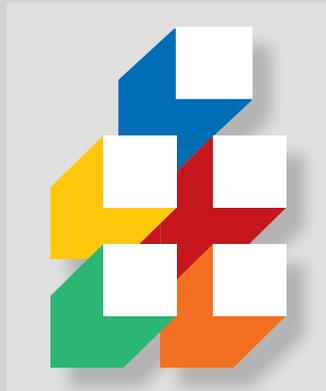




32BJ North Health Fund
Tri-State Preferred
North Plan



Descripción abreviada del Plan
1 de marzo de 2021



Aviso de traducción

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

Member Services
32BJ North Health Fund Tri-State Preferred North Plan
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

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

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

Member Services
32BJ North Health Fund Tri-State Preferred North Plan
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

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

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

Member Services
32BJ North Health Fund Tri-State Preferred North Plan
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

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

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

Member Services
32BJ North Health Fund Tri-State Preferred North Plan
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

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

32BJ North

Health Fund

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

El 32BJ North Health Fund es administrado por la Junta de fideicomiso conjunta compuesta por los Agentes fiduciarios de la Unión y del Empleador con igual poder de voto.

Agentes fiduciarios de la Unión

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

Elizabeth Baker
Directora de Negociación y
Relaciones con los Empleadores –
Área metropolitana de NY
32BJ SEIU
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

Agentes fiduciarios del Empleador

William Schur
Shur Management
Company, Ltd.
2432 Grand Concourse
Suite 400
Bronx, NY 10458

Richard Berger
New York Boiler, Inc.
5885 Preston Court
Brooklyn, NY 11234

Director Ejecutivo, Building Service 32BJ Benefit Funds

Peter Goldberger

Directora, Building Service 32BJ Health Fund

Sara Rothstein

Auditor del Fondo

Withum Smith+Brown, PC

Asesor Legal

Slevin & Hart, P.C.

Índice

	Página		Página
Aviso importante	7	Centros de tratamiento para pacientes ambulatorios	31
Elegibilidad y participación	8	Atención en el consultorio del médico	32
Cuándo es elegible	8	Servicios médicos en el hogar	33
Cuándo ya no es elegible	9	Atención para abuso de sustancias y salud del comportamiento	34
Si se reintegra al trabajo	10	Atención médica preventiva	35
Regla especial para empleados temporales	10	Servicios de salud reproductiva	36
Extensión de los beneficios de salud	10	Atención del embarazo, maternidad y recién nacido	37
COBRA	10	Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la vista (incluida la rehabilitación)	38
Ley de licencias médicas y familiares (FMLA) y otras licencias estatales ..	11	Equipo médico duradero y suministros médicos	39
Licencia por Servicio Militar	11	Atención dental cubierta por el beneficio médico	40
Elegibilidad de los dependientes	11	Gastos hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias excluidos	40
Cuándo sus dependientes ya no son elegibles	13	Beneficio de medicamentos con receta	48
Cómo inscribirse	13	5 Star Wellness Program	49
Su obligación de avisar	14	Existen varias formas de surtir su receta	49
Los beneficios que se proporcionan	15	Para medicamentos a corto plazo	49
Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias y de farmacia dentro de la red	15	Para medicamentos de mantenimiento	49
Beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias	17	Para medicamentos especializados	50
Condiciones para el reembolso de gastos médicos y hospitalarios	18	Variable Copay Program	50
Tarjeta de identificación de Empire	18	Programas de administración de la cobertura de planes de medicamentos con receta	50
Línea de salud de enfermería	18	Autorización previa	50
Los centros preferidos dentro de la red tienen los costos más bajos que paga de su bolsillo	19	Terapia escalonada	51
Cómo atenderse dentro de la red	19	Límites de cantidad	51
Cuando se atiende fuera de la red	20	Surtido parcial de ciertos medicamentos orales especializados para oncología	52
Tipos de costos que paga de su bolsillo por beneficios fuera de la red ...	21	Revisión de la necesidad médica	52
Ejemplo de lo que podría pagar cuando se atiende con un proveedor no participante	22	Reclamaciones para farmacias no participantes	52
Sus responsabilidades cuando utiliza un proveedor fuera de la red	23	Medicamentos elegibles	53
Montos máximos de los beneficios	23	Medicamentos excluidos	53
Cobertura cuando está lejos de casa	23	Beneficios dentales	55
Ley de protección de la salud de madres y recién nacidos	23	Cómo funciona el Plan	55
Autorización previa para servicios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias	24	Proveedores de servicios dentales participantes	55
Programa de servicios cubiertos	26	Dentistas no participantes	57
En el hospital y en otros centros de tratamiento para pacientes internados ..	27	Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento	57
Atención de emergencia	30	Máximo anual	58
		Limitaciones de frecuencia	58

	Página
Programa de servicios dentales cubiertos (el “Programa”)	58
Servicios preventivos	58
Servicios de diagnóstico.	59
Servicios de restauración simple.	59
Endodoncia	60
Periodoncia	60
Extracciones simples	61
Cirugía oral y máxilofacial	61
Servicios dentales de mayor magnitud	61
Prótesis dentales removibles	62
Prótesis dentales fijas	62
Reparaciones	62
Tratamiento de emergencia.	63
Servicios de ortodoncia	63
Varios	63
Beneficio alternativo para la cobertura dental	64
Lo que no está cubierto	64
Coordinación de beneficios dentales.	67
Beneficios de cuidado de la vista	69
Información general sobre sus beneficios de la vista.	69
Gastos elegibles.	70
Gastos excluidos.	70
Beneficios de seguro de vida	71
Monto del beneficio	71
Cuándo termina la cobertura del seguro de vida.	71
Extensión del seguro de vida por incapacidad.	72
Beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (“AD&D”)	72
Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales.	72
Cuándo termina la cobertura de los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales	73
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones	73
Reclamaciones de beneficios.	73
Presentación de reclamaciones de beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias	74
Presentación de reclamaciones de beneficios de farmacia	74
Presentación de reclamaciones de beneficios de atención dental	75
Presentación de reclamaciones de beneficios de cuidado de la vista	76
Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del	

	Página
seguro en caso de muerte y mutilación accidentales.	76
Adónde enviar los formularios de reclamaciones	76
Aprobación y rechazo de reclamaciones	77
Designación de un representante autorizado	77
Reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) y reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de la vista)	77
Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	81
Aviso de la decisión	81
Apelación de reclamaciones rechazadas	82
Presentación de una apelación	83
Dónde presentar una apelación de primera instancia	84
Plazos para las decisiones sobre apelaciones	85
Apelaciones aceleradas para reclamaciones de atención urgente	85
Apelación de reclamaciones anteriores o simultáneas al servicio para servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia, dentales o de la vista)	85
Apelación de reclamaciones posteriores al servicio para servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (servicios de farmacia, dentales o de la vista)	85
Solicitud de apelación acelerada.	86
Apelación de segunda instancia para reclamaciones que involucran juicio médico o una rescisión retroactiva de cobertura.	86
Reclamaciones de servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) y reclamaciones de farmacia	86
Proceso de revisión externa	88
Instancia voluntaria de apelación.	90
Reclamaciones administrativas de servicios de salud y de farmacia, y de servicios de salud auxiliares (beneficios dentales y de la vista)	90
Aviso de la decisión de la apelación.	91
Acciones posteriores	91
Incompetencia	92
Dirección de correo postal	92
Coordinación de beneficios	93
Medicare	94

	Página
Divulgación de información al Fondo: Fraude	96
Subrogación y reembolso	97
Pagos en exceso	101
Cobertura de salud colectiva continuada	102
Durante una licencia médica y familiar	102
Durante una licencia por servicio militar	102
Conforme a COBRA	103
Continuación de cobertura conforme a COBRA	104
Otra información del Plan de salud que debe saber	108
Cesión de beneficios del Plan	108
Orden de manutención infantil médica calificada	109
Exención de responsabilidad por la práctica médica	109
Privacidad de la información de salud protegida	109
Conversión a cobertura individual	110
Información general	110
Contribuciones del empleador	110
Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios	111
Cumplimiento de las leyes federales	112
Modificación o cancelación de un Plan	112
Administración del Plan	112
Declaración de derechos según la Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 con sus modificaciones	114
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan	115
Haga cumplir sus derechos	115
Ayuda con sus preguntas	116
Información del plan	116
Financiamiento de los beneficios y tipo de administración	117
Patrocinador y administrador del Plan	117
Empleadores participantes	117
Agente encargado de la notificación del proceso legal	118
Glosario	119
Notas al pie	123
Información de contacto	Interior de la contraportada

Aviso importante

Este folleto es el documento del Plan y la Descripción abreviada del Plan (Summary Plan Description, “SPD”) del plan de beneficios (el “Plan”) del Tri-State Preferred North Program del 32BJ North Health Fund (el “Fondo”) para los fines de la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act of 1974, “ERISA”) con sus modificaciones. Los términos en el presente constituyen los términos del Plan.* Sus derechos a los beneficios solo se pueden determinar en esta SPD, tal como lo interpreta la acción oficial de la Junta de fideicomiso (la “Junta”). Debe consultar este folleto cuando necesite información sobre los beneficios de su Plan. Además, la Junta se reserva el derecho, a su absoluta discreción, de modificar el Plan en cualquier momento.

En el caso de que se produzca algún conflicto o ambigüedad entre esta SPD y su acuerdo colectivo de trabajo, prevalecerá esta SPD. Asimismo, en el caso de que se produzca algún conflicto entre los términos y las condiciones establecidas en la SPD y cualquier aviso en forma oral que reciba por parte de un empleado del Building Service 32BJ Health Fund, de un representante sindical o de un **empleador**, prevalecerán los términos y las condiciones establecidos en este folleto.

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

* Esta SPD es el documento del plan para el Tri-State Plan Preferred North Plan, que incluye los beneficios hospitalarios, médicos, de salud mental y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, dentales, de la vista, de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. El contrato de seguro de MetLife es el documento del Plan para el seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. El Plan y los beneficios que paga están limitados por todos los términos, exclusiones y limitaciones del contrato en vigencia al momento del incidente cubierto. La Junta se reserva el derecho de cambiar los contratos y las compañías de seguro. Si la Junta realizara uno de estos cambios, la cobertura de beneficios que se describe en esta SPD podría no ser correcta. Puede solicitar copias del contrato de seguro a MetLife.

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

- Este folleto describe las disposiciones del Plan que entraron en vigencia el 1 de marzo de 2021, a menos que se especifique lo contrario.

Elegibilidad y participación

Cuándo es elegible

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

Su **empleador** deberá comenzar a realizar contribuciones al Plan en su nombre cuando usted cumpla 90 días consecutivos de **empleo cubierto** con el mismo **empleador** trabajando a tiempo completo (como se define por su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación), a menos que se especifique lo contrario en el acuerdo colectivo de trabajo o en el acuerdo de participación que rija su empleo. Para este fin, el **empleo cubierto** incluye ciertas licencias. Por ejemplo, en la medida en que lo exija la ley aplicable, los días de enfermedad, embarazo o lesión cuentan a los efectos del período de espera de 90 días. A excepción de lo estipulado en la página 10 (ver Regla especial para empleados temporales), cuando haya completado el período de 90 días de trabajo para su **empleador**, usted y sus dependientes elegibles adquieren elegibilidad para los beneficios descritos en este folleto en el día 91 de **empleo cubierto**.

- Este folleto describe las disposiciones del Plan que entraron en vigencia el 1 de marzo de 2021.
- En términos generales, el Tri-State Preferred North Plan cubre a los participantes que trabajan principalmente en el Bronx.

Una vez que usted es elegible para beneficios, se mantendrá como participante mientras trabaje en un **empleo cubierto**. Se le considera que está en un **empleo cubierto**:

- durante los períodos de trabajo activo,
- durante las vacaciones pagadas,
- mientras se desempeña como jurado,
- mientras esté recibiendo indemnización por accidentes y enfermedades laborales o beneficios por incapacidad a corto plazo durante el período en que se requieren las contribuciones del **empleador**, hasta un período de 26 semanas a partir de la última fecha en que trabajó, y
- durante períodos de licencia en virtud de la Ley de Licencias médicas y familiares (Family and Medical Leave Act, “FMLA”). (Consulte las páginas 11 y 102 para obtener más información).

Mientras sea elegible para cobertura, sus dependientes también lo serán, siempre que los haya inscrito correctamente y cumplan con la definición de “dependiente” según el Plan (consulte la sección “Elegibilidad de los dependientes” en las páginas 11 a 13).

Cuándo ya no es elegible

Su elegibilidad para los beneficios en virtud del Plan finaliza en la fecha que resulte anterior entre las siguientes:

- al final del día 30 después de dejar de trabajar regularmente en un **empleo cubierto**, sujeto a los derechos en virtud de COBRA. (Consulte las páginas 10 y 11 y las páginas 102 a 108). En la medida máxima permitida por la ley, esto incluye la transferencia a una clasificación de trabajo fuera de la jurisdicción del acuerdo colectivo de trabajo, el despido, una licencia o vacaciones no pagadas,
- lo que ocurra primero, ya sea haber cumplido 26 semanas de indemnización por accidentes y enfermedades laborales o incapacidad a corto plazo, durante un período en el que se requieran las contribuciones del **empleador**, o cuando se agoten sus beneficios en virtud de la indemnización por enfermedades y accidentes de trabajo o incapacidad a corto plazo, por un período en el que se requieran las contribuciones del **empleador**,
- en la fecha en que finaliza la participación del **empleador** en el Plan, Si su cobertura termina porque su **empleador** está moroso con su obligación de realizar contribuciones al Fondo o porque su participación está regida por un acuerdo colectivo de trabajo que ha vencido hace al menos nueve meses, su cobertura terminará en la fecha que las normas y reglamentos del Fondo lo determinen,

- en la fecha en que termine el Plan, o
- en la fecha en que cancela su cobertura porque es elegible para Medicare. (Consulte las páginas 94 y 95).

Si se reintegra al trabajo

Si su empleo finaliza después de que haya comenzado su elegibilidad y usted regresa a un **empleo cubierto** con el mismo **empleador contribuyente**, su participación en el Plan volverá a comenzar el primer día en que su **empleador contribuyente** esté obligado a comenzar nuevamente con las contribuciones al Plan en su nombre conforme al acuerdo colectivo de trabajo, a menos que la ley exija lo contrario. Si usted finaliza el **empleo cubierto** y regresa a trabajar con un **empleador contribuyente** diferente, debe volver a cumplir con un nuevo período de espera para volver a reunir los requisitos.

Norma especial para empleados temporales

Debido a los diferentes horarios de trabajo y las diferentes escalas de contribución de los **empleadores**, el acuerdo colectivo de trabajo aplicable podrá establecer reglas especiales para los empleados cubiertos en virtud del Acuerdo colectivo de trabajo de la New York Racing Association. Si usted es un empleado temporal, consulte su acuerdo colectivo de trabajo o llame a la Oficina del Fondo para obtener más información acerca de su elegibilidad.

Extensión de los beneficios de salud

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

COBRA

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

y de atención dental del Plan. No incluye seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (Accidental Death & Dismemberment, "AD&D"). (Consulte las páginas 102 a 108 para obtener más información sobre COBRA).

Ley de licencias médicas y familiares (FMLA) y otras licencias estatales

Conforme a la Ley de Licencias médicas y familiares (Family and Medical Leave Act, "FMLA") es posible que tenga derecho a tomarse una licencia de su empleo por un período de tiempo especificado y continuar recibiendo cobertura de salud durante dicha licencia FMLA. (Consulte la página 102 para obtener más información). Además, el estado de New York, así como otros estados o ciudades pueden ofrecer licencias familiares durante las cuales se le exija al **empleador** que continúe con la cobertura de salud. Consulte con su **empleador** acerca de los requisitos de licencia en el lugar donde usted trabaja y si su **empleador** provee cobertura de salud durante esos períodos.

Licencia por servicio militar

Si está en servicio militar activo, tiene ciertos derechos conforme a la Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados de 1994 (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, "USERRA"), siempre que se inscriba para recibir la continuación de la cobertura de salud. (Consulte la página 102 para obtener más información). Esta extensión de cobertura se tendrá en cuenta para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

Elegibilidad de los dependientes

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

Dependencia	Límite de edad	Requisitos
Cónyuge	Ninguno	La persona con la que está legalmente casado. (Si usted está legalmente separado* o divorciado, su cónyuge no está cubierto).
Hijos	Hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo cumple uno de los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • es su hijo biológico, • es su hijo adoptado** o asignado para adopción antes de esta, o • es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge.
Hijos (dependientes) – su nieto, nieta, sobrino o sobrina SOLO si usted es su tutor legal**** (si la solicitud de tutela legal está pendiente, debe proporcionar documentación que indique que se presentaron los papeles y proporcionar un comprobante cuando concluya el proceso legal).	Hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo: <ul style="list-style-type: none"> • no está casado, • tiene la misma dirección principal que el participante*** o según lo establezcan los términos de una orden de manutención infantil médica calificada (“QMCSO”) (consulte la página 109), y • lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos.***

* Típicamente, una separación legal es cualquier orden judicial o acuerdo presentado ante los tribunales conforme al cual las partes reconocen que están viviendo de manera separada. La separación legal incluye, entre otros, un divorcio de cuerpos y bienes, un divorcio limitado, una separación judicial, una manutención separada, un acuerdo entre cónyuges, un acuerdo de división de bienes conyugales y un acuerdo de división de bienes. Se considera que está legalmente separado a partir de la fecha en que los tribunales registran una orden o a partir de la fecha de entrada en vigencia de su acuerdo de separación, lo que ocurra primero.

** Su hijo adoptivo dependiente tendrá cobertura desde la fecha en que fue adoptado o asignado para “adopción” con usted, lo que ocurra antes (pero no antes de que usted sea elegible), si inscribe al niño dentro de un plazo de 30 días después de su asignación o adopción, lo que ocurra primero. (Consulte la sección Su obligación de avisar en las páginas 14 y 15). Se considera que se le ha asignado un niño para adopción en la fecha en que usted queda obligado por primera vez a proporcionar manutención parcial o total para el niño que desea adoptar. Sin embargo, si se le asigna un niño para adopción, pero la adopción finalmente no se produce, la cobertura de ese niño terminará en la fecha en que usted ya no tenga una obligación legal para su manutención. Si adopta un recién nacido, el niño está cubierto desde el nacimiento siempre que usted tenga la custodia inmediatamente después de que el niño sea dado de alta del hospital y presente una petición de adopción ante las autoridades estatales correspondientes dentro de un plazo de 30 días después del nacimiento del niño. Sin embargo, los recién nacidos adoptados no estarán cubiertos desde el nacimiento si uno de los padres biológicos del niño cubre la hospitalización inicial del recién nacido, se presentó un aviso para revocar la adopción o uno de los padres biológicos revoca su consentimiento para la adopción.

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

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

Cuándo sus dependientes ya no son elegibles

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

- La elegibilidad de su cónyuge termina 30 días después de la separación legal* o divorcio.
- La elegibilidad de su hijo termina en la fecha que resulte anterior entre las siguientes (i) cuando su hijo ya no cumple los requisitos para ser considerado hijo dependiente, según se describe en la página 12, o (ii) 30 días después de que su hijo cumple 26 años o al finalizar el año calendario en que su hijo cumple 26 años, lo que sea que ocurra primero.
- La elegibilidad de un cónyuge e hijos (incluidos los hijos dependientes) termina 30 días después de su muerte.

Cómo inscribirse

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

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

Consulte la sección Elegibilidad de los dependientes en las páginas 11 a 13 para determinar si sus dependientes son elegibles para la inscripción. También deberá enviar la documentación que pruebe la condición de relación, incluidos un certificado de matrimonio (para su cónyuge), certificados de nacimiento (para sus hijos) y, si corresponde, un comprobante de la condición de dependencia (para sus nietos y sobrinos de los cuales usted es el tutor legal). En la mayoría de los casos, la cobertura de sus dependientes comenzará en la primera fecha en que sean elegibles. Sin embargo, si no inscribe a sus dependientes dentro de los 30 días a partir de la fecha en que resultó elegible por primera vez para recibir la cobertura de salud conforme a este Plan, la cobertura de sus dependientes no comenzará hasta la fecha en que usted notifique al Fondo y presente todos los documentos requeridos. Si se produce un cambio en su situación familiar (por ejemplo, se casa o adopta a un niño) después de que comience su cobertura conforme al Plan, o si desea cambiar la cobertura de un dependiente existente por cualquier razón, debe llenar el formulario correspondiente. Se aplican normas especiales con respecto a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su nuevo dependiente. (Consulte la sección Su obligación de avisar en la página siguiente para obtener más detalles).

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

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

Su obligación de avisar

Si ocurre un cambio en su situación familiar (por ej. matrimonio, separación legal, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo) después de que su cobertura conforme al Plan haya entrado en vigencia, es su obligación avisar inmediatamente al Fondo de dicho cambio y llenar el formulario correspondiente. Si avisa al Fondo dentro de un plazo de 30 días a partir del matrimonio o nacimiento o adopción de un hijo, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará en la fecha del matrimonio o en la fecha del nacimiento o adopción. Si no avisa al Fondo dentro de los 30 días, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará a regir a partir de la fecha en que usted le notifique al Fondo. Sin embargo, tenga en cuenta que no se pagarán beneficios hasta que usted presente los formularios y la documentación de respaldo requeridos ante el Fondo. Asegúrese de notificarle al Fondo si su nieto(a) o sobrino(a) ya no vive con usted, se casó o ya no cumple los requisitos para obtener cobertura por algún otro motivo, según se describe en las páginas 12 y 13.

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

Si, después de que entre en vigencia su cobertura bajo el Plan, sus dependientes pierden la elegibilidad para Medicaid o el Programa de seguro de salud para niños (Children's Health Insurance Program, "CHIP"), o adquieren elegibilidad para un subsidio del estado para la inscripción en el Plan bajo Medicaid o CHIP, y usted desea inscribirlos en el Plan, debe notificarle al Fondo acerca de la pérdida de Medicaid/CHIP o de la

elegibilidad de sus dependientes para el subsidio del estado en un plazo de 60 días. La cobertura de sus dependientes comenzará a partir de la fecha en que pierden la elegibilidad para Medicaid/CHIP o de la fecha en que adquirieron elegibilidad para el subsidio. Si no le notifica al Fondo dentro de los 60 días, la cobertura para sus dependientes comenzará a regir a partir de la fecha en que usted le notifique al Fondo.

Si no le notifica al Fondo sobre la pérdida de elegibilidad para Medicaid/CHIP de sus dependientes, esto puede ocasionar la pérdida del derecho a elegir cobertura continua de salud de COBRA. Si no le notifica al Fondo cuando su dependiente se vuelve elegible para el subsidio del estado, esto podría generar una demora o el rechazo del pago de los beneficios de salud.

Los beneficios que se proporcionan

El Fondo brinda un programa integral de beneficios, incluidos beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental y de la vista, de seguro de vida, y de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Cada uno de estos beneficios se describe en las secciones siguientes.

Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias y de farmacia dentro de la red

Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios dentro de la red. Existe un monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias y de farmacia **dentro de la red**. En 2021, el monto máximo anual que paga de su bolsillo para usted es \$8,550 y el monto máximo anual que paga de su bolsillo para su familia es \$17,100.* Si tiene otros miembros de su familia inscritos en este Plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar.

* El Department of Health and Human Services ("HHS") examina los límites anualmente y puede aumentarlos según el porcentaje de ajuste de la prima (un cálculo estimativo del cambio promedio en las primas de seguro de salud). El Plan cambiará los montos máximos que paga de su bolsillo cada 1 de enero para ajustarse a los límites del HHS. Sin embargo, el monto máximo que paga de su bolsillo por medicamentos con receta del Plan seguirá siendo un monto fijo de \$1,800 por individuo y \$3,600 por familia. Los aumentos en los límites de HHS se aplicarán en su totalidad al monto máximo que paga de su bolsillo para servicios médicos del Plan.

El monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios **dentro de la red** se divide entre los beneficios médicos y de medicamentos con receta tal como se describe a continuación. No existen montos máximos que paga de su bolsillo para beneficios **fuera de la red**.

El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios médicos individuales **dentro de la red** en 2021 es \$6,750 y el monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios médicos para su familia **dentro de la red** es \$13,500. Después de que una familia haya pagado \$13,500 en costos que paga de su bolsillo para beneficios médicos **dentro de la red**, independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios médicos **dentro de la red**, ya no existen costos adicionales que deba pagar de su bolsillo por ningún beneficio médico adicional **dentro de la red** durante el año calendario.

El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta individuales **dentro de la red** es \$1,800 y el monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta para su familia **dentro de la red** es \$3,600. Después de que una familia haya pagado \$3,600 en costos que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta **dentro de la red**, independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta **dentro de la red**, ya no existen costos adicionales que deba pagar de su bolsillo por ningún beneficio de medicamentos con receta adicional **dentro de la red** durante el año calendario.

*Los gastos que se tienen en cuenta a los fines del monto máximo anual que paga de su bolsillo **dentro de la red** son:*

- copagos,
- deducibles, y
- coseguro.

*Gastos que no se tienen en cuenta a los fines del monto máximo anual que paga de su bolsillo **dentro de la red**.*

- primas,
- deducibles fuera de la red *son:*
- coseguro fuera de la red,
- facturación de saldos y
- gastos por servicios no cubiertos.

Beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias

El Plan proporciona beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias a través de Empire BlueCross BlueShield (“Empire”). El Plan ofrece la **red** Empire BlueCross BlueShield Direct Point-of-Service (“POS”).* Esta **red** incluye más de 85,000 **médicos** y otros proveedores, y casi 200 hospitales en los siguientes tres estados:

- *New York:* 29 condados del este: Albany, Bronx, Clinton, Columbia, Delaware, Dutchess, Essex, Franklin, Fulton, Greene, Kings, Montgomery, Nassau, Nueva York, Orange, Putnam, Queens, Rensselaer, Richmond, Rockland, Saratoga, Schenectady, Schoharie, Suffolk, Sullivan, Ulster, Warren, Washington y Westchester.
- *New Jersey:* siete condados del norte: Bergen, Hudson, Middlesex, Monmouth, Passaic, Sussex y Union.
- *Connecticut:* todos los condados.

*Los participantes que residen fuera de los condados de Connecticut, New York y New Jersey identificados anteriormente recibirán sus beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias a través de la **red** Empire Preferred Provider Organization (“PPO”). La red PPO les permite a los participantes y sus dependientes acceder a los beneficios **dentro de la red** a través de los proveedores que participan en el plan local de BlueCross BlueShield donde reside el participante, bajo los mismos términos que los **proveedores dentro de la red** conforme a la **red** POS. (Todos los beneficios hospitalarios y médicos descritos en las páginas siguientes son idénticos para las **redes** POS y PPO).*

* Si no puede encontrar un **proveedor dentro de la red** en su área que pueda brindarle un servicio o suministro que está cubierto conforme a este Plan, debe comunicarse al número que figura al dorso de su tarjeta de Empire para obtener una autorización para la cobertura de un **proveedor fuera de la red**. Si obtiene autorización para recibir servicios provistos por un **proveedor fuera de la red**, los beneficios para dichos servicios se cubrirán al nivel de beneficios **dentro de la red**.

Condiciones para el reembolso de gastos médicos y hospitalarios

- Los cargos deben ser por atención **médicamente necesaria**. El Plan pagará beneficios solo por los servicios, suministros y equipos que el Plan considere que son **médicamente necesarios**.
- El Plan pagará beneficios solo hasta el **monto permitido**.
- Se debe incurrir en los cargos mientras el paciente esté cubierto. El Plan no reembolsará ningún gasto incurrido por una persona mientras ésta no estaba cubierta por el Plan.

Tarjeta de identificación de Empire

Esta tarjeta le proporciona acceso a miles de **médicos**, cirujanos, hospitales y otros centros de atención médica **dentro de la red**. También le da acceso telefónico las 24 horas a un enfermero registrado que puede ayudarlo a tomar decisiones de atención médica.

Línea de salud de enfermería

Esta es una línea de información gratuita disponible las 24 horas para los afiliados de Empire. Cuando llame, puede hablar con una enfermera o seleccionar entre más de 1,100 mensajes grabados en inglés o español sobre una amplia gama de temas. Si no habla inglés ni español, se dispone de intérpretes a través de una línea de idiomas. Puede ser útil hablar con un enfermero registrado cuando necesite ayuda para evaluar sus síntomas, decidir si es necesario ir a la sala de emergencias o comprender una enfermedad, procedimiento, receta o diagnóstico. Puede comunicarse con la Línea de salud de enfermería al 1-877-825-5276.

LiveHealth Online. LiveHealth Online es una conveniente forma de tener una interacción personalizada con un **médico** cuando necesita atención pero no puede comunicarse con su **médico** regular fuera del horario de atención, los fines de semana o los feriados. LiveHealth Online debe usarse para situaciones médicas que no son de urgencia, como resfríos, dolores de garganta o gripe. LiveHealth Online de Empire BlueCross BlueShield está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, y el **copago** por este servicio es el mismo que para un **proveedor/médico participante dentro de la red**. El **médico** que lo atiende en línea puede diagnosticar, tratar y, si las leyes del estado lo permiten, recetar medicamentos.

Descargue la aplicación LiveHealth Online en una computadora, tableta o teléfono inteligente y siga las instrucciones.

Los centros preferidos dentro de la red tienen los costos más bajos que paga de su bolsillo

Cuando utilice **proveedores dentro de la red**, incluidos los hospitales y **médicos**, los costos que paga de su bolsillo serán más bajos que si utiliza **proveedores fuera de la red**.

Además, los **copagos** para la atención **dentro de la red** pueden depender del proveedor que elija. El 32BJ Health Fund ha designado a ciertos centros como **preferidos** y **no preferidos**. Si utiliza **centros preferidos**, tendrá **copagos** más bajos que si utiliza **centros no preferidos**. Y, si utiliza los **5 Star Centers**, no tendrá ningún **copago** por las visitas al consultorio. (Consulte el Programa de servicios cubiertos en las páginas 26 a 40).

Esto significa que tendrá los costos más bajos que paga de su bolsillo si utiliza **proveedores preferidos dentro de la red** y **5 Star Centers**. Le costará más si utiliza **proveedores no preferidos dentro de la red** o **proveedores fuera de la red**.

Puede encontrar una lista de los **5 Star Centers** y los **hospitales y centros preferidos y no preferidos dentro de la red** disponible en el sitio web del Plan en www.32bjfunds.org. También puede llamar al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para obtener asistencia.

Cómo atenderse dentro de la red

Los beneficios **dentro de la red** se aplican solo a los servicios o suministros que están cubiertos por el Plan y son proporcionados o autorizados por un **proveedor dentro de la red**.

El **proveedor dentro de la red** evaluará sus necesidades médicas y le brindará asesoramiento respecto de la atención adecuada. Tendrá costos más bajos o ningún costo por los **servicios cubiertos**. Además, no tiene que pagar **deducibles** ni **coseguro**, ni tampoco tiene que presentar o hacer un seguimiento de sus reclamaciones. (Consulte el Programa de servicios cubiertos en las páginas 26 a 40 para obtener más información).

Cuando su **proveedor dentro de la red** lo deriva a otro proveedor para recibir servicio o le recomienda un tratamiento en un centro que pertenece a un hospital, debe asegurarse de verificar si el otro proveedor o centro que pertenece a un hospital se encuentra **dentro de la red** y es **preferido o no preferido**. Puede preguntarle a su **médico** o cirujano, pero ellos no siempre saben si los centros que pertenecen a hospitales son **preferidos**. También puede llamar al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225 para obtener asistencia.

Cuando se atiende fuera de la red

Pagará más cuando utilice un **proveedor fuera de la red**.

La atención provista por un **proveedor fuera de la red** se reembolsa al nivel más bajo. Si utiliza **proveedores fuera de la red**, primero debe pagar el **deducible** anual. Después de completar el pago del **deducible** anual, se le reembolsará en un 50% del **monto permitido**. El **monto permitido** no es lo que le cobra el **médico** a usted. No es el monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que cobran generalmente los proveedores del área por el mismo servicio médico o un servicio médico similar, lo cual se conoce normalmente como la tarifa usual, acostumbrada y razonable (usual, customary and reasonable, “UCR”). Cuando se atiende **fuera de la red**, el **monto permitido** es aproximadamente el equivalente al 110% de la tarifa de reembolso de Medicare pero varía según el procedimiento.

Los montos que superan el **monto permitido** no son elegibles para reembolso del Plan y es su responsabilidad pagarlos. Esto es además de cualquier **deducible** y **coseguro** requerido.

NOTA IMPORTANTE: Algunos servicios no están cubiertos cuando utiliza un proveedor fuera de la red. (Consulte las páginas 26 a 40 para obtener más información).

Si se atiende con un **proveedor fuera de la red**, pregúntele si acepta el pago de Empire en calidad de pago total (excluidos sus requisitos de **deducible** o **coseguro**). Si bien muchos proveedores le dirán que aceptan la cobertura de “32BJ” o de “Empire”, no todos participan en un plan Empire y es posible que no acepten la cobertura del Plan como pago total. Luego le facturarán directamente a usted los cargos que superen el **monto permitido** del Plan. Esto se conoce como “facturación de saldos”. Si su proveedor acepta el pago de Empire como pago total, es mejor que obtenga su acuerdo por escrito que así lo indique.

Si su proveedor no acepta el pago de Empire en calidad de pago total, además del 50% del **monto permitido** que usted paga, usted será responsable de los cargos que superen el **monto permitido**.

Tipos de costos que paga de su bolsillo por beneficios fuera de la red

Deducible anual. Su **deducible** anual individual es \$500 y su **deducible** anual familiar es \$1,000. Si tiene otros miembros de la familia inscritos en el Plan, cada miembro de la familia debe alcanzar su propio **deducible** individual hasta que el monto total de los gastos **deducibles** pagados por todos los miembros de la familia alcanza el **deducible** familiar total.

*Gastos que no se tienen en cuenta a los fines del **deducible** anual:*

- **copagos dentro de la red,**
- cargos que excedan el **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red,**
- montos de sanciones que paga debido a que no obtuvo la autorización previa para una hospitalización o no cumplió cualquier otro requisito de autorización previa, y
- cargos excluidos o limitados por el Plan. (Consulte las páginas 40 a 47).

Coseguro. Una vez que se alcanza el **deducible** anual, el Plan paga el 50% del **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red**. Usted paga el 50% restante, el cual constituye su **coseguro**. Usted también paga cualquier monto que supere el **monto permitido**.

Coseguro anual máximo. El Plan limita el **coseguro** que cada paciente tiene que pagar en un determinado año calendario. También limita el monto que cada familia debe pagar. Su **coseguro** anual máximo es \$1,250 y el **coseguro** anual máximo de su familia es \$2,500. Cualquier gasto elegible que se presente para reembolso después de alcanzar el **coseguro** anual máximo se paga al 100% del **monto permitido**. Usted todavía tendrá que pagar cualquier cargo que supere el **monto permitido**.

Gastos que no se tienen en cuenta para efectos del **coseguro** máximo: Los siguientes gastos no se aplican para efectos del **coseguro** anual máximo **fuera de la red**:

- **copagos dentro de la red,**
- **deducibles,**
- cargos que excedan el **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red,**
- montos que paga debido a que no obtuvo la autorización previa para una hospitalización o no cumplió cualquier otro requisito de autorización previa, y
- cargos excluidos o limitados por el Plan. (Consulte las páginas 40 a 47).

Si decide utilizar un **proveedor fuera de la red**, es posible que tenga costos significativos que deba pagar de su bolsillo. Si bien el Plan paga el 50% del **monto permitido**, el **proveedor fuera de la red** puede cobrarle más que el **monto permitido**, y el pago de ese monto será de su exclusiva responsabilidad.

Ejemplo de lo que podría pagar cuando se atiende con un proveedor no participante

Los cargos que cobran los **proveedores no participantes** pueden variar y generalmente son mucho más altos que el **monto permitido**. A continuación le presentamos un ejemplo, con fines ilustrativos únicamente, del monto que podría tener que pagar cuando utiliza un **proveedor no participante** y suponiendo que se determina que los servicios son **médicamente necesarios**:

Cargo del proveedor por una cirugía	\$17,000
Monto permitido para la cirugía	\$1,450
Usted paga el deducible	\$500
Usted también paga el 50% del monto permitido después de su deducible (coseguro)	\$1,450 - \$500 = \$950 \$950 x 50% = \$475
Usted también paga la diferencia entre el monto permitido y lo que cobra el proveedor	\$17,000 - \$1,450 = \$15,550
Monto total que usted debe pagar	\$500 + \$475 + \$15,550 = \$16,525
El Plan paga el 50% del monto permitido después de su deducible	\$1,450 - \$500 = \$950 \$950 x 50% = \$475
Monto total que paga el Plan	\$475

Si está pensando en usar un proveedor no participante, comuníquese con Empire al 1-866-316-3394 para tener una idea de cuánto deberá pagar. Para poder ayudarlo, Empire necesitará saber la ubicación (ciudad y estado) del consultorio del **proveedor no participante** con quien se atenderá y el código de la Terminología actualizada de procedimientos médicos (Current Procedural Terminology, “CPT”) para el procedimiento que recibirá. Debe obtener el código CPT del **proveedor no participante**.

Sus responsabilidades cuando utiliza un proveedor fuera de la red

Debe presentar las reclamaciones usted mismo cuando utiliza un **proveedor fuera de la red**. Debe solicitar autorización previa para ciertos servicios cuando utiliza un **proveedor fuera de la red**.

Si no obtiene la autorización previa, se le aplicará y tendrá que pagar una multa financiera, incluso si el procedimiento es **médicamente necesario**.

Montos máximos de los beneficios

No existen límites de por vida para los beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias. Sin embargo, existen límites en la cantidad (y la frecuencia) con que el Plan pagará ciertos servicios, incluso cuando estén cubiertos. Si hay límites para un servicio en particular, estos se describen en el Programa de servicios cubiertos. (Consulte las páginas 26 a 40).

Cobertura cuando está lejos de casa

Cuando usted se encuentra fuera del área cubierta por la **red** POS (consulte la nota al pie 8 en la página 126), cuenta con cobertura para toda la atención **médicamente necesaria** bajo los términos que se aplican **dentro de la red** con un **copago** cuando utiliza un **proveedor participante** local de BlueCross BlueShield.

Ley de Protección de la salud de madres y recién nacidos

En general, los planes de salud colectivos y las compañías de seguros de salud no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios de duración de estadía en un hospital relacionada con un parto para la madre o el hijo recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o de 96 horas

después de una cesárea. No obstante, la ley federal por lo general no le prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido que, tras consultar con la madre, le dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, es posible que los planes y la aseguradora, en virtud de la ley federal, no requieran que un proveedor obtenga la autorización del Plan o de la aseguradora para un período de estadía que no exceda las 48 horas (o las 96 horas).

Autorización previa para servicios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias

Cuando se atiende con un **proveedor dentro de la red**, la mayoría de las veces, este realiza la autorización previa por usted. Sin embargo, si las circunstancias le impiden a su proveedor obtener la autorización previa, por ejemplo, usted solicita y recibe servicios el fin de semana o durante un feriado, es posible que usted sea responsable de pagar el costo completo del servicio.

Cuando se atiende con un **proveedor fuera de la red**, usted es responsable de obtener la autorización previa para los servicios requeridos. Esto significa que usted tiene que comunicarse con Empire BlueCross BlueShield como se indica en la página opuesta, o asegurarse de que su proveedor lo haga. Si no obtiene la autorización previa, se aplicará una multa financiera que usted será responsable de pagar.

Para los servicios hospitalarios/médicos que requieren autorización previa, los proveedores y afiliados deben llamar al 1-800-982-8089 las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Para los servicios de salud del comportamiento/de abuso de sustancias para pacientes internados que requieren autorización previa, los proveedores y afiliados deben llamar al 1-855-531-6011 las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Tipo de atención que requiere autorización previa	Cuándo debe llamar
<ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia aérea⁹ (no de emergencia) • Pruebas de densidad ósea y ecocardiograma de estrés • Pruebas genéticas • Servicios intensivos para pacientes externos para salud del comportamiento o abuso de sustancias • Exámenes de MRI o MRA • Intervención coronaria percutánea (“ICP”), cateterización cardíaca y ecografía vascular • Exámenes CAT y PET, y estudios de imágenes nucleares • Fisioterapia y terapia ocupacional • Prótesis/aparatos ortopédicos y equipo médico duradero (alquiler o compra) • Radioterapia • Estudios del sueño 	Lo antes posible antes de que reciba atención.
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos quirúrgicos (para pacientes internados y ambulatorios) 	Dos semanas antes de que le realicen la cirugía o tan pronto como se programe la atención.
<p>Paciente internado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admisiones hospitalarias, de salud del comportamiento o abuso de sustancias programadas • Centro para pacientes con enfermedades terminales • Admisiones a un centro especializado de enfermería o de rehabilitación 	Dos semanas antes de que reciba atención o tan pronto como se programe la atención.
<ul style="list-style-type: none"> • Admisiones de maternidad • Admisiones de emergencia 	Dentro de un plazo de 48 horas después del parto o de la admisión.
<ul style="list-style-type: none"> • Admisiones de maternidad que duren más de dos días (o cuatro días para parto por cesárea) • Hospitalización continua 	Apenas sepa que la atención va a durar más de lo planificado originalmente.

Consulte la nota al pie 9 en la página 126.

Cómo funciona la autorización previa. Empire BlueCross BlueShield revisará la atención propuesta a fin de emitir la autorización previa para la admisión o la cantidad de visitas (si corresponde) y aprobará o rechazará la cobertura del procedimiento basado en la necesidad médica. Le enviarán una declaración por escrito con la aprobación o rechazo dentro de tres días hábiles después de haber recibido toda la información necesaria. En situaciones de atención de urgencia, Empire BlueCross BlueShield tomará su decisión en un plazo de 72 horas después de haber recibido toda la información necesaria y le notificará su decisión por escrito. (Para obtener más información, consulte las páginas 77 a 81).

Si no obtiene la autorización previa para la atención que figura anteriormente dentro de los plazos de tiempo requeridos, los pagos de los beneficios se verán reducidos en \$250 por cada admisión, tratamiento o procedimiento. Si el Plan determina que la admisión o procedimiento no era médicamente necesario, no se pagarán beneficios.

Programa de servicios cubiertos

Las siguientes tablas muestran diferentes tipos de servicios de atención médica, cómo se cubren en un **hospital o centro preferido** en comparación con un **hospital o centro no preferido, dentro de la red** en comparación con **fuera de la red**, y si existe alguna limitación para su uso.

En el hospital¹ y en otros centros de tratamiento para pacientes internados*

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones	
Habitación semiprivada y comidas* (para atención obstétrica, las hospitalizaciones se cubren por hasta 48 horas después de un parto normal, o por al menos 96 horas después de una cesárea)	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en hospitales preferidos y de un copago de \$1,000 por admisión en hospitales no preferidos.**			
Servicios en el hospital de médicos y cirujanos, y otros profesionales		El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .		
Anestesia y oxígeno en el hospital				
Sangre y transfusiones sanguíneas en el hospital				
Unidad de cuidados cardíacos (Cardiac Care Unit, "CCU") y Unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, "ICU")				
Quimioterapia y radioterapia para pacientes internados	El Plan paga el 100%			
Diálisis renal para pacientes internados ³				
Servicios nutricionales y de dieta especiales y médicamente necesarios durante la permanencia en el hospital				
Servicios de laboratorio y radiología para pacientes internados (incluida la radiología de alta tecnología)				

* Se requiere autorización previa.

** Si lo admiten como paciente internado en un **hospital o centro no preferido dentro de la red** debido a una **emergencia**, tendrá un **copago** de \$100.

Para obtener las definiciones de los diversos centros y más detalles, consulte la nota al pie 1 en la página 123 y la nota 3 en la página 124.

**En el hospital¹ y en otros centros de tratamiento para pacientes internados*
(continuación)**

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Cirugía bariátrica*	El Plan paga el 100% si la cirugía es realizada por un cirujano designado en Mount Sinai Saint Luke's Hospital ("MSSLH") en la Ciudad de New York. En el caso de las cirugías realizadas por cirujanos no designados en MSSLH o en otro Blue Distinction Center of Medical Excellence preferido de la red de Empire, el Plan paga hasta el 100% del monto permitido que le hubiera pagado a MSSLH y el afiliado es responsable por el monto que supere el monto permitido hasta alcanzar el monto máximo anual que paga de su bolsillo dentro de la red . En el caso de las cirugías realizadas en un Blue Distinction Center of Medical Excellence no preferido , el Plan paga hasta el 100% del monto permitido que le hubiera pagado a MSSLH y el afiliado es responsable por el monto que supere el monto permitido hasta alcanzar el monto máximo anual que paga de su bolsillo dentro de la red o \$1,000, el monto que resulte mayor.	Sin cobertura	Con cobertura solo en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence de la red de Empire. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del 32BJ Bariatric Program.
Cirugía de trasplante*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en hospitales preferidos y de un copago de \$1,000 por admisión en hospitales no preferidos .		Los trasplantes de riñón y pulmón están cubiertos dentro de la red únicamente en cualquier hospital participante de BlueCross BlueShield
Monto máximo de por vida por traslado para trasplantes	Hasta \$10,000 por trasplante.		Otros trasplantes están cubiertos únicamente en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence. ¹ Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener una lista de los Blue Distinction Centers of Medical Excellence.

* Se requiere autorización previa para todas las admisiones de pacientes internados.

Para obtener las definiciones de los diversos centros y más detalles, consulte la nota al pie 1 en la página 123.

**En el hospital¹ y en otros centros de tratamiento para pacientes internados*
(continuación)**

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Reemplazo total de articulaciones (cadera y rodilla)*	El Plan paga el 100% si la cirugía la realiza un cirujano designado en un centro que es parte de la red de hospitales del Mount Sinai Health System ("MSHS") en la Ciudad de New York. En el caso de las cirugías realizadas por cirujanos no designados o en otro centro dentro de la red : El Plan paga el 100% del monto permitido que hubiese pagado en MSHS. En los hospitales preferidos , el afiliado es responsable por el monto que supere el monto permitido hasta alcanzar el monto máximo anual que paga de su bolsillo dentro de la red . En los hospitales no preferidos , el afiliado es responsable por el monto que supere el monto permitido hasta alcanzar el monto máximo anual que paga de su bolsillo dentro de la red o \$1,000, el monto que resulte mayor.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del Programa de reemplazo de articulaciones de la 32BJ.
Cirugía de reasignación de sexo	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en hospitales preferidos y de un copago de \$1,000 por admisión en hospitales no preferidos .	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	
Centro de enfermería especializada ^{4*}	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Con cobertura por 60 días por año calendario como máximo.
Centro de atención para pacientes con enfermedades terminales ^{5*}	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente.

* Se requiere autorización previa.

Para obtener las definiciones de los distintos tipos de centros y más detalles, consulte la nota al pie 1 en la página 123, la nota al pie 4 en la página 124 y la nota al pie 5 en la página 125.

Atención de emergencia

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Sala de emergencias ⁹ ("ER") en un hospital	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 para las primeras dos visitas por persona durante un año calendario; luego un copago de \$200 por visita para el resto del año calendario.	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por las primeras dos visitas; luego un copago de \$200 por visita. En una emergencia , si usted utiliza proveedores fuera de la red , usted podría ser responsable de los deducibles y el coseguro , y es posible que usted sea responsable si los cargos del proveedores fuera de la red supera el monto permitido .	El copago de la sala de emergencias aumenta después de la segunda visita a una sala de emergencias en un año calendario. Las visitas de seguimiento a la sala de emergencias no están cubiertas (por ejemplo, para sacarse los puntos).
Centro de atención de urgencia	El Plan paga el 100% después del copago de \$40.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Si el centro de atención de urgencia le factura su visita como una visita a la sala de emergencias, usted pagará el copago de la sala de emergencias.
Servicio de ambulancia ⁹	El Plan paga el 100%		Sin cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.

Consulte las notas al pie 8 y 9 en la página 126.

Centros de tratamiento para pacientes ambulatorios

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Exámenes prequirúrgicos	El Plan paga el 100%.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Los exámenes deben realizarse dentro de los 21 días previos a la cirugía.
Cirugía ² y la atención relacionada con ésta (incluidas las salas de operación y recuperación)*	El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se brinda el servicio: Si es en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$75 para los hospitales preferidos y un copago de \$250 para los hospitales no preferidos .	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Los siguientes servicios solo tienen un copago por año calendario: quimioterapia, radioterapia y tratamiento de oxígeno hiperbárico.
Procedimientos de diagnóstico (como endoscopias) y radiografías (no se incluyen las de alta tecnología; consulte más abajo)	Si es en un consultorio o centro independiente : copago de \$0.	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente.
Radioterapia*			
Quimioterapia*			
Tratamiento de oxígeno hiperbárico*			
Diálisis renal ³ *			
Diagnóstico por imágenes de alta tecnología (CAT, MRI, MRA, PET e imágenes nucleares)*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 en los hospitales preferidos o centros independientes, o de un copago de \$250 en los hospitales no preferidos .	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	
Análisis de sangre	El Plan paga el 100%.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	

* Se requiere autorización previa.

Consulte las notas al pie 2 y 3 en la página 124.

Atención en el consultorio del médico

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas al consultorio	El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Límite de 12 visitas de tratamiento por año calendario, y hasta dos visitas para la realización de pruebas para la atención de las alergias.
Visitas a especialistas			
Atención de las alergias			
Exámenes de la audición			Cuando sean médicamente necesarios .
Visitas al quiropráctico			Límite de hasta diez visitas por año calendario.
Atención podiátrica, incluida la atención de rutina de los pies			El Plan paga el 100% después de un copago de \$40 por las visitas al consultorio con otros proveedores dentro de la red .
Visitas de acupuntura	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Límite de 20 visitas por año calendario.	
Cirugía en el consultorio del médico ²	El Plan paga el 100%.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	
Procedimientos diagnósticos, análisis de laboratorio y radiografías			

Consulte la nota al pie 2 en la página 124.

