaciones presentados para determinar si es apropiada la solicitud de reducción del derecho de retención del Fondo. Los factores a considerar pueden incluir pérdida de ingresos, gastos de bolsillo, gastos médicos futuros anticipados no reembolsados, permanencia de las lesiones y su impacto en el empleo futuro, potencial de ingresos y calidad de vida.

Independientemente, el Fondo no reducirá su derecho de retención si: (1) se ve involucrado en cualquier litigio u otro procedimiento legal para hacer cumplir su derecho de retención o recuperar cualquier monto que deba reembolsar al Fondo, o para defenderse de cualquier reclamo relacionado con los derechos de reembolso y de retención; o (2) si la Junta de Fideicomisarios determina que usted o su abogado han intentado evadir o eludir el derecho de retención del Fondo. Evadir y evitar el derecho de retención incluye, entre otras cosas, no informar al Fondo que un tercero causó una lesión, enfermedad o muerte, no firmar el acuerdo de reembolso y el reconocimiento del derecho de retención del Fondo, o no notificar a este de manera oportuna cualquier recuperación.

Cuando una persona cubierta no cumple

Cuando un Participante no cumple con las disposiciones de esta Sección, el Fondo puede negar el pago de cualquier reclamación y negar o reducir beneficios futuros pagaderos (incluido el pago de beneficios futuros por otras lesiones o enfermedades) según el Programa MLK por el monto del derecho de retención del Fondo. Si se inicia una acción contra un Participante para hacer cumplir las disposiciones de esta Sección, el monto del derecho de retención incluirá las costas y los honorarios de los abogados del Fondo.

17. Indemnización Laboral

El Programa MLK no proporciona beneficios para el tratamiento de enfermedades o lesiones cubiertas por las leyes de indemnización laboral o enfermedad ocupacional.

Si usted o su Dependiente inscrito (denominados "el Participante lesionado" en este Artículo) sufren una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo (como lesionarse en el trabajo, entre otras posibilidades), el Participante lesionado debe presentar a su Empleador una reclamación de indemnización laboral. Si él deniega la reclamación, el Participante lesionado debe apelar la decisión mediante la compañía de seguros de indemnización laboral de su Empleador. Para apelar, el Participante lesionado debe presentar una solicitud de adjudicación ante una oficina de distrito de la división de indemnización laboral, también conocida como la oficina de la Junta de Apelaciones de Indemnización Laboral.

Para que una reclamación por una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo se considere para el pago del Programa MLK, el Participante lesionado debe presentar al administrador una copia de: (1) la notificación de denegación de su Empleador; y (2) la solicitud de adjudicación. El Fondo presentará una notificación y solicitud de concesión del derecho de retención con respecto a cualquier gasto incurrido por el tratamiento de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo que supuestamente esté cubierta por la ley de indemnización laboral o enfermedad ocupacional. Se enviará la notificación y solicitud al Participante lesionado para que la firme. Una vez recibida, cualquier reclamación pendiente por una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo del Participante lesionado se procesará según el Programa MLK, y el Fondo buscará el pago de su derecho de retención mediante la Junta de Apelaciones de Indemnización Laboral.

DEBE NOTIFICAR AL Administrador del Plan DE INMEDIATO CUANDO PRESENTE UNA RECLAMACIÓN DE COBERTURA POR INDEMNIZACIÓN LABORAL SI HA PRESENTADO UNA RECLAMACIÓN POR LA MISMA LESIÓN O ENFERMEDAD AL PROGRAMA MLK.

18. Administración del Plan del Programa MLK

Autoridad para tomar decisiones en relación con el Programa MLK

Como ya se estableció en esta SPD, los Fideicomisarios tienen plena autoridad discrecional para determinar la elegibilidad para los beneficios; administrar, aplicar e interpretar los términos del Plan, incluido el Programa MLK y la SPD; y decidir todos los asuntos que surjan en relación con la operación o administración del Fondo, incluido el Programa MLK.

Los Fideicomisarios han contratado los servicios de DBA, el administrador de reclamaciones, para que proporcione ciertos servicios de procesamiento de reclamaciones y otros servicios administrativos al Programa MLK. Además, la Junta de Fideicomisarios ha delegado su autoridad para decidir apelaciones internas a DBA, el administrador de reclamaciones. La decisión de DBA será concluyente y vinculante para todas las personas. Sin embargo, si se presenta una reclamación de salud en disputa para el proceso voluntario de revisión de segundo nivel o el proceso de revisión externa, la decisión de los Fideicomisarios o de la IRO (según corresponda) será definitiva, excepto que pueda haber otros recursos disponibles por ley estatal o federal tras una decisión de revisión externa. No obstante lo anterior, los Fideicomisarios conservan el derecho y la autoridad para indicar la toma de decisiones de DBA con respecto a cualquier apelación, incluso con respecto a la interpretación del Plan y el Programa MLK y todas las normas relacionadas.

Excepto en las circunstancias limitadas en las que se haya presentado una reclamación de salud en disputa a una IRO según el proceso de revisión externa, las decisiones de la Junta de Fideicomisarios (o, según corresponda, su representante, DBA), respecto de los hechos relacionados con cualquier reclamación de beneficios (o apelación de una reclamación en disputa) y el significado y la intención de cualquier disposición del Programa MLK, o su aplicación a cualquier reclamación, serán definitivas y vinculantes para todas las partes interesadas y deben recibir la deferencia proporcionada por la ley a los actos de los Fideicomisarios que actúan dentro de su autoridad discrecional.

Derecho a modificar el Programa MLK

De acuerdo con los términos del Acuerdo de Fideicomiso, la Junta de Fideicomisarios puede, a su exclusivo criterio y en cualquier momento, modificar o cancelar el Plan, incluido el Programa MLK. Las enmiendas pueden llevar a la reducción o eliminación de beneficios o cambios en las normas de elegibilidad. Todas las modificaciones al Programa MLK entrarán en vigor a partir de la fecha establecida por los Fideicomisarios.

V. PLAN HEALTH NET OF CALIFORNIA

(Debe usar Proveedores Dentro de la Red)

Internet (información sobre los proveedores de la red Health Net): <http://www.healthnet.com>

Centro de atención al cliente de Health Net
(de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m.): (800) 522-0088 (TTY: 711)

Red SIMNSA (PARA SERVICIOS EN MÉXICO): (011-52-664) 683-29-02 o 683-30-05 o (800) 424-4652

INFORMACIÓN IMPORTANTE: La información de este folleto, que describe el plan de Health Net of California, Inc. (también denominado "Plan Health Net") es para su conveniencia y no pretende ser una descripción completa del Plan de Health Net. Para obtener información detallada sobre el plan Health Net, incluida información sobre servicios cubiertos, costos compartidos, exclusiones y limitaciones, y los procedimientos para presentar reclamaciones y apelaciones, consulte la Evidencia de cobertura de Health Net ("EOC" por sus siglas en inglés), que Health Net ha preparado específicamente para el Fondo. Si existe un conflicto entre cualquier descripción de los beneficios de Health Net en este folleto y la EOC de Health Net o el contrato o la póliza del Fondo con la red, prevalecerán la EOC, o el contrato, o la póliza. Llame a Health Net al número de teléfono que figura en la tabla de referencia al comienzo de este folleto para obtener una copia de la EOC.

1. Acerca del Health Net of California, Inc. Plan

El plan de Health Net of California, Inc. es un plan médico HMO proporcionado por Health Net, Inc., que tiene un contrato con el Fondo para brindarle a usted y a sus Dependientes una cobertura integral de atención médica, que incluye beneficios médicos, hospitalarios, de salud mental/conductual y abuso de sustancias. (El Plan Health Net no brinda cobertura de medicamentos recetados a pacientes ambulatorios. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos recetados, vea el "Programa de medicamentos recetados proporcionado mediante Express Scripts" en el Artículo VII de esta SPD).

Área de atención. El área de atención de Health Net abarca ciertas regiones en el sur de California y México (Baja California dentro de las cincuenta millas de la frontera entre California y México). Por lo general, no se brinda cobertura a los afiliados fuera del área de atención de Health Net, excepto en casos de emergencia o urgencia.

Proveedores Dentro de la Red. Debe utilizar proveedores de la red o no recibirá cobertura, excepto en los siguientes casos: (1) atención de emergencia o urgencia; (2) derivaciones a proveedores que no pertenecen a la red (por ejemplo, especialistas) cuando las emite su médico dentro de la red; y (3) servicios cubiertos proporcionados por un proveedor que no pertenece a la red cuando lo autorizan la HMO Salud y Mas Network o SIMNSA.

El Plan Health Net ofrece las siguientes dos redes de proveedores:

- la HMO Salud y red Mas en el sur de California (denominada "Salud Network"); y
- la red SIMNSA en México ("red SIMNSA").

Tenga en cuenta que su proveedor de la red puede usar un proveedor externo para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Siempre debería revisar para asegurarse de que su proveedor se encuentre en una de las dos redes antes de recibir los servicios.

2. Designación de Médico de Atención Primaria y Grupo de Médicos de Salud Network (solo Salud Network de California)

Para usted y sus Dependientes que vivan en California (Salud Network): Usted y sus Dependientes que vivan en California deben designar un Médico de Atención Primaria (PCP) y un Grupo de Médicos de Salud Network (también denominado "Grupo de Médicos Participantes") dentro de Salud Network. Su PCP trabajará dentro de su Grupo de Médicos Participantes y brindará atención médica y la coordinará. Hasta que realice esa designación, Health Net designa uno para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y para obtener una lista de los proveedores de atención primaria participantes, llame a Health Net al 800 o puede llamar al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net. También puede visitar el sitio web de Health Net en www.healthnet.com.

- Su Grupo de Médicos Participantes debe estar lo bastante cerca de su hogar o lugar de trabajo para permitir el acceso razonable a la atención médica. Tenga en cuenta que algunos grupos de médicos Participantes pueden negarse a aceptar la asignación de un afiliado cuya dirección particular o de trabajo no esté lo bastante cerca como para permitir un acceso razonable a la atención.
- Usted y sus Dependientes pueden tener diferentes médicos de atención primaria y diferentes Grupos de Médicos Participantes.
- Para los niños, puede designarse un pediatra como PCP.
- Puede llamar a Health Net y cambiar su PCP una vez al mes.
- Hasta que realice una designación de PCP y Grupo de Médicos Participantes, Health Net designa uno para usted.

Para sus Dependientes inscritos que vivan en México (Red SIMNSA): No hay ningún requisito para designar un PCP o un Grupo de Médicos Participantes en la red SIMNSA.

Llame al centro de Atención al Cliente de Health Net o SIMNSA si necesita un directorio de Proveedores, para solicitar información de un Proveedor o si tiene preguntas relacionadas con el acceso razonable a la atención. Los miembros de SIMNSA pueden comunicarse con esa red. También puede visitar el sitio web de Health Net en www.healthnet.com/providersearch para obtener una lista de proveedores participantes.

3. Cómo Obtener Atención

Para usted y sus Dependientes que vivan en California (Salud Network): En general, su PCP y el Grupo de Médicos Participantes le proporcionarán toda la atención médica que reciba en California o la autorizarán.

- Puede llamar a su PCP directamente para programar una cita.
- **Especialistas.** Si necesita atención médica que su PCP o el grupo no pueden proporcionar, necesitará de ellos una derivación a un especialista u otro proveedor de atención médica. Una vez que obtenga la aprobación para recibir servicios de especialidad, puede llamar al consultorio del especialista para programar una cita.
- **En México.** Usted y sus Dependientes que vivan en California también pueden obtener servicios cubiertos en México de cualquier grupo médico contratado en la Red SIMNSA.

Para sus Dependientes inscritos que vivan en México (Red SIMNSA): Sus Dependientes inscritos que vivan en el área de servicio de Health Net en México pueden recurrir a cualquier grupo médico contratado en la Red SIMNSA.

- Deben usar proveedores de SIMNSA, excepto en el caso de atención de emergencia o urgencia.
- **Especialistas.** No necesitan derivación ni autorización previa para ver a un especialista. Sin embargo, para recibir atención de proveedores fuera de la red SIMNSA, primero deben obtener autorización de ella, excepto para atención de emergencia o urgencia.
- **En California.** Puede que no reciban ningún servicio en California, excepto atención de emergencia o urgencia.

A. Triaje o exámenes de detección y línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas

Si está enfermo y no puede comunicarse con su médico, como durante el fin de semana o cuando el consultorio está cerrado, puede llamar al Centro de atención al cliente de Health Net al número que figura en su tarjeta de identificación de Health Net y seleccionar la opción de triaje y/o estudios de detección. Lo comunicarán con un profesional de la salud (como un médico, enfermero u otro proveedor, según sus necesidades) que podrá ayudarlo y responder sus preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

B. Atención de emergencia

Para recibir atención de emergencia, puede ir al hospital más cercano, sin importar si está en la red o no, pero es fundamental que se comunique con su PCP o Grupo de Médicos de Salud Network en California, o su Proveedor de SIMNSA en México, tan pronto como sea posible después de recibir servicios de emergencia de otras personas que no pertenecen a su Grupo de Médicos. Su PCP de Salud Network o Grupo de Médicos de SIMNSA evaluarán sus circunstancias y coordinarán todo lo necesario para asumir la responsabilidad de la continuidad de su atención.

4. Beneficios y Costos Compartidos

Para obtener información detallada sobre beneficios y costos compartidos en el Plan de Health Net, consulte la evidencia de cobertura de Health Net, que está disponible sin cargo en Health Net y la Oficina Administrativa.

5. Exclusiones del Plan

Para obtener una lista completa de condiciones, servicios y productos que no están cubiertos por el Plan Health Net, consulte la evidencia de cobertura del Plan, que está disponible en Health Net o en la Oficina Administrativa.

6. Procedimientos de quejas y apelaciones

Todas las reclamaciones y apelaciones de beneficios en virtud el plan de Health Net of California, Inc. deben enviarse a Health Net y se procesarán de acuerdo con los procedimientos de reclamaciones y apelaciones de Health Net.

VI. PLAN DE LA HMO KAISER

(Debe usar las instalaciones y los médicos de Kaiser Permanente)

Internet: <http://www/kp.org>

Servicios para miembros de Kaiser Permanente (24 horas, 7 días a la semana):

(800) 278-3296 (TTY: 711)

IMPORTANTE (LEER): Esta breve descripción del Plan Kaiser HMO se incluye en este folleto para su conveniencia. No pretende ser una descripción completa del Plan Kaiser HMO. Para obtener información detallada sobre el Plan Kaiser HMO, incluida información sobre servicios cubiertos, costos compartidos, exclusiones y limitaciones, y procedimientos para presentar reclamaciones y apelaciones, consulte la evidencia de cobertura (EOC) de Kaiser Permanente. Si existe un conflicto entre cualquier descripción de los beneficios del Plan Kaiser HMO que se incluye en este folleto y la EOC o el contrato del Fondo con Kaiser, prevalecerán la EOC o el contrato. Llame al servicio de Atención al Cliente de Kaiser al número de teléfono que figura en la tabla de referencia al frente de este folleto para obtener una copia de la EOC.