Servicios de salud en el hogar

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas de atención médica en el hogar ⁶	El Plan paga el 100%.	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Límite de 200 visitas de atención en el hogar por año calendario, incluida la fisioterapia en el hogar.
Atención en el hogar para pacientes con enfermedades terminales ⁵			Dentro de la red únicamente.
Terapia de infusión en el hogar ⁷			Dentro de la red únicamente.
Diálisis renal en el hogar ³	El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se factura el servicio: Si se factura a través de un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$75 para los hospitales preferidos y un copago de \$250 para los hospitales no preferidos . Si se factura a través de un centro independiente: copago de \$0.		Dentro de la red únicamente.

Consulte la nota al pie 3 en la página 124, las notas al pie 5 y 6 en la página 125 y la nota al pie 7 en la página 126.

Atención para abuso de sustancias y salud del comportamiento

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Admisión de paciente internado*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en hospitales preferidos y de un copago de \$1,000 por admisión en hospitales no preferidos.**		No se cubren los proveedores no participantes que brindan servicios de abuso de sustancias para pacientes internados y pacientes ambulatorios de New York que no cuenten con la certificación y/o licencia de la Oficina de Servicios de Alcoholismo y abuso de Sustancias. Además, no se cubren los proveedores no participantes en todos los demás estados que no cuenten con la certificación de una agencia estatal similar y que no cuenten con la acreditación de The Joint Commission.
Visitas al médico/ profesional de la salud del comportamiento	El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center. El Plan paga el 100% después del copago de \$40 por LiveHealth Online y de un copago de \$20 por las visitas al consultorio con otros proveedores dentro de la red.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.	Los siguientes servicios solo tienen un copago por episodio, que implica hasta seis meses de tratamiento: servicios intensivos de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios y servicios de abuso de sustancias.
Centro hospitalario para pacientes ambulatorios*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$75 en hospitales preferidos , o un copago de \$250 en hospitales no preferidos.		

* Se requiere autorización previa.

** Si lo admiten como paciente internado en un **hospital o centro no preferido dentro de la red** debido a una **emergencia**, tendrá un **copago** de \$100.

Atención médica preventiva*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Servicios de salud preventivos, incluido un examen físico anual y controles para detectar cáncer colorrectal, de pulmón y de piel, hepatitis B y C, y osteoporosis y obesidad	El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se brinda el servicio: Si es en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital: copago de \$0. Si es en un entorno de hospital preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$75.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.	El examen anual y los servicios de salud preventiva cubiertos se basan en la edad, el sexo y los factores de riesgo de la salud. Los exámenes anuales se cubren una vez por año calendario. Procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en: • copago de \$0 por visita es en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital. • copago de \$75 por visita en un hospital preferido dentro de la red o en un centro hospitalario. • copago de \$250 por visita en un hospital no preferido dentro de la red o en un centro hospitalario.
Atención de mujeres sanas, que puede incluir un examen anual para mujeres sanas y controles para la detección de cáncer de cuello uterino, controles relacionados con el embarazo y controles de salud reproductiva	Si es en un entorno de hospital no preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$250.		Las visitas de niños sanos están sujetas a los límites de frecuencia enumerados a continuación y los servicios de salud preventiva se basan en la edad: Cantidad de visitas/Rango de edad: 1 examen al nacer/recién nacido 6 visitas/ menores de 1 año 7 visitas/ de 1 a 4 años 7 visitas/ de 5 a 11 años 6 visitas/ de 12 a 17 años 2 visitas/ de 18 a 19 años
La atención de niños sanos ¹⁰ ofrece chequeos y servicios de salud preventiva regulares, y las inmunizaciones indicadas en la nota al pie 10			
Inmunizaciones de rutina: todas las edades (incluye inmunizaciones para viajes)	El Plan paga el 100%: copago de \$0.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.	Las inmunizaciones se basan en la edad y los factores de riesgo de la salud.
Asesoramiento en nutrición			Sin límites.

Consulte la nota al pie 10 en la página 127.

* El Plan cubre ciertos servicios de atención preventiva cuando utiliza un **proveedor dentro de la red**. Estos servicios se cubrirán con un **copago** de \$0 en ciertos entornos. Otros entornos tendrán un **copago** para los **servicios cubiertos**. Las cuatro áreas de servicios de atención preventiva son:

- los artículos o servicios basados en evidencia con una calificación de A o B recomendados por la United States Preventive Services Task Force (“USPSTF”),
- las inmunizaciones para uso de rutina en niños, adolescentes o adultos recomendadas por el Advisory Committee on Immunization Practices de los Centers for Disease Control and Prevention,

(Las notas al pie continúan en la página siguiente).

- la atención preventiva y pruebas de detección basadas en evidencia y estipuladas en las pautas integrales respaldadas por la Health Resources and Services Administration (“HRSA”) para bebés, niños y adolescentes, y
- otra atención preventiva y pruebas de detección basadas en evidencia y estipuladas en las pautas integrales respaldadas por la HRSA para mujeres.

Algunos de los servicios de atención preventiva que se cubren están enumerados en la tabla que figura en la página anterior. La lista de servicios de atención preventiva puede cambiar. Puede encontrar una lista de los servicios de atención preventiva en www.hhs.gov o comunicándose con el Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225.

Servicios de salud reproductiva

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Las visitas al consultorio de salud reproductiva y asesoramiento para el uso de métodos y dispositivos anticonceptivos (como ligadura de trompas, y colocación de DUI y diafragmas)	Sin copago El Plan paga el 100%.		
Vasectomía (no incluye procedimientos de reversión)	El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se brinda el servicio:	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Las pruebas de fertilidad se limitan a una por año calendario.
Aborto, incluye procedimientos electivos y no electivos	Si es en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital: copago de \$0.		
Pruebas de fertilidad	Si es en un entorno de hospital preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$75. Si es en un entorno de hospital no preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$250.		
Tratamiento de la infertilidad	Sin cobertura.	Sin cobertura.	Sin cobertura para el tratamiento de la infertilidad.

Atención del embarazo, maternidad y recién nacido

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas en el consultorio para atención prenatal y postnatal de un médico o partera ¹² certificada, incluidos los procedimientos diagnósticos	El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center. El Plan paga el 100% después de un copago inicial de \$40. No se aplican copagos para la primera visita postnatal.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Los copagos para las visitas prenatales se limitan a un copago por embarazo, una vez confirmado el embarazo.
Atención de enfermería para recién nacido en un hospital	El Plan paga el 100%.		
Atención obstétrica* en un hospital	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un hospital preferido y un copago de \$1,000 por admisión en un hospital no preferido . Si está inscrita en el 32BJ Maternity Program y da a luz en un hospital de este programa, es posible que se le reembolse su copago de \$100.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del 32BJ Maternity Program.
Centros de maternidad	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un hospital preferido y de \$1,000 por admisión en un hospital no preferido .	Sin cobertura.	No existe cobertura para centros de maternidad fuera de la red .
Parto en el hogar con una enfermera partera certificada ¹²		El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Se requiere autorización previa para el uso de una enfermera partera certificada no participante para un parto en el hogar.
Una visita de atención médica en el hogar	El Plan paga el 100%.	No existen beneficios fuera de la red .	Una (1) visita de atención médica en el hogar dentro de un plazo de 24 horas desde el alta, solo si la madre sale del hospital antes del período de 48 o 96 horas indicado en los beneficios hospitalarios y el proveedor prescribe la visita.

* Se requiere autorización previa.

Consulte la nota al pie 12 en la página 127.

Atención del embarazo, maternidad y recién nacido (continuación)

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Circuncisión de varones recién nacidos	El Plan paga el 100% después del copago según el lugar y el momento en que se brinda el servicio: Si es antes del alta: copago de \$0. Si es después del alta: <ul style="list-style-type: none"> En el entorno de un consultorio: <ul style="list-style-type: none"> copago de \$0 proveedor de un 5 Star Center copago de \$40 proveedor dentro de la red. En un entorno hospitalario: <ul style="list-style-type: none"> copago de \$75 hospital preferido copago de \$250 hospital no preferido. 	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.	

Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la vista (incluida la rehabilitación)¹³

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Hospitalizaciones de rehabilitación aguda para pacientes internados*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un hospital preferido y de un copago de \$1,000 por admisión en un hospital no preferido.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.	Con cobertura por 30 días por año calendario como máximo.
Consultorio del médico	El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center.	Sin cobertura.	Dentro de la red únicamente. Con cobertura por hasta 30 visitas por año calendario para la fisioterapia. Treinta visitas adicionales por año calendario para terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de la vista combinadas.
Centro para pacientes ambulatorios	El Plan paga el 100% después de un copago de \$40 por las visitas al consultorio. El Plan paga el 100% después de un copago de \$75 en hospitales preferidos , o un copago de \$250 en hospitales no preferidos.		
Servicios en el hogar	El Plan paga el 100%		

* Se requiere autorización previa.

Consulte la nota al pie 13 en la página 127.

Equipo médico duradero y suministros médicos¹⁴

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Equipo médico duradero* (como sillas de ruedas, nebulizadores, oxígeno y camas de hospital)	El Plan paga el 100%.	Sin cobertura.	Beneficio dentro de la red** únicamente.
Prótesis y aparatos ortopédicos* (por ejemplo, plantillas)	El Plan paga el 100%.	Sin cobertura.	Beneficio dentro de la red** únicamente. Las plantillas están cubiertas solo para afecciones ortopédicas de los pies que no sean de rutina y se limitan a un par por adulto y dos pares por niño en un año calendario.
Suministros médicos y para la diabetes (como catéteres y jeringas)	El Plan paga el 100% cuando usa un proveedor de equipos médicos duraderos.***	Sin cobertura.	Beneficio dentro de la red** únicamente. Si se realiza un pedido de suministros para la diabetes conforme al Beneficio de medicamentos con receta, consulte las páginas 48 y 49 para conocer el copago aplicable.
Pelucas	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% del monto permitido después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.	Cobertura después de quimioterapia o radioterapia y en otras circunstancias limitadas, como alopecia, lupus, quemaduras y heridas en el cuero cabelludo.
Suplementos nutricionales ¹⁵ que requieren receta médica (como fórmulas, incluidas las fórmulas para bebés, y productos alimenticios sólidos modificados)	El Plan paga el 100% cuando usa un proveedor de equipos médicos duraderos.***	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% del monto permitido después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.	Sin cobertura conforme al Beneficio de medicamentos con receta.
Audífonos	El Plan paga el 100%.	Sin cobertura.	Beneficio dentro de la red** únicamente a través de un proveedor de equipo médico duradero. La cobertura depende de la necesidad médica. El Plan paga por un audífono de nivel tres. El participante tiene la opción de pagar la diferencia entre lo que paga el Plan y el costo de los audífonos de tecnología más avanzada. Hasta dos audífonos de por vida.

* Se requiere autorización previa.

** Los proveedores de los equipos médicos duraderos podrían no ser los mismos que los proveedores de servicios médicos/hospitalarios.

Póngase en contacto con el Centro de servicios para afiliados para asegurarse de recibir su equipo médico duradero de un proveedor de equipos médicos duraderos **dentro de la red.**

*** Para obtener una lista de los proveedores de equipos médicos duraderos, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados.

Consulte la nota al pie 14 en la página 127 y la nota al pie 15 en la página 128.

Atención dental cubierta por el beneficio médico*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Extracción quirúrgica de muelas del juicio impactadas únicamente	El Plan paga el 100% después del copago : Si es en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital: copago de \$0. Si es en un entorno de hospital preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$75. Si es en un entorno de hospital no preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$250.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% del monto permitido después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Solo dentro de los 12 meses siguientes a una lesión en los dientes naturales sanos.

* La atención dental también se cubre conforme a los beneficios dentales del Plan descritos en las páginas 55 a 68 de esta SPD. Cuando un procedimiento dental sea elegible para recibir cobertura conforme a su plan médico/hospitalario y también al plan dental, su plan médico/hospitalario siempre será el pagador principal.

Gastos hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias excluidos

Los siguientes gastos no están cubiertos por la cobertura hospitalaria, médica, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias. Sin embargo, algunos gastos están cubiertos por sus coberturas de medicamentos con receta, del cuidado de la vista y de atención dental.

Consulte las otras secciones de este folleto para ver si un gasto no pagado como hospitalario/médico está cubierto de otra forma por el Plan.

- gastos en los que se incurrió antes de que comenzara la cobertura del paciente o después de que esta terminara,
- tratamiento que no es **médicamente necesario**,
- tratamiento cosmético,¹⁶

Consulte la nota al pie 16 en la página 128.

- en la medida máxima permitida por la ley, tecnología, tratamientos, procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos médicos que a juicio de Empire son experimentales, están en investigación, son obsoletos o poco eficaces.¹⁷ También queda excluida cualquier hospitalización relacionada con tratamientos experimentales o en investigación,
- gastos para el tratamiento de la infertilidad,
- tecnologías de reproducción asistida, incluidas, entre otras, fertilización in vitro, inseminación artificial, transferencia intrafalopiana de gametos y cigotos e inyección intracitoplasmática de espermatozoides,
- reversión de una esterilización,
- gastos de viaje, excepto los especificados,
- pruebas psicológicas con propósitos educativos para niños o adultos,
- suministros comunes de primeros auxilios como cinta adhesiva, gasa, antisépticos, vendajes y aparatos quirúrgicos que se encuentren en existencias, tales como aparatos ortopédicos, soportes elásticos, cuellos cervicales semirrígidos o zapatos quirúrgicos,
- gastos por acupresión, plegarias y curación religiosa, incluidos servicios o suministros naturopáticos, naprapáticos u homeopáticos,
- gastos por membresías o visitas a clubes de salud, programas de ejercicios, gimnasios u otros establecimientos de acondicionamiento físico,
- programas comerciales para la pérdida de peso, por ejemplo, Weight Watchers y Jenny Craig,
- cargos del quirófano para cirugía, bandejas de instrumentos y paquetes esterilizados incurridos en un establecimiento autorizado fuera del estado, incluido el consultorio del **médico**,
- aparatos ortopédicos de rutina para el cuidado de los pies (incluida la entrega de zapatos quirúrgicos y radiografías pre y postoperatorias) asociados con el cuidado de rutina de los pies,
- exámenes de rutina de la audición para adultos,
- evaluaciones psicológicas formales y recomendaciones de aptitud para el desempeño,

Consulte la nota al pie 17 en la página 128.

- hospitalización a largo plazo para atención residencial,
- terapia educativa o de capacitación para discapacidades del aprendizaje o la lectura,
- pruebas, controles o tratamiento para trastornos del aprendizaje, trastornos del lenguaje expresivo, trastornos de las matemáticas, trastornos fonológicos y trastornos de comunicación,
- tratamiento de afecciones que no se incluyen como desórdenes mentales en la edición más reciente del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*),
- tratamiento de la salud del comportamiento prestado por cualquier proveedor con licencia sin una licencia independiente en esa área de atención,
- pruebas psicológicas (excepto las realizadas por un psicólogo certificado para ayudar en la planificación del tratamiento, incluida la administración de medicamentos o la aclaración diagnóstica) y quedan específicamente excluidas todas las pruebas educativas, académicas y de logros,
- Camioneta (Ambulette),
- los siguientes servicios específicos de atención preventiva:
 - exámenes de detección realizados en su lugar de trabajo sin costo para usted
 - exámenes físicos anteriores a la contratación o para la escuela, campamento de verano y otras actividades relacionadas de esta naturaleza que se realizan como un servicio separado de los exámenes físicos o visitas de bienestar para niños tal como se describen en el Programa de **servicios cubiertos**
 - servicios gratuitos de evaluación provistos por el departamento de salud del gobierno
 - exámenes realizados por una unidad de evaluación móvil, a menos que un **médico** no afiliado a la unidad móvil indique los exámenes
- los siguientes servicios específicos de **emergencia**:
 - uso de la sala de emergencias para tratar dolencias para las que usted no tiene un **médico** habitual o debido a que es tarde en la noche (y la necesidad de tratamiento no cumple la definición del plan de lo que es una **emergencia**). (Consulte la página 120).
 - uso de la sala de emergencias para visitas de seguimiento
- los siguientes servicios específicos de atención de maternidad:
 - días en el hospital que no son **médicamente necesarios** (que superen las 48/96 horas de hospitalización que el Fondo debe cubrir según lo exigido por ley)
 - habitación privada (si usa una habitación privada, usted paga la diferencia entre el costo de esta y una habitación semiprivada. El costo adicional no cuenta para los efectos de su **deducible** o **coseguro**).
 - establecimientos de centros de maternidad **fuera de la red**
 - enfermería privada
 - servicios de una doula
- los siguientes gastos específicos de atención de hospitalización:
 - servicio de enfermería privada
 - habitación privada (si usa una habitación privada, usted paga la diferencia entre el costo de esta y una habitación semiprivada. El costo adicional no cuenta para los efectos de su **deducible** o **coseguro**).
 - hospitalizaciones diagnósticas, a menos que estén relacionadas con síntomas específicos que si no se tratan mediante una hospitalización podrían tener como consecuencia un daño corporal grave o poner en riesgo la vida
 - cualquier parte de una hospitalización que sea principalmente de custodia
 - cirugía cosmética electiva¹⁶ o cualquier gasto hospitalario relacionado o tratamiento de cualquier complicación relacionada
 - servicios hospitalarios recibidos en una clínica que no cumple la definición de hospital u otro centro cubierto según Empire
 - cirugía bariátrica en un centro que no sea un Blue Distinction Hospital dentro de la **red** Empire
- los siguientes gastos específicos de atención hospitalaria ambulatoria:
 - excepto por la quimioterapia, la atención médica de rutina que incluye, entre otras cosas, la inoculación, vacunación, administración o inyección de medicamentos, a menos que se realice en un entorno clínico hospitalario
 - extracción o almacenamiento de la propia sangre, productos derivados de la sangre o semen

Consulte la nota al pie 16 en la página 128.

- todos los servicios **fuera de la red** excluidos
- el siguiente equipo específico:
 - acondicionadores o purificadores de aire
 - humidificadores (excepto cuando se necesite junto con un equipo de presión positiva continua en la vía aérea) o deshumidificadores
 - equipo de ejercicios
 - piscinas
- atención en un centro de enfermería especializada que principalmente:
 - brinde asistencia para actividades de la vida diaria
 - sea para el descanso o para los adultos mayores
 - brinde atención de convalecencia
 - brinde atención de sanatorio
 - brinde una cura de descanso
- los siguientes servicios específicos de atención médica en el hogar:
 - servicios de custodia, incluido el baño, la alimentación, el cambio de pañales u otros servicios que no requieran atención especializada
- los siguientes servicios específicos de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o de la vista:
 - terapia para mantener o prevenir el deterioro de las habilidades físicas actuales del paciente
- los siguientes servicios específicos de cuidado de la vista:
 - gastos para corrección quirúrgica de un error refractivo o procedimientos refractivos de queratoplastia, incluidos, entre otros, queratotomía radial (“RK”), queratotomía fotorrefractiva (“PRK”) y láser in situ keratomileusis 21 (“LASIK”) y sus variantes
 - anteojos, lentes de contacto y un examen de ajuste, excepto después de una cirugía de cataratas. Sin embargo, consulte la sección Beneficios del cuidado de la vista en las páginas 69 a 71 para averiguar cómo podrían estar cubiertos los anteojos y los lentes de contacto en virtud del beneficios de la vista
 - cuidado de la vista de rutina (consulte la sección Beneficios del cuidado de la vista en las páginas 69 a 71 para obtener información sobre la cobertura).
- los siguientes servicios que pueden tener cobertura de otra parte del Plan:
 - tratamiento dental, excepto la extracción quirúrgica de dientes impactados o tratamiento de dientes naturales lesionados por un accidente si se tratan en un *plazo de 12 meses* desde la lesión. Sin embargo, consulte la sección Beneficios dentales en las páginas 55 a 68
 - todos los medicamentos de venta con y sin receta, inyectables autoadministrados, vitaminas, terapia de vitaminas, supresores del apetito o cualquier otro tipo de medicamentos, a menos que se indique específicamente. Sin embargo, consulte Beneficios de medicamentos con receta en las páginas 48 a 54 para conocer la cobertura de los gastos en medicamentos con receta
 - Dentaduras postizas (no están cubiertas como gastos médicos/hospitalarios, pero pueden tener cobertura del plan dental). (Consulte la sección Beneficios dentales en las páginas 55 a 68)
- los siguientes servicios y gastos varios de atención médica:
 - servicios prestados en casas de reposo o de convalecencia; instituciones principalmente de descanso o para los adultos mayores; centros de rehabilitación (excepto para fisioterapia); spas; sanatorios o enfermerías en escuelas, universidades o campamentos
 - lesión o enfermedad que surge de una ocupación o empleo con salario o ganancias para la cual hay cobertura de la Ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales (para obtener información sobre la subrogación de beneficios, consulte las páginas 97 a 100)
 - lesión o enfermedad que surge de un acto de guerra (declarada o no declarada) o servicio militar de cualquier país
 - lesión o enfermedad que surge de un acto criminal (que no sea violencia doméstica) por parte de la persona cubierta o una lesión autoinfligida de forma intencional que no sea consecuencia de enfermedad mental

- gastos por los servicios o suministros por los cuales una persona cubierta recibe el pago o el reembolso de un seguro contra accidentes o como consecuencia de una acción legal o gastos por los cuales la persona cubierta ya ha sido reembolsada por otro tercero que fue responsable debido a negligencia u otro hecho ilícito o acto ilícito de esa parte (para obtener más información sobre la subrogación de beneficios, consulte las páginas 97 a 100)
- gastos reembolsables según las cláusulas "sin culpa" de la ley de un estado
- servicios cubiertos por programas gubernamentales, excepto conforme a Medicare, Medicaid u otro que se indique
- cualquier atención de un hospital o de un **médico** recibida fuera de los Estados Unidos que no sea atención de **emergencia**
- servicios hospitalarios gubernamentales, excepto los servicios específicos cubiertos por un acuerdo especial entre Empire y un hospital o servicio gubernamental en la Administración de Veteranos de los Estados Unidos o los hospitales del Department of Defense para afecciones no relacionadas con el servicio militar
- tratamiento o atención para el trastorno temporomandibular o trastorno de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, "TMJ")
- servicios como exámenes de laboratorio, radiografías e imágenes, y servicios de farmacia de un centro en el cual el **médico** que deriva al paciente o un familiar cercano de dicho médico tiene una relación o interés financiero
- servicios administrados por un proveedor sin licencia o prestados fuera del alcance de la licencia del proveedor
- cargos por servicios que presta un familiar
- cargos que exceden el **monto permitido** máximo o visitas que exceden el máximo anual para dicho servicio o suministro
- servicios prestados en el hogar, excepto por aquellos específicamente mencionados en este folleto como servicios cubiertos, ya sea en el hogar o en una **emergencia**

- servicios que a menudo se prestan sin cargo, incluso si se facturan cargos
- servicios prestados por personal del hospital o la institución que se facturan en forma separada del resto de los servicios hospitalarios o institucionales, salvo que se especifique lo contrario en este folleto

Los siguientes servicios y/o gastos **fuera de la red** están excluidos de la cobertura conforme al Plan. **El Plan no pagará beneficios por los siguientes servicios fuera de la red o por los servicios provistos en los siguientes centros fuera de la red:**

- diálisis renal
- cirugía bariátrica realizada en cualquier hospital que no sea un Blue Distinction Center of Medical Excellence
- cirugía de trasplante de médula ósea, hígado, corazón y páncreas realizada en cualquier hospital que no sea un Blue Distinction Center of Medical Excellence
- cirugía de trasplante de riñón o de pulmón realizada en un hospital BlueCross BlueShield no participante
- centro de enfermería especializada
- atención médica en el hogar
- centro de atención para pacientes con enfermedades terminales
- terapia de infusión en el hogar
- centros de maternidad
- servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de la vista para pacientes ambulatorios
- equipo médico duradero
- prótesis/aparatos ortopédicos
- suministros médicos
- audífonos

Beneficio de medicamentos con receta

Su beneficio de medicamentos con receta es administrado por OptumRx®. La lista de medicamentos que están cubiertos por su Plan se conoce como un “formulario”. El formulario incluye medicamentos genéricos, de marca y especializados. El formulario de su plan es genérico de manera obligatoria, lo que significa que, en la mayoría de los casos, cuando se encuentre disponible un medicamento genérico y la farmacia surta un medicamento de marca por cualquier motivo, usted pagará la diferencia entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el **copago** por medicamento de marca.

Copagos por los medicamentos cubiertos:

	Un suministro para hasta 30 días	Un suministro para hasta 90 días	Farmacia no participante
Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$20	Cubierto hasta el monto que el Fondo le pagaría a una farmacia minorista participante menos su copago .
Medicamentos de marca y especializados	Copago de \$30	Copago de \$60	Cubierto hasta el monto que el Fondo le pagaría a una farmacia minorista participante menos su copago .

Notas: No se requiere un **copago** para medicamentos anticonceptivos de venta con receta y ciertos medicamentos preventivos de venta libre que le recetan. (Consulte la sección Medicamentos elegibles en la página 53). Además, si el costo del medicamento es menor que el del **copago**, usted paga el costo del medicamento.

Si su **médico** le receta un medicamento de marca del formulario y selecciona la opción "dispense tal como dice" (Dispense As Written, “DAW”) cuando esté disponible un medicamento genérico equivalente tipo “A”, usted deberá pagar el **copago** (\$30 o \$60) y la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico.

Los medicamentos de marca pueden ser muy costosos; por lo tanto, pídale a su **médico** que le recete medicamentos genéricos siempre que sea posible.