1. Acerca del Plan de la HMO Kaiser

Kaiser HMO es un Plan médico HMO proporcionado según el Plan de salud de Kaiser Foundation ("Kaiser"), que tiene un contrato con el Fondo para brindar a usted y a sus Dependientes cobertura integral de atención de salud, incluidos beneficios médicos, hospitalarios, mentales o conductuales, y por abuso de sustancias. *(El Plan Kaiser HMO en general no brinda cobertura de medicamentos recetados a pacientes ambulatorios. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos recetados, vea el "Programa de medicamentos recetados proporcionado mediante Express Scripts" en el Artículo VII de esta SPD).*

Cuando se inscribe en Kaiser, debe recibir servicios de proveedores de atención médica de Kaiser Permanente en las instalaciones del Plan. Si no recibe servicios de los proveedores de Kaiser, será responsable del 100 % de los cargos (excepto en el caso de una emergencia, en cuyo caso Kaiser determinará cuánto pagará). Puede llamar a Kaiser o visitar el sitio web si desea concertar una cita o buscar un médico personal.

En general, necesitará una derivación de un médico de Kaiser para ver a un especialista. Sin embargo, no necesita derivaciones para ciertas especialidades, como obstetricia y ginecología.

Si alguna vez necesita atención de emergencia, puede recibirla en la sala de emergencias de un hospital cercano (incluso si no es de Kaiser), y no necesita derivación ni autorización previa.

2. Beneficios y Costos Compartidos

Para obtener información detallada sobre los beneficios y costos compartidos del Plan Kaiser HMO, consulte la evidencia de cobertura de Kaiser que está disponible sin cargo en el servicio de Atención al Cliente de Kaiser Permanente al (833) 574-2273.

3. Exclusiones del Plan

Para obtener una lista completa de las condiciones, servicios y productos que no están cubiertos por el Plan Kaiser HMO, consulte la evidencia de cobertura, disponible en Kaiser.

4. Procedimientos de Quejas y Apelaciones

Todas las reclamaciones y apelaciones de beneficios en virtud del Plan Kaiser HMO deben enviarse a ellos y se procesarán de acuerdo con sus procedimientos de reclamaciones y apelaciones, que se establecen en la EOC.

VII. PROGRAMA DE MEDICAMENTOS RECETADOS PROPORCIONADO MEDIANTE EXPRESS SCRIPTS

El Plan tiene contratos con Express Scripts para proporcionar medicamentos recetados a usted y sus Dependientes.

En el contrato que tiene con el Fondo y en otros documentos del programa que guarda Express Scripts, se incluye información detallada sobre los beneficios brindados en virtud del Programa de medicamentos recetados proporcionado mediante Express Scripts. Si existe algún conflicto entre la descripción de los beneficios de medicamentos recetados de este folleto y la del contrato entre Express Scripts y el Fondo, u otros documentos del programa que lleva Express Scripts, prevalecerán los términos del contrato u otro documento del programa vigentes.

Los medicamentos recetados deben surtirse en farmacias contratadas con Express Scripts para que el Plan las cubra. Estas farmacias "contratadas" se denominan "farmacias de la red". Puede encontrar una lista de farmacias de la red en su área en el sitio web de Express Scripts en <http://www.express-scripts.com> o puede llamar a Express Scripts al (800) 606-5667. Como se describe en la Sección 3, a continuación, Accredo es la farmacia de la red exclusiva del Plan para medicamentos de especialidad, y todos los medicamentos de especialidad deben obtenerse a través de Accredo, excepto en caso de necesidad médica urgente e inmediata. Cualquier medicamento recetado obtenido mediante una farmacia que no esté en la red de Express Scripts no estará cubierto, excepto en caso de emergencia.

IMPORTANTE: Si toma un medicamento de mantenimiento (aquel que se toma por más de 45 días), debe usar el programa de pedidos por correo con entrega a domicilio de Express Scripts Select Home Delivery después del segundo surtido en la farmacia minorista, a menos que notifique oportunamente a Express Scripts que desea obtener su medicamento de mantenimiento de una farmacia minorista. Si desea obtener sus medicamentos de mantenimiento en una farmacia minorista, debe informar su elección antes de que necesite surtirlo por tercera vez. De lo contrario, se le pedirá que utilice el Programa de Pedidos por Correo con entrega a domicilio.

Para garantizar el uso adecuado de ciertos medicamentos, algunos de ellos ahora requerirán autorización previa antes de que se puedan surtir. Si ese es el caso, su médico o la farmacia pueden comunicarse con Express Scripts para determinar si la receta cumple con las pautas establecidas para los beneficios del Fondo.

1. Programa de Farmacia Minorista

Diríjase a la farmacia de la cadena de su vecindario (como CVS o Rite Aid) o a cualquier otra con contrato con Express Scripts en su red Select. En el sitio web de Express Scripts, <http://www.express-scripts.com> se proporciona más información sobre las farmacias que tiene contratadas.

1. Para identificarse como elegible para los beneficios de medicamentos recetados, presente su tarjeta de identificación Express Scripts al farmacéutico. El Plan los cubre solo a usted y a sus Dependientes indicados en su tarjeta.
2. El farmacéutico verificará su elegibilidad con Express Scripts.
3. También puede comunicarse con Express Scripts en cuanto a autorización previa. Si eso ocurre después del horario comercial normal, es posible que deba esperar hasta el siguiente día hábil para recibir su medicamento recetado. El número de teléfono de autorización previa de Express Scripts es (800) 753-2851.
4. Si el medicamento recetado se requiere de inmediato, puede pagarlo y presentar un formulario de reclamación de reembolso directo a la Oficina Administrativa.

5. Los medicamentos recetados minoristas se limitan a un suministro de 30 días. En cuanto a medicamentos de mantenimiento, puede obtener un suministro de hasta 90 días si utiliza el servicio de pedidos por correo.

De acuerdo con su programa de beneficios de medicamentos, para los comprados en una farmacia minorista, su copago por receta es el siguiente:

Minorista (limitado a un suministro para 30 días):

Medicamentos genéricos aprobados	Copago de \$3
Medicamentos de marca	Copago de \$6

El farmacéutico proporcionará la sustitución de un medicamento genérico siempre que estén disponibles y su médico lo permita. El farmacéutico le informará cuando se haya realizado una sustitución genérica. **Si no desea un genérico, o si su médico ordena que se dispense un medicamento de marca tal como está escrito cuando hay un equivalente genérico, se dispensará el medicamento de marca, pero deberá pagar la diferencia total del costo entre el de marca y el genérico, además del copago correspondiente.**

Advertencia: Si obtiene un medicamento de marca cuando hay un genérico disponible, pagará la diferencia de precio entre el medicamento de marca y el genérico, más el copago correspondiente.

2. Programa de farmacia de pedidos por correo (para medicamentos de mantenimiento)

Si toma uno o más medicamentos de mantenimiento (que se espera que tome con regularidad durante 45 días o más), utilizará el Programa de Pedidos por Correo para obtenerlos, a menos que notifique de manera oportuna a Express Scripts que elige recibir sus medicamentos de mantenimiento de una farmacia minorista.

Su beneficio de medicamentos recetados de pedido por correo se proporciona mediante el programa Express Scripts Select Home Delivery. Ese programa se diseñó para permitir que los participantes reciban cantidades más grandes de medicamentos de mantenimiento (por ejemplo, para el corazón, para la presión arterial, para la diabetes, etc.) por menos dinero.

Con medicamentos de mantenimiento, debe decidir si usar pedidos por correo o una farmacia minorista. Cuando le receten por primera vez un medicamento de mantenimiento, puede hacer surtir la receta inicial y realizar un nuevo surtido en una farmacia local de la red minorista antes de notificar su decisión a Express Scripts. Si no les informa sobre su decisión, deberá usar el Programa de Pedidos por Correo.

Si elige utilizar el programa de pedido por correo para sus medicamentos de mantenimiento, ahorrará dinero.

Para utilizarlo, usted o su médico deben enviar su receta a Express Scripts. Puede llamar a la Oficina Administrativa para obtener información adicional y formularios, o iniciar sesión en <http://www.express-scripts.com>.

Su copago al comprar medicamentos de mantenimiento mediante pedidos por correo será:

Pedido por correo (suministro para hasta 90 días):

Medicamentos genéricos	Copago de \$3
Medicamentos de marca	Copago de \$5

Puede obtener un **suministro** de hasta **90 días** de su medicamento de mantenimiento, si su médico le receta esa cantidad. Su costo se limita al copago que se muestra aquí, a menos que su médico prohíba la sustitución genérica (una receta que establezca "administrar según lo indicado"), o usted elija un medicamento de marca en lugar de su equivalente genérico. En esos casos, usted será responsable de la diferencia de costo entre ambos.

Debe obtener una nueva receta de su médico cuando venza, para continuar recibiendo medicamentos de mantenimiento mediante el programa Express Scripts Select Home Delivery. Llame a su médico de inmediato para asegurarse de tener la nueva receta cuando la necesite. En general, debe enviar recetas de renovación a Express Scripts quince (15) días antes de que las necesite para recibir el medicamento antes de que se agote su suministro. Después del primer pedido, si su receta incluye un resurtido, puede solicitarlo por teléfono. También puede solicitar resurtidos y transferir medicamentos de farmacias de venta minorista a pedidos por correo en www.express-scripts.com o la aplicación telefónica de Express Scripts.

3. Medicamentos de Especialidad: Farmacia Exclusiva para Medicamentos de Especialidad y el Programa de Asistencia para Copagos SaveOn SP

A. Acredo es la Farmacia Exclusiva para Medicamentos de Especialidad

Express Scripts identifica ciertos medicamentos recetados como medicamentos de especialidad. Por lo general, los medicamentos de especialidad son medicamentos recetados que debe administrar un profesional o que necesitan manejo especial, que tienen un alto costo, o medicamentos que se usan para tratar afecciones médicas raras o graves. Sin embargo, la determinación de Express Script de si un medicamento recetado es o no un medicamento de especialidad es definitiva con respecto al Plan. Puede comunicarse con Express Scripts, al número que aparece a continuación, para obtener más información sobre qué medicamentos son medicamentos de especialidad.

A partir del 1 de agosto de 2021, los medicamentos de especialidad generalmente no están disponibles a través del Programa de Farmacia Minorista, excepto en caso de necesidad médica urgente e inmediata. Si le recetan un medicamento de especialidad, debe surtir su receta a través de la farmacia exclusiva del Plan para medicamentos de especialidad, Acredo. (En caso de una necesidad médica urgente e inmediata, puede obtener una nueva receta de medicamentos de especialidad en una Farmacia Minorista, pero debe usar Acredo después de eso). Si le recetan un medicamento especializado, Express Scripts le dará información sobre cómo comunicarse con Acredo. Al igual que con otros medicamentos recetados, es posible que se necesite una autorización previa antes de que pueda surtir una receta para un medicamento especializado a través de Acredo.

Para obtener más información o si le recetan un medicamento de especialidad, puede llamar a Express Scripts al: (877) 248-1164 para obtener ayuda.

B. Aumento de Copagos para Algunos Medicamentos de Especialidad; Programa de Asistencia para Copagos SaveOn SP

En general, los copagos para medicamentos de especialidad son los mismos que para los medicamentos minoristas según la Sección 1 anterior. Sin embargo, a partir del 1 de octubre de 2021, el copago para ciertos medicamentos de especialidad designados por Express Scripts como beneficios de salud no esenciales excederá sustancialmente esos montos. Estos medicamentos de especialidad designados, y el copago de cada uno de ellos, pueden cambiar eventualmente. Express Scripts mantiene los medicamentos de especialidad designados y los copagos en su lista de medicamentos de SaveOn SP. Puede comunicarse con Express Scripts para obtener información sobre los medicamentos de la Lista de Medicamentos de SaveOn SP.

A partir del 1 de octubre de 2021, si Express Scripts le receta un medicamento de especialidad designado como un beneficio de salud no esencial, usted es elegible para la asistencia de copago que se ofrece a través del Programa SaveOn SP. Si participa en el Programa SaveOn SP, recibirá asistencia para el copago por el monto total del copago que debe pagar por su receta de medicamentos de especialidad. Como resultado, no se le pedirá que pague ningún copago por estos medicamentos especializados designados si participa en el Programa SaveOn SP. Sin embargo, usted será responsable del monto total del copago por un medicamento de especialidad designado que no sea un beneficio de salud esencial si no participa en el programa SaveOn SP, incluso si cumple con todas las instrucciones y requisitos proporcionados por SaveOn.

Para obtener más información sobre este programa o para obtener información sobre los medicamentos de especialidad que están en la Lista de Medicamentos de SaveOn SP, visite www.saveonsp.com/santamonicauniteherefunds o comuníquese con Express Scripts al (877) 248-1164.

4. Medicamentos y Productos de Atención Preventiva

Ciertos productos y medicamentos de atención preventiva (recetados y de venta libre) están cubiertos al 100 % si los receta un médico u otro profesional de atención apropiado. Los medicamentos y productos de atención preventiva están disponibles sin ningún copago, sujetos a restricciones de otro modo aplicables (se debe usar el genérico si está disponible, a menos que sea médicamente inapropiado; requisitos del Programa de Pedidos por Correo para Farmacias para medicamentos de mantenimiento). Debe tener una receta para que su medicamento o producto de atención preventiva esté cubierto, incluso si es de venta libre.

Los medicamentos y productos de atención preventiva están sujetos a cambios. Esta es una lista parcial de productos y medicamentos cubiertos (se requiere una receta por escrito para la cobertura):

- fármacos y dispositivos anticonceptivos genéricos para mujeres aprobados por la FDA (sujetos a límites de cantidad);
- productos de preparación para prueba de detección de cáncer de colon;
- medicamentos para prevención de cáncer de mama: fármacos que reducen el riesgo, como tamoxifeno, soltamox o raloxifeno para mujeres de 35 años o más con mayor riesgo de cáncer de mama y bajo riesgo de efectos adversos de medicamentos;
- productos de cesación de tabaquismo: medicamentos genéricos para dejar de fumar aprobados por la FDA (incluidos recetados y de venta libre) para hasta dos regímenes de tratamiento de 90 días por año calendario;
- medicamentos preventivos con estatinas: adultos de 40 a 75 años, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular (CVD), con 1 o más factores de riesgo de CVD y un riesgo calculado de evento de CVD a 10 años del 10 % o más.