Si usted o su **médico** desean saber si un medicamento se encuentra en el formulario, pueden comunicarse con OptumRx al 1-844-569-4148 o visitar www.optumrx.com.

Recuerde que el monto máximo anual que paga de su bolsillo por los **copagos** por medicamentos con receta **dentro de la red** es \$1,800 para un individuo y \$3,600 para una familia.* Si tiene otros miembros de su familia en este plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar. No existen otros **copagos** por medicamentos con receta **dentro de la red** por el resto del año calendario una vez que alcanza este monto máximo anual.

5 Star Wellness Program

Los afiliados y sus dependientes que sufren de diabetes, asma, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica (PDA) e hipertensión, y que reciben sus servicios de atención primaria** de proveedores de los 5 Star Centers pagarán un **copago** de \$5 por medicamento con receta para un suministro para 30 días o \$10 por medicamento con receta para un suministro para 90 días cuando se surten tal como se describe a continuación. Para obtener más información o para averiguar si usted es elegible, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados al 1-877-299-1636 o envíenos un correo electrónico a 5StarCenterTeam@32bjfunds.com.

Existen varias formas de surtir su receta

Para medicamentos a corto plazo

Cuando usted necesita tomar un medicamento por un período que no supera los 60 días, puede surtir su receta en una farmacia participante. Puede recibir un suministro para hasta 30 días más un resurtido para un suministro para hasta 30 días.

Para medicamentos de mantenimiento

Si necesita tomar un medicamento de mantenimiento de manera continua durante más de 60 días, existen dos formas de surtir su receta:

1. a través del CVS Saver Plus Program en cualquier farmacia CVS o
2. a través del servicio de envío a domicilio de OptumRx.

* El Department of Health and Human Services (“HHS”) examina los límites anualmente y puede aumentarlos según el porcentaje de ajuste de la prima (un cálculo estimativo del cambio promedio en las primas de seguro de salud). El Plan cambiará los montos máximos que paga de su bolsillo cada 1 de enero para ajustarse a los límites del HHS; sin embargo, la parte correspondiente a los medicamentos con receta permanecerá fija.

** Este requisito no se aplica a los servicios de atención de urgencia o **emergencia**, o a los servicios que no se encuentran disponibles de un proveedor de los 5 Star Centers.

Si surte su medicamento de mantenimiento de venta con receta en cualquier otro lugar después de los primeros 60 días, se cubrirá como si se hubiera surtido en una farmacia no participante.

Para utilizar el servicio de envío a domicilio de OptumRx, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados de OptumRx al 1-844-569-4148 o visite el sitio web (www.optumrx.com).

Para medicamentos especializados*

Sus beneficios de farmacia cubren solo los medicamentos especializados que se encuentran en el formulario de OptumRx. Los medicamentos especializados deben surtirse a través de la Optum® Specialty Pharmacy. No existe cobertura para los medicamentos especializados que no se encuentran en el formulario de OptumRx. Para obtener información sobre cómo surtir un medicamento especializado, llame al 1-877-838-2907.

Variable Copay Program

Muchos fabricantes de medicamentos especializados ofrecen cupones de **copago** para ayudar a contrarrestar los costos de algunos medicamentos especializados. El Variable Copay Program podría reducir su **copago** a \$0 en la Optum® Specialty Pharmacy. Debe inscribirse en el programa para recibir cualquier descuento disponible para su **copago**. Para obtener información sobre cómo inscribirse en el Variable Copay Program, llame al 1-877-838-2907.

Programas de administración de la cobertura de planes de medicamentos con receta

El plan de medicamentos con receta utiliza programas para que usted reciba los medicamentos con receta que necesita en la cantidad adecuada y a un costo razonable. Los programas de administración de la cobertura incluyen autorización previa, terapia escalonada y límites de cantidad. Cada uno de estos programas se describe en detalle a continuación y en las páginas 51 y 52.

Autorización previa

Ciertos medicamentos del formulario del Plan requieren autorización previa antes de que el Plan pueda cubrir su medicamento. Los medicamentos sujetos a autorización previa incluyen aquellos productos que son propensos a su sobreutilización, su abuso o su uso para fines no indicados, o están sujetos a problemas importantes de seguridad o son muy costosos.

* Los medicamentos especializados son medicamentos con receta de costo elevado utilizados para tratar afecciones crónicas, complejas o poco comunes como el cáncer, la artritis reumatoide y la esclerosis múltiple. Si bien a veces estos medicamentos pueden tomarse de forma oral, a menudo requieren manipulación especial, como refrigeración durante el envío y almacenamiento, y se administran a través de una inyección o infusión. A menudo también requieren supervisión personalizada del paciente, coordinación de la atención y control de la adherencia al tratamiento.

El Programa de autorización previa está administrado por OptumRx para determinar si su uso de ciertos medicamentos cumple con las condiciones de cobertura de su Plan y las pautas clínicas de OptumRx para el uso del medicamento específico. La persona que extiende la receta debe comunicarse con el Departamento de autorización previa de OptumRx para suministrar la información clínica necesaria para determinar cuán apropiado es el medicamento para el afiliado antes de que se pueda surtir la receta. Por lo general, cuando se aprueba un medicamento conforme al Programa de Autorización previa, la aprobación es válida durante un período de tiempo específico.

Terapia escalonada

El Programa de terapia escalonada está diseñado para confirmar que los medicamentos que usted recibe sean seguros y rentables. A través del Programa de terapia escalonada, es posible que se le exija que utilice primero un medicamento genérico o de marca alternativo. Esto ayuda a mantener bajos los costos de los medicamentos con receta. Cuando le presente a su farmacéutico una receta para ciertos medicamentos, OptumRx comprobará si ha probado un medicamento genérico o un medicamento alternativo para tratar la misma afección. Si su historial de recetas indica que ya se utilizó un medicamento genérico o de marca alternativo, el medicamento recetado puede aprobarse y surtirse tal como fue indicado. Si su historial no indica que ha utilizado un medicamento genérico o de marca alternativo, el farmacéutico recibirá un mensaje que le indicará que la persona que expidió la receta debe llamar a un número telefónico gratuito para obtener más información. Se le pedirá entonces a la persona que expidió la receta que recete un medicamento genérico o de marca alternativo antes de poder cubrir otros medicamentos.

En caso de que la persona que expidió la receta le informe a OptumRx que un medicamento genérico o de marca alternativa no es adecuado para usted, dicha persona puede comunicarse con el Departamento de autorización previa de OptumRx para obtener aprobación para el otro medicamento.

Límites de cantidad

El Programa de límites de cantidad está diseñado para que el uso de medicamentos con receta sea más seguro y asequible. Si un medicamento que toma está sujeto al Programa de límites de cantidad, se surtirá su medicamento solo por la cantidad que se considere segura y clínicamente apropiada.

pautas y están sujetas a revisión y modificación periódicas. Si necesita más cantidad que el límite de cantidad inicial de un medicamento sujeto al Programa de límites de cantidad, su **médico**/persona que expide la receta puede brindar la información de necesidad médica para que OptumRx la pueda revisar, donde explique por qué una mayor cantidad del medicamento es clínicamente necesaria. OptumRx revisará la solicitud y se les notificará la decisión a usted y a la persona que expidió su receta.

Surtido parcial de ciertos medicamentos orales especializados para oncología

Los **médicos** a menudo cambian o interrumpen ciertos medicamentos orales para oncología. Si usted está tomando uno de esos medicamentos, la Optum® Specialty Pharmacy solo le surtirá la mitad de la receta hasta que se determine que continuará tomando ese medicamento. Si esta regla se aplica a su caso, solo se le cobrará la mitad de su **copago** aplicable por la mitad de la receta. Una vez que el medicamento esté estable, se lo cambiará a surtidos mensuales y se le cobrará el **copago** aplicable completo.

Revisión de la necesidad médica

Su **médico** podría recetarle un medicamento que no se encuentra cubierto en el formulario. Usted o su **médico** pueden solicitar una revisión de la necesidad médica a través de OptumRx para lograr la aprobación del medicamento.

Si se aprueba el medicamento y existe un equivalente genérico en el formulario, usted deberá pagar el **copago** de marca (\$30 o \$60) y la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico. Si se aprueba el medicamento y no existe una alternativa en el formulario, usted deberá pagar el **copago** correspondiente.

Reclamaciones para farmacias no participantes

Si usted surte su receta en una farmacia no participante, tendrá que pagar el costo completo y luego presentar una reclamación ante OptumRx para que se le reembolse hasta el monto que OptumRx le hubiera pagado a una farmacia participante (menos su **copago**). Comuníquese con OptumRx por teléfono o en línea para obtener el formulario de reclamación necesario si surte su receta en una farmacia no participante. (Consulte el interior de la contraportada para obtener el número de teléfono y el sitio web de OptumRx).

surte una receta para un medicamento que está en la lista de aquellos que requieren autorización previa, o si está sujeto a límites de cantidad o terapia escalonada, y no se comunica con OptumRx antes de surtirla, es posible que sea responsable por el costo total del medicamento con receta.

Medicamentos elegibles

Los siguientes medicamentos están cubiertos por el Plan:

- medicamentos con receta con leyenda federal,
- medicamentos que requieren una receta conforme a las leyes estatales aplicables,
- insulina, agujas y jeringas para insulina,
- tiras para análisis de diabéticos,
- todos los tipos de anticonceptivos aprobados por la FDA, incluidos los anticonceptivos recetados orales y subdérmicos, los anticonceptivos inyectables y los diversos dispositivos anticonceptivos, sin requerir **copago**, si fueran genéricos o si no hubiera un genérico disponible. Los anticonceptivos de marca con genéricos disponibles estarán sujetos al **copago** por medicamento de marca,
- vitaminas con receta para bebés de hasta 12 meses, y
- vitaminas prenatales, sin requerir **copago**.

Medicamentos excluidos

Los siguientes medicamentos no están cubiertos por el Plan:

- medicamentos de venta sin receta médica y vitaminas (sin embargo, ciertas vitaminas están cubiertas para la atención prenatal; consulte lo anterior para obtener información),
- medicamentos con receta que requieren autorización previa y para los cuales no se ha recibido autorización previa,
- medicamentos utilizados en ensayos clínicos o estudios experimentales, excepto en la medida en que la ley vigente lo exija,
- medicamentos utilizados para el tratamiento de la infertilidad o donación de óvulos,

- medicamentos recetados para propósitos cosméticos (consulte la nota 16 en la página 128 para obtener más información),
- medicamentos usados para la pérdida de peso a menos que cumpla los criterios médicos del Plan,
- medicamentos que no están incluidos en el formulario, a menos que su médico pueda probar con documentación clínica o los antecedentes del paciente de terapia con medicamentos, a satisfacción de OptumRx, que el medicamento que no está incluido en el formulario es necesario por motivos médicos (los medicamentos que no están incluidos en el formulario son medicamentos que no están en la lista de medicamentos aprobados del Plan),
- dispositivos o aparatos terapéuticos, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, y
- recetas que una persona elegible tiene derecho a recibir sin cargo conforme a la Ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales o a cualquier programa federal, estatal o municipal.

Beneficios dentales

Cómo funciona el Plan

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

- un **dentista participante de Delta Dental**, o
- un dentista **no participante**.

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

- debe ser proporcionado por un dentista o, únicamente en el caso de limpieza o raspado de los dientes, realizado por un higienista dental certificado bajo la supervisión y dirección de un dentista,
- debe corresponder con los síntomas, diagnóstico o tratamiento de la afección, enfermedad o lesión,
- debe corresponder con las normas de la buena práctica dental,
- no debe ser exclusivamente para la conveniencia del paciente o del dentista, y
- debe ser el suministro o nivel de servicio más adecuado que se pueda proporcionar de forma segura al paciente.

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

Proveedores de servicios dentales participantes

Los beneficios dentales del Plan incluyen la opción de "dentista participante" a través de Delta Dental. La **red** de Delta Dental que lo cubre a usted depende de dónde vive. Si vive en el estado de New York, usted y sus dependientes elegibles están cubiertos por la **red** Delta Dental NY Select. Si vive fuera del estado de New York, usted y sus dependientes elegibles están cubiertos por la **red** Delta Dental PPO.

El hecho de que se trate de un **dentista participante** o no depende de la **red** que lo cubre a usted. Por ejemplo, si usted está cubierto por la **red** NY Select, cualquier servicio dental provisto por un dentista que no pertenezca a la **red** NY Select estará cubierto **fuera de la red**. Por lo tanto, un dentista que participa en las **redes** de Delta Dental, pero no en la **red** NY Select, no es un **dentista participante**. Si usa ese dentista, sus reclamaciones se procesarán **fuera de la red**. El Fondo pagará el monto menor entre el cargo real del dentista por un servicio dental cubierto y el 50% del **monto permitido** para ese procedimiento según el Programa de tarifas de NY Select de Delta Dental. Usted será responsable por el otro 50%, más cualquier cargo adicional que supere el **monto permitido**. Se reembolsará al dentista conforme al **monto permitido** del programa de tarifas de NY Select de Delta Dental para cada procedimiento. Usted será responsable por cualquier monto cobrado por el dentista que supere el **monto permitido**. Si tiene alguna pregunta acerca de qué **red** lo cubre a usted o desea encontrar un dentista, comuníquese con la línea de Delta Dental exclusiva para afiliados de la 32BJ al 1-800-589-4627 o visite www.deltadentalins.com/32bj para obtener asistencia.

Los dentistas que participan en la **red** que lo cubren han acordado aceptar el monto que Delta Dental paga como pago completo por la atención dental cubierta que recibe, excepto por:

- servicios mayores como puentes dentales fijos, coronas y prótesis, por los cuales tendrá que pagar un **copago** de \$75 por servicio,
- cargos que superen el máximo anual de \$2,000, y
- servicios de ortodoncia* para dependientes menores de 19 años que superen el límite de por vida de \$2,500.

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

Dentistas no participantes

El Plan pagará por el trabajo dental realizado por un dentista debidamente acreditado, pero no pagará más que el 50% de lo que Delta Dental le hubiera pagado a un dentista que participa en la **red** que lo cubre a usted. Su dentista **no participante** puede obtener una asignación de reembolso de Delta Dental mediante la presentación de una solicitud de determinación previa directamente ante Delta Dental antes de que comience a realizar cualquier trabajo dental.

Usted tendrá que pagar los cargos completos del dentista. Deberá presentar una reclamación ante Delta Dental (consulte la página 75) y será reembolsada según el programa de tarifas de Delta Dental aplicable para cada procedimiento.

El Fondo pagará el monto menor entre el cargo real del dentista por un servicio dental cubierto y el 50% del **monto permitido** para ese procedimiento según el programa de tarifas de Delta Dental correspondiente. Usted será responsable de pagar el otro 50%. Además, los montos que superen el **monto permitido** no son elegibles para reembolso y es su responsabilidad pagarlos.

Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento

Si usted y su dentista no están seguros de su beneficio para un tratamiento específico, o si se estima que los costos del tratamiento superarán los \$300, Delta Dental le recomienda que solicite un estimado previo al tratamiento. Debe pedirle al dentista que presente la reclamación antes de proveer los servicios propuestos. Las solicitudes de estimados previos al tratamiento no son obligatorias, pero pueden presentarse para procedimientos más complicados y costosos, como coronas, extracción de muelas del juicio, puentes, prótesis dentales y cirugía periodontal. Recibirá un estimado de los gastos que paga de su bolsillo, que incluyen los **copagos**, si los hubiera, y lo que pagará Delta Dental una vez que comience el tratamiento. Las determinaciones previas son gratuitas y los ayudarán a usted y a su dentista a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento.

Máximo anual

El Plan dental brinda cobertura de hasta \$2,000 por participante/dependiente de 19 años de edad o mayor, por año calendario. No hay monto máximo anual para participantes y dependientes menores de 19 años.

Limitaciones de frecuencia

Los beneficios están sujetos a los límites de frecuencia que se indican en el Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan Dental que se incluye más abajo y en las siguientes páginas:

Programa de servicios dentales cubiertos (“Programa”)

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a las limitaciones de frecuencia que se indican en el Programa. El Plan no cubre beneficios por los procedimientos que no estén en el Programa, pero puede proporcionar un beneficio alternativo si es aprobado por Delta Dental of New York, Inc. (Delta Dental) en representación del Fondo. Si tendrá que pagar estos servicios, y cuánto, depende de si elige recibir atención dental de un **dentista participante** de la red Delta Dental o de un dentista **no participante** de dicha red.

Servicios preventivos

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Profilaxis dental (limpieza, raspado y pulido)	El Plan paga el 100%.	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Dos por un año calendario.
Tratamiento tópico con flúor			Dos por año calendario para pacientes menores de 16 años.
Sellantes (en la superficie oclusiva de un molar y premolar definitivo sin restaurar)			Una vez por diente durante cualquier período de 24 meses consecutivos para pacientes menores de 16 años.
Mantenimiento de espacio (dispositivos removibles pasivos o fijos hechos para niños con el fin de mantener el espacio creado por un diente faltante hasta que emerja el diente definitivo)			Una vez por diente de por vida para pacientes menores de 16 años.

Servicios de diagnóstico

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Examen oral, periódico, limitado (centrado en el problema), integral o detallado y extenso (centrado en el problema)	El Plan paga el 100%	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Dos por un año calendario.
Radiografías: • de boca completa, serie completa que incluye mordida o placa panorámica			Una vez durante cualquier período de 36 meses consecutivos.
• mordida, dientes posteriores			Dos de cada procedimiento de radiografía de mordida en un año calendario.
• placas periapicales, un solo diente			Según sea necesario.
• placa oclusiva		Dos por fecha de servicio.	
• placa cefalométrica o imagen fotográfica obtenida de manera intraoral o extraoral (cobertura de ortodoncia únicamente)		Sin cobertura.	Una vez de por vida.

Servicios de restauración simple

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
• obturaciones de amalgama (metálicas)	El Plan paga el 100%.	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por superficie de diente cada 24 meses consecutivos.
• obturaciones de resina (compuesto, del color de los dientes) en dientes anteriores			

Endodoncia

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> tratamiento de conducto segundo tratamiento de conducto apicoectomía/ servicios perirradiculares (se exige para el pago una placa postoperatoria que muestre la apicoectomía terminada y retrógrada) Pulpectomía 	El Plan paga el 100%	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por diente de por vida.
<ul style="list-style-type: none"> Hemisección Apexificación/ Recalcificación Sellado de la pulpa dental 			Sólo para niños menores de 19 años.

Periodoncia

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> Gingivectomía o gingivoplastia Cirugía ósea 	El Plan paga el 100%	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por cuadrante por período de 60 meses consecutivos.
Raspado periodontal y de raíz			Una vez por cuadrante por período de 24 meses consecutivos.
Mantenimiento periodontal (este procedimiento es un beneficio que se realiza después de la terapia periodontal activa una vez que se haya completado un período postoperatorio de 30 días).			Dos procedimientos profilácticos en un año calendario.

Extracciones simples

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Extracción no quirúrgica de diente o raíces expuestas (incluye anestesia local, sutura necesaria y atención de rutina postoperatoria).	El Plan paga el 100%	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por diente de por vida.

Cirugía oral y máxilofacial*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> Extracciones Extracción de diente impactado, raíces dentales residuales 	El Plan paga el 100%	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por diente de por vida.
Alveoloplastia (preparación quirúrgica de la apófisis alveolar para las prótesis dentales con o sin extracciones)			Una vez por cuadrante de por vida.
Frenulectomía			Una vez por arco de por vida.

* La cirugía oral está limitada a la extracción de dientes, preparación de la boca para las prótesis dentales, extracción de quistes generados en los dientes de hasta 1.25 cm e incisión y drenaje de un absceso intraoral o extraoral.

Servicios dentales de mayor magnitud

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Recementación de corona, incrustación, restauración	El Plan paga el 100% después del copago de \$75.	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por diente en un año calendario.
Corona prefabricada de acero inoxidable/resina (dientes temporales para niños solamente)			Una vez por diente durante cualquier período de 24 meses consecutivos.
Incrustaciones, restauraciones y coronas en caso de que los dientes no se puedan restaurar con obturaciones normales debido al exceso de caries o a fracturas			Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos.

Prótesis dentales removibles

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Prótesis dentales completas o inmediatas (totales) superiores e inferiores, o parciales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio	El Plan paga el 100% después del copago de \$75.	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una prótesis dental por arco durante cualquier período de 60 meses consecutivos.
Procedimientos de rebaje y recubrimiento de prótesis dentales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio			Una vez por aparato durante cualquier período de 36 meses consecutivos.
Prótesis dental parcial provisoria maxilar y mandibular			Una vez por aparato durante cualquier período de 60 meses consecutivos.
Acondicionamiento del tejido			

Prótesis dentales fijas

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Pónticos de prótesis dentales parciales fijas	El Plan paga el 100% después del copago de \$75.	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos.
Retenedores de prótesis dentales parciales fijas – incrustaciones/ restauraciones, coronas			

Reparaciones

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Reparación de corona	El Plan paga el 100% después del copago de \$75.	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por diente durante un período de 24 meses consecutivos.
Aumentos en prótesis dentales parciales			Dos veces durante cualquier período de 12 meses consecutivos.
Reemplazo de dientes rotos en una prótesis dental			

Tratamiento de emergencia

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Tratamiento paliativo para aliviar la incomodidad inmediata (solamente procedimiento menor)	El Plan paga el 100%	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por fecha de servicio.

Servicios de ortodoncia*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Ortodoncia	El Plan paga el 100% hasta un beneficio máximo de por vida** de \$2,500.	Sin cobertura.	Sólo para niños menores de 19 años. Máximo de por vida de \$2,500.** Un tratamiento*** de por vida.

* Los beneficios son pagaderos únicamente para tratamientos realizados por ortodoncistas que estén diplomados en un programa avanzado de educación en ortodoncia, acreditado por la American Dental Association (Asociación Americana de Odontología).

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

*** Un tratamiento incluye aparatos de ortodoncia, visitas mensuales y aparatos de retención.

Varios

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Protector oclusivo	El Plan paga el 100%.	El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Un aparato durante cualquier período de 60 meses consecutivos.

Beneficio alternativo para la cobertura dental

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

Lo que no está cubierto

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

- cualquier servicio realizado antes de que el paciente sea elegible para obtener beneficios o después de que termine su elegibilidad, incluso si se ha aprobado el plan de tratamiento,
- reembolso de cualquier servicio que supere las limitaciones de frecuencia especificadas en el Programa de servicios dentales cubiertos,
- atención de ortodoncia para individuos de 19 años o más,
- servicios de ortodoncia **fuera de la red**,
- cargos que superan el **monto permitido**, o el monto máximo anual, o el monto máximo de por vida para la atención de ortodoncia,
- tratamiento por lesión accidental de un diente natural que se brinda más de 12 meses después de la fecha de la lesión accidental,
- servicios o suministros que el Plan determina que son de naturaleza experimental o de investigación, excepto en la medida en que la ley lo estipule,
- servicios o tratamientos que el Plan determina que no tienen un pronóstico razonablemente favorable,
- cualquier tratamiento realizado principalmente por razones cosméticas, incluidos, entre otros, el laminado, las fundas y el blanqueamiento dental,
- técnicas especiales, incluidas las prótesis dentales de precisión, prótesis dentales de soporte, personalización de coronas, prótesis dentales u obturaciones, o cualquier otro servicio. Esto incluye, entre otros, los accesorios de precisión y los liberadores de tensión. Están excluidas también las prótesis dentales totales o parciales que requieran tiempo y técnicas especiales, debido a problemas especiales, como una pérdida de la estructura ósea de soporte,
- cualquier procedimiento, aparato o restauración que altere la “mordida” o la forma en que los dientes se juntan (llamada también oclusión o dimensión vertical) y/o que restauren o mantengan la mordida, excepto por lo dispuesto bajo beneficios de ortodoncia. Tales procedimientos incluyen, entre otros, estabilización, soporte periodontal, rehabilitación de toda la boca, restauración de la pérdida de estructura de los dientes debido a la atrición y restauración de la desalineación de los dientes,
- cualquier procedimiento que implique la reconstrucción completa de la boca o cualquier servicio relacionado con implantes dentales, incluido cualquier implante quirúrgico con un dispositivo de prótesis adjunto,
- diagnóstico o tratamiento de problemas de la articulación de la mandíbula, incluido el trastorno de la articulación temporomandibular (“TMJ”), trastornos craniomandibulares u otras enfermedades de las articulaciones que unen el hueso de la mandíbula y el cráneo, o el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación,
- pilares dobles o múltiples,
- tratamiento para corregir hábitos dañinos, incluidos, entre otros, fumar y la terapia miofuncional,
- aparatos para quitar hábitos, excepto que tenga beneficio de ortodoncia,
- servicios para programas de control de placa, educación en higiene bucal y orientación nutricional,
- servicios relacionados con el reemplazo o la reparación de aparatos o dispositivos, incluidos:
 - los duplicados de prótesis dentales
 - el reemplazo de prótesis dentales o aparatos perdidos o robados menos de cinco años después de la fecha de la inserción
 - el reemplazo de prótesis dentales, puentes o aparatos existentes, que se pueden restaurar de acuerdo con las normas de la odontología

- los ajustes de un dispositivo de prótesis dentro de los primeros seis meses de su colocación
- el reemplazo o la reparación de aparatos de ortodoncia
- fármacos o medicamentos usados o surtidos en el consultorio del dentista (cualquier receta necesaria puede estar cubierta por los beneficios de medicamentos con receta del Plan). (Consulte las páginas 48 a 54),
- cargos por novocaína, xilocaína o cualquier anestésico local similar cuando el cargo se hace de manera separada de un gasto dental cubierto,
- cargos adicionales cobrados por un dentista para tratamiento hospitalario,
- servicios para los cuales un participante tiene derechos contractuales para recuperar costo, ya sea que una reclamación se haga valer o no, bajo la indemnización por accidentes y enfermedades laborales o un seguro automotriz, médico, de protección por lesiones personales, de propietario o de otro tipo sin culpa,
- tratamiento de enfermedades provocadas por guerra o acto de guerra, declarada o no, o una enfermedad contraída o un accidente que ocurra durante servicio activo de tiempo completo en las fuerzas armadas de cualquier país o coalición de países,
- cualquier parte de los cargos por los cuales se pagan beneficios según cualquier otra parte del Plan,
- si un participante se transfiere de la atención de un dentista a otro durante el tratamiento, o si más de un dentista prestan servicios para el mismo procedimiento, el Plan no pagará beneficios mayores que los que habría pagado si el servicio lo hubiese prestado un solo dentista,
- transporte hacia el tratamiento y desde este,
- gastos en los que se incurra por citas canceladas,

- cargos por llenar informes o por proporcionar registros,
- cualquier procedimiento que no esté incluido en el Programa de servicios dentales cubiertos para el Delta Dental PPO Plan.