Comuníquese con la Oficina Administrativa si desea información sobre si un medicamento o producto específico está cubierto por los beneficios de atención preventiva del Plan.

5. Límite de Costo Compartido para Medicamentos Recetados

Con algunas excepciones, su costo compartido para recetas surtidas mediante Express Scripts está sujeto a un límite anual.

Específicamente, el límite de costo compartido anual para Express Scripts es de \$750 por persona y \$1,500 por familia. Los *costos compartidos* incluyen deducibles, copagos, coseguros o cargos similares, y cualquier otro gasto por cualquier medicamento cubierto. El costo compartido no

incluye las primas ni los gastos por medicamentos no cubiertos (como los que no se compran en una farmacia de la red Express Scripts o una de pedidos por correo), ni incluye la diferencia de costo entre un medicamento de marca y uno genérico. Además, a partir del 1 de octubre de 2021, los montos que deben pagarse como copagos con respecto a los medicamentos de especialidad designados como beneficios de salud no esenciales por Express Scripts no se incluyen en el límite de costo compartido para Express Scripts, independientemente de si participa o no en el Programa SaveOn SP. Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre los medicamentos de especialidad designados y el Programa SaveOn SP.

El monto del límite anual puede ajustarse cada año. Se le notificará si los límites de costo compartido cambian en años posteriores.

Artículos cubiertos:

- medicamentos de venta libre prohibida por ley federal
- medicamentos restringidos por el estado
- medicamentos compuestos (sujetos a las limitaciones que se describen a continuación en normas especiales para medicamentos compuestos)
- insulina
- Artículos no medicamentos de venta libre prohibida por ley federal
- jeringas, agujas y dispositivos
- Accutane, solo hasta los 24 años
- tretinoína, solo de los 19 a 24 años

6. Normas Especiales para Medicamentos Compuestos:

Para que los medicamentos compuestos tengan cobertura del Plan, deben cumplir ciertos requisitos. Además de ser médicamente necesarios y no experimentales ni de investigación, no deben contener ningún ingrediente de una lista de ingredientes excluidos. Se puede obtener esa lista de Express Scripts. Además, Express Scripts debe determinar que el costo del compuesto es razonable (por ejemplo, si el costo de cualquier ingrediente ha aumentado más del 5 % cada dos semanas o más del 10 % anual, no se considerará razonable). Cualquier denegación de cobertura de un medicamento compuesto puede apelarse de la misma manera que cualquier otro rechazo de reclamación de medicamentos del Plan.

7. Programas Especiales Proporcionados por Express Scripts

Programa de valor para atención de diabetes. El Programa de Valor para la Atención de la Diabetes (DCV) es opcional para Empleados y Dependientes que califiquen. En virtud de este programa, se le proporciona al paciente sin cargo un medidor de glucosa en sangre con Bluetooth.

Programa de valor para atención pulmonar. El Programa de Valor para la Atención Pulmonar (PCV) es opcional para Empleados y Dependientes que califiquen. En virtud de él, se proporciona al paciente un inhalador gratuito de acción corta con Bluetooth que registra su uso. Hay intervenciones clínicas cuando se identifica un uso excesivo.

Programa de valor de atención cardiovascular. El Programa de Valor para la Atención Cardiovascular (CCV) es opcional para Empleados y Dependientes calificados para ayudar con el manejo del colesterol alto.

El Programa de Valor de la Atención del VIH. El Programa de Valor de la Atención del VIH es un programa opcional para empleados y dependientes que califican para ayudar con la prevención y el cuidado del VIH.

8. Exclusiones

El Programa de medicamentos recetados y el Fondo no pagan beneficios por lo siguiente:

1. medicamentos excluidos de la lista de medicamentos autorizados (excluidos de la cobertura por Express Scripts);
2. medicamentos y elementos (que no sean medicamentos) que no requieren receta;
3. medicamentos de venta libre (excepto los cubiertos como atención preventiva);
4. medicamentos compuestos que contienen cualquier ingrediente excluido o que no tienen un precio razonable (consulte las normas especiales para medicamentos compuestos);
5. Equipo Médico Duradero.
6. agentes hematopoyéticos;
7. parches de nicotina (excepto en la medida cubierta como cuidado preventivo);
8. abortivos (incluido Mifeprex);
9. Accutane (mayores de 24 años);
10. agentes de despigmentación;
11. cosméticos inyectables;
12. agentes de crecimiento del cabello con prohibición federal de venta sin receta;
13. reguladores de fertilidad;
14. agentes aceleradores del crecimiento;
15. bótox;
16. alérgenos;
17. sueros, toxoides, vacunas;
18. medicamentos con receta cubiertos sin cargo por programas federales, estatales o locales; incluye indemnización laboral;
19. cualquier cargo por administración de un medicamento o insulina (pueden estar cubiertos por su plan médico);
20. fármacos en investigación o experimentales, excepto como parte de un ensayo clínico aprobado;
21. resurtidos no autorizados;
22. medicamentos mientras está confinado en un hospital, hogar de reposo o de ancianos, institución psiquiátrica, centro de atención prolongada, o entidad similar;
23. cualquier Artículo para el cual el cargo habitual y acostumbrado sea menor que el copago en virtud del Plan;
24. cualquier cargo por encima del precio habitual y acostumbrado, anunciado o publicado, lo que sea inferior al monto en la lista.

Zolgensma

VIII. PLAN DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PROPORCIONADO POR UNITED CONCORDIA

El Plan de Atención Odontológica es un Plan HMO proporcionado por United Concordia. La inscripción en este plan está disponible para todos los Empleados elegibles y sus Dependientes. Debe inscribirse e inscribir a sus Dependientes con el formulario de United Concordia para tener cobertura de seguro odontológico.

En el "programa de beneficios", emitido por United Concordia, se describen los servicios y procedimientos odontológicos cubiertos y los copagos correspondientes. El Plan de Atención Odontológica cubre solo los servicios y procedimientos que figuran en el "programa de beneficios", cuando los proporciona un Proveedor odontológico Participante identificado en el "directorio de Proveedores Odontológicos Participantes de Concordia Plus DHMO". **Los servicios y procedimientos que brinden proveedores odontológicos no participantes no tienen cobertura del Plan de Atención Odontológica.** Para obtener copias del "programa de beneficios" y del "directorio de Proveedores Odontológicos Participantes de Concordia Plus DHMO", comuníquese con la Oficina Administrativa.

Además del programa de beneficios de United Concordia, en su evidencia de cobertura y el listado de exclusiones y limitaciones (en forma colectiva, los "documentos del Plan de Atención Odontológica") se proporciona una descripción completa del Plan de Atención Odontológica proporcionado por United Concordia. Para obtener una copia de estos documentos, comuníquese con la Oficina Administrativa o United Concordia. Si existe algún conflicto entre cualquier descripción de los beneficios del Plan de Atención Odontológica incluida en este folleto y la descripción que figura en los documentos del Plan, prevalecerán los estos últimos.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios en virtud del Plan de Atención Odontológica, llame sin cargo al Departamento de Atención al Cliente de United Concordia al (866) 357-3304, o visite su sitio web: <https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/>.

Para elegir no participar (o cancelar) el seguro odontológico proporcionado por el Fondo, llame a la Oficina Administrativa y complete el formulario correspondiente.

IX. PLAN DELTA DENTAL PPO

Delta Dental PPO es un plan odontológico asegurado proporcionado por Delta Dental. La inscripción está disponible para todos los Empleados elegibles y sus Dependientes que cumplan con los requisitos que figuran en la Sección 3.B del Artículo III.

Puede encontrar un resumen de los beneficios del Plan Delta Dental PPO en "Aspectos destacados de los beneficios del Plan", emitido por la entidad. Para obtener una copia, comuníquese con la Oficina Administrativa.

En virtud del Plan Delta Dental PPO, puede visitar a cualquier dentista matriculado. **Sin embargo, sus costos de bolsillo serán menores si acude a un dentista de Delta Dental PPO.** Los odontólogos de Delta Dental PPO han acordado cobrar tarifas más bajas y no pueden facturarle el saldo de tarifas adicionales. Para buscar un odontólogo de Delta Dental PPO visite deltadentalins.com o llame al (800) 765-6003.

La información detallada sobre los beneficios cubiertos y otras normas para el Plan Delta Dental PPO se describen en el "Formulario combinado de evidencia de cobertura y divulgación" de Delta Dental para el Fondo de Beneficios de Salud UNITE-HERE de Santa Mónica. En este formulario y el contrato de servicio dental grupal Delta Dental PPOSM entre el Fondo y Delta Dental de California (en forma colectiva, los "documentos del Plan Delta Dental") se brinda una descripción completa de los beneficios del Plan. Si existe algún conflicto entre cualquier descripción de los beneficios del Plan Delta Dental PPO incluida en este folleto y la descripción incluida en los documentos del Plan, prevalecerán estos últimos.

Para obtener una copia de estos documentos, comuníquese con la Oficina Administrativa o llame al Departamento de Atención al Cliente de Delta Dental.

Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios en virtud del Plan, llame sin cargo al Departamento de Atención al Cliente de Delta Dental al (800) 765-6003 o visite su sitio web: deltadentalins.com.

Para elegir no participar (o cancelar) la cobertura de seguro odontológico proporcionada por el Fondo, comuníquese con la Oficina Administrativa y complete el formulario correspondiente.

X. BENEFICIO DEL PLAN DE SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS (VSP) PROPORCIONADO POR VISION SERVICE PLAN, INC.

INFORMACIÓN IMPORTANTE: Esta breve descripción del beneficio del Plan de Vision Service ("beneficio de VSP") se incluye en este folleto para su conveniencia. Este folleto no contiene una descripción completa del beneficio. Para obtener información detallada sobre el beneficio de VSP, vea la evidencia de cobertura (EOC), a la que puede acceder por teléfono en la Oficina Administrativa. Si existe un conflicto entre cualquier descripción del beneficio incluida en este folleto y la EOC de VSP o el contrato del Fondo con la entidad, prevalecerán la EOC o el contrato. Llame a VSP al número de teléfono que figura en la tabla de referencia al frente de este folleto para obtener un resumen detallado de los beneficios, o llame a la Oficina Administrativa para obtener una copia de la EOC.

El Plan de Vision Service (VSP) proporcionará beneficios para marcos y anteojos (o lentes de contacto) como se describe en esta Sección. Para tener esta cobertura, debe estar inscrito en la cobertura médica de uno de los planes médicos del Fondo.

Para usar este beneficio, primero debe realizarse un examen de la vista y obtener una receta para anteojos o lentes de contacto.

Si está en uno de los planes HMO (Kaiser o Health Net): debe obtener su examen de la vista a través de su HMO. Luego llevará la receta a cualquier médico de la red de VSP para obtenerlos.

Si está en el programa MLK: obtendrá su examen de la vista de un médico de VSP sin cargo. Si utiliza un proveedor que no es un médico de VSP, VSP le reembolsará hasta \$45.00 por su examen de la vista. El beneficio de VSP incluye un examen de la vista cada 12 meses.

A continuación se muestra un cuadro que resume los beneficios disponibles si utiliza un médico de la red de VSP.

Este plan proporciona beneficios fuera de la red. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red (es decir, un médico que no tiene contrato con VSP), los beneficios serán limitados y deberá llamar a VSP o a la Oficina Administrativa para obtener información sobre ellos.

VSP tiene una extensa red de médicos en todo Estados Unidos. Para obtener una lista de los médicos de VSP, llame al (800) 877-7195 o visite su sitio web: vsp.com.

Una vez que haya encontrado un médico de VSP, puede llamar al consultorio del médico directamente para programar una cita. Cuando se atiende con un médico de VSP, no necesita tarjetas de identificación ni completar formularios de reclamación: simplemente informe al médico que es miembro del plan.

Con el beneficio de VSP, se proporcionan lentes y marcos de la siguiente manera:

lentes de anteojos:	cada 24 meses
marcos:	cada 24 meses

Hay una asignación cada 24 meses para lentes de contacto en lugar de anteojos.

Además, si está en el programa MLK, los exámenes de la vista se proporcionan de la siguiente manera:

Examen de la vista:	Cada 12 meses (solo para participantes en el programa MLK)
---------------------	--

BENEFICIOS DENTRO DE LA RED (con un Proveedor Contratado por VSP)	
Beneficio	Costo del Participante
Examen (para participantes de la HMO Health Net o Kaiser)	Sin cobertura. (Cubierto por su plan HMO, Health Net o Kaiser, proporcionado por el Fondo).
Examen (para participantes del Programa MLK)	\$0 de copago (Limitado a un examen cada 12 meses).
Lentes de plástico estándar: monofocales bifocales trifocales	\$0 de copago \$0 de copago \$0 de copago Las opciones como protección contra rayos UV, tinte, protección antirreflejo y lentes de policarbonato están disponibles con un cargo adicional.
lentes progresivas estándar	\$0 de copago
lentes progresivas premium	premium: \$95 a \$105 personalizadas: \$150 a \$175
Opciones de lentes: protección UV	Copago de \$10 a \$16
tinte (sólido y degradado)	\$0 de copago
policarbonato estándar	copago de \$31 (\$35 si son multifocales)
protección antirreflejo estándar	copago de \$41
otros complementos	La mayoría de las mejoras de lentes están cubiertas con copagos fijos, lo que ahorra a los participantes un promedio del 25 %. Todas las demás mejoras de lentes reciben un 20 % de descuento.
marcos: básico	El Participante paga el 80 % del costo por encima del límite de \$120
marcas destacadas	El Participante paga el 80 % del costo por encima de la asignación de \$140
Lentes de contacto: <i>La cobertura de lentes de contacto sustituye a los beneficios disponibles para anteojos.</i> convencionales o descartables	El Participante paga el 100 % del costo por encima de la asignación de \$120 por lentes, disponible cada 24 meses. Hasta \$60 de copago por examen de ajuste de lentes de contacto.
Lentes de contacto médicamente necesarios (según lo determine VSP)	\$0 de copago
Corrección con láser de la visión: Lasik o PRK	El Participante paga el 85 % del costo minorista
Pares adicionales de anteojos	El Participante paga el 80 % del costo minorista

El beneficio de VSP se incluye en forma automática si se inscribe en la cobertura médica de uno de los planes médicos del Fondo. Para elegir no participar en el beneficio VSP, comuníquese con la Oficina Administrativa y complete el formulario correspondiente. No obtendrá ninguna ventaja si elige excluirse de la cobertura de VSP.

XI. PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS (MAP) PROPORCIONADO POR BEACON HEALTH OPTIONS

Teléfono: (888) 479-6606

El Programa de Asistencia para Miembros (MAP), administrado por Beacon Health Options, Inc. (Beacon), proporciona información, asesoramiento y apoyo para ayudarlos a usted y su familia a alcanzar sus metas personales y profesionales, controlar el estrés diario y desarrollar relaciones satisfactorias. Además de esta breve descripción del MAP, puede consultar un folleto aparte preparado por Beacon en la Oficina Administrativa.

El MAP le proporciona a usted y a cada uno de sus Dependientes inscritos tres (3) visitas gratuitas y confidenciales al año (ya sea en persona o por teléfono o video) para servicios confidenciales* de terapia, consultoría y derivación en un amplio rango de áreas, tales como:

- problemas laborales;
- problemas familiares;
- estrés;
- problemas de crianza;
- problemas con supervisores;
- autoestima;
- ansiedad;
- fatiga;
- divorcio y separación;
- maltrato físico;
- dificultades de comunicación;
- depresión;
- padres ancianos;
- cambios de vida;
- enfermedad o discapacidad.

El MAP realiza una evaluación confidencial y brinda ayuda en problemas de dependencia a sustancias químicas y para buscar tratamiento. Además, ofrece diversas terapias en áreas como estrés laboral, manejo de conflictos, manejo de cambios, trato con clientes difíciles, confianza en uno mismo, incertidumbre laboral, habilidades de comunicación, trabajo en equipo, o concientización sobre alcohol y drogas.

Los servicios de MAP son completamente voluntarios y confidenciales.* Nada de lo que diga se habla sin su autorización específica. Administra MAP:

Beacon Health Options, Inc.
P.O. Box 6065
Cypress, California 90630-0065
(888) 479-6606

Para acceder a los servicios de MAP, o si tiene preguntas sobre el programa, llame a Beacon al (888) 479-6606 (24 horas al día, 7 días a la semana) o visite www.achievesolutions.net/santamonicauh.

** Sus declaraciones no pueden mantenerse en privado si el paciente es peligroso para sí mismo o para otros o si describe maltrato infantil o de ancianos.*

XII. BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA

El Fondo proporciona directamente los beneficios del seguro de vida por un monto de \$20,000.

Cuando la Oficina Administrativa recibe un comprobante de su fallecimiento, se pagará el beneficio del seguro de vida a su beneficiario, de acuerdo con este Artículo XII. Cuando la Oficina Administrativa recibe un comprobante de fallecimiento de su Dependiente, se le pagará al Empleado el beneficio del seguro de vida.

Solo los Empleados elegibles y sus Dependientes, como se define en el Artículo I, tienen cobertura de beneficios para el Seguro de Vida. Esta cobertura finaliza cuando termina la elegibilidad según el Artículo II, excepto que la elegibilidad para el Seguro de Vida no continúa durante períodos de elegibilidad prolongada debido a una discapacidad en virtud del Artículo II, Sección 8 o durante la cobertura de continuación de COBRA.

9. Beneficiario del Seguro de Vida para Empleados

Para designar a uno o más beneficiarios para recibir el beneficio del seguro de vida después de su fallecimiento, o cambiar la designación de beneficiario, en cualquier momento, presente un aviso de designación de beneficiario por escrito a la Oficina Administrativa con un formulario aprobado por el Fondo. Cualquier designación o cambio entrará en vigor después de que la haya recibido la Oficina Administrativa, siempre que los beneficios no se hayan pagado antes de recibirlo. Además, la Oficina Administrativa debe recibir cualquier designación o cambio de beneficiario antes de su muerte.

Si designa más de un beneficiario, pero no declara montos ni orden de pago, los beneficios se dividirán en partes iguales entre sus beneficiarios designados.

Si designa más de un beneficiario y uno muere antes que usted, su parte se dividirá en forma equitativa entre los sobrevivientes, o al único beneficiario sobreviviente.

Si no tiene un beneficiario designado al momento de su fallecimiento, o si los que tiene designados fallecen todos antes que usted, los beneficios se pagarán a los miembros de la primera clase sobreviviente de la siguiente manera:

- su cónyuge legal o pareja de hecho;
- sus hijos y los hijos cubiertos de su pareja de hecho inscrita;
- sus padres;
- sus hermanos;
- su patrimonio.

Si no hay beneficiarios, se pueden pagar hasta \$1,000 de los beneficios a cualquier persona que pague los gastos de su enfermedad terminal o funeral. Cualquier pago que el Plan realice de buena fe en virtud de estas disposiciones lo eximirá de responsabilidad en la medida del pago realizado.

XIII. BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

El Fondo proporciona estos beneficios en forma directa. Solo los Empleados elegibles, tal como se definen en el Artículo I, tienen esta cobertura. Los beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento no están disponibles para la muerte accidental o lesión de un Dependiente.

La cobertura por Muerte Accidental y Desmembramiento finaliza con la elegibilidad según el Artículo II, excepto que la elegibilidad para estos beneficios no continúa durante períodos de elegibilidad prolongada debido a discapacidad según el Artículo II, Sección 8, o mientras esté cubierto por COBRA.

Cuando la Oficina Administrativa recibe un comprobante de su muerte accidental, ocurrida dentro de los 90 días después de un accidente y como resultado directo de él, se paga a su beneficiario designado el beneficio por muerte accidental y desmembramiento por pérdida de vida. Para nombrar un beneficiario o cambiar alguno en cualquier momento, presente una notificación escrita en la Oficina Administrativa mediante un formulario aprobado por el Fondo. Las normas del beneficiario establecidas en el Artículo XII, en "Beneficiario del seguro de vida del Empleado", se aplican al pago del beneficio por muerte accidental.

Cuando, dentro de los 90 días de producida una lesión accidental y como resultado directo de ella, sufra una de las pérdidas mencionadas a continuación (que no sea la pérdida de vida), y la Oficina Administrativa reciba un comprobante del hecho, se le pagará un beneficio de desmembramiento a usted.

Se pagará un beneficio de \$10,000 por la pérdida de:

1. vida
2. ambas manos o ambos pies;
3. visión de ambos ojos;
4. una mano y un pie;
5. una mano y visión de un ojo;
6. un pie y visión de un ojo.

Se pagará un beneficio de \$5,000 por la pérdida de:

1. una mano o un pie;
2. visión de un ojo.

Solo se pagará un beneficio, por el mayor de los montos pagaderos, como resultado de todas las lesiones o pérdidas sufridas en cualquier accidente o como resultado de él. Todas las reclamaciones deben recibirse dentro del año de la muerte o lesión accidental o los beneficios no serán pagaderos.

Pérdida significa, respecto de manos y pies, la separación real de la articulación de la muñeca o del tobillo o por encima de ella, y respecto de los ojos, la pérdida total e irrecuperable de la visión.

Muerte accidental significa el fallecimiento resultante de un medio externo, violento e inesperado e incluye el homicidio.

Lesión accidental significa lesión corporal como resultado de un medio externo, violento e inesperado.

5. Exclusiones

Este beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento no cubre las siguientes pérdidas:

1. causada por guerra o cualquier acto de guerra;
2. producida durante un viaje aéreo;
3. causada por suicidio o cualquier intento de suicidio;
4. que se produce mientras la persona cubierta comete un delito grave;
5. debida a una enfermedad o infección bacteriana (excepto la infección con formación de pus que se produce con una herida accidental);
6. debida a diabetes o cualquier enfermedad atribuible a la diabetes;
7. debido a inyección, inhalación o ingestión de cualquier sustancia para fines distintos a los recetados por un médico.

XIV. COBERTURA EXTENDIDA (PARA BENEFICIOS MÉDICOS, DE MEDICAMENTOS RECETADOS, ODONTOLÓGICOS, DE VISIÓN Y DEL Programa de Asistencia para Miembros [MAP])

C. Extensión de Cobertura según COBRA

En virtud de una ley federal conocida como la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985, cada "beneficiario calificado" tendrá derecho a la cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura de salud en virtud del Plan a tarifas grupales cuando de otro modo la cobertura finalizaría debido a un acontecimiento de la vida conocido como "evento calificado". En la siguiente tabla se muestran eventos calificados específicos.

Después de que se produce un evento calificado, y se envía cualquier notificación requerida en forma oportuna a la Oficina Administrativa, se debe ofrecer cobertura de COBRA a cada persona que pierda la cobertura del Plan y sea un "beneficiario calificado". Según el evento, los beneficiarios calificados pueden incluir al Empleado cubierto, su cónyuge o pareja de hecho cubierto y sus hijos cubiertos. **La cobertura de COBRA no se proporciona sin cargo: los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de COBRA deben pagarla.**

Es la misma cobertura de salud que el Plan brinda a los Empleados y Dependientes cubiertos que no reciben COBRA, pero no incluye beneficios para el Seguro de Vida ni par el seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento. Cada beneficiario calificado que elige la cobertura de COBRA tendrá los mismos derechos en virtud del Plan que los Empleados y los Dependientes con cobertura médica activa según el Plan, incluidos los derechos de Inscripción Abierta e Inscripción Especial. **Sin embargo, los beneficiarios calificados no tienen cobertura de seguro de vida ni beneficios por muerte accidental y desmembramiento durante un período de cobertura de COBRA.**

En la tabla siguiente se ven todos los eventos calificados que pueden tener lugar en virtud de este Plan. También se muestran los beneficiarios calificados que tienen derecho a elegir COBRA, y el período máximo de esta cobertura, para cada tipo de evento calificado.

Evento calificado	Beneficiario calificado (si está cubierto por el Plan)	Período máximo de cobertura de COBRA
1. Reducción de horas de empleo del Empleado cubierto	Empleado, cónyuge o pareja de hecho e hijos	18 meses a partir de la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado
2. Terminación del empleo del Empleado cubierto (por razones que no sea mala conducta grave del Empleado)	Empleado, cónyuge o pareja de hecho e hijos	18 meses a partir de la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado
3. Muerte del Empleado cubierto	Cónyuge o pareja de hecho e hijos	36 meses a partir de la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado
4. Divorcio del Empleado cubierto o cese del estado de pareja de hecho según el Plan	Cónyuge o pareja de hecho e hijos	36 meses a partir de la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado
5. Pérdida de condición de hijo en virtud del Plan (como cuando cumple 26 años)	Hijo afectado	36 meses a partir de la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado

A. Cómo la cobertura activa extendida afecta la cobertura de COBRA

El período máximo de cobertura de COBRA de 18, 29 o 36 meses no se reducirá por meses de cobertura gratuita o subsidiada provista por el Plan en caso de discapacidad (vea el Artículo II, Sección 8).

B. Alternativa a COBRA: cobertura del mercado

Además de la cobertura de COBRA del Plan, usted y sus familiares pueden tener opciones de seguro de salud según la Ley de Atención Asequible disponible en el Mercado de Seguros de Salud. Comprar un seguro de salud del mercado es una alternativa a la cobertura de COBRA.

- El seguro de salud comprado en el mercado puede costar menos que la cobertura de COBRA, y puede haber más opciones de cobertura disponibles para usted. El seguro del mercado puede proporcionar beneficios más bajos o más altos que la cobertura de COBRA. Asegúrese de comparar beneficios y primas.
- En el mercado, podría ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales y reducciones de costos compartidos (montos que reducen sus costos de gastos de bolsillo para deducibles, coseguros y copagos) de inmediato, y puede ver cuáles serán su prima, deducibles y costos de bolsillo antes de tomar la decisión de inscribirse. La oferta de cobertura de COBRA no limitará su elegibilidad para un crédito fiscal del mercado, aunque no será elegible para cobertura o créditos fiscales en el mercado mientras esté inscrito en COBRA (vea el siguiente punto para obtener información sobre cómo inscribirse en la cobertura del mercado después de elegir la cobertura de COBRA).
- En general, debe inscribirse en la cobertura del mercado dentro de los 60 días de pérdida la cobertura del Plan o durante un período de inscripción abierta anual del mercado. Si se inscribe en COBRA, no puede inscribirse en la cobertura del mercado hasta el siguiente período de inscripción abierta anual, o al agotarse su cobertura de COBRA (es decir, una vez finalizado su período máximo de cobertura de COBRA de 18, 29 o 36 meses), o si tiene un evento calificado como el matrimonio o el nacimiento de un hijo con algo llamado "período de inscripción especial".
- Las exclusiones por afecciones preexistentes están prohibidas según la Ley de Atención Asequible para COBRA y la cobertura del mercado.

Para obtener más información sobre las opciones de seguro de salud disponibles a en un mercado de seguros de salud en California, o para presentar una solicitud de cobertura, visite www.coveredca.com o llame al (800) 300-1506.

Si vive fuera de California, puede obtener más información sobre las opciones de seguro de salud en www.healthcare.gov o por teléfono al (800) 318-2596.

C. Requisitos de notificación

El Plan ofrecerá cobertura de COBRA a cada beneficiario calificado solo después de que se haya notificado a la Oficina Administrativa en forma oportuna sobre el evento calificado.

Su obligación de notificar a la Oficina Administrativa: Usted o sus Dependientes son responsables de notificar a la Oficina Administrativa sobre un evento calificado que sea divorcio, separación legal, cese del estado de la pareja de hecho o pérdida de condición de hijo a cargo. El aviso debe realizarse por escrito y entregarse dentro de los 60 días de la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado. La notificación por escrito debe contener la siguiente información: (i) nombre del Plan; (ii) nombre del Empleado; (iii) nombres de los Dependientes del Empleado; (iv) direcciones y números de teléfono del Empleado y sus Dependientes; y (v) fecha y naturaleza del evento calificado. En la Oficina Administrativa también pueden pedirle que presente documentación de respaldo, como una sentencia de divorcio. **Si el aviso requerido no se presenta en forma oportuna a la Oficina Administrativa, usted o sus Dependientes perderán el derecho de elegir la cobertura de COBRA.**

Usted o sus Dependientes también son responsables de notificar por escrito a la Oficina Administrativa sobre un segundo evento calificado, una determinación de discapacidad o el fin de la discapacidad (se explica en más detalle en "Extensiones de cobertura de COBRA").

Por último, debe notificar a la Oficina Administrativa sobre su jubilación o un cambio de dirección suyo o de un Dependiente, además de los cambios de estado civil o pareja de hecho. Debe guardar copias, para sus registros, de cualquier aviso que envíe a la Oficina Administrativa.