Coordinación de beneficios dentales

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

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

1. El programa que cubra al inscrito como empleado determinará sus beneficios antes de que el programa que cubra al inscrito como un dependiente.
2. El programa que cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuya fecha de cumpleaños sea anterior en el año calendario determinará sus beneficios antes que el programa que cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuya fecha de cumpleaños sea posterior en el año calendario. Si ambos empleados tienen la misma fecha de cumpleaños, el programa que cubra al empleado por el período más prolongado será el principal con respecto al programa que cubre al empleado por el período más corto. Si el otro programa no cuenta con la norma señalada en el párrafo anterior, pero en lugar de ello tiene una norma basada en el sexo del empleado, la norma del otro plan determinará el orden de los beneficios.
3. El programa que cubra al inscrito que tenga custodia del dependiente determinará primero sus beneficios; luego el programa del cónyuge del progenitor con custodia del dependiente; y finalmente, el programa del progenitor que no tenga custodia del dependiente. Sin embargo, si los términos específicos de una orden judicial señalan que uno de los progenitores es responsable de los gastos de atención médica del dependiente, se consideran en primer lugar los beneficios de dicho

programa. La oración anterior no se aplicará con respecto a cualquier período durante el cual se hayan pagado o suministrado los beneficios antes de que el programa tenga conocimiento real de la orden judicial.

4. El programa que cubra al inscrito como empleado o como dependiente de un empleado determinará sus beneficios antes que el programa que cubra al inscrito como empleado retirado o despedido o como dependiente de dicha persona. Si el otro plan no tiene una norma con respecto a los empleados retirados o despedidos y, como resultado de ello, cada plan determina sus beneficios luego del otro, entonces no se aplicará lo dispuesto en el presente párrafo.
5. Si el otro programa no tiene una norma que establezca el mismo orden de determinación de la responsabilidad para los beneficios o es un programa “adicional” o siempre “secundario”, Delta Dental determinará primero los beneficios del Plan. Si dicha determinación indica que el Plan no debería haber sido el primer programa para determinar sus beneficios, se considerará que Delta Dental no es el primer programa para determinar sus beneficios.
6. En las situaciones que no estén descritas en los ítems 1 al 5, el programa bajo el cual el inscrito ha estado inscrito por el mayor período de tiempo determinará primero sus beneficios. Cuando Delta Dental sea el primer programa para determinar sus beneficios, los beneficios serán pagados sin considerar la cobertura bajo cualquier otro programa. Cuando Delta Dental no sea el primer programa para determinar sus beneficios, y existan gastos restantes del tipo permitido bajo este programa, Delta Dental solo pagará el monto por el cual los beneficios bajo este plan exceden la cantidad de beneficios pagaderos bajo el otro programa.
7. Cuando un procedimiento dental sea elegible para recibir cobertura conforme a su plan médico/hospitalario y también a su plan dental, su plan médico/hospitalario siempre será el pagador principal.

Beneficios de cuidado de la vista

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

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

Información general sobre sus beneficios de la vista

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

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

Dichos beneficios máximos se pagan dentro de cualquier período de 24 meses*, a partir de la fecha en que incurrió en gastos del cuidado de la vista por primera vez (por lo general un examen de la vista).

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

Por ejemplo, si se realiza un examen de la vista el 1 de septiembre de 2021, tiene hasta el 1 de septiembre de 2023 (siempre y cuando siga siendo elegible para los beneficios del Fondo) para recibir los beneficios citados anteriormente para los lentes y marcos o los lentes de contacto. Ningún beneficio de cuidado de la vista no utilizado se puede transferir ni usar en un período subsiguiente de 24 meses.

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

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

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

Gastos elegibles

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

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

Gastos excluidos

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

- tratamiento o servicios oftalmológicos pagaderos bajo las disposiciones de cualquier otro beneficio del Plan (el tratamiento oftalmológico puede tener cobertura conforme a los beneficios hospitalarios/médicos descritos en las páginas 26 a 40),
- anteojos sin receta médica,

- cargo del examen de ajuste de los lentes de contacto,
- gastos ornamentales, y
- beneficios **fuera de la red** para participantes y dependientes menores de 19 años.

Beneficios de seguro de vida

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

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

Monto del beneficio

Su cobertura de seguro de vida es de \$15,000. Los beneficios del seguro de vida se le pagan a su beneficiario si usted muere mientras la cobertura está vigente.

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

Cuándo termina la cobertura del seguro de vida

La cobertura de seguro de vida termina 30 días después de que termina su **empleo cubierto**, con excepción de lo estipulado en la página siguiente. La cobertura del seguro de vida también termina si cancela su cobertura en virtud de este Plan debido a la elegibilidad para Medicare. (Consulte las páginas 94 y 95). Después de que finalice su seguro de vida grupal en virtud del Plan, es posible que pueda convertirlo en una póliza de seguro de vida individual. Comuníquese con MetLife al número que aparece arriba para obtener más información sobre la conversión de su seguro de vida.

Extensión del seguro de vida por incapacidad

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

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

El aviso de aprobación o rechazo de beneficios se enviará a su beneficiario designado por escrito. (Consulte las páginas 82 a 92 para obtener información sobre cómo apelar una reclamación rechazada).

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

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

Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales

Sujeto a las exclusiones de cobertura, si usted pierde la vida en un accidente, o ambas manos a la altura de la muñeca o por encima de esta, o ambos pies a la altura del tobillo o por encima de este, o la vista de ambos ojos, o cualquier combinación de mano, pie y vista en un ojo, el beneficio del seguro AD&D pagadero a su beneficiario es de \$15,000. Si pierde una mano a la altura de la muñeca o por encima de esta, o un pie a la altura del tobillo o por encima de este, o la vista en un ojo, el beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero a su beneficiario es de \$7,500.

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

La cobertura del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales termina 30 días después de que termine su empleo. El seguro de muerte y mutilación accidentales también termina si cancela su cobertura en virtud de este Plan debido a la elegibilidad para Medicare. (Consulte las páginas 94 y 95).

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

Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

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

Reclamaciones de beneficios

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

- preguntas acerca de las disposiciones del Plan o la elegibilidad que no se relacionan con ninguna reclamación de beneficios específica,
- una solicitud de aprobación previa de un beneficio que no requiere aprobación previa del Plan, y
- la presentación de una receta médica que se debe surtir en una farmacia que es parte de la **red** de farmacias participantes de OptumRx.

Sin embargo, si cree que su receta no se surtió en una farmacia participante de acuerdo con los términos del Plan, de manera total o parcial, puede presentar una reclamación usando los procedimientos descritos en las siguientes páginas.

Presentación de reclamaciones de beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias

Si usa los proveedores de la **red**, y le presenta su tarjeta de Empire BlueCross BlueShield al proveedor al momento del servicio, no tiene que presentar reclamaciones. Los proveedores lo harán por usted. Si no le presenta su tarjeta de Empire BlueCross BlueShield al proveedor al momento del servicio, usted será responsable del cargo total de la reclamación. Si se atiende con proveedores **fuera de la red**, estos son algunos pasos que debe tomar para asegurarse de que su reclamación de beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias se procese de manera precisa y a tiempo:

- **Presente reclamaciones lo antes posible y nunca después de 180 días desde la fecha del servicio.** Consulte la tabla en la página 76 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. **Las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha de servicio se rechazarán por presentarse fuera del plazo.**
- Llene toda la información solicitada en el formulario.
- Adjunte facturas o recibos originales.
- Si tiene otra cobertura y Empire es el pagador secundario, presente el original o la copia de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, “EOB”) del pagador principal con su factura detallada. (Consulte la sección Coordinación de beneficios en las páginas 93 a 96).
- Conserve una copia de su formulario de reclamación y de todos los documentos adjuntos para sus registros.

Presentación de reclamaciones de beneficios de farmacia

Si usa farmacias participantes o la farmacia de pedido por correo, no necesita presentar reclamaciones. Las farmacias participantes o la de pedidos por correo lo harán por usted. Si usa una farmacia **fuera de la red**, debe presentar una reclamación de beneficios. Consulte la tabla en la página 76 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. **Las reclamaciones de beneficios de farmacia se deben presentar lo antes posible, y nunca después de transcurridos más de 180 días después de la fecha en que se surtió la receta. Las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha de servicio se rechazarán por presentarse fuera del plazo.**

Si tiene otra cobertura y OptumRx es el pagador secundario, presente el original o la copia de la Explicación de beneficios del pagador principal con su factura detallada. (Consulte la sección Coordinación de beneficios en las páginas 93 a 96).

Presentación de reclamaciones de atención dental

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

Debe presentar una reclamación cuando reciba atención de dentistas u otros proveedores o centros fuera de la **red** de proveedores de servicios dentales participantes del Plan. Puede obtener un formulario de reclamación visitando el sitio web de **Delta Dental** en www.deltadentalins.com/32bj o llamando al 1-800-589-4627. Consulte la tabla en la página 76 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**.

Esto es lo que necesita saber para presentar una reclamación de atención dental cuando no se atiende con un proveedor dental participante:

- Solo se aceptará para su revisión un formulario de reclamación original completamente lleno o cualquier otro documento que **Delta Dental** requiera.
- La reclamación debe ir acompañada de toda la información de diagnóstico necesaria.
- Cuando usted es el paciente, su firma original o su firma archivada es aceptable en todas las reclamaciones de pago. Si el paciente es un niño, se aceptará una firma original o la firma archivada del padre, madre o tutor del niño.
- **Delta Dental debe recibir todas las reclamaciones en un plazo de 180 días después de la fecha del servicio. Se rechazarán las reclamaciones que se reciban más de 180 días después de la fecha de servicio por presentarse fuera del plazo.**
- Usted recibirá el pago de todos los servicios recibidos de un proveedor de servicios dentales no participante. Es su responsabilidad pagarle al dentista directamente por los servicios recibidos de un dentista no participante. El Plan no aceptará la cesión de beneficios a un proveedor de servicios dentales no participante.

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

Presentación de reclamaciones del cuidado de la vista

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

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

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

Adónde enviar los formularios de reclamaciones

Beneficio	Dirección de presentación
Beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias (fuera de la red únicamente; no se necesitan formularios de reclamación para atención dentro de la red).	Empire BlueCross BlueShield P.O. Box 1407 Church Street Station New York, NY 10008-1407 Attn: Institutional Claims Department (para reclamaciones de beneficios hospitalarios); o Attn: Medical Claims Department (para reclamaciones de beneficios médicos/profesionales/de ambulancia)
Beneficios de farmacia (solamente proveedores no participantes ; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	OptumRx Claims Department P.O. Box 650334 Dallas, TX 75265-0334
Beneficios de atención dental (solamente proveedores no participantes ; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	Delta Dental P.O. Box 2105 Mechanicsburg, PA 17055-2105
Beneficios del cuidado de la vista (solamente proveedores no participantes ; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	Davis Vision Vision Care Processing Unit P.O. Box 1525 Latham, NY 12110
Beneficios del seguro de vida Seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100

Aprobación y rechazo de reclamaciones

Hay diferentes procesos de aprobación y rechazo de reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias), reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de la vista), y reclamaciones del seguro de vida o seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Estos procesos se describen por separado en las siguientes páginas. Lea esta información para estar en pleno conocimiento de estos procesos y de lo que usted, o su representante autorizado, deben hacer para cumplir los procedimientos.

Designación de un representante autorizado

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

- su nombre,
- su número de identificación tal como figura en su tarjeta de Empire, OptumRx, Delta Dental o Davis Vision, según corresponda,
- su fecha de nacimiento,
- su dirección,
- el nombre completo de la parte a la que autoriza para actuar en su nombre,
- la fecha o fechas para las cuales es válida la autorización, y
- una oración que indique claramente que la parte está autorizada a presentar una reclamación y/o una apelación en su nombre.

Reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) y reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de la vista)

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

- *Reclamaciones anteriores al servicio.* Esta es una reclamación de un beneficio para el cual el Plan exige aprobación del beneficio (total o parcial) antes de obtener la atención. Se requiere aprobación previa para ciertos beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias (consulte las páginas 24 a 40).
- Para reclamaciones anteriores al servicio presentadas correctamente, se le informará de la decisión a usted o a su proveedor *en un plazo de 15 días* después de recibir la reclamación, a menos que se necesite tiempo adicional. El plazo de respuesta se puede extender hasta *15 días* si es necesario, debido a motivos que están fuera del control del revisor de las reclamaciones. Se le informarán las circunstancias que hagan necesaria esta extensión del plazo, y la fecha para la cual se espera una decisión.

Si usted o su proveedor presentan una reclamación anterior al servicio de manera incorrecta, se le informará lo antes posible de los procedimientos correctos que se deben seguir para volver a presentar la reclamación, a más tardar *cinco días* después de la recepción de la reclamación. Solo recibirá un aviso de una reclamación anterior al servicio presentada de manera incorrecta si esta incluye:

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

A menos que la reclamación se vuelva a presentar correctamente, no constituirá una reclamación. Si se necesita una extensión debido a que se requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted y/o su proveedor tendrán *45 días* a partir de la recepción de la notificación para suministrar la información adicional. Si la información no se proporciona en ese plazo, su reclamación se determinará sobre la base de la información disponible.

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

- *Reclamaciones de atención urgente.* Esta es una reclamación de atención o tratamiento médico en la que, de aplicarse los plazos para tomar determinaciones sobre reclamaciones anteriores al servicio, se vería amenazada su vida, salud o capacidad de recuperar su función máxima, o, en la opinión de un **médico**, sufriría un dolor intenso e incontrolable.

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

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

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

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

Si no cumple los procedimientos del Plan para presentar una reclamación de atención urgente, se le notificará *en un plazo de 24 horas* a partir del incumplimiento y se le informarán los procedimientos

* Un profesional de la salud con conocimiento de su enfermedad o alguien a quien usted haya autorizado puede actuar como representante autorizado. Consulte la sección Designación de un representante autorizado en la página 77 para conocer los detalles.

correctos que debe seguir. Esta notificación puede ser verbal, a menos que usted la solicite por escrito. Solo recibirá una notificación de incumplimiento del procedimiento si su reclamación incluye:

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

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

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

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

Si se necesita una extensión debido a que se requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted tendrá *45 días* a partir de la recepción de la notificación para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona en ese tiempo, su reclamación se decidirá sobre la base de la información disponible.

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

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

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

Aviso de la decisión

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

- las razones para el rechazo, si el rechazo es total o parcial y si se toma alguna determinación adversa de beneficios (por ejemplo, el Plan paga menos del 100% de la reclamación),
- las referencias específicas a las disposiciones del Plan en las que se basa el rechazo,
- una descripción de cualquier información adicional necesaria para completar su reclamación y una explicación de por qué es necesaria dicha información, y
- una descripción del proceso de apelaciones y los límites de tiempo, así como también una declaración de su derecho a iniciar una demanda civil conforme a la Sección 502(a) de la Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act of 1974, “ERISA”) dentro de un plazo de tres años desde la fecha en que se rechazó la apelación.

Para reclamaciones de atención de urgencia y anteriores al servicio, usted recibirá un aviso de la determinación incluso cuando se apruebe la reclamación. El plazo de entrega de este aviso depende del tipo de reclamación, según se describe en las páginas 77 a 81.

Apelación de reclamaciones rechazadas

Una apelación es una solicitud que usted, o su representante autorizado, presenta para que se revise y reconsidere una determinación de beneficios desfavorable.

Existen diferentes procedimientos de apelaciones para las reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) y las reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de la vista). Para obtener información sobre cómo presentar apelaciones para reclamaciones rechazadas del seguro de vida y seguro de muerte y mutilación accidentales, póngase en contacto con MetLife.

La tabla a continuación le brinda una breve descripción general de los niveles de apelación disponibles para cada tipo de reclamación rechazada y ante quién debe presentarse la apelación.

Tipo de reclamación rechazada	Apelación en primera instancia	Apelación en segunda instancia
Reclamaciones de servicios de salud (juicio médico)	Empire BlueCross BlueShield	Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, "IRO")
Reclamaciones de servicios de salud (administrativas)**	Empire BlueCross BlueShield	Junta de fideicomiso*
Reclamaciones de servicios de salud auxiliares:		
• Farmacia (juicio médico)	OptumRx	Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, "IRO")
• Farmacia (administrativa)	OptumRx	Junta de fideicomiso*
• Atención dental	Delta Dental	Junta de fideicomiso*
• Cuidado de la vista	Davis Vision	Junta de fideicomiso*
Vida/muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company	No corresponde

* Esta instancia de apelación es voluntaria.

** Una reclamación administrativa de servicios de salud o farmacia es aquella que no involucró juicio médico. Una reclamación administrativa puede incluir, por ejemplo, una determinación que indica que el paciente no es elegible o excedió el límite del plan, o que un medicamento o servicio no era un medicamento o **servicio cubierto**.

Presentación de una apelación

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

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

Si presenta una apelación, se le proporcionará gratuitamente, si así lo solicita, acceso a todos los documentos, registros u otra información relacionada con su apelación, o bien, a copias de ellos.

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

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

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

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

Dónde presentar una apelación de primera instancia

Beneficio	Escriba a:	O llame al
Beneficios hospitalarios Beneficios médicos Beneficios de salud del comportamiento Beneficios de abuso de sustancias	Empire BlueCross BlueShield P.O. Box 1407 Church Street Station New York, NY 10008-1407	1-866-316-3394
Beneficios de farmacia	Prescription Claims Appeals OptumRx P.O. Box 25184 Santa Ana, CA 92799 Fax: 1-877-239-4565	Las apelaciones, excepto aquellas por reclamaciones clínicas de urgencia, solo se aceptan por escrito.*
Beneficios del cuidado de la vista	Davis Vision P.O. Box 791 Latham, NY 12110	Solo se aceptan apelaciones por escrito.
Beneficios dentales	Delta Dental One Delta Drive Mechanicsburg, PA 17055 Attn: Professional Services	Las apelaciones, excepto aquellas por atención de urgencia, solo se aceptan por escrito.**
Beneficios del seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100 Fax: 1-570-558-8645	Solo se aceptan apelaciones por escrito.

* También se puede presentar una apelación por una reclamación clínica de urgencia llamando al Servicio de atención al cliente de OptumRx al 1-844-569-4148.

** También se puede presentar una apelación por una reclamación de atención dental de urgencia en forma verbal llamando a **Delta Dental** al 1-800-589-4627.

Plazos para las decisiones sobre apelaciones

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

Apelaciones aceleradas por reclamaciones de atención de urgencia

Si su reclamación incluye atención de urgencia para servicios de salud (beneficios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) o ciertos servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia o dentales), puede presentar una apelación acelerada si su proveedor cree que se necesita una apelación inmediata debido a que un retraso en el tratamiento representaría una amenaza grave o inminente a su salud o capacidad para recuperar su función máxima, o bien, lo sometería a un dolor agudo que no podría controlarse de manera adecuada sin la atención o tratamiento al que se refiere la reclamación. Esta apelación puede presentarse por escrito o llamando a los números que figuran en la tabla de la sección Dónde presentar una apelación de primera instancia en la página anterior. Puede tratar la determinación del revisor e intercambiar cualquier información necesaria por teléfono, por fax o por medio de cualquier otra forma rápida de intercambio. Recibirá una respuesta *en un plazo de 72 horas*.

Apelación de reclamaciones anteriores o simultáneas al servicio para servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia, dentales o de la vista)

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

Apelación de reclamaciones posteriores al servicio para servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (servicios de farmacia, dentales o de la vista)

Si presenta una apelación por una reclamación posterior al servicio, se le notificará la decisión de su apelación *dentro de un plazo de 60 días* desde la recepción de su apelación.

Solicitud de apelación acelerada

Puede solicitar que el proceso de apelación sea expeditivo si (1) los plazos de este proceso ponen en riesgo grave su vida, salud o capacidad para recuperar su función máxima o si, según la opinión de su **médico**, lo someterían a un dolor agudo que no podría controlarse sin los servicios o medicamentos solicitados, o (2) su apelación implica la no autorización de una admisión o la continuación de la hospitalización de un paciente internado. El revisor **médico** de Empire o el especialista médico independiente de OptumRx, en colaboración con el **médico** que lo trata, decidirán si es necesaria una apelación acelerada. Cuando una apelación clínica es acelerada, Empire u OptumRx responderán con una decisión en forma verbal *dentro de las 72 horas* y también le enviarán un aviso por escrito de la decisión.

Apelación de segunda instancia para reclamaciones que involucran juicio médico o una rescisión retroactiva de cobertura

Reclamaciones de servicios de salud (médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) y reclamaciones de farmacia

Reclamaciones de servicios de salud. Si no está totalmente satisfecho con la decisión de la apelación en primera instancia de Empire de una reclamación que involucró juicio médico o rescisión retroactiva de cobertura, puede solicitar que se envíe la apelación a una Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, "IRO") para ser revisada. La IRO está compuesta por personas que no trabajan para Empire ni ninguna de sus afiliadas. La decisión de presentar una apelación ante una IRO no afectará sus derechos a otros beneficios del Plan.

No hay cargo por este proceso de revisión independiente y es completamente voluntario. El Plan acatará la decisión de la IRO. Para solicitar una derivación a una IRO, el motivo del rechazo se debe basar en el juicio médico o en la determinación de idoneidad clínica de Empire. Como se indicó anteriormente, "juicio médico" significa una determinación basada en, entre otros, los requisitos del plan para necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o efectividad de un beneficio cubierto o una determinación de si un tratamiento es experimental o en investigación.¹⁷ Las exclusiones o los límites administrativos, de cobertura de beneficios o elegibilidad no son elegibles para la revisión de la IRO.

Consulte la nota al pie 17 en la página 128.

Para solicitar una revisión, debe notificarle a Empire *dentro de un plazo de cuatro meses* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación en primera instancia de Empire. Empire le enviará el archivo a la IRO. La IRO proporcionará un aviso por escrito de la decisión *dentro de un plazo de 45 días*.

Cuando se solicite, y si un retraso pudiera perjudicar su afección médica, según lo determine el revisor **médico** de Empire, o si de su apelación depende una hospitalización, la disponibilidad de atención, la continuación de una hospitalización o un artículo o servicio de atención médica para el cual recibió servicios de **emergencia**, pero no ha recibido aún el alta del centro, la revisión de la IRO se completará *dentro de un plazo de 72 horas*.

Reclamaciones de farmacia. Si no está completamente satisfecho con la decisión de la revisión de la apelación en primera instancia de OptumRx de una reclamación que involucró juicio médico, puede solicitar que OptumRx envíe la apelación a una IRO para su revisión. La IRO está compuesta por personas que no trabajan para OptumRx ni ninguna de sus afiliadas. La decisión de presentar una apelación ante una IRO no afectará sus derechos a otros beneficios del Plan.

No hay cargo por este proceso de revisión independiente y es absolutamente voluntario. OptumRx acatará la decisión de la IRO. Para solicitar una derivación a una IRO, el motivo del rechazo se debe basar en el juicio médico o en la determinación de idoneidad clínica de OptumRx. Como se indicó anteriormente, "juicio médico" significa una determinación basada en, entre otros, los requisitos del Plan para necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o efectividad de un beneficio cubierto o una determinación de si un tratamiento es experimental o investigativo. Las exclusiones o los límites administrativos, de cobertura de beneficios o de elegibilidad no son elegibles para la revisión de la IRO.

Para solicitar una revisión, debe notificarle a OptumRx *dentro un plazo de cuatro meses* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la revisión de la apelación en primera instancia de OptumRx. OptumRx le enviará el archivo a la IRO. La IRO proporcionará un aviso por escrito de la decisión *dentro de un plazo de 45 días*.

Cuando se solicite, y si un retraso perjudica su afección médica, según lo determine el especialista médico independiente de OptumRx, la revisión de la IRO se completará *dentro de un plazo de 72 horas*.