Obligación del Empleador de notificar a la Oficina Administrativa : Su Empleador es responsable de informar a la Oficina Administrativa la muerte de un Empleado. También debe presentar informes mensuales de las horas trabajadas, lo que permitirá a esta oficina determinar si se produjo un evento calificado que es la terminación del empleo o la reducción de horas de empleo. Sin embargo, para garantizar que se le notifiquen en forma oportuna sus derechos en virtud de COBRA, usted o su Dependiente también deben notificar a la Oficina Administrativa de inmediato y por escrito si se produce alguno de esos eventos para evitar confusión sobre el estado de su cobertura médica en caso de que haya una demora o un descuido en la transmisión de información del Empleador a la Oficina Administrativa.

D. Elección de cobertura de COBRA

Dentro de los 45 días después de que la Oficina Administrativa reciba un aviso oportuno de un evento calificado, proporcionará un aviso de elección de COBRA y un formulario de elección a los beneficiarios calificados. Este aviso contendrá información detallada sobre la cobertura de COBRA y su costo.

A cada beneficiario calificado se le ofrecerá la opción entre un plan de beneficios Core-Only (médico, de medicamentos recetados y MAP) y un plan de beneficios Core-Plus (Core-Only más odontológico y de la vista). No es necesario que todos los beneficiarios elegibles de una unidad familiar elijan el mismo plan de beneficios COBRA (Core-Only o Core-Plus). Sin embargo, todos deben estar en el mismo plan médico (Health Net o Kaiser) por el que eran elegibles el día anterior a que se produjera el evento calificado.

Cada beneficiario calificado puede cambiar de plan médico de la misma manera que los Empleados y Dependientes con cobertura activa del Plan (por ejemplo, durante la Inscripción Abierta). La cobertura de COBRA no incluye el Seguro de Vida ni los beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento.

Para elegir la cobertura de COBRA, usted o su Dependiente deben completar el formulario de elección y enviarlo a la Oficina Administrativa de acuerdo con las instrucciones en él y dentro de los 60 días después de lo último entre:

1. la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado; o
2. la fecha en que la Oficina Administrativa envía el aviso de elección.

Se considera que se realiza una elección en la fecha en que el formulario completado y firmado se envía por correo a la Oficina Administrativa. Si la cobertura de COBRA no se elige dentro de este período de elección de 60 días, se perderá el derecho a elegir la cobertura de COBRA.

Si un beneficiario calificado rechaza la cobertura de COBRA antes de la fecha de vencimiento del formulario de elección, puede cambiar de opinión siempre que envíe el formulario completado y firmado a la Oficina Administrativa antes de la fecha de vencimiento. Sin embargo, si un beneficiario calificado cambia de opinión después de rechazarla por primera vez, su cobertura de COBRA comenzará en la fecha en que se envíe el formulario de elección completado y firmado a la Oficina Administrativa.

Cada beneficiario calificado tiene un derecho independiente (es decir, aparte) para elegir la cobertura de COBRA. Por ejemplo, su cónyuge o pareja de hecho puede elegirla, incluso si usted no lo hace. La cobertura de COBRA puede elegirse solo para uno, varios o todos los hijos a cargo que sean beneficiarios calificados. Puede elegir la cobertura de COBRA en nombre de su cónyuge o pareja de hecho, y los padres pueden elegirla en nombre de sus hijos.

Al considerar si debe elegir la cobertura de COBRA, debería tener en cuenta que puede tener derechos especiales de inscripción según la ley federal. Tiene derecho a solicitar una inscripción especial en otro plan de salud grupal para el que sea elegible (por ejemplo, uno patrocinado por el Empleador de su cónyuge o pareja de hecho) dentro de los 30 días de terminada su cobertura del Fondo debido al evento calificado ya mencionado. También tendrá el mismo derecho de inscripción especial al final de la cobertura de COBRA si la obtiene por el tiempo máximo disponible para usted.

Si la Oficina Administrativa recibe un aviso relacionado con un evento calificado o una determinación de discapacidad con respecto a un Empleado o Exempleado, cónyuge o pareja de hecho, hijo a cargo, u otra persona, y determina que dicha persona no tiene derecho a la cobertura de COBRA, le proporcionará un aviso de denegación por escrito que contenga el motivo del rechazo.

E. Agregar Dependientes a la cobertura de COBRA

Si un Empleado tiene un hijo, o adopta o se le asigna un niño para adopción durante un período de cobertura de COBRA, el niño se convierte en un beneficiario calificado con derecho propio a la cobertura.

Por el contrario, un nuevo cónyuge o pareja de hecho o un hijo que no es recién nacido o adoptado del Empleado puede agregarse a la cobertura de COBRA, pero no es un beneficiario calificado con derechos independientes. Si la cobertura de COBRA del Empleado finaliza por algún motivo, la del nuevo cónyuge o pareja de hecho o hijo a cargo también lo hará.

Para agregar un Dependiente a la cobertura de COBRA, el afiliado debe notificar por escrito a la Oficina Administrativa dentro de los treinta (30) días de producido el nacimiento, la adopción, el matrimonio, el registro de la pareja de hecho u otro evento que condujo a la

adquisición del nuevo Dependiente. Es posible que deba presentar a la Oficina Administrativa un comprobante por escrito de que está a su cargo.

F. Requisitos de pago

Cada beneficiario calificado debe pagar el costo total de la cobertura de COBRA mediante una prima mensual a la Oficina Administrativa. Según lo dispuesto por ley federal, las primas mensuales de COBRA serán del 102 % (o 150 % en el caso de una extensión por discapacidad) del costo de la cobertura grupal para Empleados activos.

El primer pago de la prima de COBRA debe tener un sello postal dentro de los cuarenta y cinco (45) días de la fecha en que se eligió COBRA (fecha en la que se coloca el sello postal al formulario de elección completado y firmado, en caso de enviarse por correo a la Oficina Administrativa). El primer pago de COBRA debe incluir cualquier mes retroactivo a la fecha de finalización de la cobertura del Plan. Usted es responsable de asegurarse de que el monto del primer pago sea correcto. Puede comunicarse con la Oficina Administrativa para confirmar el monto correcto del primer pago. La cobertura de COBRA no será efectiva hasta que se reciba el primer pago.

Los pagos de las primas subsiguientes deben hacerse en forma mensual y vencen el primer día de cada mes para el que se desea la cobertura de COBRA (por ejemplo, el pago se debe hacer el 1 de enero para tener cobertura en enero). Si se realiza un pago mensual el primer día del mes al que se aplica, o antes, la cobertura de COBRA continuará durante ese mes sin interrupción. La Oficina Administrativa no enviará facturas mensuales ni avisos de advertencia de pagos vencidos para estos períodos de cobertura. Es su responsabilidad o la de sus Dependientes enviar los pagos requeridos a tiempo.

Hay un período de gracia de 31 días para realizar cada pago mensual de COBRA. Eso significa que cada pago mensual de COBRA debe tener el sello postal dentro de los treinta y un (31) días de producido el vencimiento. La cobertura de COBRA se proporcionará cada mes en que se realice el pago antes del final del período de gracia. Sin embargo, si hace un pago de COBRA mensual después del primer día del mes al que se aplica, pero antes del final del período de gracia del mes, su cobertura COBRA en virtud del Fondo se suspenderá a partir del primer día del mes y luego se restablecerá retroactivamente (volviendo al primer día del mes) cuando se reciba el pago mensual. Esto significa que cualquier reclamo que presente para obtener beneficios mientras su cobertura esté suspendida puede ser denegado y es posible que deba volver a presentarlo una vez que se restablezca su cobertura.

Todos los pagos para la cobertura de COBRA deben hacerse con cheque personal, cheque de caja o giro postal pagadero a Santa Monica UNITE HERE Health Benefit Trust Fund y remitirse a la Oficina Administrativa.

No se aceptará ninguna reclamación de beneficios a menos que se envíe en forma oportuna el pago de la prima para el período en que se incurrió en la reclamación. Tenga en cuenta que, si algún proveedor de atención de salud, como un médico o una farmacia, consulta sobre su elegibilidad, la ley exige que el Plan haga una divulgación completa sobre si el período de elección de COBRA ha expirado o no, o si se ha elegido pero aún no se ha pagado.

Si el pago de la cobertura de COBRA no se realiza en forma oportuna en su totalidad, perderá todos los derechos a esa cobertura en virtud del Plan desde el final del último mes para el que se realizó un pago correcto.

G. Extensiones de cobertura de COBRA

Hay tres formas en que se puede extender un período máximo de cobertura de COBRA de 18 meses.

Derecho a Medicare: Cuando el evento calificado es la terminación del empleo o la reducción de horas, y el Empleado obtuvo el derecho a Medicare menos de 18 meses antes del evento calificado, el período máximo de cobertura de COBRA para beneficiarios calificados que no sean el Empleado es de 36 meses después de la fecha de elegibilidad para Medicare. Por ejemplo, si un Empleado cubierto tiene derecho a Medicare 8 meses antes de la fecha en que termina su empleo, la cobertura de COBRA para su cónyuge o pareja de hecho e hijos puede durar hasta 36 meses después de la fecha de elegibilidad para Medicare, que es igual a 28 meses después de la fecha del evento calificado (36 meses menos 8 meses).

Discapacidad: Si, durante un período máximo de cobertura de COBRA de 18 meses, la Administración del Seguro Social (SSA) determina que un beneficiario calificado está discapacitado, él (y los familiares que también hayan elegido COBRA) puede tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del 60.º día de la cobertura de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período inicial de 18 meses de cobertura. Las primas de COBRA durante este período de extensión por discapacidad aumentarán al 150 % del costo de la cobertura grupal. Para calificar para esta extensión, usted o su Dependientes deben notificar por escrito a la Oficina Administrativa la determinación de la SSA dentro de los 60 días de tomada la determinación (o si el beneficiario calificado ya está discapacitado, dentro de los 60 días de pérdida la cobertura debido al evento calificado), pero antes del final del período inicial de cobertura de COBRA máximo de 18 meses. Este aviso escrito debe incluir la siguiente información: (i) nombre del Plan; (ii) nombre del Empleado; (iii) nombres de los Dependientes del Empleado; (iv) direcciones y números de teléfono del Empleado y sus Dependientes; (v) fecha de determinación de discapacidad de la SSA; y (vi) copia de la carta de determinación de la SSA. Esta extensión de discapacidad terminará si la SSA toma una determinación final de que el beneficiario calificado ya no se encuentra discapacitado antes del final del período de 11 meses. Si este es el caso, usted o su Dependientes deben notificar por escrito a la Oficina Administrativa dentro de los 30 días de tomada la determinación final de la SSA de que el beneficiario calificado ya no se encuentra discapacitado. El aviso debe contener la información mencionada en el párrafo anterior.

Segundo evento calificado: Si durante un período máximo de cobertura de COBRA de 18 meses se produce un segundo evento calificado como muerte, divorcio o separación legal del ex empleado, cese del estado de pareja de hecho o pérdida del estado de hijo a cargo según el Plan, la cobertura de COBRA para el cónyuge, la pareja de hecho o los hijos afectados puede extenderse hasta 36 meses. Estos eventos pueden ser un segundo evento calificado solo si hubieran hecho que el cónyuge, la pareja de hecho o los hijos perdieran la cobertura del Plan si el primer evento calificado no se hubiera producido. Para calificar para esta extensión, usted o su Dependientes deben notificar por escrito a la Oficina Administrativa el segundo evento calificado dentro de los 60 días de producido tal evento. El aviso escrito debe incluir la siguiente información: (i) nombre del Plan; (ii) nombre del Empleado; (iii) nombres de los Dependientes; (iv) direcciones y números de teléfono del Empleado y sus Dependientes; y (v) fecha y naturaleza del evento calificado. En la Oficina Administrativa también pueden pedirle que presente documentación de respaldo, como una sentencia de divorcio.

H. Finalización anticipada de la cobertura de COBRA

La cobertura de COBRA finalizará antes de que expire el período máximo de cobertura de COBRA de 18, 29 o 36 meses si se produce alguno de los siguientes eventos:

1. El pago requerido para la cobertura de COBRA no se remite en forma oportuna a la Oficina Administrativa (es decir, el monto total no tiene el sello postal el 31^{er} día después del vencimiento del pago).
2. Un beneficiario calificado recibe cobertura, después de elegir COBRA, en virtud de otro plan de salud grupal que no impone ninguna exclusión de afección preexistente por una del beneficiario calificado. (Nota: hay limitaciones a los planes que imponen una exclusión de afección preexistente y en general se prohibieron a partir de 2014 en virtud de la Ley de Atención Asequible).
3. Un beneficiario calificado tiene derecho a Medicare (partes A o B, o ambas) después de elegir la cobertura de COBRA (la de cualquier familiar que no esté cubierto por Medicare no se verá afectada).

4. El Empleador deja de realizar aportes al Fondo, pero proporciona otra cobertura de plan de salud grupal a sus Empleados.
5. La Administración del Seguro Social (SSA) determina que un beneficiario calificado ya no está discapacitado. Debe informar a la Oficina Administrativa dentro de los 30 días de tomada la determinación, en cuyo caso el período de cobertura de COBRA extendido terminará para todos los beneficiarios calificados cuya cobertura extendida derive de la discapacidad al final del mes en el cual la SSA toma su determinación.
6. Este Plan finaliza.

Además, puede terminarse por cualquier motivo por el cual el Plan rescindiría la cobertura de un Empleado o Dependiente que no recibe la cobertura de COBRA (como fraude).

Una vez que la cobertura de COBRA finaliza por cualquier motivo, no se puede restablecer. Además, el Plan no pagará una reclamación que se realice después de la fecha de finalización de la cobertura de COBRA.

Si la cobertura de COBRA termina antes de la fecha de expiración del período máximo de 18, 29 o 36 meses, la Oficina Administrativa enviará al beneficiario calificado afectado un aviso de terminación por escrito tan pronto como sea razonablemente posible después de que determine que la cobertura de COBRA finalizará. Dicha notificación contendrá lo siguiente: (i) razón de la finalización anticipada; (ii) fecha de finalización; y (iii) cualquier derecho que el beneficiario calificado pueda tener en virtud del Plan o de la ley vigente para elegir una cobertura grupal o individual alternativa, como un derecho de conversión.

D. Extensión de Cobertura según Cal-COBRA

La Ley de Reemplazo de Beneficios de Continuación de California (Cal-COBRA) complementa a la ley federal COBRA y exige que las HMO ofrezcan una extensión de la cobertura del plan de salud grupal por hasta 18 meses en ciertas circunstancias. Esto significa que es posible que pueda recibir hasta 36 meses de cobertura continua desde la fecha en que comenzó su cobertura de COBRA federal.

Esta extensión de Cal-COBRA solo está disponible para los afiliados de COBRA que:

- comenzaron a recibir cobertura federal COBRA a partir del 1 de enero de 2003;
- tienen un período de cobertura de COBRA federal máximo de menos de 36 meses; y
- han agotado tal cobertura federal.

La cobertura de Cal-COBRA solo incluye beneficios médicos y hospitalarios. Además, está sujeta al pago de primas directamente al plan HMO en el que está inscrito y puede costar hasta el 110 % (150 % para extensión por discapacidad) de la tarifa grupal correspondiente. Debe comunicarse con Health Net o Kaiser para obtener la prima requerida para continuar su cobertura con Cal-COBRA. Todos los demás términos y condiciones que se aplican a la cobertura federal de COBRA se aplican a la de Cal-COBRA.

La cobertura de Cal-COBRA no estará disponible si la federal de COBRA termina antes de que finalice el período de cobertura máxima de 18 o 29 meses o si usted o su cónyuge o excónyuge eran elegibles, pero no eligieron COBRA federal. Debe elegir la cobertura de Cal-COBRA mediante notificación escrita a Health Net o Kaiser dentro de los 30 días calendario antes de la fecha en que su cobertura federal de COBRA está programada para finalizar.

Consulte el folleto de evidencia de cobertura de Health Net o Kaiser para obtener más información sobre Cal-COBRA, incluidos detalles sobre lo que debe hacer para inscribirse en esta extensión especial. Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de Cal-COBRA, comuníquese directamente con Health Net o Kaiser.

E. Conversión del Seguro Médico

Cuando se ha agotado la cobertura extendida (ya sea COBRA o Cal-COBRA), usted o sus Dependientes cubiertos pueden tener derecho a pasar del plan grupal HMO del Fondo a una póliza de conversión individual con su HMO como se establece en la disposición de conversión médica de la póliza grupal. Si desea esta cobertura de conversión, comuníquese con Health Net o Kaiser apenas termine su cobertura continua, ya que solo tiene un tiempo limitado para solicitarla.

Usted y sus familiares también pueden tener opciones disponibles en virtud de la Ley de Atención Asequible en el mercado de seguros de salud. En general, solo puede inscribirse en la cobertura del mercado: (1) dentro de los 60 días de perder la cobertura del Plan (incluida la finalización de COBRA o Cal-COBRA); (2) durante un período de inscripción abierta anual del mercado; o (3) si califica para un período de Inscripción Especial debido a un evento de la vida como matrimonio o nacimiento de un hijo. Para obtener más información sobre las opciones de seguro de salud disponibles en un mercado de seguros de salud en California, o para solicitar cobertura, visite www.coveredca.com o llame al (800) 300-1506. Si vive fuera de California, puede obtener más información sobre las opciones de seguro de salud en www.healthcare.gov o en el teléfono (800) 318-2596.

XV. OTROS DERECHOS Y OBLIGACIONES EN VIRTUD DEL PLAN

F. Ley de Licencia Médica y Familiar (FMLA)

La Ley federal de Licencia por Motivos Médicos y Familiares (FMLA) en general requiere que los Empleadores cubiertos permitan a los Empleados elegibles tomar hasta 12 semanas de licencia no remunerada y con empleo protegido cada año (26 semanas en ciertas circunstancias). Se puede tomar por una de varias razones especificadas por la ley. Solicite detalles sobre la licencia FMLA a su Empleador. Las solicitudes de licencia FMLA deben dirigirse a su Empleador; la Oficina Administrativa no puede determinar si usted califica o no.

En la medida en que esta ley lo requiera, su Empleador debe continuar pagando su cobertura de salud en virtud del Plan durante cualquier licencia FMLA aprobada. Si su cobertura cesa durante la licencia FMLA (por ejemplo, porque optó por no continuar con la cobertura o no pagó su parte de las primas), puede reanudarla al regresar de la licencia en los mismos términos que se aplicaron antes de tomarla.

No tendrá derecho a cobertura de COBRA solo por tomar una licencia FMLA. Sin embargo, si no regresa a trabajar después de tomar una licencia FMLA, es posible que tenga derechos por COBRA, incluso si se niega a continuar su cobertura de salud según el Plan o no paga la prima por esa cobertura durante la licencia.

Si surge una controversia entre usted y su Empleador respecto de su elegibilidad para la licencia FMLA, se le permitirá continuar su cobertura de salud en virtud de COBRA. Si la controversia se resuelve a su favor, la Oficina Administrativa obtendrá los aportes requeridos por la FMLA de su Empleador y le reembolsará los pagos correspondientes de la prima de COBRA. Si su Empleador continúa su cobertura en virtud del Plan durante una licencia FMLA y usted no regresa a trabajar, es posible que deba pagarle todos los aportes realizados al Plan por su cobertura de salud durante la licencia.

G. Servicio Militar (USERRA)

En virtud de la ley federal de Derechos de Empleo y Recontratación de Servicios Uniformados (USERRA), los Empleados cubiertos pueden pagar una extensión temporal de la cobertura de salud en virtud del Plan a tarifas grupales para ellos y sus Dependientes cubiertos si de otro modo perderían la cobertura debido al servicio del Empleado en las fuerzas uniformadas.

Esta extensión de cobertura ("cobertura de USERRA") puede durar hasta 24 meses, a partir de la fecha de ausencia del Empleado para prestar servicios militares.

Una persona que elige la cobertura USERRA puede estar obligada a pagar la totalidad o parte del costo de ella. Si presta servicio en las fuerzas armadas durante menos de 31 días, pagará el mismo monto por la cobertura que paga normalmente. Si su servicio supera los 30 días, el monto cobrado no puede superar el 102 % del costo del Plan por proporcionar la cobertura.

La cobertura de USERRA puede finalizar antes del vencimiento del período de 24 meses si:

1. el Empleado no paga las primas requeridas a tiempo;
2. no se vuelve a presentar al trabajo ni solicita la recontratación de manera oportuna luego de completar el servicio militar;

3. pierde los derechos de USERRA como resultado de ciertos tipos de conducta, incluidos despidos del tribunal militar y baja deshonrosa;
4. el Empleador ya no brinda cobertura de salud grupal a ninguno de sus Empleados.

Los Empleados cubiertos tienen derecho a que su cobertura de salud en virtud del Plan se restablezca de acuerdo con USERRA si: (1) la cobertura terminó como resultado del servicio militar; (2) se recontracta a los Empleados luego de la finalización de dicho servicio dentro de los plazos requeridos por USERRA; y (3) se cumplen otros requisitos.

Para obtener más información sobre la cobertura de USERRA, incluidos su elección y los montos y plazos de pago, comuníquese con la Oficina Administrativa.

H. Empleados activos y Dependientes Elegibles para Medicare (beneficios odontológicos, Seguro de Vida y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento, no afectados)

Los beneficiarios de Medicare pueden elegir conservar o cancelar la cobertura médica, incluidos los beneficios de medicamentos recetados, en virtud de este Plan.

- Si usted o uno de sus Dependientes elige retener la cobertura de su Plan, su cobertura del Fondo en general será primaria y continuará brindándole la misma cobertura provista a otros Empleados activos y sus Dependientes cubiertos. Luego, Medicare puede proporcionar cobertura adicional o secundaria.
- Si usted o un Dependiente elegible de Medicare desea que ese sea el seguro primario, usted o esa persona pueden elegir cancelar su cobertura médica del Fondo, y Medicare será el seguro primario. Sin embargo, si realiza esta elección, no tendrá ninguna cobertura médica de este Plan (incluidos beneficios de medicamentos recetados y visión). La única cobertura que puede conservar de este Plan es el seguro de vida, los beneficios por muerte accidental y desmembramiento, y el seguro dental.

La elección de retener o cancelar la cobertura médica del Plan es su exclusiva responsabilidad. Ni el Fondo ni su Empleador proporcionarán consideración, incentivo ni beneficio alguno para alentar la cancelación de la cobertura del Plan. Si usted es el Empleado cubierto y cancela su cobertura médica del Plan, sus Dependientes también la perderán.

Nota: La cancelación voluntaria de la cobertura del Plan no constituye un evento calificado para COBRA. Por lo tanto, si un beneficiario de Medicare cancela en forma voluntaria la cobertura de su Plan (por ejemplo, durante la Inscripción Abierta), no tendrá derecho a la cobertura de COBRA, ya que elegir cancelar la cobertura del Plan no es un evento calificado de COBRA.

SI ELIGE MEDICARE COMO SU COBERTURA PRIMARIA, DEBE PRESENTAR AL PLAN UNA DECLARACIÓN ESCRITA EN LA QUE RECHAZA SU COBERTURA DEL PLAN A FAVOR DE MEDICARE. ENTIENDA QUE NO OBTENDRÁ VENTAJA ALGUNA DEL FONDO POR TOMAR ESTA DECISIÓN.

I. Órdenes Calificadas de Manutención Médica Infantil (QMCSO)

La ley federal requiere que el Plan, en ciertas circunstancias, cumpla con los términos de una orden calificada de manutención médica infantil (QMCSO) y proporcione cobertura continua de atención médica para sus hijos Dependientes. Una QMCSO es una orden, decreto, sentencia o aviso administrativo (incluido un acuerdo de conciliación) emitido por un tribunal de jurisdicción competente o por una agencia administrativa autorizada para emitir órdenes de manutención de menores según la ley estatal, que cumple con los requisitos de la Sección 609 de ERISA.

Si la Oficina Administrativa recibe una QMCSO, los niños identificados en ella se inscribirán en el Plan como sus Dependientes, siempre que sean elegibles para la cobertura del Plan. El padre con custodia del niño, el tutor legal o una agencia estatal pueden solicitar la cobertura del Plan, incluso si usted no lo hace.

Cualquier pago que el Plan realice por los beneficios en virtud de la QMCSO como reembolso de gastos pagados por el niño o el padre o madre con custodia o tutor legal debe hacerse al destinatario alternativo o al padre o madre con custodia o tutor legal. Cualquier pago de ese tipo realizado al padre o madre con custodia o al tutor legal o a un funcionario de un estado o su subdivisión política (cuyo nombre y dirección se utilizan para la dirección de un destinatario alternativo) se considerará el pago de beneficios para el destinatario alternativo.

Si tiene alguna pregunta sobre alguno de estos requisitos, comuníquese con la Oficina Administrativa.

J. Ley de Derechos de la Mujer respecto de la Salud y el Cáncer de 1998

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. En mujeres que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta entre el médico tratante y el paciente, para:

- todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- prótesis; y
- tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles, coseguros y copagos correspondientes a otros beneficios médicos y quirúrgicos previstos en el Plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a su HMO o a la Oficina Administrativa.

K. Estadía en el Hospital después del Parto

Según la Ley de Protección de la Salud de Recién Nacidos y Madres de 1996, no se pueden restringir los beneficios de ninguna estadía en hospital relacionada con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, les dé el alta antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, el Plan no puede, en virtud de la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del Plan para indicar una estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

L. Aviso de Protecciones al Paciente y Elección de Proveedores (Health Net)

Para los afiliados al Plan Health Net que viven en California: El Plan Health Net por lo general requiere la designación de un Proveedor de Atención Primaria ("PCP"). Tiene derecho a designar a cualquier PCP que participe en la red Salud HMO y Mas y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Hasta que realice esa designación, Health Net designa uno para usted. Para obtener información sobre cómo seleccionar un PCP, y para obtener una lista de los Médicos de Atención Primaria participantes, llame a Health Net al (800) 522-0088 o llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net. También puede visitar el sitio web de Health Net en www.healthnet.com.

Para los niños, puede designar a un pediatra como PCP.

No necesita autorización previa de Health Net ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de la red Salud HMO y Mas con esas especialidades. Sin embargo, se puede exigir al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para determinados servicios, de acuerdo con un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes que se especializan en obstetricia o ginecología, llame a Health Net al (800) 522-0088 o llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de Health Net.

Para afiliados al Plan Health Net que viven en México: Los afiliados de Health Net que viven en México no necesitan seleccionar un PCP y pueden visitar a cualquier proveedor de la red SIMNSA.

M. Aviso de Protecciones al Paciente y Elección de Proveedores (Kaiser)

Para afiliados de Kaiser Permanente: Los médicos personales brindan atención primaria y tienen una función importante en la coordinación de la atención, incluidas hospitalizaciones y derivaciones a especialistas.

Kaiser Permanente lo alienta a elegir un médico personal. Puede elegir cualquiera que esté disponible. Los padres pueden elegir un pediatra como médico personal para su hijo. La mayoría de los médicos personales son de atención primaria (generalistas en medicina interna, pediatría o medicina familiar, o especialistas en obstetricia o ginecología a quienes el grupo médico designa como médicos de atención primaria). Algunos especialistas que no están designados como médicos de atención primaria, pero que también brindan esta atención, pueden estar disponibles como médicos personales. Por ejemplo, algunos especialistas en medicina interna y obstetricia o ginecología que no están designados como médicos de atención primaria pueden estar disponibles como médicos personales.

Para obtener información sobre cómo seleccionar un médico personal, consulte el folleto, Primeros Pasos o Su Guía, o bien, llame al centro de Atención al Cliente de Kaiser. Puede encontrar un directorio de médicos del plan en el sitio web de Kaiser: kp.org. Para obtener una lista actual de médicos disponibles como médicos personales, llame al departamento de selección de médicos personales al número de teléfono que figura en el folleto primeros pasos o su guía. Puede cambiar de médico personal por cualquier motivo.

No necesita derivación ni autorización previa de ninguna persona (incluido un médico personal) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de Kaiser dentro de la red con esas especialidades. Sin embargo, se puede exigir al profesional de la salud que cumpla con ciertos procedimientos, incluida la obtención de autorización previa para determinados servicios, de acuerdo con un plan de tratamiento previamente aprobado o procedimientos para realizar derivaciones. Consulte su evidencia de cobertura para obtener más información.

N. Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA)

La Ley de No Discriminación por Información Genética (GINA) prohíbe a Empleadores y otras entidades cubiertas por su título II, solicitar o requerir información genética de una persona o un familiar, excepto cuando lo permita esta ley en forma específica. Es "información genética", según la definición de la GINA, el historial médico familiar de una persona, los resultados de sus pruebas genéticas o los de un familiar, el hecho de que hayan buscado o recibido servicios genéticos e información genética de un feto portado por un persona o un familiar o un embrión mantenido legalmente por una persona o un familiar que recibe servicios de reproducción asistida.

XVI. PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIONES Y APELACIONES

A los fines de estos procedimientos de reclamaciones y apelaciones, se usa "usted" para referirse a cualquier Participante cubierto en el Plan (es decir, Empleados cubiertos y Dependientes cubiertos).