Proceso de revisión externa

Revisión preliminar. Dentro de un plazo de cinco días hábiles a partir de la recepción de su solicitud de revisión externa, Empire u OptumRx, según corresponda, completará una revisión preliminar de su solicitud para determinar si es elegible para una revisión externa (p. ej., si agotó los procedimientos de reclamaciones y apelaciones del Fondo y proporcionó toda la información necesaria).

Dentro de un plazo de un día hábil después de completar la revisión preliminar, se le notificará si la reclamación es elegible para una revisión externa, excepto en la medida en que lo exija la ley, y que es posible que se derive el examen preliminar a una Organización de revisión independiente (“IRO”) a fin de determinar si la reclamación involucra un juicio médico. Si su solicitud de revisión externa está completa, pero su reclamación no es elegible para una revisión externa, recibirá un aviso en el que se le informarán los motivos por los que no es elegible e información de contacto de la Employee Benefits Security Administration. Si su solicitud de revisión externa no está completa, el aviso indicará la información o los materiales necesarios para completarla. Puede presentar la información adicional requerida dentro del período original de cuatro meses para la presentación o en un período de 48 horas a partir de que reciba la decisión con respecto a su elegibilidad para la revisión externa, lo que suceda después.

Remisión a una Organización de revisión independiente (“IRO”). Si su solicitud de revisión externa está completa y su reclamación es elegible para revisión externa, su reclamación se enviará a una IRO para revisión. La IRO le notificará por escrito que su reclamación ha sido aceptada para revisión externa.

Se le permite presentar por escrito a la IRO asignada, dentro de los 10 días hábiles posteriores a la fecha en que recibe el aviso inicial de la IRO, la información adicional que desea que la IRO considere cuando realice la revisión externa. La IRO puede aceptar y considerar información adicional presentada después de 10 días hábiles, pero no está obligada a hacerlo. Si decide presentar dicha información, en un plazo de un día hábil, la IRO designada enviará la información a Empire u OptumRx, según corresponda. Cuando se reciba dicha información, es posible que se reconsidere su reclamación que está sujeta a una revisión externa. La reconsideración no demorará la revisión externa. Es posible que se cancele la revisión externa como resultado de la reconsideración solo si Empire u OptumRx, según

corresponda, deciden, cuando se complete la reconsideración, revertir su rechazo y proporcionar el pago. En un plazo de un día hábil después de haber tomado la decisión, usted y la IRO asignada recibirán un aviso por escrito de la decisión. Cuando reciban dicho aviso, la IRO asignada cancelará la revisión externa.

Cuando tome su decisión, la IRO revisará toda la información y los documentos que reciba de manera oportuna, y no estará limitada por las decisiones o conclusiones a las que se llegaron durante el proceso interno de apelaciones y reclamaciones. Además, la IRO puede tener en cuenta información adicional relacionada con su reclamación en la medida en que la información esté disponible y la IRO considere que sea relevante.

La IRO le proporcionará un aviso por escrito de su decisión en un plazo de 45 días después de recibir la solicitud de revisión. El aviso de decisión de la IRO incluirá lo siguiente:

- una descripción general de la reclamación y la razón de la solicitud de revisión externa,
- la fecha en que la IRO recibió la asignación de revisión externa y la fecha de su decisión,
- referencia a la evidencia que se tuvo en cuenta para tomar la decisión,
- un análisis de las razones principales de su decisión y cualquier norma basada en evidencia que se hubiese utilizado para tomar la decisión,
- una declaración que indique que la determinación es vinculante excepto en la medida en que otros recursos puedan estar disponibles conforme a la ley estatal o federal,
- una declaración que indique que es posible que haya una revisión judicial disponible para usted, e
- información de contacto de cualquier oficina de asistencia al consumidor aplicable.

Cuando lo solicite, la IRO pondrá a su disposición todos los registros relacionados con su solicitud de revisión externa, a menos que dicha divulgación infrinja leyes estatales o federales de privacidad.

Reversión de la decisión del Fondo. Si la IRO emite una decisión final que revierte la decisión anterior, se pagará la reclamación.

Instancia voluntaria de apelación

Reclamaciones administrativas de servicios de salud y de farmacia, y de servicios de salud auxiliares (beneficios dentales y de la vista)

Una vez que recibe oportunamente* el aviso del rechazo de la apelación en primera instancia de una reclamación administrativa** de servicios de salud y de farmacia o de la apelación en primera instancia de servicios de salud auxiliares (beneficios dentales y de la vista), ha agotado todas las opciones requeridas de apelaciones internas. Tenga en cuenta que no existen apelaciones aceleradas para reclamaciones posteriores al servicio en el procedimiento de apelaciones voluntarias.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede iniciar una acción civil de acuerdo con la Sección 502(a) de la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act of 1974, “ERISA”). Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación de primera instancia obligatorio y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que se hayan cumplido los plazos correspondientes descritos en esta SPD desde que presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o aviso de que se necesita una extensión del plazo para adoptar dicha decisión. **Además, no se puede presentar una demanda más de tres años después de la fecha en la cual se rechazó la apelación correspondiente.** Además, todas las reclamaciones de beneficios realizadas contra el Fondo deben presentarse ante los tribunales federales ubicados en New York. Como alternativa, puede presentar una apelación voluntaria ante la Junta de fideicomiso. Se tendrá que presentar esta apelación voluntaria *dentro de un plazo de 180 días* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación que le envió el revisor correspondiente, según figura en la tabla de la sección Apelación de reclamaciones rechazadas en la página 82. Las apelaciones voluntarias se tratan en las reuniones del Junta de fideicomiso programadas de manera regular.

La instancia voluntaria de apelación está disponible solo después de que usted (o su representante autorizado) haya cumplido el proceso de apelación obligatoria correspondiente que exige el Plan, como se describió

* La Junta de fideicomiso no atiende apelaciones voluntarias de reclamaciones para las apelaciones obligatorias que no se presentaron a tiempo ante el revisor de apelaciones correspondiente. Si el revisor de apelaciones rechaza su apelación por no haberla presentado a tiempo, no hay apelación voluntaria ante la Junta de fideicomiso.

** Una reclamación administrativa de servicios de salud o farmacia es aquella que no involucró juicio médico. Una reclamación administrativa puede incluir, por ejemplo, una determinación que indica que un paciente no es elegible o excedió el límite del plan, o que un medicamento o servicio no era un medicamento o servicio cubierto.

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

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

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

Si usted decide presentar una reclamación en los tribunales después de haber completado la apelación voluntaria, se suspenderá la ley de prescripción aplicable a su reclamación durante el período del proceso de apelación voluntaria, que, según los términos del Plan, es un período de tres años.

Aviso de la decisión de la apelación

Le notificarán por escrito la decisión sobre su apelación en un plazo de cinco días desde la fecha en que la Junta de fideicomiso tome la decisión sobre la apelación. El aviso por escrito de la decisión de la apelación incluirá toda la información estipulada en la sección Aviso de la decisión en la página 81.

Acciones posteriores

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

Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación de primera instancia obligatoria y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que se hayan cumplido los plazos correspondientes descritos en este folleto desde la fecha en la cual presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o aviso de que se necesita una extensión del plazo para adoptar dicha decisión. **Además, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en la cual se rechazó la apelación correspondiente.** Además, todas las reclamaciones de beneficios realizadas contra el Fondo deben presentarse ante los tribunales federales ubicados en New York. Si no se toma una decisión con respecto a la apelación, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en que la Junta de fideicomiso debería haber tomado una decisión sobre esta.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, póngase en contacto con la Oficina de Cumplimiento a la dirección que figura en la página 117. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación o para obtener asistencia, puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.askebsa.dol.gov.

Incompetencia

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

Dirección de correo

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

Coordinación de beneficios*

Usted o sus dependientes pueden tener cobertura de atención médica conforme a dos planes. Por ejemplo, su cónyuge puede tener un seguro médico otorgado por el empleador o inscribirse en Medicare. Cuando esto sucede, ambos planes coordinarán sus pagos de beneficios de modo que los pagos combinados no excedan los gastos permitidos (o costo real, si es menor). Este proceso, conocido como Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, “COB”), establece cuál de los planes paga primero y cuál paga segundo. El plan que paga primero es el plan principal y el que paga segundo es el plan secundario. El plan principal le reembolsará primero y el plan secundario le reembolsará por los gastos restantes hasta el máximo de sus costos permitidos para los **servicios cubiertos**.

El plan utiliza la aplicación de la coordinación de beneficios que no permite la duplicación de beneficios. Esto significa que cuando este Plan es el plan secundario, se determina cuánto debería haber pagado si fuera el plan principal y luego se subtrae la cantidad que el plan principal pagó por este beneficio. Luego este Plan, el plan secundario, paga la diferencia. Si no hay diferencia, entonces este plan, como plan secundario, no paga nada.

La coordinación de beneficios asegurará que reciba el máximo beneficio permitido por el Plan, al tiempo que probablemente reduzca el costo de los servicios para el Plan. No perderá beneficios a los que tiene derecho según este Plan y puede conseguir beneficios si el otro plan tiene mejor cobertura en alguna área.

Excepto por los casos como Medicare y **TRICARE** que se describen en las páginas 94 a 96, y por los beneficios dentales, que se describen en las páginas 67 y 68, las reglas para determinar cuál es el plan principal son las siguientes:

- Si el otro plan no tiene una disposición sobre la coordinación de beneficios con respecto al gasto en particular, ese plan siempre es el principal.
- El plan que cubre al paciente como empleado activo es el principal y el que cubre al paciente como dependiente es secundario.
- Si el paciente está cubierto como empleado activo (o como dependiente de un empleado activo) y como cesante que ha sufrido un despido o está retirado, el plan como empleado activo es el principal. Sin embargo, si el otro plan no tiene esta regla y ambos planes no concuerdan en cuanto a cuál de ellos es el principal, no se aplicará esta regla.

* Existen reglas diferentes de coordinación de beneficios aplicables a los beneficios dentales que se describen en las páginas 67 y 68.

- Si el paciente es un hijo dependiente de padres que no están separados o divorciados, el plan que cubre al progenitor cuyo cumpleaños ocurre primero en el calendario (mes y día; no se considera el año de nacimiento) es el principal y paga primero. Si la fecha de cumpleaños de los padres es el mismo día, el plan que ha cubierto a cualquiera de los dos padres por más tiempo es el principal. Si el otro plan no usa esta “regla del cumpleaños”, ese plan es el principal a menos que se haya determinado antes el plan principal por alguna de las reglas anteriores.
- Si los padres de un hijo dependiente están legalmente separados o divorciados (y no existe un decreto judicial que establece la responsabilidad financiera por los gastos de atención médica del niño), el plan principal es el que cubre al padre que tiene la custodia. Si el padre que tiene la custodia se vuelve a casar, su plan es el principal, el plan del padrastro o madrastra es el secundario y el plan del padre que no tiene la custodia es el terciario. Si los padres están divorciados o separados y existe un decreto judicial que especifique qué padre tiene la responsabilidad financiera por los gastos de atención médica del niño, el plan de ese padre es el principal, una vez que el plan tenga conocimiento de dicho decreto.
- Si ninguna de las reglas anteriores establece cuál es el plan principal, el plan que haya cubierto al paciente por más tiempo, en forma continua y en el período de cobertura en que se incurrió en el gasto, es el plan principal.

Si tanto usted como su cónyuge participan en este Plan, sus beneficios se coordinan de la misma manera que cualquier otro (es decir, como si usted y su cónyuge estuvieran cubiertos por planes distintos). No existe la duplicación de beneficios y no recibirá reembolso que supere el monto de los gastos permitidos para los **servicios cubiertos** y no se le reembolsará por los **copagos** solicitados.

Medicare

- Si usted (o su dependiente) adquiere elegibilidad para inscribirse en Medicare debido a la edad o a una incapacidad (según las normas aplicadas por el Seguro Social) y usted trabaja en un **empleo cubierto**, usted, o su dependiente, puede mantener o cancelar su cobertura (el cónyuge puede cancelarla cuando cumpla los 65 años) en este Plan. La cancelación de su cobertura no afecta la obligación de su **empleador** cubierto de continuar realizando contribuciones al Plan en su nombre. Si usted (o su dependiente) decide tener cobertura de este Plan y de

Medicare, este Plan será el principal y Medicare será el secundario siempre que permanezca en un **empleo cubierto**. Si cancela su cobertura conforme a este Plan, no puede volver a elegir este Plan. Además, si cancela su cobertura conforme a este Plan, el Plan no podrá ofrecerle ningún beneficio que pudiera complementar los beneficios de Medicare. Cuando cancela su cobertura conforme a este Plan, se cancela toda la cobertura de beneficios, incluidos los beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, medicamentos con receta, atención dental, cuidado de la vista y seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales.

- Si usted no trabaja en un **empleo cubierto** (por ejemplo, usted tiene cobertura médica extendida mientras está recibiendo beneficios por incapacidad) y sus dependientes son elegibles para inscribirse en Medicare debido a una incapacidad o a que han alcanzado la edad (según las normas aplicadas por el Seguro Social), Medicare será el plan principal y este Plan será el secundario para cada familiar cubierto que sea elegible para inscribirse en Medicare. Su dependiente debe inscribirse en la cobertura de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Si su dependiente no se inscribe, debido a que este Plan paga como seguro secundario, usted será considerado financieramente responsable de lo que Medicare habría pagado si su dependiente se hubiese inscrito. Aquellos familiares que no sean elegibles para inscribirse en Medicare continuarán recibiendo cobertura principal de este Plan.

Enfermedad renal en etapa terminal. Para los pacientes cubiertos que sufran de enfermedad renal en etapa terminal, Medicare es el pagador secundario de los beneficios durante los primeros 30 meses de tratamiento. Después de que termine este período de 30 meses, Medicare se convierte en forma permanente en el pagador principal. Tenga en consideración que este Plan pagará como plan secundario después del período de 30 meses aunque usted (o sus dependientes) no se inscriban en la Parte B de Medicare.

TRICARE. Si usted, o un dependiente elegible, está cubierto por este Plan y **TRICARE**, este Plan paga primero y **TRICARE** paga en segundo lugar.

Beneficios del seguro sin culpa. Si una persona cubierta por este Plan tiene una reclamación que incluye un accidente en un vehículo motorizado cubierto por la ley de seguros "sin culpa" de cualquier estado, los gastos de atención de salud deben ser reembolsados primero por la compañía de seguros del seguro sin culpa. El reclamante tendrá derecho a recibir beneficios de atención de salud conforme a este Plan solo cuando haya agotado sus

beneficios de atención de salud con la cobertura sin culpa. Si existen gastos por servicios que están cubiertos por este Plan que la compañía del seguro sin culpa no reembolsó completamente, se pueden reembolsar gastos impagos en virtud de este Plan, bajo los máximos aplicables por el Plan y otras disposiciones. Si está cubierto contra la pérdida de ingresos por algún seguro de responsabilidad civil sin culpa para vehículos motorizados, cualquier beneficio disponible por el seguro sin culpa producto de la pérdida de ingresos reducirá los beneficios por incapacidad que paga este Plan.

Otra cobertura proporcionada por la ley estatal o federal. Si tiene cobertura de este Plan y de cualquier otro seguro dispuesto por alguna otra ley estatal o federal, este último paga primero y este Plan paga en segundo lugar.

Indemnización por accidentes y enfermedades laborales. Este Plan no proporciona beneficios por gastos cubiertos por las leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales. Si un **empleador** disputa la aplicación de la Ley de Indemnización por accidentes y enfermedades laborales por la enfermedad o lesión por la cual se incurrió en los gastos, el Plan pagará los beneficios, sujeto a su derecho de volver a recuperar esos pagos en caso de que se determine que están cubiertos por la Ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales (para obtener información sobre la subrogación y reembolso de beneficios, consulte las páginas 97 a 100).

Divulgación de información al Fondo: Fraude

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

La información que le suministra al Fondo, que incluye las declaraciones en cuanto a su edad y estado civil, afectará la determinación de sus beneficios. Si cualquier información que suministra es falsa, o si comete un acto o práctica que constituye fraude, o tergiversa intencionalmente hechos materiales, es posible que deba indemnizar y devolver al Fondo cualquier pérdida o daño causado por las declaraciones falsas, el fraude o la tergiversación.

Además, si se presentó una reclamación para su pago o esta fue pagada por el Fondo como resultado de declaraciones falsas, fraude o tergiversación, el Fondo puede solicitar el reintegro, decidir formular cargos penales y tomar cualquier otra medida que considere razonable. Solicitar deliberadamente beneficios para una persona que no es elegible se considera un fraude y podría estar sujeto a procedimientos penales.

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

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

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

Subrogación y reembolso

Si un tercero u otra fuente realizan pagos relacionados con una enfermedad o lesión para la cual ya se han pagado beneficios cubiertos por el Plan, el Fondo tiene derecho a recuperar el monto de esos beneficios. Se les puede solicitar a usted y a sus dependientes que firmen un acuerdo de reembolso si usted solicita el pago de gastos médicos relacionados con la enfermedad o lesión cubierta por el Plan antes de que haya recibido el monto total que recuperaría por medio de un fallo, un acuerdo, el pago de un seguro u otra

fuelle. Además, se les puede exigir a usted y a sus dependientes que firmen los documentos necesarios y notifiquen oportunamente al Fondo sobre cualquier acción legal.

Si usted o sus dependientes se lesionan como resultado de negligencia u otros hechos ilícitos, causados por usted, sus dependientes o un tercero, y usted o sus dependientes solicitan a este Fondo beneficios y los reciben, este Fondo tendrá entonces un derecho de retención preferencial y/o retención equitativa mediante un acuerdo sobre el monto total de dichos beneficios en caso de que usted recupere cualquier suma de dinero de cualquiera de las partes que haya causado, agravado o contribuido con las lesiones o de cualquier otra fuente que de otro modo sea responsable por el pago de lo anterior. Este derecho de retención preferencial y/o retención equitativa mediante un acuerdo se aplica en caso de que estos dineros provengan directamente de su propia compañía de seguros, de otra persona o de la compañía de seguros de esta, o de cualquier otra fuente (lo que incluye, entre otros, a cualquier persona, empresa, entidad, cobertura de motorista no asegurado, cobertura personal complementaria, cobertura de pagos médicos, cobertura del seguro por accidentes y enfermedades laborales, cobertura automotriz sin culpa o cualquier otra póliza o plan de seguro).

Este derecho de retención y/o retención equitativa mediante un acuerdo surge a raíz del funcionamiento del Plan. No se necesita un acuerdo adicional de subrogación o reembolso. El derecho de retención y/o retención equitativa mediante un acuerdo del Fondo es sobre las indemnizaciones que se reciban de cualquier fuente por concepto de cualquier pago, obligación, acuerdo, fallo judicial y/o sentencia.

Todo monto que se reciba de cualquier parte o de cualquier fuente mediante un fallo, acuerdo o de otro modo, debe aplicarse primero para satisfacer la obligación de reembolso con el Fondo por el monto de gastos pagados en su beneficio o el de su dependiente. El derecho de retención y/o retención equitativa mediante un acuerdo del Fondo es preferencial para la recuperación completa de los fondos pagados en su beneficio.

Cuando la recuperación de un tercero o de cualquier otra fuente sea parcial o incompleta, el derecho a reembolso del Fondo tiene prioridad sobre su derecho o el de su dependiente a la recuperación, sin importar si a usted o a su dependiente se les indemnizó por las lesiones o pérdidas. El Fondo no reconoce y no está limitado por ninguna aplicación de la doctrina de "resarcimiento". Además, el Fondo no reduce su retención debido a ningún honorario pagado a su abogado.

La Junta tiene la facultad discrecional para interpretar cualquier término o disposición vaga o ambigua en favor de los derechos a subrogación o reembolso del Fondo.

Al solicitar y recibir beneficios en virtud del Fondo, usted acepta:

- restituir al Fondo el monto total de los beneficios que se les paguen a usted y/o a sus dependientes de las indemnizaciones de cualquier pago, contrato, acuerdo, fallo y/o sentencia, y el rechazo suyo o de su(s) dependiente(s) de reembolsarle al Fondo se considerará un incumplimiento de su acuerdo con el Fondo por el cual aceptaba que el Fondo proveería los beneficios conforme al Plan y usted cumpliría con las normas del Plan, y usted y/o su(s) dependiente(s) renunciarían a cualquier defensa que pudieran tener en cualquier acción iniciada por el Fondo para recuperar montos adeudados, incluidas entre otras, la defensa de la ley de prescripción o una defensa basada en el principio legal de "preemption" (derecho de preferencia), en la medida en que la ley lo permita, conforme a las leyes vigentes,
- que las indemnizaciones de cualquier contrato, acuerdo, fallo y/o sentencia que reciba de un tercero, de una compañía de seguros o de cualquier otra fuente que se le paguen directamente a usted (o a otra persona o entidad), las retendrá usted (o dicha persona o entidad) en un fideicomiso implícito, una retención y/o una retención equitativa mediante un acuerdo para el Fondo. (Se aplican las mismas reglas para cualquier otra persona a quien ceda sus derechos.) El beneficiario de dichas indemnizaciones es un fiduciario del Fondo respecto a dichos fondos y está sujeto a las disposiciones y obligaciones fiduciarias de ERISA. El Fondo se reserva el derecho de recuperar los fondos de parte de dicha persona, entidad o fideicomiso y de nombrar a dicha persona, entidad o fideicomiso como demandado en cualquier litigio que se derive de los derechos de subrogación o reembolso del Fondo,
- que cualquier retención y/o retención equitativa mediante un acuerdo que el Fondo procure no se reducirá por concepto de honorarios de abogados, costas judiciales o desembolsos en que pudiera incurrir usted y/o su abogado en una acción que procure la recuperación de parte de un tercero o de cualquier otra fuente, y estos gastos no pueden usarse para compensar su obligación de restituir el monto total de la retención y/o retención equitativa mediante un acuerdo al Fondo, y
- que cualquier recuperación no se reducirá producto de la aplicación de la doctrina de fondo común para recuperar los honorarios de abogados, ni estará sujeta a ello.

Recomendamos encarecidamente que, si se lesiona como resultado de la negligencia o hecho ilícito de un tercero, o si las lesiones son el resultado de sus propios actos, o de los actos de sus dependientes, se comunique con su abogado para pedirle asesoría y orientación. Sin embargo, este Fondo no puede pagar y no pagará los honorarios de su abogado. En caso de que no procure la reparación de ningún tercero ni de otras fuentes responsables, el Fondo está autorizado para procurar, demandar, negociar o llegar a un acuerdo (a discreción de la Junta) con respecto a cualquier reclamación en su nombre, y usted acepta firmar cualquier documento necesario para presentar dichas reclamaciones y acepta cooperar totalmente con el Fondo en los procedimientos judiciales respectivos.

En caso de que procure la recuperación de cualquier dinero por parte de un tercero o de cualquier otra fuente que haya causado, agravado o contribuido con sus lesiones, o que de otro modo sea responsable, el Plan sigue una regla que establece que usted debe dar aviso por escrito al Fondo de lo anterior en un plazo de diez días después de que usted o su abogado hayan intentado recuperar por primera vez dicho dinero, entablar una demanda o llevar a cabo negociaciones para llegar a un acuerdo con un tercero o hayan tomado cualquier otra acción similar. También debe cooperar con las solicitudes razonables del Fondo en cuanto a los derechos de subrogación y reembolso de este y mantenerlo informado de cualquier avance importante de su acción. También debe proporcionar al Fondo cualquier información o documentos, si se le solicitan, que se refieran a sus acciones o que sean relevantes para estas. Si se inicia el litigio, se le solicitará que envíe un aviso por escrito al Fondo con al menos cinco días de anticipación a cualquier medida que se tome como parte de dicho litigio, lo que incluye, entre otros, cualquier consulta previa al juicio u otra citación a los tribunales. Los representantes del Fondo se reservan el derecho de asistir a las consultas previas al juicio u otros procedimientos judiciales.

En el caso de que no notifique al Fondo según lo dispuesto anteriormente y/o no restituya al Fondo los fondos según lo dispuesto anteriormente, el Fondo se reserva el derecho, además de todos los demás recursos que tenga disponibles conforme al derecho o equidad, de retener o compensar cualquier dinero que pueda deberle a usted o a sus dependientes por reclamaciones anteriores o futuras, hasta el momento en que la retención y/o la retención equitativa mediante un acuerdo del Fondo se cancele y/o levante.

Para obtener información sobre la subrogación y cualquier impacto que esto pueda tener en sus reclamaciones de atención de salud, comuníquese con el administrador de subrogación del Fondo a la siguiente dirección:

Meridian Resource Company
P.O. Box 659940
San Antonio, TX 78265

Pagos en exceso

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

El Fondo tendrá un fideicomiso implícito, una retención y/o retención equitativa mediante acuerdo en favor del Fondo sobre cualquier beneficio pagado en exceso recibido por usted o sus dependientes o un representante suyo o de sus dependientes (incluido un abogado) que le corresponda al Fondo conforme a esta sección, y se considera que dicho monto es colocado en su custodia o la de sus dependientes para el beneficio del Fondo hasta que sea pagado el Fondo. Al aceptar beneficios del Fondo, usted y sus dependientes brindan su consentimiento y acuerdan que existe un fideicomiso implícito, una retención y/o retención equitativa mediante acuerdo en favor del Fondo respecto de cualquier pago en exceso de beneficios, y conforme a dicho fideicomiso implícito, retención y/o retención equitativa mediante acuerdo, usted y sus dependientes acuerdan cooperar con el Fondo para reembolsarle todos los costos y gastos relacionado con el cobro de dichos beneficios.

Cualquier rechazo suyo o de su(s) dependiente(s) de reembolsarle al Fondo cualquier monto pagado en exceso se considerará un incumplimiento de su acuerdo con el Fondo por el cual aceptaba que el Fondo proveería los beneficios conforme al Plan y usted cumpliría con las normas del Plan. Además, al aceptar los beneficios del Fondo, usted y sus dependientes renuncian afirmativamente a cualquier defensa que pudiera tener en cualquier acción tomada por el Fondo para recuperar montos pagados en

exceso o montos adeudados conforme a cualquier otra norma del Plan, incluidas entre otras, la defensa de la ley de prescripción o una defensa basada en el principio legal de "preemption" (derecho de preferencia), en la medida en que la ley lo permita, conforme a las leyes vigentes.

Cobertura de salud colectiva continuada

Durante una licencia médica y familiar

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

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

Durante una licencia por servicio militar

Si se encuentra de licencia por servicio militar activo durante 31 días o menos, seguirá teniendo cobertura médica conforme a la Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, "USERRA") de 1994. Si está en servicio militar activo durante más de 31 días, la ley USERRA le permite continuar recibiendo cobertura médica y dental para usted y sus dependientes a su cargo por hasta 24 meses siempre que elija continuar su cobertura en virtud de USERRA.

Esta cobertura continua funciona del mismo modo que COBRA. (Consulte las páginas 10 y 11 y las páginas 103 a 108 para obtener información sobre COBRA). Además, sus dependientes pueden ser elegibles para recibir atención médica conforme a **TRICARE**. Este Plan coordinará la cobertura con **TRICARE**. (Consulte la página 95).

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

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

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

Conforme a COBRA

Conforme a la Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, "COBRA"), se exige a los planes de salud colectivos ofrecer la continuación temporal de la cobertura de salud, en la que el empleado paga todo, en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo. La "cobertura de salud" incluye la cobertura médica, hospitalaria, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de cuidado de la vista y de atención dental del Fondo.

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

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

Continuación de cobertura conforme a COBRA

La cobertura puede continuar para:	Un evento que califica (que tiene como resultado la pérdida de la cobertura de salud):	Duración máxima de la cobertura:
Usted y sus dependientes elegibles	Su empleo cubierto termina debido a otras causas que no sean una falta grave.	18 meses
Usted y sus dependientes elegibles	Pierde la elegibilidad para la cobertura debido a la reducción de su jornada laboral (por ejemplo, por licencia).	18 meses
Usted y sus dependientes elegibles	Toma licencia por servicio militar	24 meses
Sus dependientes	cuando usted muere.	36 meses
Su cónyuge y sus hijastros	Se separa legalmente, se divorcia o se anula civilmente su matrimonio.	36 meses
Sus hijos dependientes	Sus hijos dependientes ya no califican como dependientes.	36 meses
Sus dependientes	Se pone término a su empleo o se reduce su jornada laboral menos de 18 meses después de la fecha de la determinación de su derecho a Medicare (Parte A, Parte B o ambas).	36 meses desde la fecha de la determinación del derecho a Medicare.

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

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

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

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

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

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

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

- nombres de las personas interesadas en la continuación conforme a COBRA y la relación con el participante,
- fecha del evento que califica, y
- tipo de evento que califica. (Consulte la tabla en la página 104).

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

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

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

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

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

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

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

Lo que proporciona la cobertura conforme a COBRA. COBRA generalmente ofrece la misma cobertura de salud que está disponible para empleados y familiares en situaciones similares, excepto por el seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Si, durante el período de cobertura continua de COBRA, cambian los beneficios de salud del Plan para los empleados activos, los mismos cambios se aplicarán a los beneficiarios de COBRA.

Cuándo termina la cobertura conforme a COBRA. La cobertura conforme a COBRA normalmente termina después del período máximo de cobertura que se muestra en la tabla de la página 104. Terminará antes del término del período máximo en alguna de las siguientes circunstancias:

- Un beneficiario de COBRA deja de realizar las contribuciones exigidas de COBRA puntualmente.
- Un beneficiario de COBRA se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B, o ambas) después de la fecha de elección de COBRA u obtiene cobertura en otro plan colectivo.

- Se extiende la cobertura durante hasta 29 meses debido a incapacidad y existe una determinación definitiva de que el beneficiario de COBRA ya no está incapacitado. El beneficiario de COBRA debe notificar al Centro de servicios para afiliados en un plazo de 30 días después de dicha determinación definitiva.

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

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

Otra información del Plan de salud que debe saber

Cesión de beneficios del Plan

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

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

Si bien, como se describe anteriormente, usted no puede asignarle a un proveedor su derecho a presentar una apelación según los procedimientos de apelaciones del Plan o a presentar una demanda por beneficios según la Sección 502(a) de ERISA, es posible que pueda permitirle a un proveedor actuar como su representante autorizado en una apelación según los procedimientos de apelaciones del Plan. Para poder designar a un proveedor como su representante autorizado, debe presentar una autorización con firma legible junto con su apelación, la cual debe incluir toda la información estipulada en la sección Designación de un representante autorizado en la página 77.

Orden de manutención infantil médica calificada

Los beneficios o pagos cubiertos por el Plan no se pueden ceder ni transferir de otro modo, excepto como lo exige la ley. Los beneficios tampoco están sujetos a reclamación alguna de acreedores o al proceso legal iniciado por un acreedor de cualquier persona cubierta, excepto conforme a una orden de manutención infantil médica calificada (Qualified Medical Child Support Order, "QMCSO"). Una orden de manutención infantil médica calificada es aquella que emite un tribunal u organismo estatal que exige a un empleado que proporcione cobertura en planes de salud colectivos a un hijo.

Una orden de manutención infantil médica calificada es generalmente resultante de un divorcio o separación legal. Siempre que el Centro de servicios para afiliados recibe una orden de manutención infantil médica calificada, el Fondo examina detenidamente su condición de que califica en concordancia con los procedimientos sobre órdenes de manutención infantil médica calificadas adoptados por la Junta y conforme la ley federal. Para obtener más información sobre las órdenes de manutención infantil médica calificadas, u obtener una copia sin costo de los procedimientos del Plan sobre estas, comuníquese con la Oficina de Cumplimiento del Fondo en la dirección que figura en la página 117.

Exención de responsabilidad por la práctica médica

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

Privacidad de la información de salud protegida

La Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, "HIPAA") es una ley federal que impone ciertas obligaciones de confidencialidad y seguridad al Fondo respecto de las historias clínicas y de otra información de salud que lo identifique como individuo usada o divulgada por el Fondo. La ley HIPAA también le otorga derechos respecto de su información de salud,

lo que incluye algunos derechos para recibir copias de dicha información que el Fondo guarde sobre su persona, y para saber cómo puede usarse su información de salud. Una descripción completa de cómo usa el Fondo su información de salud, y de sus otros derechos conforme a las reglas de privacidad de la ley HIPAA, está disponible en el “Aviso de prácticas de privacidad” del Fondo que se distribuye a todos los participantes. Cualquier persona puede solicitar una copia adicional de este aviso comunicándose con la Oficina de Cumplimiento en la dirección que figura en la página 117.

La Junta de fideicomiso del Fondo adoptó ciertas normas de privacidad y seguridad establecidas en la ley HIPAA, lo cual le exige a la Junta de fideicomiso, en su función de patrocinador del Plan para el Fondo, que mantenga la privacidad y seguridad de su información de salud. Puede dirigir cualquier pregunta sobre la ley HIPAA a la Oficina de Cumplimiento en la dirección que figura en la página 117.

Conversión a cobertura individual

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

Todos los demás beneficios del Plan. No puede convertir en cobertura individual los beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental, de atención de la vista o de seguro en caso de muerte o mutilación accidentales.

Información general

Contribuciones del empleador

El Plan recibe contribuciones en conformidad con los acuerdos colectivos de trabajo entre Bronx Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc., o varios **empleadores**, y su unión. Estos acuerdos colectivos de trabajo estipulan que los **empleadores** realicen contribuciones al Fondo en nombre de cada empleado cubierto. Los **empleadores** pueden participar en el Fondo en nombre de empleados que no son parte del acuerdo colectivo de trabajo, si los Agentes fiduciarios lo aprueban mediante la firma de un acuerdo de participación.

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

Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios

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

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

También debe tener en cuenta que los beneficios del Plan no se pagan a dependientes inscritos que pierdan la elegibilidad debido a la edad, matrimonio, divorcio o separación legal (a menos que elijan y paguen por los beneficios conforme a COBRA, como se describe en las páginas 10 y 11 y en las páginas 103 a 108).

Si el Plan paga equivocadamente una cantidad mayor que aquella para la cual usted es elegible, o paga beneficios que no están autorizados por el Plan, el Fondo puede recurrir a los recursos permitidos por la ley para recuperar los beneficios que pagó por error. (Consulte también la sección Subrogación y reembolso en las páginas 97 a 100 y la sección Pagos en exceso en las páginas 101 y 102).

Cumplimiento de las leyes federales

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

Modificación o cancelación del Plan

La Junta tiene la intención de mantener el Plan de forma indefinida, pero se reserva el derecho de modificarlo o cancelarlo a su absoluta discreción. Si el Plan se cancela o modifica de alguna forma, no se afectará su derecho a recibir el reembolso por los gastos elegibles en los que haya incurrido antes de la cancelación o modificación.

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

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

Administración del Plan

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

La Junta de fideicomiso administra el Plan, excepto por aquellas partes que son provistas por aseguradores con los que mantienen acuerdos asegurados. La Junta rige este Plan conforme a un Acuerdo y declaración de fideicomiso. La Junta o sus designados debidamente autorizados tienen el derecho, la facultad y la autoridad exclusivos, a su absoluta discreción, para administrar, aplicar e interpretar el Plan establecido según el Acuerdo fiduciario y para decidir todos los asuntos que surjan en relación con la operación o administración del Plan establecido según el fideicomiso. Sin limitar la generalidad de lo anterior, la Junta o sus designados debidamente autorizados tendrán toda la autoridad, a su única y absoluta discreción, para:

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

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

La Junta ha celebrado un contrato con el Building Service 32BJ Health Fund para llevar a cabo ciertas funciones administrativas y operativas. El personal del Centro de servicios para afiliados puede responder la mayoría de sus preguntas cotidianas. Si desea comunicarse con la Junta, escriba a:

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

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

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

- Examinar sin costo, en la Oficina de cumplimiento, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el U.S. Department of Labor y disponible en el salón de información de la Employee Benefits Security Administration (“EBSA”).
- Obtener, mediante solicitud por escrito a la Oficina de cumplimiento, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500), así como la Descripción abreviada del Plan actualizada. El Fondo puede cobrar un cargo razonable por las copias de otros documentos que no son esta SPD.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que la Junta proporcione a cada participante una copia de este resumen del informe anual.
- Continuar la cobertura de salud colectiva.

Puede continuar recibiendo la cobertura de salud colectiva por cuenta propia, de su cónyuge o dependientes si existe una pérdida de cobertura en el Plan como resultado de un evento que califica. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar por dicha cobertura. Para conocer las normas que rigen los derechos de continuación de COBRA, lea este folleto (consulte las páginas 10 a 1 y las páginas 103 a 108 para obtener información sobre COBRA) y los documentos que rigen el Plan.

Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan

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

Haga cumplir sus derechos

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

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

Si se rechaza o se ignora su reclamación de beneficios, ya sea en forma total o parcial, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal después de agotar el proceso de apelación del Plan. Si los fiduciarios del Fondo hacen uso indebido del dinero del Fondo o si sufre algún tipo de discriminación por ejercer sus derechos, puede pedir ayuda al U.S. Department of Labor o presentar una demanda ante un tribunal federal. No puede presentar una demanda hasta que haya seguido los procedimientos

de apelación descritos en las páginas 82 a 92. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si obtiene un fallo favorable, el tribunal puede ordenarle a la parte demandada que pague dichos costos y honorarios. Si el fallo es desfavorable, el tribunal puede ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios si, por ejemplo, se considera que su reclamación carece de fundamentos.

Ayuda con sus preguntas

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

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

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

Información del Plan

Esta SPD es el documento formal del plan para el Tri-State Preferred North Plan del Health Fund.

**Nombre del Plan: 32BJ North Health Fund
Número de identificación del empleador: 13-1699839
Número del plan: 501
Año del Plan: 1 de enero al 31 de diciembre
Tipo de Plan: Plan de bienestar**

Financiamiento de los beneficios y tipo de administración

Autofinanciado, excepto MetLife, que asegura los beneficios del seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Todas las contribuciones realizadas al Fondo de fideicomiso son realizadas por los **empleadores contribuyentes** al Plan conforme a sus acuerdos por escrito. Los beneficios son administrados por las organizaciones enumeradas en la tabla de la página 76.

Patrocinador y administrador del Plan

El Plan es administrado por una Junta de fideicomiso conjunta compuesta por los Agentes fiduciarios de la Unión y del **empleador**. Puede comunicarse con la Junta a:

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

Empleadores participantes

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

Para comunicarse con la Oficina de Cumplimiento, escriba a:

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

Para comunicarse con el Health Fund, llame al:

1-800-551-3225

o escriba a:

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

Agente encargado de la notificación del proceso legal

La Junta ha sido designada como agente para la notificación del proceso legal. La notificación del proceso legal se puede realizar a través de la Oficina de cumplimiento o a los Agentes fiduciarios individuales. Para controversias que surjan a partir de la parte del Plan asegurada por MetLife, la notificación del proceso legal se puede entregar a MetLife, Customer Relations, 500 Schoolhouse Road, Johnstown, PA 15904, o al funcionario de fiscalización del Departamento de Seguros del estado en el que reside.

Glosario

Centro independiente se refiere a una entidad que provee servicios de atención médica y que no está integrado a un hospital ni es un departamento de un hospital. Los centros físicamente separados en las instalaciones de un hospital se consideran independientes a menos que estén integrados al hospital o sean un departamento del hospital.

Centros y hospitales no preferidos dentro de la red (centros y hospitales no preferidos) son aquellos que tienen costos más altos para la atención y que el Plan ha identificado como tales. Los **centros y hospitales no preferidos** tienen **copagos** más altos.

Centros y hospitales preferidos dentro de la red (centros y hospitales preferidos) son aquellos que tienen costos más bajos para la atención y que el Plan ha identificado como tales. Los **centros y hospitales preferidos** tienen **copagos** más bajos.

Copago es la tarifa fija en dólares que paga por ciertos servicios, incluidas las visitas al consultorio, radiología de alta tecnología, consultas de pacientes externos al hospital, visitas a la sala de emergencias y admisiones en el hospital y ciertos **servicios cubiertos** (como medicamentos con receta) cuando utiliza **proveedores participantes**. El Plan paga luego el 100% de los gastos cubiertos restantes.

Coseguro es el porcentaje de los costos de un servicio de atención médica cubierto que usted paga después de haber pagado su **deducible**.

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

Deducible es el monto en dólares que debe pagar cada año calendario antes de que se puedan pagar los beneficios por servicios cubiertos **fuera de la red**.

Dentista participante de Delta Dental es un dentista que participa en la **red** (NY Select o PPO) que lo cubre a usted. Por ejemplo, si está cubierto por la **red** NY Select, un dentista que participa únicamente en la **red** PPO no es un **dentista participante**.

Emergencia es un estado cuyos síntomas son tan graves que alguien que no es **médico** pero que tiene un conocimiento promedio sobre salud y medicina, podría esperar razonablemente que, sin atención médica inmediata, sucediera lo siguiente:

- la salud del paciente podría exponerse a un grave riesgo,
- habría graves problemas en las funciones corporales del paciente, sus órganos o partes del cuerpo,
- habría una desfiguración grave, o
- el paciente o quienes lo rodean podrían exponerse a un grave riesgo, en caso de una **emergencia** de salud del comportamiento.

Dolores de pecho agudos, sangrado abundante y convulsiones son ejemplos de estados de **emergencia**.

Empleador (consulte **empleador contribuyente**).

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

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

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

- los proporciona un **médico**, hospital u otro proveedor de servicios de salud,
- corresponden a los síntomas o el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión; o son de naturaleza preventiva, tales como exámenes físicos anuales, atención de mujeres sanas, atención de niños sanos e inmunizaciones, y el Plan especifica que están cubiertos,
- no son experimentales, excepto que se especifique lo contrario en este folleto,
- cumplen las normas de la buena práctica médica,
- cumplen los requisitos de idoneidad médicos y quirúrgicos establecidos según las pautas de las políticas médicas de Empire BlueCross BlueShield,
- deben brindar el nivel de servicio más adecuado que se le pueda proporcionar de forma segura al paciente,

- no se realizan únicamente para comodidad del paciente, la familia o el proveedor, y
- no son principalmente de custodia.

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

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

Monto permitido es el máximo que el Fondo pagará por un servicio cubierto. Cuando se atiende **dentro de la red**, el **monto permitido** es el monto que Empire y el **proveedor de la red** han acordado mediante un contrato. Cuando se atiende **fuera de la red**, el **monto permitido** es aproximadamente el equivalente al 110% de la tarifa de reembolso de Medicare pero varía según el procedimiento. No es el monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que cobran generalmente los proveedores del área por el mismo servicio médico o un servicio médico similar, lo cual se conoce normalmente como la tarifa usual, acostumbrada y razonable (usual, customary and reasonable, “UCR”).

Proveedor de la red significa lo mismo que **proveedor dentro de la red**.

Proveedor fuera de la red (no participante) se refiere a un **médico**, otro proveedor profesional, un equipo médico duradero, o un proveedor de atención médica en el hogar o de infusión en el hogar que no es parte de la **red** del Plan y que presta servicios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, dentales y del cuidado de la vista. Los beneficios **fuera de la red** son aquellos que se pagan para **servicios cubiertos** que prestan **proveedores fuera de la red**.

Proveedor no participante es aquel proveedor que *no aceptó* proporcionar servicios, tratamiento y suministros a una tasa negociada previamente según los planes de salud, dentales, de cuidado de la vista y de medicamentos con receta.

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

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

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

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

Notas al pie

1 Hospital/centro es un establecimiento general plenamente certificado de atención aguda que posee todo lo siguiente en sus propias instalaciones:

- una amplia gama de los principales servicios quirúrgicos, médicos, terapéuticos y de diagnóstico disponibles en todo momento para tratar casi todas las enfermedades, accidentes y emergencias,
- un servicio de enfermería general las 24 horas que cuenta con enfermeras diplomadas que se encuentran de turno y están presentes en el hospital en todo momento,
- un quirófano con todo su personal que sea adecuado para cirugías de mayor magnitud, junto con un servicio y equipo de anestesia (el hospital debe realizar cirugías de mayor magnitud con la frecuencia suficiente como para mantener un alto nivel de experiencia respecto a dicho tipo de cirugía para asegurar una atención de calidad),
- personal de **emergencias** designado y un "carro de paro" para tratar paros cardíacos y otras emergencias médicas,
- instalaciones de radiología diagnóstica,
- un laboratorio patológico, y
- un personal médico organizado de **médicos** certificados.

Para los servicios de embarazo y parto, la definición de "hospital" incluye cualquier centro de maternidad que posea un acuerdo de participación con Empire o, para los participantes de la PPO, otro plan de BlueCross y/o BlueShield.

Para efectos de la fisioterapia, la definición de "hospital" puede incluir un centro de rehabilitación aprobado por Empire o que participe con Empire o, para los participantes de la PPO, otro plan de BlueCross y/o BlueShield distinto al que se especificó anteriormente.

El tratamiento de diálisis renal se cubre **dentro de la red** solo en hospitales o centros dentro de la **red** de Empire. Un centro en el estado de New York califica para beneficios **dentro de la red** si este cuenta con un certificado de funcionamiento emitido por el Departamento de Salud de Nueva York y participa con Empire o con otro plan de BlueCross y/o BlueShield. En otros estados, el centro debe participar con otro plan de BlueCross y/o BlueShield y estar certificado por el estado mediante criterios similares a los de New York.

Los Blue Distinction Centers of Medical Excellence han demostrado su compromiso con la atención de calidad, lo cual produce mejores resultados para los pacientes de trasplante. Cada centro cumple con criterios clínicos estrictos, establecidos en colaboración con las recomendaciones de **médicos** expertos y organizaciones médicas, incluidos el Center for International Blood and Marrow Transplant Research, el Scientific Registry of Transplant Recipients y la Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy, y está sujeto a una reevaluación a medida que evolucionan los criterios.

Para algunos beneficios especificados, la definición de "hospital" o "centro" puede incluir un hospital, el departamento o establecimiento de un hospital que posea un acuerdo especial con Empire.

Empire no reconoce como hospitales a los hogares e instituciones de enfermería o convalecencia; centros de rehabilitación (excepto como se indicó anteriormente y en las páginas 25, 38 y 45), instituciones orientadas principalmente al reposo o a la tercera edad, spas, sanatorios, enfermerías en escuelas, universidades o campamentos; y cualquier institución que principalmente se dedique al tratamiento de la adicción a las drogas, el alcoholismo o la atención del comportamiento.

2 Cirugía ambulatoria incluye los centros quirúrgicos de los hospitales, los cirujanos y los asistentes quirúrgicos; la quimioterapia y la radioterapia, lo que incluye medicamentos, dentro de un departamento ambulatorio de un hospital, consultorio de un **médico** o centro (los medicamentos que forman parte de un tratamiento hospitalario ambulatorio están cubiertos si los receta el hospital y se surten en la farmacia del hospital). La cirugía ambulatoria (que incluye los procedimientos diagnósticos invasivos) es aquella que no requiere una hospitalización nocturna y:

- se realiza en un centro ambulatorio u hospitalario de cirugía ambulatoria,
- requiere el uso de salas quirúrgicas y de recuperación postoperatoria,
- no requiere una admisión de hospitalización, y
- justificaría una admisión de hospitalización si no existiera un programa de cirugía ambulatoria.

3 El tratamiento de diálisis renal (que incluye hemodiálisis y diálisis peritoneal) con cobertura **dentro de la red** únicamente y está cubierto en los siguientes entornos hasta que Medicare se convierta en el plan principal para la diálisis de la enfermedad renal en etapa terminal (que ocurre después de 30 meses):

- en el hogar, cuando la proporcione, supervise y coordine un **médico** y el paciente se haya registrado en un centro aprobado para el tratamiento de la enfermedad renal (no se cubre: la ayuda profesional para realizar la diálisis y cualquier arreglo eléctrico, de mobiliario, plomería u otro que se necesite en el hogar para permitir el tratamiento de diálisis en el hogar), o
- en un **centro independiente** o en un entorno hospitalario dentro de la **red** de Empire. Consulte los detalles en la nota al pie 1.

4 Un centro de enfermería especializada es una institución certificada (o una sede de un hospital) que participa principalmente en proporcionar atención continua de enfermería y servicios relacionados a pacientes que necesitan atención médica, atención de enfermería o servicios de rehabilitación. Los centros de enfermería especializada son útiles si no se necesita el nivel de atención que brinda un hospital, pero no se está en condiciones de recuperarse en el hogar. El Plan cubre la estadía en un centro especializado de enfermería, hasta por 60 días por persona por año calendario. Sin embargo, debe usar un establecimiento **dentro de la red** y su **médico** debe proporcionar una remisión y un plan de tratamiento por escrito, una estimación de la duración de la estadía y una explicación de los servicios que necesita y los beneficios esperados de la atención. Se debe proporcionar la atención bajo la supervisión directa de un **médico**, enfermero diplomado, fisioterapeuta u otro profesional de la salud.

5 La atención a pacientes con enfermedades terminales está orientada a pacientes con diagnóstico de una enfermedad terminal (es decir, tienen una esperanza de vida de doce meses o menos). La atención a pacientes con enfermedades terminales se cubre solo **dentro de la red**; no existen beneficios de este tipo **fuera de la red**. El Plan cubre servicios de atención a pacientes con enfermedades terminales cuando el **médico** del paciente certifica que este tiene una enfermedad terminal y dicha atención se brinda en una organización de la especialidad certificada por el estado en que se ubica dicha organización. Los servicios de atención a pacientes con enfermedades terminales incluyen:

- hasta 12 horas al día de atención de enfermería intermitente por parte de una enfermera diplomada o una enfermera auxiliar diplomada,
- atención médica por parte del **médico** del centro,
- medicamentos recetados por el **médico** del paciente que no sean experimentales y cuyo su uso esté aprobado por el directorio de medicamentos "Physicians' Desk Reference" más reciente,
- medicamentos y fármacos aprobados,
- fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y respiratoria, de ser necesario,
- análisis de laboratorio, radiografías, quimioterapia y radioterapia,
- servicios sociales y de orientación para la familia del paciente, lo que incluye consultas de orientación por duelo hasta por un año después de la muerte del paciente (si es elegible),
- transporte **médicamente necesario** entre el hogar y el hospital o el centro de atención a pacientes con enfermedades terminales,
- suministros médicos y alquiler de equipos médicos duraderos, y
- hasta 14 horas de atención paliativa a la semana.

6 Atención médica en el hogar son los servicios y suministros que incluyen la atención de una enfermera diplomada o enfermera auxiliar diplomada y los servicios de trabajadores de atención en el hogar. El Plan cubre hasta 200 visitas de atención médica en el hogar por persona por año calendario (**dentro de la red** únicamente), siempre que su **médico** certifique que dicha atención médica en el hogar es **médicamente necesaria** y presente un plan de tratamiento por escrito. Hasta cuatro horas de atención por parte de un enfermero registrado, un asistente de atención en el hogar o un fisioterapeuta se cuentan como una sola visita de atención médica en el hogar. Los beneficios son pagaderos hasta por tres visitas al día (el Plan cubrirá un asistente de atención en el hogar siempre que los servicios se provean como parte de la atención médica de enfermería especializada). Los servicios de atención médica en el hogar incluyen:

- atención de enfermería de tiempo parcial por parte de una enfermera registrada o enfermera auxiliar,
- servicios de tiempo parcial de trabajadores de atención en el hogar,
- terapia del habla, terapia ocupacional o fisioterapia de restauración, y
- análisis de laboratorio.

7 La **terapia de infusión en el hogar**, un servicio a veces proporcionado durante las visitas de atención médica en el hogar, está disponible solo **dentro de la red**. Todos estos servicios deben ser coordinados por el **médico** que lo trata.

8 **Beneficios de tratamiento en la sala de emergencias**. Recuerde comunicarse con el Servicio de Autorización Previa al teléfono que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación de Empire en un plazo de 48 horas después de una admisión hospitalaria de **emergencia**, según se describe en las páginas 24 a 26, para obtener la autorización previa para cualquier hospitalización continua. Si tiene una **emergencia** fuera del área operativa de Empire POS (consulte la página 23), muestre su tarjeta de identificación de Empire cuando visite un **proveedor participante** local de BlueCross BlueShield. Si el hospital participa en otro programa BlueCross y/o BlueShield, su reclamación será procesada por el plan local de BlueCross. Si no es un hospital participante, tendrá que presentar una reclamación para que le reembolsen los gastos elegibles.

9 Los **servicios de ambulancia** están cubiertos en una **emergencia** y en otras situaciones cuando son médicamente adecuados (como llevar al paciente a su hogar cuando tenga una fractura importante o necesite oxígeno durante el viaje a su hogar).

El servicio de ambulancia aérea tiene cobertura cuando la condición médica del paciente es tal que el tiempo que se necesita para transportarlo por tierra amenaza la supervivencia del paciente o pone en peligro gravemente su salud, o la ubicación del paciente es tal que la accesibilidad es solo posible por transporte aéreo; y el paciente es transportado al hospital más cercano con los equipos apropiados para el tratamiento, y hay una condición médica que pone en riesgo la vida del paciente.

Los servicios de ambulancia no tienen cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.

Las condiciones médicas que ponen en peligro la vida incluyen, entre otras, a las siguientes:

- sangrado intracraneal,
- shock cardiopático,
- quemaduras importantes que requieren de tratamiento inmediato en un Centro para Quemados,
- condiciones que requieren tratamiento en una Unidad Hiperbárica de Oxígeno,
- lesiones graves múltiples,
- trasplantes,
- trauma que pone en peligro una extremidad del cuerpo,
- embarazo de alto riesgo, e
- infarto agudo de miocardio, si el transporte de ambulancia propiciaría que el paciente recibiera una intervención **médicamente necesaria** más oportuna (tal como PTCA o terapia de fibrilación).

Es necesaria la autorización previa de la ambulancia aérea en situaciones que no son de emergencia.

10 La **atención de niños sanos** cubre las visitas a un pediatra, **médico** de familia, enfermera o enfermera practicante. Los controles regulares pueden incluir un examen médico, revisión de antecedentes médicos, evaluación del desarrollo, orientación sobre el desarrollo normal en la infancia y análisis de laboratorio. Los exámenes se pueden realizar en el consultorio o en un laboratorio en un plazo de cinco días desde la visita al consultorio del **médico**. La cantidad de visitas de la atención de niños sanos cubiertas por año depende de la edad de su hijo, tal como indica la tabla de la página 35. Las vacunas cubiertas incluyen: Difteria, tétano y tos ferina ("DtaP"), hepatitis B, Haemophilus influenza Tipo B ("Hib"), neumococo ("Pcv"), poliomielitis ("IPV"), sarampión, paperas y rubéola ("MMR"), varicela, tétano y difteria ("Td"), hepatitis A e influenza, HPV, rotavirus, antimeningocócica polisacárida y conjugados, y otras vacunas según lo determine la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics), la Superintendencia de Seguros y el Comisionado de Salud en el estado de New York o del estado donde viva su hijo.

11 Los **servicios de una enfermera partera certificada** están cubiertos si ésta está afiliada a un centro certificado, o ejerce en conjunto con este, y se prestan los servicios bajo una dirección médica calificada.

12 El **parto en casa previamente planificado y efectuado por una enfermera partera certificada** es un **servicio cubierto**. La tarifa de reembolso por este servicio es la tarifa global estipulada por contrato para los obstetras/ginecólogos de Empire POS para el área geográfica.

13 La **fisioterapia**, la medicina física y los servicios de rehabilitación, junto con la terapia del habla, de la vista y ocupacional, están cubiertos siempre que el tratamiento sea prescrito por su **médico** y diseñado para mejorar o restituir el funcionamiento físico dentro de un período razonable de tiempo. Para fisioterapia para pacientes ambulatorios, su terapeuta participante precertificará los servicios requeridos después de su primera visita de evaluación.

14 **Equipo médico duradero y suministros médicos** se refiere a comprar, arrendar y/o reparar prótesis (como extremidades artificiales), aparatos ortopédicos y otros equipos y suministros médicos duraderos, pero debe hacerlo **dentro de la red**. Además de los artículos mencionados anteriormente, el Plan cubre:

- prótesis/aparatos ortopédicos y equipo médico duradero de proveedores, cuando sean prescritos por un **médico** y estén aprobados por Empire, lo que incluye:
 - brazos, piernas, ojos, orejas, nariz y laringe artificiales y prótesis de seno externas,
 - dispositivos de apoyo esenciales para el uso de una extremidad artificial,
 - aparatos ortopédicos correctivos,
 - sillas de ruedas, camas tipo hospital, equipo de oxígeno, monitores de apnea del sueño,
 - reemplazo de equipo médico cubierto debido al uso, daño, crecimiento o cambio en las necesidades del paciente, cuando lo ordene un **médico**, y
 - costos razonables de reparación y mantenimiento del equipo médico cubierto.
- El proveedor de la **red** debe obtener autorización previa para el arriendo o la compra de equipo médico duradero. Además, el Plan podría cubrir el costo de comprar un equipo cuando se espera que el precio de compra sea menos costoso que el arriendo a largo plazo o cuando el artículo no esté disponible para arriendo.

Los aparatos ortopédicos de rutina para los pies no están cubiertos.

15 Los **suplementos nutricionales** incluyen fórmulas enterales, las cuales están cubiertas si el paciente tiene un pedido por escrito de un **médico** que indique que la fórmula es **médicamente necesaria** y efectiva, y que sin ella el paciente se desnutriría, sufriría trastornos físicos graves o moriría. Los productos alimenticios sólidos modificados estarán cubiertos para el tratamiento de algunas enfermedades hereditarias si el paciente tiene un pedido por escrito de un **médico**.

16 Se considerará que la **cirugía cosmética** no es **médicamente necesaria** a menos que se necesite por una lesión, para la reconstrucción de los senos después de una cirugía por cáncer o para paliar una enfermedad deformante o una deformidad que se produzca por una anomalía congénita o esté directamente relacionada con ella. El *tratamiento cosmético* incluye cualquier procedimiento que se indique para mejorar la apariencia del paciente y no promueva de forma significativa el funcionamiento adecuado del cuerpo o prevenga o trate una enfermedad.

17 Experimental o "de investigación" se refiere a un tratamiento que, por un diagnóstico o tratamiento en particular de la enfermedad de la persona inscrita, no sea de beneficio probado y no esté reconocido en general por la comunidad médica (como refleja el material publicado). La aprobación gubernamental de un tratamiento o tecnología específica no prueba necesariamente que es adecuado o eficaz para un diagnóstico o tratamiento en particular para la enfermedad de una persona inscrita. Un administrador de reclamaciones puede exigir que se cumplan algunos o todos los criterios que se mencionan a continuación para determinar si una tecnología, tratamiento, procedimiento, producto biológico, dispositivo médico o medicamento es experimental, está en investigación, es obsoleto o ineficaz:

- Existe la aprobación de mercado definitiva por parte de la Administración de Alimentos y Fármacos (Food and Drug Administration, "FDA") de EE. UU. para la enfermedad o diagnóstico específico del paciente, excepto para algunos medicamentos recetados para el tratamiento del cáncer; una vez que la FDA aprueba el uso de un dispositivo médico, medicamento o producto biológico para una enfermedad o diagnóstico en particular, el uso para otro diagnóstico o enfermedad puede requerir que se cumpla ese criterio adicional.
- El material publicado, evaluado por un grupo de revisión de normas profesionales, debe concluir que la tecnología tiene un efecto positivo definitivo en los resultados de salud.
- La evidencia médica publicada debe indicar que el tratamiento mejora los resultados de salud con el tiempo (por ejemplo, los efectos beneficiosos son superiores a los efectos dañinos), y
- Las pruebas publicadas deben indicar que el tratamiento al menos mejora los resultados de salud o que se puede usar en situaciones médicas adecuadas donde no se pueda usar el tratamiento establecido. Las pruebas publicadas deben indicar que el tratamiento mejora los resultados de salud en la práctica médica estándar y no solo en un laboratorio experimental.

Información de contacto

¿Qué necesita?	Con quién comunicarse	Cómo
<ul style="list-style-type: none"> • Información general sobre sus beneficios y elegibilidad • Información sobre sus beneficios y reclamaciones hospitalarias, médicas, dentales, de la vista y de incapacidad 	Centro de servicios para afiliados	Llame al 1-800-551-3225 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes o visite el Welcome Center en 25 West 18th Street de 8:30 a. m. a 6:00 p. m. de lunes a viernes
<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar un 5 Star Center • Encontrar a un médico de atención primaria • Encontrar proveedores participantes de Empire BlueCross BlueShield 	Centro de servicios para afiliados	Llame al 1-800-551-3225 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes o visite www.32bjfunds.org
<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar un proveedor participante del plan dental 	Delta Dental	Llame al 1-800-551-3225 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes o Dental: Visite www.deltadentalins.com/32bj
Encontrar a un proveedor participante del plan de cuidado de la vista	Davis Vision	Llame al 1-800-999-5431 de 8:00 a. m. a 11 p. m. de lunes a viernes sábados de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. domingos de 12:00 p. m. a 4:00 p. m. Visite www.davisvision.com/32bj
Información sobre su plan de seguro de vida	MetLife	Llame al 1-866-492-6983 o visite http://mybenefits.metlife.com
Precertificar una hospitalización o estadía médica	Empire BlueCross BlueShield	Los proveedores deben llamar al 1-800-982-8089
Precertificar una estadía de salud mental o abuso de sustancias	Empire BlueCross BlueShield	Los proveedores deben llamar al 1-855-531-6011
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a prevenir o informar un fraude contra el seguro de salud (médico u hospitalario) 	Línea directa de fraude de Empire	Llame al 1-800-423-7283 de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes
<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre sus beneficios de medicamentos con receta, lista del formulario de medicamentos o farmacias participantes 	OptumRx	Llame al 1-844-569-4148 o visite www.optumrx.com
<ul style="list-style-type: none"> • Consejos médicos al instante 	Línea de salud de enfermería	Llame al 1-877-825-5276 las 24 horas del día, los 7 días de la semana
<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda con problemas familiares y personales, como depresión, abuso de alcohol y de sustancias, divorcio, etc. 	Empire BlueCross BlueShield	Llame al 1-212-388-3660

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



32BJ North Health Fund

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

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

Shirley Aldebol, *Chairperson*
William Schur, *Secretary*
Elizabeth Baker
Richard W. Berger

32BJ North Health Fund Resumen de modificaciones materiales

FECHA: 1 de diciembre de 2022

La Junta de Fideicomiso del 32BJ North Health Fund ha adoptado los siguientes cambios en la Descripción abreviada del Plan (Summary Plan Description, SPD) del Tri-State Preferred Plan del 32BJ North Health Fund con fecha del 1 de marzo de 2021. El presente Resumen de modificaciones materiales (Summary of Material Modifications, SMM) complementa o modifica la información presentada en la SPD. **Conserve este documento con su copia de la SPD para referencia futura.**

Designación de un Agente fiduciario de la Unión Página 1: Con vigencia a partir del 10 de mayo de 2021, Shirley Aldebol ha sido designada para reemplazar a John Santos como Agente fiduciaria de la Unión y su información de contacto se agrega tal como figura a continuación:

Shirley Aldebol
32BJ SEIU
25 West 18th Street
5th Floor
New York, NY 10011-1991

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

Corrección de error de impresión Página 12: Se eliminan en su totalidad el asterisco único y el texto asociado, y se reemplazan con lo siguiente:

* Generalmente, una separación legal es cualquier orden judicial o acuerdo conforme al cual las partes reconocen que están viviendo de manera separada. La separación legal incluye, entre otros, un divorcio de cuerpos y bienes, un divorcio limitado, una separación judicial, una manutención separada, un acuerdo entre cónyuges, un acuerdo de división de bienes conyugales y un acuerdo de división de bienes. Se considera que está legalmente separado a partir de la fecha en que los tribunales registran una orden o a partir de la fecha de entrada en vigencia de su acuerdo de separación, lo que ocurra primero.

Cobertura de las vacunas contra el coronavirus: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2021, el Fondo cubrirá el costo de administrar la inmunización destinada a prevenir o mitigar la enfermedad por coronavirus (COVID-19), siempre que la inmunización haya recibido (i) una recomendación de la U.S. Preventive Services Task Force o (ii) una recomendación del Advisory Committee on Immunization Practice, que ha sido aprobado por el Center for Disease Control (“vacuna contra el coronavirus”).

Los participantes pueden utilizar sus beneficios médicos o de farmacia para cubrir el costo de la vacuna. Si la vacuna contra el coronavirus es administrada por un proveedor que participa en la red médica y hospitalaria del Plan con Empire BlueCross BlueShield o un farmacia que participa en la red PBM del Plan con OptumRx, el

Plan cubrirá el cargo por la administración de la vacuna al 100% de la tasa negociada. Si la vacuna contra el coronavirus es administrada por un proveedor o farmacia que no pertenece a la red, el Plan cubrirá el costo de la administración hasta un máximo del monto que Medicare hubiera reembolsado para la administración de la vacuna. Tenga en cuenta que, conforme a la ley federal, usted no está obligado a pagar ningún monto de su bolsillo por la vacuna contra el coronavirus, lo cual incluye cualquier diferencia entre los cargos facturados por un proveedor que no pertenece a la red y el monto que paga el Fondo.

Cambio en el monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias y de farmacia fuera de la red y en la División del monto anual que paga de su bolsillo entre los beneficios médicos y de medicamentos con receta Páginas 15 y 16: Con

vigencia a partir del 1 de enero de 2023, se elimina totalmente la sección *Monto máximo anual que paga de su bolsillo en beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias y de farmacia dentro de la red* en las páginas 15 y 16 y se reemplaza por el siguiente texto:

Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias y de farmacia dentro de la red y fuera de la red

Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios dentro de la red y fuera de la red. Existen montos máximos anuales que paga de su bolsillo por beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias y de farmacia **dentro de la red y fuera de la red**. En 2023, sus montos máximos anuales que paga de su bolsillo **dentro de la red y fuera de la red** son de \$9,100 cada uno y los montos máximos anuales que paga de su bolsillo para su grupo familiar **dentro de la red y fuera de la red** son de \$18,200 cada uno*. Estos máximos son aparte de los beneficios dentro de la red y los beneficios fuera de la red. Si tiene otros miembros de su familia inscritos en este Plan, ellos deben alcanzar sus propios límites individuales de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar.

* El Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, "HHS") examina los límites anualmente y puede aumentarlos según el porcentaje de ajuste de la prima (un cálculo estimativo del cambio promedio en las primas de seguro de salud). El Plan cambiará los montos máximos que paga de su bolsillo cada 1 de enero para ajustarse a los límites del HHS. Antes del 1 de enero de 2023, el monto máximo que pagaba de su bolsillo por medicamentos con receta del Plan era un monto fijo de \$1,800 por individuo y \$3,600 por grupo familiar, y los aumentos en los límites del HHS se asignaron completamente al monto máximo que paga de su bolsillo por beneficios médicos del Plan. A partir del 1 de enero de 2023, el monto máximo que paga de su bolsillo se dividirá entre los beneficios médicos (75%) y los beneficios de medicamentos con receta (25%).

Los montos máximos anuales que paga de su bolsillo para beneficios **dentro de la red y fuera de la red** se dividen entre los beneficios médicos y los de medicamentos con receta tal como se describe a continuación.

El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios médicos individuales **dentro de la red y fuera de la red** en 2023 es \$6,825 cada uno y el monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios médicos para su grupo familiar **dentro de la red y fuera de la red** es \$13,650 cada uno. Después de que una familia haya pagado \$13,650 en costos que paga de su bolsillo para beneficios médicos **dentro de la red o fuera de la red**, independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios médicos **dentro de la red o fuera de la red**, ya no existen costos adicionales que deba pagar de su bolsillo (deducibles, coseguro o copagos) por ningún beneficio médico adicional **dentro de la red o fuera de la red** durante el año calendario; sin embargo, esto no evita que un proveedor fuera de la red le facture el saldo a un participante por cargos que excedan el monto pagado por el Fondo.

El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta individuales **dentro de la red y fuera de la red** es \$2,275 cada uno y el monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta para su grupo familiar **dentro de la red y fuera de la red** es \$4,550 cada uno. Después de que una familia haya pagado \$4,550 en costos que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta **dentro**

de la red o fuera de la red, independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta **dentro de la red o fuera de la red**, ya no existen costos adicionales que deba pagar de su bolsillo por ningún beneficio de medicamentos con receta adicional **dentro de la red o fuera de la red** durante el año calendario.

Los gastos que se tienen en cuenta a los fines de los montos máximos anuales que paga de su bolsillo **dentro de la red y fuera de la red** son los siguientes:

- **copagos,**
- **deducibles y**
- **coseguro.**

Los gastos que no se tienen en cuenta a los fines del monto máximo anual que paga de su bolsillo **dentro de la red** son los siguientes:

- primas,
- **deducibles fuera de la red,**
- **coseguro fuera de la red,**
- facturación de saldos y
- gastos por servicios no cubiertos.

Los gastos que no se tienen en cuenta a los fines del monto máximo anual que paga de su bolsillo **fuera de la red** son los siguientes:

- primas,
- facturación de saldos y
- gastos por servicios no cubiertos.

Cambio en el Coseguro máximo Página 21: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2023, se elimina completamente el último párrafo de la sección *Tipos de costos que paga de su bolsillo por beneficios fuera de la red* en la página 21 y se reemplaza con el siguiente párrafo:

Coseguro anual máximo. El Plan limita el **coseguro** que cada paciente tiene que pagar en un determinado año calendario. También limita el monto que cada familia debe pagar. Su **coseguro** anual máximo es \$6,325 y el **coseguro** anual máximo de su familia es \$12,650. Cualquier gasto elegible que se presente para reembolso después de alcanzar el **coseguro** anual máximo se paga al 100% del **monto permitido**. Usted todavía tendrá que pagar cualquier cargo que supere el **monto permitido**.

Adopción del Centers of Excellence Program Páginas 28 y 29: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2022, se elimina completamente la página 28 y se reemplaza con lo siguiente:

En el hospital¹ y en otros centros de tratamiento para pacientes internados* (continuación)

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Cirugía bariátrica*	El Plan paga el 100% si la cirugía se realiza en un 32BJ Health Fund Center of Excellence, con un médico que pertenece a un 32BJ Health Fund Center of Excellence.		Con cobertura solo en los 32BJ Health Fund Centers of Excellence con médicos que pertenecen a los 32BJ Health Fund Centers of Excellence, excepto si no hubiera un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su

	Si no hay un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos o de distancia, el Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence preferidos y un copago de \$1,000 por admisión en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence no preferidos .	Sin cobertura	<p>casa, o si se le otorgara una excepción debido a motivos médicos o de distancia, en cuyo caso tiene cobertura solo en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence de la red de Empire.</p> <p>Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del 32BJ Health Fund Centers of Excellence Program.</p>
Cirugía de trasplante*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en hospitales preferidos y un copago de \$1,000 por admisión en hospitales no preferidos .		Los trasplantes de riñón y pulmón están cubiertos dentro de la red únicamente en un hospital participante de BlueCross BlueShield.
Monto máximo de por vida por traslado para trasplantes	Hasta \$10,000 para un trasplante.		<p>Otros trasplantes están cubiertos únicamente en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence.¹</p> <p>Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener una lista de los Blue Distinction Centers of Medical Excellence.</p>

*Se requiere autorización previa para todas las admisiones de pacientes internados.

Para obtener las definiciones de los diversos centros y más detalles, consulte la nota al pie 1 en la página 123.

Y, se elimina completamente la segunda fila en la tabla de la página 29 y se reemplaza con lo siguiente:

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Reemplazo de articulaciones (cadera y rodilla)*	<p>El Plan paga el 100% si la cirugía se realiza en un 32BJ Health Fund Center of Excellence, con un médico que pertenece a un 32BJ Health Fund Center of Excellence.</p> <p>Si no hay un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa, o si se les otorga una excepción debido a motivos médicos o de distancia, el Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un hospital preferido y un copago de \$1,000 por admisión en un hospital no preferido.</p>	<p>Sin cobertura, a menos que se le otorgue una excepción debido a motivos médicos o de distancia.</p> <p>El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>Con cobertura solo dentro de la red en un 32BJ Health Fund Center of Excellence con un médico que pertenece a un 32BJ Health Fund Center of Excellence, excepto que no haya un 32BJ Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos o de distancia.</p> <p>Sin cobertura fuera de la red, a menos que se le otorgue una excepción debido a motivos médicos o de distancia.</p> <p>Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del 32BJ Health Fund Centers of Excellence Program.</p>

Además, se elimina completamente la segunda viñeta debajo del primer párrafo en la página 47 y se reemplaza con las dos viñetas siguientes:

–cirugía bariátrica realizada en un hospital que no sea un 32BJ Health Fund Center of Excellence o un Blue Distinction Center of Medical Excellence

-cirugía de reemplazo de articulaciones cuando no se le otorga una excepción debido a motivos médicos o de distancia.

Aclaración de Atención de rutina de los pies Página 32: En la tabla Atención en el consultorio del médico, se agrega la siguiente oración a la columna Limitaciones en la fila “Atención podiátrica, incluida la atención de rutina de los pies”: Se excluye el recortado de uñas, excepto para los participantes diabéticos.

Corrección de errores de impresión Página 34: La referencia a un copago de \$40 en la fila “Visitas al consultorio de un médico/profesional de la salud del comportamiento” en la tabla Atención para abuso de sustancias y salud del comportamiento es un error de impresión y se reemplaza con un copago de \$20.

Eliminación del copago para tiras reactivas para diabéticos Página 48: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2022, se elimina completamente el párrafo que aparece directamente después de la tabla en la sección *Beneficio de medicamentos con receta* y se reemplaza con lo siguiente:

Notas: No se requiere un **copago** para la tiras reactivas para diabéticos, la mayoría de los medicamentos anticonceptivos de venta con receta y ciertos medicamentos preventivos de venta libre que le recetan. (Consulte la sección Medicamentos elegibles en la página 53). Además, si el costo del medicamento es menor que el del **copago**, usted paga el costo del medicamento.

Expansión de la red dental pediátrica Páginas 55 y 56: Con vigencia a partir del 1 de julio de 2021, se elimina completamente el primer párrafo de la sección “Proveedores dentales participantes” y se reemplaza con lo siguiente:

Los beneficios dentales del Plan incluyen la opción de “proveedor dental participante” a través de Delta Dental. La red de Delta Dental que lo cubre a usted depende de dónde vive. Si vive en el estado de New York, usted y sus dependientes mayores de 19 años están cubiertos por la red Delta Dental NY Select y sus dependientes elegibles menores de 19 años están cubiertos por la red Delta Dental PPO. Si vive fuera del estado de New York, usted y sus dependientes están cubiertos por la red Delta Dental PPO.

Corrección de errores de impresión Páginas 61 y 62: En la tabla *Servicios de mayor magnitud*, la limitación asociada con la fila “Recementación de corona, incrustación, restauración” se elimina en su totalidad y se reemplaza con lo siguiente: Una vez por diente de por vida.

En la tabla *Prótesis dentales removibles*, la limitación asociada con la fila “Acondicionamiento del tejido” se elimina en su totalidad y se reemplaza con lo siguiente: Dos veces por arco en cualquier período de 36 meses consecutivos.

Adición del beneficio de óxido de nitrógeno para niños menores de 19 años Página 63: Con vigencia a partir del 1 de enero de 2022, se agrega una fila a la tabla Varios de la siguiente manera:

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Óxido de nitrógeno	El Plan paga el 100% después de un copago de \$10	Sin cobertura.	Sólo para niños menores de 19 años.

Para obtener más información, o si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios, llame al Centro de servicios para afiliados al 1-800-551-3225, de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. o visítenos en línea en www.32bjfunds.org.

21165618v1