O. Aplicabilidad

- A. Estos procedimientos de reclamaciones y apelaciones se aplican a lo siguiente:
- reclamaciones y apelaciones de beneficios de Seguro de Vida y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento provistos por el Plan;
 - controversias relacionadas con determinaciones de elegibilidad que no están relacionadas con ninguna reclamación específica para un beneficio del Plan y que no son rescisiones, incluidas apelaciones relacionadas con elegibilidad para cobertura del Plan (incluida cobertura de COBRA);
 - controversias relacionadas con rescisiones de la cobertura del Plan que no se relacionan con ninguna reclamación específica para un beneficio del Plan;
 - denegaciones de reclamaciones que involucran una determinación de discapacidad según el Artículo II, Sección 8 de esta SPD (para "Elegibilidad extendida para crédito por discapacidad").
- B. Estos procedimientos **no** se aplican a beneficios médicos proporcionados por el Fondo en el marco del Programa MLK. Todas las reclamaciones, apelaciones, solicitudes voluntarias de revisión de segundo nivel y solicitudes de revisión externa sobre beneficios médicos proporcionados en el Programa MLK deben enviarse a Design Benefits Administrators (DBA); se procesarán de acuerdo con los procedimientos de reclamaciones y apelaciones del Programa MLK, que se establecen en el Artículo IV de este folleto.
- C. Estos procedimientos **tampoco** se aplican a los siguientes beneficios:
- beneficios médicos proporcionados en virtud de los Planes Health Net o Kaiser HMO;
 - beneficios médicos proporcionados por el Programa MLK;
 - beneficios de medicamentos recetados proporcionados por Express Scripts;
 - seguro dental proporcionado por United Concordia o Delta Dental;
 - beneficios del Programa de Asistencia para Miembros (MAP) proporcionados mediante Beacon Health Options.

Las reclamaciones (y apelaciones) para estos beneficios deben presentarse a la organización (en general la HMO o la compañía de seguros) que proporciona el beneficio y se procesarán de acuerdo con los procedimientos de esa organización, que se describen en documentos aparte que ellos emiten. Para obtener los procedimientos de reclamaciones y apelaciones, comuníquese con la organización (o la Oficina Administrativa para obtener ayuda). Por ejemplo, si está inscrito en Health Net, se debe presentar una apelación para beneficios médicos a Health Net y se procesará de acuerdo con los procedimientos de reclamaciones y apelaciones de Health Net, que se pueden obtener al llamar por teléfono a su Departamento de Atención al Cliente.

10. Normas Generales

¿Qué es una reclamación? Es una solicitud de beneficios presentada por usted o su representante autorizado de acuerdo con estos procedimientos de reclamaciones y apelaciones. Una reclamación no es: (1) una simple solicitud de información sobre los beneficios del plan; o (2) una controversia relacionada con la elegibilidad para beneficios del plan, incluida la cobertura de COBRA, que no está relacionada con ninguna reclamación específica.

Representante autorizado. Puede designar un "representante autorizado" para que actúe en su nombre al presentar una reclamación o apelación o al solicitar una revisión externa. Su designación debe hacerse por escrito en un formulario aceptable para la Junta de Fideicomisarios y presentarse a la Oficina Administrativa. La designación de un representante autorizado será válida hasta que se revoque o caduque. Para revocar una designación en cualquier momento, presente una solicitud escrita en la Oficina Administrativa. *Cualquier referencia a "usted" en estos procedimientos de reclamaciones y apelaciones también incluye a su representante autorizado designado.*

Requisito de agotar los procedimientos internos de reclamaciones y apelaciones del Plan. Debe agotar los procedimientos internos de reclamos y apelaciones del programa MLK antes de presentar una acción civil según la Sección 502 (a) de la ERISA contra el Fondo o la Junta de Fideicomisarios. Esto significa que antes de que pueda emprender acciones legales, debe seguir todos los procedimientos vigentes para presentar una reclamación interna y una apelación como se describe en este documento.

Si no se siguen los procedimientos. Si el Plan no sigue sustancialmente estos procedimientos para reclamaciones y apelaciones, y no corrige el error, se considerará que usted ha agotado los recursos administrativos disponibles en virtud del Plan y tendrá derecho a buscar cualquier recurso disponible según la Sección 502 (a) de la ERISA.

Limitación a cuándo se puede presentar una demanda. No puede iniciar una demanda ni otra acción legal para obtener beneficios del Plan hasta después de que se hayan agotado todos los procedimientos administrativos (incluido el agotamiento real o estimado de los procedimientos de reclamaciones y apelaciones de este Plan), para cada asunto pertinente a una reclamación de beneficios según el Plan. Sin embargo, no está obligado a agotar el proceso de revisión externa del Plan antes de buscar un recurso judicial para reclamaciones que involucren una rescisión.

No se puede entablar una demanda después de tres (3) años de finalizado el año en que se prestaron los servicios.

Autoridad de la Junta. La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho absoluto, a su entero criterio, a tomar determinaciones fácticas relacionadas con reclamaciones de beneficios e interpretar los términos de este Plan.

11. Beneficios del Seguro de Vida y Seguro por Muerte Accidental y Desmembramiento

Los siguientes procedimientos de reclamaciones y apelaciones se aplican a las reclamaciones de Seguro de Vida y beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento provistos directamente por el Fondo, que se describen en los Artículos XII y XIII de esta SPD.

A. Presentación de una reclamación

Para hacer una reclamación, usted o su beneficiario deben presentar una solicitud por escrito de un beneficio a la Oficina Administrativa, junto con cualquier documentación de respaldo requerida (como un certificado de defunción). Las reclamaciones para los

beneficios del seguro de vida deben presentarse dentro de un año después de la fecha de fallecimiento. Las reclamaciones por beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento deben presentarse dentro de un año a partir de la fecha de la pérdida resultante del accidente. Se denegarán las reclamaciones presentadas después de estos plazos. Una Reclamación se considera presentada en la fecha en que la recibe la Oficina administrativa (o en la fecha del sello postal, si se envía por correo a la Oficina administrativa a través del Servicio Postal de los Estados Unidos), independientemente de si contiene toda la información necesaria para tomar una decisión.

B. Procesamiento de una reclamación

Se le notificará, por escrito, la decisión del Plan dentro de los 90 días de presentada su reclamación. Este período puede extenderse hasta 90 días adicionales en circunstancias especiales que requieran una extensión para el procesamiento. Se le notificará la extensión antes de que se tome, su motivo y la fecha en que se espera una decisión. Siempre puede permitir que el Plan tome más tiempo para procesar su reclamación.

Si se rechaza su reclamación, en forma total o parcial, recibirá un aviso de denegación en el que: (a) se indican los motivos específicos de la denegación; (b) se hace referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la denegación; (c) se describe cualquier material o información adicionales necesarios para que usted mejore su reclamación y explique por qué es necesario el material o la información; (d) se describen los procedimientos internos de apelación del Plan, incluidos los límites de tiempo aplicables a dichos procedimientos y la información sobre cómo presentar una apelación; (e) se declara que tiene derecho a recibir, previa solicitud, acceso libre a los documentos pertinentes, y copias, para su reclamación; y (f) se afirma su derecho a entablar una acción civil según la Sección 502 (a) de la ERISA después de la denegación de su apelación.

C. Presentación de una apelación

Si cree que se le ha denegado un beneficio en forma incorrecta, o si recibió un beneficio menor que aquel al que tiene derecho, puede presentar una solicitud por escrito a la Junta de Fideicomisarios y solicitar una revisión de la denegación (esto se denomina "apelación").

Su apelación debe presentarse ante la oficina administrativa dentro de los 180 días de recibido el aviso de denegación por escrito. Una apelación se considera presentada en la fecha en que la recibe la Oficina administrativa (o en la fecha del sello postal, si se envía por correo a la Oficina administrativa a través del Servicio Postal de los Estados Unidos), independientemente de si contiene toda la información necesaria para tomar una decisión.

Su apelación debe ser por escrito e incluir su nombre, dirección postal y número de teléfono, y la base de su apelación. Puede enviar cualquier comentario escrito, documentos, registros, evidencia, testimonio y otra información relacionada con su reclamación para respaldar su apelación. Se le proporcionará, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente para su reclamación, y copias de ellos.

D. Procesamiento de una apelación

Su apelación recibirá una revisión completa y justa de la Junta de Fideicomisarios. La Junta considerará todos los comentarios escritos, documentos, registros, evidencia, testimonio y otra información presentada por usted que se relacione con su reclamación, independientemente de si se presentó o consideró en la revisión inicial. No tiene derecho a comparecer en persona ante la Junta. La Junta ejercerá su discreción y autoridad

fundamentadas para crear, interpretar y aplicar las normas del Plan, y resolver cualquier apelación. La decisión de la Junta será concluyente y vinculante para todas las personas y para todos los propósitos.

Su apelación se decidirá en la reunión de la Junta que se realice al menos 30 días después de la fecha de presentación de la apelación. El tiempo para decidir su apelación puede extenderse a la tercera reunión después de que se presente la apelación en el caso de que circunstancias especiales requieran una extensión de tiempo para el procesamiento o más tiempo si se le solicita que envíe la información necesaria para tomar una decisión sobre la apelación. Se le notificará la extensión antes de que se tome, su motivo y la fecha en que se espera una decisión. Si se le solicita que envíe información necesaria para resolver la apelación, se le otorgarán al menos 45 días para responder, y el tiempo para la decisión de la Junta se suspenderá desde la fecha de la notificación de extensión hasta la respuesta o el vencimiento establecido por la Junta, lo que suceda primero. Puede aceptar en forma voluntaria extender el tiempo para que la Junta procese su reclamación. Recibirá una notificación por escrito de la decisión dentro de los 5 días de que la Junta tome su decisión.

Si se rechaza su reclamación en una apelación, recibirá un aviso de denegación en el que: (a) se indiquen los motivos específicos de la denegación; (b) se haga referencia a las disposiciones específicas del Plan en las que se basa la denegación; (c) se declare que tiene derecho a recibir, previa solicitud y sin cargo, acceso razonable a todos los documentos, registros y otra información pertinente para su reclamación, y copias; y (d) se afirme su derecho a iniciar una acción en virtud de la Sección 502 (a) de la ERISA.

12. Controversias sobre Determinaciones de Elegibilidad

Si cree que a usted o sus Dependientes se les ha denegado la inscripción o la elegibilidad para cualquier beneficio del Plan de manera incorrecta, pero no tiene una reclamación por un beneficio específico y no ha habido una rescisión de la cobertura (como se define en el Artículo II, Sección 12), puede enviar por escrito a la Junta de Fideicomisarios una solicitud de revisión de la denegación (esto se denomina "apelación").

Se aplicarán los procedimientos de apelación correspondientes al Seguro de Vida y beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento, ya establecidos en las Secciones 3.A ("Presentación de una apelación") y 3.B ("Procesamiento de una apelación") de este Artículo XVI, excepto que tiene 60 días después de recibir un aviso de denegación por escrito para presentar su apelación ante la Oficina Administrativa, y se le proporcionará un aviso por escrito de la decisión dentro de los 20 días de tomada la decisión de la Junta.

13. Controversias sobre Rescisiones de Cobertura

Si cree que la cobertura del Plan para usted o su Dependientes se ha rescindido de manera indebida (es decir, finalizó en forma retroactiva) según la Sección 12 del Artículo II de esta SPD, puede enviar una solicitud por escrito a la Junta de Fideicomisarios para que revise la rescisión.

A. Procedimientos adicionales para rescisiones

Se aplicarán los procedimientos de apelación correspondientes al Seguro de Vida y beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento, establecidos en las Secciones 3.C ("Presentación de una Apelación") y 3.D ("Procesamiento de una Apelación") de este Artículo XVI, sujeto a las siguientes excepciones:

- i. su apelación debe presentarse dentro de los 180 días de recibido el aviso de rescisión por escrito;

- ii. se le proporcionará en forma automática y sin cargo lo siguiente: (a) cualquier evidencia nueva o adicional considerada, consultada o generada en relación con la decisión de rescindir su cobertura; y (b) cualquier razón nueva o adicional para una denegación de la apelación. Esta información se proporcionará lo antes posible, con tiempo suficiente antes de que se tome la decisión sobre la apelación, para que tenga oportunidad razonable de responder antes de que se tome una decisión final. Si corresponde, se le proporcionará, previa solicitud y en forma gratuita, la identidad de cualquier experto médico o vocacional cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan en relación con la decisión de rescindir su cobertura, independientemente de si se basó la determinación en esta opinión o no.
- iii. La Junta de Fideicomisarios, que no es la entidad que tomó la decisión inicial de rescindir su cobertura ni está subordinada a ella, tomará una determinación independiente y no tendrá en cuenta la revisión inicial.
- iv. La decisión de la Junta será concluyente y vinculante para todas las personas y para todos los propósitos, excepto en la circunstancia limitada de que su disputa se someta al proceso de revisión externa, en cuyo caso será definitiva la decisión de la organización de revisión independiente (IRO).
- v. El aviso de denegación de apelación también incluirá lo siguiente: (a) una declaración de su derecho a solicitar una revisión externa por parte de una organización independiente, incluida una descripción del proceso de revisión externa; (b) una declaración de la disponibilidad e información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor o defensor del pueblo del seguro de salud vigente establecida en virtud de la Ley de Atención Asequible para ayudar a las personas en el proceso de revisión externa; y (c) una declaración de su derecho a iniciar una acción civil según la Sección 502 (a) de la ERISA después de la denegación de su solicitud de apelación o según el proceso de revisión externa del Plan.

B. Recurso después del rechazo a la apelación

Si se rechaza su apelación, en forma total o parcial, tiene las siguientes opciones: (i) puede presentar su controversia al proceso de revisión externa; (ii) puede presentar una acción según la Sección 502 (a) de la ERISA; o (iii) puede presentar una acción según la Sección 502 (a) de la ERISA después de agotar el proceso de revisión externa.

C. Revisión externa

La revisión externa la realiza una organización de revisión independiente ("IRO") acreditada que no está relacionada con el Plan ni la Junta de Fideicomisarios. Cuando solicita una revisión externa de una rescisión, el Plan entregará toda la información relacionada a la IRO que realiza la revisión externa. Solicitar una revisión externa es sin cargo.

Para solicitar una revisión externa de la decisión del Plan de rescindir su cobertura, debe enviar una solicitud por escrito a la Oficina Administrativa dentro de los 4 meses de recibido el aviso de denegación de la apelación (o, si aún no se ha tomado una decisión sobre la apelación porque se considera que ha agotado los recursos administrativos disponibles en virtud del Plan, dentro de los 4 meses de recibida la notificación de rescisión).

Cuando reciba su solicitud, la Oficina Administrativa realizará una revisión preliminar para determinar si su solicitud es elegible para una revisión externa, y le notificará por escrito su determinación dentro de los 6 días hábiles.

Si lo es, la asignará a una IRO. Ellos le notificarán por escrito la elegibilidad y aceptación de la solicitud de realizar una revisión externa.

La Oficina Administrativa proporcionará a la IRO todos los documentos e información que se consideraron en relación con la rescisión dentro de los 5 días hábiles de asignarle su solicitud de revisión externa. Si la Oficina Administrativa no cumple con este requisito, la IRO puede terminar la revisión externa y revertir la decisión del Plan, en cuyo caso notificarán a usted y a la Oficina Administrativa dentro de un día hábil después de tomar su decisión.

Dentro de los 10 días hábiles de recibida la notificación de la IRO, puede enviarles información adicional por escrito sobre la controversia, que la IRO considerará al realizar su revisión y enviará a la Oficina Administrativa dentro de un día hábil. Al recibir la información adicional, la Junta de Fideicomisarios (o el Comité de Apelaciones) puede reconsiderar su decisión de rescindir su cobertura. Tal reconsideración, sin embargo, no retrasará la revisión externa. Si, al finalizar la reconsideración, la Junta de Fideicomisarios (o el Comité de Apelaciones) revoca su decisión, les enviará un aviso por escrito a usted y a la IRO dentro de un día hábil. Al recibir ese aviso, la IRO terminará su revisión externa;

la IRO revisará toda la información y los documentos recibidos de manera oportuna. Además, pueden considerar información adicional apropiada. Al llegar a una decisión, la IRO revisará la determinación de los Fideicomisarios como si fuera nueva y no estará sujeta a ninguna decisión o conclusión alcanzada durante los procedimientos internos de reclamaciones y apelaciones del Plan. Sin embargo, la IRO estará obligada a observar los términos del Plan, a menos que sean incompatibles con la ley vigente.

La IRO les notificará por escrito a usted y a la Oficina Administrativa su decisión dentro de los 45 días de recibida su solicitud de revisión externa. El aviso de la IRO contendrá lo siguiente: (a) una descripción general del motivo de la solicitud de revisión externa; (b) la razón de la denegación anterior; (c) la fecha en que recibió la solicitud y la fecha de su decisión; (d) referencias a la evidencia o documentación considerada para tomar su decisión, incluidas las disposiciones de cobertura específicas y los estándares basados en evidencia; (e) un análisis de los motivos principales de la decisión, incluida la justificación de su decisión; (f) una declaración de que la determinación es vinculante, excepto en la medida en que la disputa se someta a un arbitraje vinculante de conformidad con la ley estatal vigente; y (g) la información de contacto actual, incluido el número de teléfono, de cualquier oficina de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo vigente establecida en virtud de la Ley de Atención Asequible para ayudar en los procesos de revisión externa.

Si la IRO revoca la decisión del Plan de rescindir su cobertura, el Plan proporcionará cobertura al recibir la notificación. Si confirma la rescisión del Plan, usted puede iniciar una acción en virtud de la Sección 502 (a) de la ERISA.

14. Reclamaciones denegadas que involucran una determinación de discapacidad

Si cree que rechazaron su reclamación porque se le negaron indebidamente créditos por discapacidad según el Artículo II, Sección 8 de esta SPD ("Elegibilidad extendida por crédito por discapacidad"), se aplicarán los procedimientos de reclamaciones y apelaciones aplicables al Seguro de Vida y beneficios por Muerte Accidental y Desmembramiento, establecidos en la Sección 3 de este Artículo XVI, sujetos a las siguientes excepciones:

- A. la apelación descrita en la Sección 3.C de este Artículo XVI ("Presentación de una apelación") debe presentarse dentro de los 180 días de recibido el aviso de denegación.

- B. El procedimiento de revisión de la apelación descrito en la Sección 3.D de este Artículo XVI ("Procesamiento de una apelación"): (a) no tendrá ninguna deferencia a la determinación adversa inicial y proporcionará una revisión realizada por un fiduciario designado apropiado del Plan, que no sea la persona que realizó la determinación inicial de beneficios adversa ni el subordinado de esa persona; (b) en denegaciones basadas en juicio médico, incluirá la consulta con un profesional de la salud con capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado, a quien no se haya consultado en relación con la denegación inicial, y que no sea subordinado de esa persona; (c) proporcionará, previa solicitud, la identificación de cualquier experto médico o vocacional cuyo asesoramiento se obtuvo en nombre del Plan; y (d) proporcionará, en forma gratuita y con suficiente antelación a la fecha de denegación, cualquier evidencia nueva o adicional considerada, utilizada o generada por el Plan en relación con la reclamación o cualquier razón nueva o adicional para la denegación.
- C. El aviso de denegación de apelación descrito en la Sección 3.D de este Artículo XVI ("Procesamiento de una apelación") incluirá la siguiente información adicional: (a) un análisis de la decisión, incluida una explicación del fundamento para el desacuerdo con cualquier determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social, o las opiniones de profesionales de la salud o vocacionales presentados por usted u obtenidos por el Plan; (b) si la denegación se basa en una necesidad médica o un tratamiento experimental o exclusión o un límite similar, una declaración de que se proporcionará una explicación del criterio científico o clínico para la determinación, según los términos del Plan y sus circunstancias médicas, que se le proporcionará a usted, previa solicitud y sin cargo; y (c) las normas internas específicas, pautas, protocolos, estándares o criterios similares del Plan utilizados para realizar la determinación adversa o, como alternativa, una declaración de que tal información no existe.

XVII. DISPOSICIONES GENERALES E INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN

P. Nombre del Plan

El nombre del plan es Plan de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica.

15. Nombre y Dirección de la Junta de Fideicomisarios

Board of Trustees of the Santa Monica UNITE HERE Health Benefit Plan
c/o Benefit Programs Administration
1200 Wilshire Blvd., Fifth Floor
Los Angeles, California 90017
(866) 345-5189 o (562) 463-5075
www.santamonicauniteherefunds.org

Se puede obtener una lista completa de los Empleadores y organizaciones de Empleados que patrocinan el Plan, o información sobre si un Empleador en particular o una organización de Empleados auspician el Plan (y, de ser así, la dirección), mediante solicitud por escrito a la Oficina Administrativa.

16. Número de Identificación de Empleador

El número de identificación de contribuyente asignado al Plan por el Servicio de Impuestos Internos es EIN 95-6035138. El número del plan es 501.

17. Tipo de Plan

Es un Plan de beneficios de asistencia social que brinda beneficios médicos, de medicamentos recetados, odontológicos, oftalmológicos, Programa de Asistencia para Miembros, seguro de vida, y beneficios por muerte accidental y desmembramiento.

18. Tipo de Administración

La Junta de Fideicomisarios ha contratado a aseguradoras y a un administrador externo para llevar a cabo las operaciones diarias del Plan.

Algunos beneficios del Plan se brindan mediante contrato o seguro con los siguientes proveedores de servicios:

Para beneficios médicos

Health Net of California, Inc.
PO Box 9103
Van Nuys, CA 91410
(800) 522-0088

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
3100 Thorton Ave.
Burbank, CA 91504
(818) 557-3968

Para beneficios de medicamentos recetados de venta minorista

Express Scripts Claims Dept.
STL – 1409
P.O. Box 63166
St. Louis, MO 63166

Para beneficios de medicamentos recetados por correo

Express Scripts, Inc.
P.O. Box 66568
St. Louis, MO 63166
(800) 606-5667

Para seguro odontológico

United Concordia Companies
21700 Oxnard Street, Suite 500
Woodland Hills, CA 91367
(818) 710-9400

Delta Dental
P.O. Box 997330
Sacramento, CA 95899-7330
(800) 765-6003

Para beneficios del Programa de Asistencia para Miembros (MAP)

Beacon Health Options, Inc.
P.O. Box 6065
Cypress, CA 90630-0065
(888) 479-6606

19. Nombre, Dirección y Número de Teléfono del Administrador del Plan

Board of Trustees of the Santa Monica UNITE HERE Health Benefit Trust Fund
c/o Benefit Programs Administration
1200 Wilshire Blvd., Fifth Floor
Los Angeles, CA 900171906
(866) 345-5189 o (562) 463-5075

20. Nombre y Dirección del Representante para Notificaciones Legales

La Junta de Fideicomisarios ha designado al siguiente como representante para notificaciones de documentos legales:

Sr. Lance Phillips
1200 Wilshire Blvd., Fifth Floor
Los Angeles, CA 90017-1906

Las notificaciones legales también pueden realizarse a un fideicomisario del Administrador del Administrador del Plan o el administrador del Administrador del Plan.

21. Nombres y Direcciones de los Fideicomisarios

Fideicomisarios del Empleador

Teri Serrano
c/o Benefit Programs Administration
1200 Wilshire Blvd., Fifth Floor
Los Angeles, California 90017

Yohanys Lamas Castro
c/o Benefit Programs Administration
1200 Wilshire Blvd., Fifth Floor Los
Angeles, California 90017

Fideicomisarios del Sindicato

Kurt Petersen
UNITE-HERE Local 11
464 S. Lucas Avenue, Suite 201
Los Angeles, CA 90017

Tom Walsh
UNITE-HERE Local 11
464 S. Lucas Avenue, Suite 201
Los Angeles, CA 90017

Austin Lynch
UNITE-HERE Local 11
464 S. Lucas Avenue, Suite 201
Los Angeles, CA 90017

Karine Mansoorian
(Fideicomisario suplente) UNITE-HERE Local 11
464 S. Lucas Avenue, Suite 201
Los Angeles, CA 90017

22. Convenios Colectivos de Trabajo

El Plan se mantiene de conformidad con uno o más Convenios Colectivos de Trabajo. Previa solicitud por escrito, la Oficina Administrativa informará a un Empleado o Dependiente si un Empleador en particular ha celebrado un Convenio Colectivo de Trabajo que requiera aportes al Fondo. Los Empleados y sus Dependientes pueden obtener copias de cualquier Convenio Colectivo de Trabajo previa solicitud por escrito a la Oficina Administrativa; el convenio mencionado estará disponible para su revisión.

23. Fuente de Aportes

El Plan se financia con los aportes del Empleador, como se especifica en los Convenios Colectivos de Trabajo. Los Empleados y Dependientes pueden pagar las primas según sea necesario para la cobertura de COBRA.

24. Derecho a Recuperar Pagos en Exceso

Siempre que el pago de un beneficio (incluidas las primas para la cobertura de la HMO) supere el monto que debería haberse pagado (un "pago en exceso"), el Fondo tendrá derecho a recuperarlo (más intereses a la misma tasa anual impuesta para aportes de Empleador moroso) de cualquier persona u organización a la que se hayan realizado los pagos o de cualquier persona cuyos actos, omisiones o declaraciones hayan causado pagos en exceso. En el caso de que el Fondo inicie acciones legales para recuperar el pago en exceso, tendrá derecho a recuperar sus costos y los honorarios de abogados en los que incurra para tal acción.

25. Medio de Financiación

Todos los activos del Plan se mantienen en el Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica ("Fondo"). El Programa MLK es financiado directamente por el Fondo. Otros beneficios médicos, odontológicos, oftalmológicos y del programa para miembros se brindan mediante contratos de seguro entre el Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica y varias HMO y compañías de seguros. Para los beneficios asegurados, el asegurador es responsable de pagar las reclamaciones y proporcionar los beneficios, no el Fondo.

26. Año del Plan

Los registros del Plan se mantienen por año calendario. El final del año del Plan es el 31 de diciembre.

27. Declaración de Derechos de los Participantes y Beneficiarios en virtud de ERISA

Los Participantes en el Plan (Empleados y Dependientes inscritos para cobertura) tienen determinados derechos y protecciones en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación para Empleados (ERISA) de 1974. La ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a:

recibir información sobre su plan y beneficios;

- a. Examinar, sin cargo, en la Oficina administrativa durante el horario comercial habitual, todos los documentos del Plan, incluidos los contratos de seguro, los acuerdos de servicio de proveedores, el Convenio colectivo según el cual está cubierto un participante y una copia del último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que estarán disponibles en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.
- b. obtener copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos contratos de seguro y Convenios Colectivos de Trabajo, y copias del último informe anual (formulario serie 5500) y una Descripción Resumida del Plan actualizada del Plan, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Administrador del Plan puede aplicar un cargo razonable por las copias;
- c. recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley requiere que el Administrador del Plan proporcione a cada participante una copia de este resumen del informe anual.

Continuar la cobertura del Plan de salud grupal

Continúe con la cobertura de atención médica para usted o sus Dependientes si hay una pérdida de cobertura de conformidad con el Plan como resultado de un evento calificado. Usted o sus Dependientes pueden tener que pagar por esa cobertura. Revise esta Descripción Resumida del Plan y los documentos del plan sobre las normas relacionadas con sus derechos de cobertura de continuación de COBRA.

Acciones prudentes de los fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del Plan, la ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del plan de beneficios para Empleados. Quienes operan

su Plan, los denominados "fideicomisarios", tienen el deber de hacerlo con prudencia y a su favor y el de otros participantes y beneficiarios.

Nadie, ni si quiera su Empleador, su Sindicato ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de manera alguna para evitar que obtenga un beneficio del Plan o ejerza sus derechos en virtud de la ERISA.

Haga cumplir sus derechos

Si rechazan o ignoran su reclamación relacionada con un beneficio de bienestar, en su total o en parte, tiene derecho a saber por qué, a obtener sin cargo copias de los documentos relacionados con la decisión, y a apelar la denegación dentro de ciertos plazos.

En virtud de la ERISA, hay pasos que puede seguir para hacer cumplir esos derechos. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos o el último informe anual del Plan y no los recibe en 30 días, puede iniciar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir que el Administrador del Plan le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 al día hasta que reciba los materiales, a menos que no se los hayan enviado por razones que escapan al control del administrador. Si tiene una reclamación de beneficios denegada o ignorada, en su totalidad o en parte, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del plan o la falta de ella respecto del estado calificado de una orden de relaciones domésticas o manutención médica infantil, puede presentar una demanda en un tribunal federal. Si ocurriera que los fiduciarios del plan usan indebidamente el dinero del plan, o si se lo discrimina por hacer valer sus derechos, puede solicitar asistencia al Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, o puede iniciar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios de abogados. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenarle a la persona que usted ha demandado que los pague. Si pierde, el tribunal puede ordenarle pagar a usted (por ejemplo, si determina que su reclamación es infundada).

Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su plan, debe comunicarse con el administrador. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que figura en su directorio telefónico, o la División de Asistencia Técnica y Consultas de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades según la ERISA por teléfono a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados.