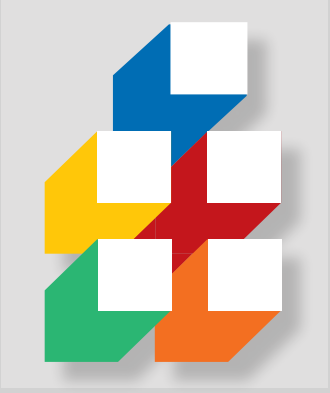
Building Service 32BJ Health Fund

# Part Time Basic Plan



**Descripción abreviada del Plan**
1 de mayo de 2021

# Aviso de traducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**Building Service 32BJ**

# Health Fund

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

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

## Agentes fiduciarios de la Unión

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

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

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

Larry Engelstein
c/o SEIU Local 32BJ
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

## Agentes fiduciarios del Empleador

Howard I. Rothschild
Presidente
Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc.
One Penn Plaza, Suite 2110
New York, NY 10117-6307

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

John C. Santora
Director Ejecutivo
Director corporativo y Relaciones con inversionistas
Cushman & Wakefield, Inc.
1290 Avenue of the Americas
New York, NY 10104-6178

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

## Director Ejecutivo, Building Service 32BJ Benefit Funds

Peter Goldberger

## Directora, Building Service 32BJ Health Fund

Sara Rothstein

## Auditor del Fondo

Withum Smith+Brown, PC

## Asesor Legal

Bredhoff & Kaiser, PLLC
Proskauer Rose LLP
Raab, Sturm & Ganchrow, LLP

# Índice


Página

**Aviso importante** . . . . . 5
**Elegibilidad y participación** . . . . . 6
Cuándo es elegible . . . . . 6
Cuándo ya no es elegible . . . . . 7
Si se reintegra al trabajo . . . . . 7
Extensión de los beneficios dentales . . . . . 8
COBRA . . . . . 8
Extensión de salud pagada por el Fondo . . . . . 8
Extensión de salud pagada por el Fondo por incapacidad . . . . . 9
Extensión de salud pagada por el Fondo durante un arbitraje . . . . . 10
FMLA y otras licencias estatales . . . . . 10
Licencia por servicio militar . . . . . 10
Elegibilidad de los dependientes . . . . . 10
Cuándo sus dependientes ya no son elegibles . . . . . 12
Cómo inscribirse . . . . . 12
Normas especiales de inscripción . . . . . 13
Su obligación de avisar . . . . . 14
**Los beneficios que se proporcionan** . . . . . 15
**Beneficios dentales** . . . . . 15
Cómo funciona el Plan . . . . . 15
Proveedores participantes en Delta Dental . . . . . 16
Dentistas no participantes . . . . . 16
Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento . . . . . 17
Máximo anual . . . . . 17
Limitaciones de frecuencia . . . . . 17
Programa de servicios dentales cubiertos (el "Programa") . . . . . 18
Servicios preventivos . . . . . 18
Servicios de diagnóstico . . . . . 19
Servicios de restauración simple . . . . . 19
Endodoncia . . . . . 20
Periodoncia . . . . . 20
Extracciones simples . . . . . 21
Cirugía oral y maxilofacial . . . . . 21
Servicios dentales de mayor magnitud . . . . . 22
Prótesis dentales removibles . . . . . 22
Prótesis dentales fijas . . . . . 23
Reparaciones . . . . . 23
Tratamiento de emergencia . . . . . 23





Página

Servicios de ortodoncia . . . . . 24
Varios . . . . . 24
Beneficio alternativo para la cobertura dental . . . . . 24
Lo que no está cubierto . . . . . 24
**Coordinación de los beneficios dentales** . . . . . 27
**Beneficios de seguro de vida** . . . . . 29
Monto del beneficio . . . . . 29
Cuándo termina la cobertura del seguro de vida . . . . . 29
Extensión del seguro de vida por incapacidad . . . . . 30
**Beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales ("AD&D")** . . . . . 30
Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales . . . . 31
Cuándo termina la cobertura de los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales . . . . . 31
**Procedimientos de reclamaciones y apelaciones** . . . . . 31
Reclamaciones de beneficios . . . . . 31
Presentación de reclamaciones de beneficios de atención dental . . . . . 31
Presentación de reclamaciones del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales . . . . . 32
Adónde enviar los formularios de reclamaciones . . . . . 33
Aprobación y rechazo de reclamaciones . . . . . 33
Designación de un representante autorizado . . . . . 33
Reclamaciones de beneficios dentales . . . . . 34
Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales . . . . . 37
Aviso de la decisión . . . . . 37
Apelación de reclamaciones rechazadas . . . . . 38
Presentación de una apelación . . . . . 38
Dónde presentar una apelación de primera instancia . . . . . 39
Plazos para las decisiones sobre apelaciones . . . . . 39
Solicitud de apelación acelerada . . . . . 39
Apelación de reclamaciones de servicios dentales anteriores o simultáneas al servicio . . . . . 40
Apelación de reclamaciones de servicios dentales posteriores al servicio . . . . 40
Solicitud de apelación acelerada para servicios dentales . . . . . 40
Instancia voluntaria de apelación de reclamaciones de servicios dentales . . . . . 40
Aviso de la decisión de la apelación . . . . . 42
Acciones posteriores . . . . . 42
Incompetencia . . . . . 43
**No duplicación de la cobertura de salud** . . . . . 43

Página

**Dirección de correo postal** . . . . . 43
**Divulgación de información al Fondo: Fraude** . . . . . 43
**Pagos en exceso** . . . . . 44
**Cobertura de salud grupal continuada** . . . . . 45
Durante una licencia médica y familiar . . . . . 45
Durante una licencia por servicio militar . . . . . 45
Conforme a COBRA . . . . . 46
Continuación de cobertura conforme a COBRA . . . . . 47
**Otra información del Plan de salud que debe saber** . . . . . 51
Cesión de beneficios del Plan . . . . . 51
**Orden de manutención infantil médica calificada** . . . . . 52
Exención de responsabilidad por la práctica médica . . . . . 52
Privacidad de la información de salud protegida . . . . . 52
Conversión a cobertura individual . . . . . 53
**Información general** . . . . . 53
Contribuciones del empleador . . . . . 53
Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios . . . . . 54
Cumplimiento de las leyes federales . . . . . 54
Modificación o cancelación del Plan . . . . . 54
Administración del Plan . . . . . 55
Declaración de derechos según la Employee Retirement Income Security Act of 1974, con sus modificaciones . . . . . 56
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan . . . . . 57
Haga cumplir sus derechos . . . . . 57
Ayuda con sus preguntas . . . . . 58
**Información del Plan** . . . . . 58
Financiamiento de los beneficios y tipo de administración . . . . . 59
Patrocinador y Administrador del Plan . . . . . 59
Empleadores participantes . . . . . 59
Agente encargado de la notificación del proceso legal . . . . . 60
**Glosario** . . . . . 61
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 Part Time Basic ("el Plan") del Building Service 32BJ Health Fund (el "Fondo") para los fines de la Employee Retirement Income Security Act of 1974, "ERISA" (Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974), con sus modificaciones. Los términos en el presente constituyen los términos del Plan.[1] Sus derechos a los beneficios solo se pueden determinar en esta SPD, tal como lo interpreta la acción oficial de la Junta de fideicomiso ("la Junta"). Debe consultar este folleto cuando necesite información sobre los beneficios de su Plan. Además, la Junta se reserva el derecho, a su absoluta discreción, de modificar el Plan en cualquier momento.

En el caso de que se produzca algún conflicto 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 de los beneficios del Plan según se establecen en la SPD, y algún aviso en forma oral que reciba por parte de un empleado, de un representante sindical o de un **empleador** del Building Service 32BJ Benefit Funds, prevalecerán los términos y las condiciones establecidos en este folleto.

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

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

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

- Este folleto describe las disposiciones del Plan que entraron en vigencia el 1 de mayo de 2021, a menos que se especifique lo contrario.
- Este folleto cubre a los participantes del Part Time Basic Plan.
- El nivel de contribuciones estipulado en su acuerdo colectivo de trabajo o en el acuerdo de participación determina el Plan para el cual usted es elegible. En general, el Part Time Basic Plan cubre a determinados participantes que trabajan a tiempo parcial.

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

# Elegibilidad y participación

## Cuándo es elegible

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

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

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

## Cuándo ya no es elegible

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

- al final del día 30 después de dejar de trabajar de manera regular en un **empleo cubierto** (esto no se aplica si usted es elegible para la Extensión de salud pagada por el Fondo), sujeto a sus derechos en virtud de COBRA (consulte las páginas 8 a 10 y las páginas 46 a 51).
- en la fecha en que su **empleador** pone fin a su participación en el Plan; o
- en la fecha en que se cancele el Plan.

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

## Si se reintegra al trabajo

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

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

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

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

## Extensión de los beneficios dentales

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

### COBRA

Conforme a la ley federal Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986, "COBRA" (Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986), se exige a los planes de salud colectivos ofrecer la continuación temporal de la cobertura de salud, en la que el empleado paga todo, en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo. La "cobertura de salud" incluye la cobertura 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 46 a 51 para obtener más información sobre COBRA).

### Extensión de salud pagada por el Fondo

Si se cumplen todos los requisitos de elegibilidad, el Fondo pagará la cobertura dental en las siguientes situaciones: incapacidad, la cual debe haber ocurrido mientras usted se encontraba en un **empleo cubierto** y arbitraje. Todos los períodos de Extensión de salud pagada por el Fondo contarán para efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua en virtud de COBRA. La cobertura de la Extensión de salud pagada por el Fondo incluye el beneficio dental del Plan. El seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales continúan durante los primeros seis meses únicamente. (Consulte la página 30 para obtener información sobre la Extensión del seguro de vida por incapacidad).

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

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

### Extensión de salud pagada por el Fondo por incapacidad

Puede continuar siendo elegible para hasta 6 meses de cobertura, siempre que se inscriba para recibir cobertura, no pueda trabajar y esté recibiendo uno de los siguientes beneficios por incapacidad:

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

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

- usted elige no continuar la cobertura,
- vuelve a trabajar en cualquier empleo,
- han pasado 6 meses desde que dejó de trabajar debido a una incapacidad,
- termina su Indemnización por accidentes y enfermedades laborales o sus beneficios por incapacidad a corto plazo,
- usted recibe los beneficios máximos en virtud de la incapacidad a corto plazo o de la Indemnización por accidentes y enfermedades laborales; o
- adquiere elegibilidad para Medicare como su aseguradora principal. Medicare es el plan principal y este Plan es el secundario después de recibir seis meses de beneficios por incapacidad a corto plazo o Indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

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

Para recibir la Extensión de salud pagada por el Fondo por incapacidad, debe solicitarla y enviar un comprobante de incapacidad a más tardar 60 días después de la fecha en que habría perdido la cobertura, es decir 90 días después de que deja de trabajar debido a una incapacidad. Para solicitar esta cobertura, debe llenar el Formulario de elección de continuación de la cobertura de COBRA que recibirá por correo. También puede obtener una copia de este formulario en el Centro de servicios para afiliados. El Plan se reserva el derecho de exigir periódicamente un comprobante de que usted sigue incapacitado. La Extensión de salud pagada por el Fondo para cobertura por incapacidad se tendrá en cuenta para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA. (Consulte las páginas 46 a 51 para obtener información sobre COBRA).

### Extensión de salud pagada por el Fondo durante un arbitraje

Si usted es despedido* y la unión lleva su queja a arbitraje con el fin de lograr su reincorporación al trabajo, se extenderá su cobertura por hasta seis meses o hasta que se decida su arbitraje, lo que ocurra primero. (Consulte la Extensión de salud pagada por el Fondo en las páginas 8 a 10 y 46 a 51). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

### FMLA y otras licencias estatales

Puede tener derecho a tomar hasta 26 semanas de licencia de su empleo conforme a la Family and Medical Leave Act, "FMLA" (Ley de Licencias médicas y familiares). Puede continuar recibiendo cobertura durante una licencia conforme a la FMLA. (Consulte la página 45 para obtener más información). Además, el estado de New York, así como otros estados o ciudades, pueden ofrecer licencias familiares durante las cuales se le exija al **empleador** que continúe con la cobertura. Consulte con su **empleador** acerca de los requisitos de licencia en el lugar donde usted trabaja y si su **empleador** provee cobertura durante esos períodos.

### Licencia por servicio militar

Si está en servicio militar activo, tiene ciertos derechos conforme a la Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, "USERRA" (Ley de los derechos de empleo y reempleo de los servicios uniformados de 1994), siempre que se inscriba para recibir cobertura continua. (Consulte las páginas 45 y 46 para obtener más información). Esta extensión de cobertura contará para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

## Elegibilidad de los dependientes

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

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



| Dependencia | Límite de edad | Requisitos |
|---|---|---|
| Cónyuge | Ninguno | La persona con la que está legalmente casado. (Si usted está legalmente separado* o divorciado, su cónyuge no está cubierto). |
| Hijos | Hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años. | El hijo cumple uno de los siguientes requisitos:<br>• es su hijo biológico;<br>• es su hijo adoptado** o asignado para adopción antes de ésta; o<br>• es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge; |
| Hijos (dependientes): Su nieto o sobrino 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). | 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:<br>• no está casado;<br>• tiene la misma dirección principal que el participante,**** o según lo exijan los términos de una orden de manutención infantil médica calificada ("QMCSO"); (consulte las páginas 52 y 53); y<br>• lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos.**** |

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

** Si inscribe al niño dentro de un plazo de 30 días después de la asignación o de la adopción, lo que ocurra primero, su hijo dependiente adoptado tendrá cobertura a partir de la fecha en que fue adoptado o "asignado para adopción" con usted, lo que ocurra antes (pero no antes de que usted sea elegible). (Consulte la sección "Su obligación de avisar" en las páginas 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 adquiere carácter definitivo, la cobertura de ese niño terminará en la fecha en que usted ya no tenga una obligación legal para su manutención. Si adopta un recién nacido, el niño está cubierto desde el nacimiento siempre que usted tenga la custodia inmediatamente después de que el niño sea dado de alta del hospital y presente una petición de adopción ante las autoridades estatales correspondientes dentro de un plazo de 30 días después del nacimiento del niño. Sin embargo, los recién nacidos adoptados no estarán cubiertos desde el nacimiento si uno de los padres biológicos del niño cubre la hospitalización inicial del recién nacido, se presentó un aviso para revocar la adopción o uno de los padres biológicos revoca su consentimiento para la adopción.

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

****Si está legalmente separado o divorciado, el niño 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.

## Cuándo sus dependientes ya no son elegibles

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

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

## Cómo inscribirse

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

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

Consulte la sección "Elegibilidad de los dependientes" en las páginas 10 a 11 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 y, si corresponde, un comprobante de la condición de dependencia (para sus nietos y sobrinos de los cuales usted es el tutor legal). En la mayoría de los casos, la cobertura de sus dependientes comenzará en la primera fecha en que sean elegibles. Sin embargo, si no inscribe a sus dependientes dentro de un período de 30 días a partir de la fecha en que usted adquiere elegibilidad por primera vez para la cobertura de salud conforme al Plan, la cobertura de sus dependientes no comenzará hasta la fecha en que le notifique al Fondo y envíe todos los documentos requeridos. Si se produce un cambio en su situación familiar (por ejemplo, se casa o adopta a un niño) o si desea cambiar la cobertura de un dependiente existente por cualquier razón después de que comience su cobertura conforme al Plan, debe llenar el formulario correspondiente. Se aplican normas especiales con respecto a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su nuevo dependiente. (Consulte la sección "Su obligación de avisar" en las páginas 14 y 15 para obtener más detalles).

El Plan pagará las reclamaciones de gastos elegibles para dependientes solo después de que el Fondo haya recibido el formulario de inscripción y la documentación de respaldo requeridos. Si su formulario no está llenado 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.

## Normas especiales de inscripción

Para aquellos participantes que trabajan conforme a un acuerdo colectivo de trabajo que establece una inscripción abierta anual, según los términos de dicho acuerdo, es posible que tenga permitido inscribir a uno o más de sus dependientes (según se define en las páginas 10 a 11) de la misma manera que se describe anteriormente y en la sección "Cómo inscribirse" en las páginas 12 y 13 durante el período de inscripción abierta anual. Después de que elige inscribir o no inscribir a uno o más dependientes específicos, esta elección generalmente se vuelve definitiva y no se puede modificar durante todo el año calendario (del 1 de enero al 31 de diciembre). Se aplica una excepción si:

- usted incorpora un nuevo dependiente a través de matrimonio, nacimiento o adopción o asignación para adopción, o
- usted tiene un dependiente que no está inscrito que ha perdido su cobertura a través de otro plan de salud grupal (a menos que la pérdida de la cobertura haya sido por una falta grave o porque su dependiente no pagó las primas a tiempo), o el **empleador** deja de contribuir a la cobertura de su dependiente bajo el otro plan (si su dependiente eligió la cobertura de COBRA, todo el período de cobertura de COBRA debe de haber finalizado para que se pueda aplicar esta norma), o

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

- su dependiente pierde elegibilidad para Medicaid o el Children's Health Insurance Program, "CHIP", o adquiere elegibilidad para un subsidio del estado para inscribirse en el Plan conforme a Medicaid o CHIP y usted desea inscribirlo en el Plan.

En cualquiera de las dos primeras circunstancias, usted puede inscribirse o inscribir a su dependiente durante un período de inscripción especial que finaliza 30 días después de la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción/asignación para adopción, pérdida de la cobertura de salud grupal o la terminación de las contribuciones del **empleador** al otro plan de salud grupal. Si la inscripción especial es el resultado de la pérdida de elegibilidad conforme a Medicaid o CHIP, puede inscribir a su dependiente dentro de los 60 días posteriores a la fecha de finalización de dicha cobertura. Si la inscripción especial es el resultado de que su hijo adquiere elegibilidad para un subsidio del estado, puede inscribir a su dependiente dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se determina dicha elegibilidad.

Habrá un período de inscripción abierta antes del final de cada año calendario en el que usted podrá hacer un cambio en sus dependientes inscritos, o podrá inscribir a un dependiente si no ha inscrito a nadie anteriormente (o si su dependiente inscrito anteriormente deja de ser elegible durante el año calendario) para el próximo año calendario. Si usted no realiza ninguna acción durante el período de inscripción abierta, su elección existente se mantendrá en vigencia para el próximo año calendario.

### Su obligación de avisar

Si ocurre un cambio en su situación familiar (por ejemplo, matrimonio, separación legal, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo) después de que su cobertura conforme al Plan haya entrado en vigencia, es su obligación avisar inmediatamente al Fondo de dicho cambio y llenar el formulario correspondiente. Si avisa al Fondo dentro de un plazo de 30 días a partir del matrimonio o nacimiento o adopción de un hijo, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará en la fecha del matrimonio o en la fecha del nacimiento o adopción. Si no avisa al Fondo dentro de un plazo de 30 días, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará a regir a partir de la fecha en que usted le notifique al Fondo. Sin embargo, tenga en cuenta que no se pagarán beneficios hasta que usted presente los formularios y la documentación de respaldo requeridos ante el Fondo. Asegúrese de notificarle al Fondo si su nieto o sobrino ya no vive con usted, se casó o ya no cumple los requisitos para obtener cobertura por algún otro motivo, según se describe en las páginas 10 y 11.

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 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 conforme a COBRA. Si no le notifica al Fondo cuando su dependiente adquiere elegibilidad para el subsitio 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 beneficios dentales, de seguro de vida y de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Cada uno de estos beneficios se describe en las secciones siguientes.

## Beneficios dentales

### Cómo funciona el Plan

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

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

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

- debe ser proporcionado por un dentista o, únicamente en el caso de limpieza o raspado de los dientes, realizado por un higienista dental certificado bajo la supervisión y dirección de un dentista,
- debe corresponder con los síntomas, 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.

## Proveedores participantes en Delta Dental

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

- Si decide recibir atención de un **proveedor** de servicios dentales **participante** de la red PPO, no deberá pagar nada por la atención dental cubierta que sea preventiva o diagnóstica, y
- Para todos los demás servicios, usted pagará la diferencia entre el monto máximo permitido del programa de tarifas de Delta Dental PPO (o los cargos del dentista, si fueran menores) y el reembolso del Plan dental.

## Dentistas no participantes

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

Usted tendrá que pagar los cargos completos del dentista. Deberá presentar una reclamación ante Delta Dental (consulte las páginas 31 y 33) y será reembolsado según el programa de tarifas de Delta Dental PPO para cada procedimiento.

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

## Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento

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 o 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 por hasta $1,000 por participante o 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 tal como se muestra en las siguientes páginas:

## Programa de servicios dentales cubiertos (el "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. Si tendrá que pagar estos servicios y cuánto costarán depende de si elige recibir atención dental de un dentista **participante** de Delta Dental PPO o de un dentista **no participante**.

### 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 resulte menor entre los cargos reales y el 100% del **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 definitivo sin restaurar y diente premolar) | | | 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 cuadrante/arco 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 100% del **monto permitido**, y el afiliado paga cualquier cargo que supere el **monto permitido**. | Dos por un año calendario. |
| Radiografías:<br>• 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 por 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) | El Plan paga el 100% | 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 80% y el afiliado paga el 20% | El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 80% del **monto permitido**, y el afiliado paga el 20% 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 |
|---|---|---|---|
| • tratamiento de conducto<br>• segundo tratamiento de conducto<br>• apicoectomía/servicios perirradiculares (se exige para el pago una placa postoperatoria que muestre la apicoectomía terminada y retrógrada, si se colocara)<br>• Pulpectomía | El Plan paga el 80% y el afiliado paga el 20% | El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 80% del **monto permitido**, y el afiliado paga el 20% del **monto permitido** y cualquier cargo que supere el **monto permitido**. | Una vez por diente de por vida. |
| • Hemisección<br>• Apexificación/ Recalcificación<br>• Sellado de la pulpa dental | | | Sólo para niños menores de 19 años. |

## Periodoncia

| Beneficio | Dentro de la red | Fuera de la red | Limitaciones |
|---|---|---|---|
| • Gingivectomía o gingivoplastia<br>• Cirugía ósea | El Plan paga el 80% y el afiliado paga el 20% | El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 80% del **monto permitido**, y el afiliado paga el 20% 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 dentro de un 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 por 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 80% y el afiliado paga el 20% | El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 80% del **monto permitido**, y el afiliado paga el 20% del **monto permitido** y cualquier cargo que supere el **monto permitido**. | Una vez por diente de por vida. |

## Cirugía oral y maxilofacial*

| Beneficio | Dentro de la red | Fuera de la red | Limitaciones |
|---|---|---|---|
| • Extracciones<br>• Extracción de diente impactado, raíces dentales residuales | El Plan paga el 80% y el afiliado paga el 20% | El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 80% del **monto permitido**, y el afiliado paga el 20% 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 50% y el afiliado paga el 50% | 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. |
| 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 50% y el afiliado paga el 50% | 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 o 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 | | | Dos veces por arco por cualquier período de 36 meses consecutivos |

## Prótesis dentales fijas

| Beneficio | Dentro de la red | Fuera de la red | Limitaciones |
|---|---|---|---|
| Pónticos de prótesis dentales parciales fijas | El Plan paga el 50% y el afiliado paga el 50% | 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 50% y el afiliado paga el 50% | 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 24 meses consecutivos. |
| Aumentos en prótesis dentales parciales | | | |
| Reemplazo de dientes rotos en una prótesis dental | | | Dos veces durante cualquier período de 12 meses consecutivos. |

## 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 100% del **monto permitido**, y el afiliado paga 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 50% hasta un máximo de por vida de $1,000 y el afiliado paga el 50% y cualquier cargo que supere el máximo de $1,000. | Sin cobertura | Sólo para niños menores de 19 años.<br>Máximo de por vida de $1,000.<br>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).
** Un tratamiento incluye aparatos de ortodoncia, consultas mensuales y aparatos de retención.

### Varios

| Beneficio | Dentro de la red | Fuera de la red | Limitaciones |
|---|---|---|---|
| Protector oclusivo | El Plan paga el 80% | El Plan paga el monto que resulta menor entre los cargos reales y el 80% del **monto permitido**, y el afiliado paga 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;
- atención de ortodoncia fuera de la red para individuos menores de 19 años;
- cargos que exceden los **montos permitidos**, 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 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 restaure o mantenga 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 estructura de los dientes perdida debido a la atrición y restauración de la desalineación de los dientes;
- cualquier procedimiento que implique la reconstrucción completa de la boca o cualquier servicio relacionado con implantes dentales, incluido cualquier implante quirúrgico con un dispositivo de prótesis adjunto;

- diagnóstico o tratamiento de problemas de la articulación de la mandíbula, incluido el trastorno de la articulación temporomandibular ("TMJ"), 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 dispensados en el consultorio del dentista;
- cargos por novocaína, xilocaína o cualquier anestésico local similar cuando el cargo se hace de manera separada de un gasto dental cubierto;
- cargos adicionales cobrados por un dentista para tratamiento hospitalario;
- servicios para los cuales un participante tiene derechos contractuales para recuperar costos, 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 y desde el lugar del tratamiento;
- gastos en los que se incurra por citas canceladas;
- cargos por llenar informes o por proporcionar registros;
- cualquier procedimiento no incluido en el Programa de servicios dentales cubiertos;

## Coordinación de beneficios dentales

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

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

1. El programa que cubra al inscrito como empleado determinará sus beneficios antes que el programa que cubra al inscrito como un dependiente.

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

Si el otro programa no cuenta con la norma señalada en el párrafo anterior, pero en lugar de ello tiene una norma basada en el sexo del empleado, la norma del otro plan determinará el orden de los beneficios.

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

4. El programa que cubra al inscrito como empleado o como dependiente de un empleado determinará sus beneficios antes del 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 sus beneficios. Si dicha determinación señala que Delta Dental no debería haber sido el primer programa para determinar sus beneficios, se considerará que Delta Dental no es el primer programa para determinar sus beneficios.

6. En las situaciones que no estén descritas en los ítems 1 al 5, el programa bajo el cual el inscrito ha estado inscrito por el mayor período de tiempo determinará primero sus beneficios. Cuando Delta Dental sea el primer programa para determinar sus beneficios, los beneficios serán pagados sin considerar la cobertura 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 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 $10,000. Los beneficios del seguro de vida se le pagan a su beneficiario si usted muere mientras la cobertura está vigente.

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

### Cuándo termina la cobertura del seguro de vida

La cobertura del seguro de vida termina 30 días después de finalizar su **empleo cubierto**, a menos que usted tenga una Extensión de salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje, tal como se indica en la página siguiente. 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 1-866-492-6983 para obtener más información sobre la conversión de su seguro de vida.

### Extensión del seguro de vida por incapacidad

Si está incapacitado y está recibiendo beneficios de incapacidad a corto plazo o de Indemnización por accidentes y enfermedades laborales, su seguro de vida continuará durante seis meses a partir de la fecha de la incapacidad o hasta que termine su incapacidad, lo que ocurra primero. Si es elegible para una Pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund, su seguro de vida continuará hasta que termine su incapacidad o hasta que cumpla 65 años, lo que ocurra primero. En tanto dure esta cobertura extendida, su nivel de beneficio de seguro de vida se mantendrá exactamente al mismo nivel que estaba cuando quedó incapacitado.

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

El aviso de aprobación o rechazo de beneficios se enviará a su beneficiario designado por escrito. (Consulte las páginas 38 a 43 para obtener información sobre cómo apelar una reclamación rechazada).

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

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

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

El seguro en caso de muerte y mutilación accidentales 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 termine su **empleo cubierto**. Su beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales es adicional a su seguro de vida y es pagadero si muere o pierde una extremidad a causa de un accidente *en un plazo de 90 días* posteriores a ese accidente.



### Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales

Sujeto a exclusiones de cobertura, si usted pierde la vida en un accidente, o ambas manos a la altura de la muñeca o por encima de esta, o ambos pies a la altura del tobillo o por encima de este, o la vista de ambos ojos, o cualquier combinación de mano, pie y vista en un ojo, el beneficio del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero a su beneficiario es de $10,000. Si pierde una mano a la altura de la muñeca o por encima de esta, o un pie a la altura del tobillo o por encima de este, o la vista en un ojo, el beneficio del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero es de $5,000.

### 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 finalizar su **empleo cubierto** con excepción de lo estipulado si usted tiene una Extensión de salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje. Del mismo modo que su seguro de vida, su cobertura en caso de muerte y mutilación accidentales puede continuar mientras tenga una Extensión de salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 8 a 10).

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

## Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

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

### Reclamaciones de beneficios

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

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

### Presentación de reclamaciones de atención dental

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

Debe presentar una reclamación cuando reciba atención de dentistas u otros proveedores o centros fuera de la red de proveedores de servicios dentales participantes del Plan. Puede obtener un formulario de reclamación visitando el sitio web de Delta Dental en www.deltadentalins.com/32bj o llamando al 1-800-589-4627. Consulte la tabla en la página 33 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 de atención 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 de servicio. Se rechazarán las reclamaciones que se reciban más de 180 días después de la fecha de servicio.**
- Usted recibirá el pago de todos los servicios recibidos de un proveedor de servicios dentales **no participante**. Es su responsabilidad pagarle al dentista directamente por los servicios recibidos de un dentista **no participante**. El Plan no le asignará beneficios para atenderse con un **proveedor** de servicios dentales **no participante**, lo que significa que el Plan no le pagará directamente 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 sus asesores o personal profesional.

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

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

### Adónde enviar los formularios de reclamaciones

| Beneficio | Dirección de presentación |
|---|---|
| Dental (**proveedores no participantes** únicamente; no se necesitan formularios de reclamación para **proveedores participantes**) | Delta Dental<br>One Delta Drive<br>PO Box 2105<br>Mechanicsburg, PA 17055-2105 |
| Seguro de vida<br>Seguro en caso de muerte y mutilación accidentales | MetLife Insurance Company<br>Group Life Claims<br>P.O. Box 6100<br>Scranton, PA 18505-6100 |

## Aprobación y rechazo de reclamaciones

Existen procesos separados de aprobación y rechazo de reclamaciones para las reclamaciones de atención dental y para el seguro de vida/seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Estos procesos se describen por separado a continuación. Lea esta información para asegurarse de que usted o su representante autorizado estén en pleno conocimiento de estos procesos y de lo que deben hacer para cumplir con los procedimientos.

## Designación de un representante autorizado

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

- su nombre,
- su número de identificación tal como figura en su tarjeta de Delta Dental, si está designando a un representante autorizado para su reclamación o apelación de atención dental,
- 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 dentales

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

- *Reclamaciones anteriores al servicio*. Esta es una reclamación de un beneficio para el cual el Plan exige aprobación del beneficio (total o parcial) antes de obtener la atención. Para reclamaciones anteriores al servicio presentadas adecuadamente, se le informará de la decisión a usted y/o a su proveedor *en un plazo de 15 días* después de recibir el aviso de reclamación, a menos que se necesite tiempo adicional. El plazo de respuesta se puede extender hasta *15 días* si es necesario debido a motivos que están fuera del control del revisor de las reclamaciones. Se le informarán las circunstancias que requieran esta extensión del plazo y la fecha para la cual se espera que se tome una decisión.

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

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

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

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

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

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

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

  Si usted (o su representante autorizado*) presenta una reclamación de atención urgente, se le informará de la determinación de beneficios lo antes posible, teniendo en cuenta emergencias médicas, a más tardar *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.

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

Si no cumple los procedimientos del Plan para presentar una reclamación de atención urgente, se le notificará *en un plazo de 24 horas* a partir del incumplimiento y se le informarán los procedimientos correctos que debe seguir. Esta notificación puede ser verbal, a menos que usted solicite la notificación 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.

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

- *Reclamaciones de atención simultáneas*. Esta es una reclamación que se reconsidera después de que se ha otorgado una aprobación inicial y que resulta en una reducción, cancelación o extensión de un beneficio. La decisión de reducir, cancelar o extender el tratamiento se toma mientras dicho tratamiento está en curso.

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

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

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

  Si se necesita una extensión debido a que se requiere que presente información adicional, el aviso de extensión especificará la información necesaria. En dicho caso, usted tendrá *45 días* después de la recepción de la notificación para suministrar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación.

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

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

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

## Aviso de la decisión

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

- las razones para el rechazo, si el rechazo es total o parcial y si se ha tomado 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 ha basado el rechazo,
- una descripción de cualquier información adicional necesaria para completar su reclamación y una explicación de por qué es necesaria dicha información, y
- una descripción del proceso de apelaciones y los límites de tiempo, así como también una declaración de su derecho a iniciar una demanda civil conforme a la Sección 502(a) de la Employee Retirement Income Security Act of 1974, "ERISA" (Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974) dentro de un plazo de tres años desde la fecha en que se rechazó la apelación.

Para reclamaciones 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 39 y 40.

## Apelación de reclamaciones rechazadas

Una apelación es una solicitud que usted, o su representante autorizado, presentan para que se revise y reconsidere una determinación adversa de beneficios. Existen procesos separados para la apelación de reclamaciones de servicios dentales y reclamaciones del seguro de vida/seguro en caso de muerte y mutilación accidentales.

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 de primera instancia | Apelación de segunda instancia |
|---|---|---|
| Beneficios dentales | Delta Dental | Junta de fideicomiso* |
| Beneficios de seguro de vida/ muerte y mutilación accidentales | MetLife Insurance Company | No corresponde |

* Esta instancia de apelación es voluntaria.

## Presentación de una apelación

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

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

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

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

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



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

**Si usted no 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 ante la parte correspondiente y seguir todo el proceso antes de poder entablar una demanda en los tribunales. Si no lo hace, es posible que se vea impedido de utilizar los recursos legales.

### Dónde presentar una apelación de primera instancia

| Beneficio | Escriba a: | O llame al |
|---|---|---|
| Beneficios dentales | Delta Dental<br>One Delta Drive<br>Mechanicsburg, PA 17055<br>Attn: Professional Services | Las apelaciones, excepto aquellas por atención de urgencia, solo se aceptan por escrito.* |
| Seguro de vida Beneficios por muerte y mutilación accidentales | MetLife Insurance Company<br>Group Life Claims<br>P.O. Box 6100<br>Scranton, PA 18505-6100<br>Fax: 1-570-558-8645 | Solo se aceptan apelaciones por escrito. |

* También se puede presentar una apelación por una reclamación de atención dental de urgencia 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.

### Solicitud de apelación acelerada

Si su reclamación incluye atención urgente para atención dental, puede presentar una apelación acelerada si su proveedor cree que se justifica una apelación inmediata debido a que un retraso en el tratamiento representaría una amenaza inminente o grave para 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 al número que figura en la tabla de la sección "Dónde presentar una apelación de primera instancia" en la página 39.

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* después de su solicitud.

### Apelación de reclamaciones de servicios dentales anteriores o simultáneas al servicio

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

### Apelación de reclamaciones de servicios dentales posteriores al servicio

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

## Solicitud de apelación por atención dental acelerada

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

## Instancia voluntaria de apelación de reclamaciones de servicios dentales

Una vez que recibe el aviso del rechazo de la apelación de primera instancia de una reclamación de atención dental en tiempo y forma*, ha agotado todas las opciones requeridas de apelaciones internas.

* El Comité de apelaciones no atiende apelaciones voluntarias de reclamaciones cuyas apelaciones obligatorias no fueron presentadas dentro de los plazos establecidos. Si Delta Dental rechazó su apelación por no haberla presentado a tiempo, no podrá presentar una apelación voluntaria ante el Comité de apelaciones de la Junta de fideicomiso.



Tenga en cuenta que no existen apelaciones aceleradas para reclamaciones posteriores al servicio en el procedimiento de apelaciones voluntarias.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede iniciar una acción civil de acuerdo con la Sección 502(a) de la Employee Retirement Income Security Act of 1974, "ERISA" (Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974). Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación obligatoria y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que se hayan cumplido los plazos correspondientes descritos en esta SPD desde la fecha en la cual presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o aviso de que se necesita una extensión del plazo para tomar dicha decisión. **Además, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en la cual se rechazó la apelación correspondiente.** Como alternativa, puede presentar una apelación voluntaria ante el Comité de apelaciones de la Junta de fideicomiso. Esta apelación voluntaria debe ser presentada *en un plazo de 180 días* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación que le suministra Delta Dental. Las apelaciones voluntarias se tratan en las reuniones del Comité de apelaciones 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 anteriormente. Esta instancia de apelación es *completamente voluntaria*, es decir, no la exige el Plan y solo está disponible si usted (o su representante autorizado) la solicita. El Plan no alegará la falta de agotamiento de los recursos administrativos en caso de que usted elija presentar una reclamación ante los tribunales en vez de hacerlo por medio de la instancia voluntaria de apelación. El Plan no le impondrá (ni a usted ni a su representante autorizado) honorarios ni costos debido a que usted o su representante autorizado escoja utilizar el proceso voluntario de apelación. Su decisión de presentar o no una controversia por beneficios en la instancia voluntaria de apelación no tendrá efecto sobre sus derechos a cualquier otro beneficio cubierto por el Plan. Si lo solicita, el Plan le proporcionará (a usted o a su representante autorizado) información suficiente para que evalúe con conocimiento de causa la presentación de una reclamación por medio del proceso de apelación voluntaria, lo que incluye su derecho de representación.

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

que sustente su apelación. Usted (o su representante autorizado) puede escribir al Comité de apelaciones a la siguiente dirección:

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

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

### Aviso de la decisión de la apelación

Le notificarán por escrito la decisión sobre su apelación en un plazo de cinco días desde la fecha en que el Comité de apelaciones tome la decisión sobre la apelación. El aviso por escrito de la decisión de la apelación incluirá toda la información estipulada en la sección "Aviso de la decisión" en la página 37.

### Acciones posteriores

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

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

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



### Incompetencia

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

## No duplicación de la cobertura de salud

Incluso si más de un **empleador** realiza contribuciones en su nombre de manera simultánea a este Fondo, usted solo recibirá un Plan de beneficios. El Plan de beneficios que recibirá es el Plan que el Fondo determina que, en su totalidad, le ofrece a usted los mayores beneficios.

## Dirección de correo

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

## Divulgación de información al Fondo: Fraude

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

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

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

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

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

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

## Pagos en exceso

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

## Cobertura de salud grupal continuada

### Durante una licencia médica y familiar

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

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

### Durante una licencia por servicio militar

Si se encuentra en servicio militar activo durante 31 días o menos, seguirá teniendo cobertura médica conforme a la Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, "USERRA" (Ley de los derechos de empleo y reempleo de los servicios uniformados de 1994). Si está en servicio militar activo durante más de 31 días, la ley USERRA le permite continuar recibiendo cobertura dental para usted y sus dependientes, a su cargo por hasta 24 meses, siempre que se inscriba para tener cobertura. Esta cobertura continua funciona del mismo modo que COBRA. (Consulte las páginas

8 a 10 y 46 a 51 para obtener información sobre COBRA). Además, sus dependientes pueden ser elegibles para recibir atención médica conforme a **TRICARE**.

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

- 90 días desde la fecha de baja si el período de servicio militar fue mayor que 180 días,
- 14 días desde la fecha de baja si el período de servicio militar fue de 31 días o más, pero menor que 180 días, o
- al comienzo del primer período de trabajo completo programado regularmente 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 federal Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986, "COBRA" (Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986), se exige a los planes de salud colectivos ofrecer la continuación temporal de la cobertura de salud, en la que el empleado paga todo, en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo. La "cobertura de salud" incluye la cobertura 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 del Plan para COBRA y debe solicitar la cobertura. El Fondo se reserva el derecho de poner término a su cobertura conforme a COBRA de manera retroactiva si se determina que no es elegible.

Si usted está incapacitado y recibe (o cuenta con la aprobación para recibir) beneficios en virtud de una incapacidad a corto plazo establecida por ley (se limita a seis meses) o Indemnización por accidentes y enfermedades laborales, el Plan proporciona cobertura por hasta seis meses siempre y cuando usted siga incapacitado, no pueda trabajar y solicite la cobertura.

Si su **empleador** lo despide y su despido pasa a arbitraje para su reincorporación, el Plan proporciona cobertura hasta por seis meses a partir de la fecha de su despido. En estos dos casos de cobertura extendida, no necesita pagar la prima ya que el Fondo la paga. Tenga en cuenta que el periodo máximo por el que tiene cobertura conforme a COBRA se reduce con cada periodo en que recibe Extensión de salud pagada por el Fondo.

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

### Continuación de cobertura conforme a COBRA

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

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

Si se casa, tiene un bebé recién nacido o se le asigna un hijo en adopción

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

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

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

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

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



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

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

- nombres de las personas interesadas en la continuación conforme a COBRA y la relación con el participante,
- fecha del Evento que califica, y
- tipo de Evento que califica. (Consulte la tabla de Eventos que califican en la página 47).

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

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

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

cobertura individual, solo podrá convertirla en cobertura familiar si se casa, tiene un hijo o adopta un hijo.

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

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

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

*Cuándo termina la cobertura conforme a COBRA*. La cobertura conforme a COBRA normalmente termina después del período máximo de cobertura que se muestra en la tabla de la página 47. Terminará *antes* del término del período máximo en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Un beneficiario de COBRA deja de realizar puntualmente las contribuciones exigidas de COBRA.
- Un beneficiario de COBRA se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B, o ambas) después de la fecha de elección de COBRA u obtiene cobertura en otro plan grupal.
- Se extiende la cobertura durante hasta 29 meses debido a incapacidad y existe una determinación definitiva de que el beneficiario de COBRA ya no está incapacitado. El beneficiario de COBRA debe notificar al Centro de servicios para afiliados en un plazo de 30 días después de dicha determinación definitiva.

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

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

# Otra información del Plan de salud que debe saber

## Cesión de beneficios del Plan

En la medida en que lo permita la ley, sus derechos conforme a este Plan no se pueden ceder, transferir o enajenar 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 33.

## 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 grupales a un hijo.

Una orden de manutención infantil médica calificada es generalmente el resultado de un divorcio o separación legal. Siempre que el Centro de servicios para afiliados recibe una orden de manutención infantil médica calificada, el Fondo examina detenidamente su condición de que califica en conformidad con los procedimientos sobre órdenes de manutención infantil médica calificadas adoptados por la Junta y conforme a la ley federal. Para obtener más información sobre las órdenes de manutención infantil médica calificadas, o para obtener una copia sin costo de los procedimientos del Plan sobre estas, comuníquese con la Oficina de cumplimiento del Fondo en la dirección que figura en la página 59.

### Exención de responsabilidad por la práctica médica

La selección de un proveedor de atención médica depende enteramente de usted. Ni el Fondo, ni la Junta ni sus designados participan en la práctica de la medicina, ni ninguno de ellos tiene control sobre el diagnóstico, tratamiento, atención o falta de esta, o sobre servicios de atención de salud que le preste un proveedor de atención médica. 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 médica o dental por parte de dicho proveedor de atención médica.

### Privacidad de la información de salud protegida

La Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, "HIPAA" (Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud de 1996) es una ley federal que impone ciertas obligaciones de confidencialidad y seguridad al Fondo respecto de las historias clínicas y de otra información de salud que lo identifique como individuo usada o divulgada por el Fondo. La ley HIPAA también le otorga derechos respecto de su información de salud, lo que incluye algunos derechos a recibir copias de dicha información que el Fondo guarde sobre su persona y a saber cómo puede usarse su información de salud. Una descripción completa de cómo usa el Fondo su información de salud, y de sus otros derechos conforme a las reglas de privacidad de la ley HIPAA, está disponible en el "Aviso de prácticas de privacidad" del Fondo que se distribuye a todos los participantes. Cualquier persona puede solicitar una copia adicional de este aviso comunicándose con la Oficina de cumplimiento en la dirección que figura en la página 59.

La Junta de fideicomiso del Fondo ha adoptado parte del texto sobre privacidad y seguridad de la ley HIPAA que exige que la Junta de fideicomiso, en su función de patrocinadora del Plan para el Fondo, mantenga la privacidad y seguridad de su información de salud. Puede dirigir cualquier pregunta sobre la ley HIPAA a la Oficina de cumplimiento en la dirección que figura en la página 59.

### Conversión a cobertura individual

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

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

## Información general

### Contribuciones del empleador

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

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

## Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios

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

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

También debe tener en cuenta que los beneficios del Plan no se pagan a dependientes inscritos que pierdan su elegibilidad debido a la edad, matrimonio, divorcio o separación legal (a menos que elijan y paguen por los beneficios conforme a COBRA, tal como se describe en las páginas 8 a 10 y 46 a 51).

Si el Plan paga equivocadamente una cantidad mayor que aquella para la cual usted es elegible, o paga beneficios que no están autorizados por el Plan, el Fondo puede recurrir a los recursos permitidos por la ley para recuperar los beneficios que pagó por error. (Consulte también la sección "Pagos en exceso" en las páginas 44 y 45).

## 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 prevalencia sobre las leyes estatales.

## Modificación o cancelación del Plan

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

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

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

## Administración del Plan

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

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

- tomar todas las medidas y decisiones con respecto a la elegibilidad para el Plan y el monto de los beneficios pagaderos según éste,
- formular, interpretar y aplicar las reglas, reglamentos y políticas necesarias para administrar el Plan de acuerdo con los términos del Plan,
- decidir todos los asuntos, incluidos los asuntos legales o de hecho, relativos al cálculo y pago de beneficios del Plan,
- resolver y/o aclarar cualquier ambigüedad, inconsistencia y omisión que surja con respecto al Plan, como se describe en esta SPD, el Acuerdo fiduciario u otros documentos del Plan,

- procesar y aprobar o rechazar las reclamaciones de beneficios y las reglas sobre exclusiones de beneficios, y
- determinar el nivel de prueba requerido en cada caso.

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

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

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

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

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

- Examinar sin costo, en la Oficina de cumplimiento, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el U.S. Department of Labor y disponible en el salón de información de la Employee Benefits Security Administration ("EBSA").
- Obtener, mediante solicitud por escrito a la Oficina de cumplimiento, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500), así como la Descripción abreviada del Plan actualizada. El Fondo puede cobrar un cargo razonable por las copias de otros documentos que no sean 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 grupal.

Puede continuar recibiendo la cobertura de salud grupal por cuenta propia o de su cónyuge o dependientes si existe una pérdida de cobertura en virtud del Plan como resultado de un Evento que califica. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar por dicha cobertura. Lea este folleto (consulte las páginas 8 a 10 y 46 a 51 para obtener información sobre COBRA) y los documentos que rigen el Plan para conocer las normas que rigen los derechos de continuación de COBRA.

## Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan

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

## Haga cumplir sus derechos

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

Según ERISA, puede hacer valer los derechos mencionados anteriormente tomando ciertas medidas. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual de este 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 38 a 43. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si usted obtiene un fallo favorable, el tribunal puede ordenarle a la parte demandada que pague dichos costos y honorarios. Si el fallo es desfavorable, el tribunal puede ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios si, por ejemplo, se considera que su reclamación carece de fundamentos.

### Ayuda con sus preguntas

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

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

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

## Información del Plan

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

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

### Financiamiento de los beneficios y tipo de administración

Autofinanciado, excepto por MetLife que asegura los beneficios del seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Todas las contribuciones al Fondo de fideicomiso son realizadas por los **empleadores contribuyentes** al Plan conforme a sus acuerdos por escrito. Los beneficios son administrados por las organizaciones enumeradas en la tabla de la página 39.

### 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 oficina de la Junta en:

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

### Empleadores participantes

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

Para comunicarse con la Oficina de cumplimiento, escriba a:

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

Para comunicarse con el Health Fund, llame al:

**1-800-551-3225**

o escriba a:

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

### Agente encargado de la notificación del proceso legal

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



## Glosario

**Coseguro** es el 20% que usted paga por los servicios básicos y restaurativos, como obturaciones y extracciones, el 50% que paga por los servicios mayores, como puentes dentales fijos, coronas y prótesis, y el 50% que paga por los servicios de ortodoncia para niños de 19 años o menos, como procedimientos diagnósticos y aparatos para realinear los dientes.

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

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

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

**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 con un **proveedor dentro de la red**, el **monto permitido** está basado en un acuerdo con el proveedor. Cuando no se atiende con un **proveedor dentro de la red**, el **monto permitido** se basa en la tasa de pago del Fondo de los costos permitidos a un **proveedor dentro de la red**.

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

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

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

**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 militar de los EE. UU. en servicio activo, retirados y sus familias.



Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

# Contact Information

| ¿Qué necesita? | Con quién comunicarse | Cómo |
|---|---|---|
| • Información general sobre sus beneficios y elegibilidad<br>• 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 |
| • Encontrar un 5 Star Center<br>• Encontrar a un médico de atención primaria<br>• 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 |
| • Encontrar un proveedor participante del plan dental | Servicio de atención al cliente de Delta Dental | Llame al 1-800-589-4627 o 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<br>sábados de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.<br>domingos de 12:00 p. m. a 4:00 p. m.<br>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 |
| • 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 |
| • 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 |
| • 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 |
| • 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 |

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

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

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

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

# Resumen de modificaciones materiales
# Part Time Basic Plan del Building Service 32BJ Health Fund

La siguiente lista enumera los cambios y las aclaraciones que han ocurrido desde la impresión de la Descripción abreviada del plan (Summary Plan Description, SPD) del Building Service 32BJ Health Fund para el Part Time Basic Plan (Plan), con fecha del 1 de mayo 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 8 de diciembre de 2022, John Santos ha sido designado como agente fiduciario de la Unión. Su información es la siguiente:

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

**Cambio en el cargo de un agente fiduciario de la Unión Página 1:** Con vigencia a partir del 7 de diciembre de 2022, el cargo de Manny Pastreich cambia de secretario tesorero a presidente.

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

**Designación de una 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.

**Reducción del nivel de reembolsos para los beneficios fuera de la red Páginas 16 y 17:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2022, se reduce el nivel de reembolsos para todos los beneficios de servicios cubiertos fuera de la red. Por lo tanto, se elimina el último párrafo bajo la sección "Dentistas no participantes", y se reemplaza con lo siguiente:

> El Fondo pagará el monto menor entre el cargo real del dentista y el 50% del **monto permitido**. Eso significa que usted será responsable por el otro 50% del **monto permitido**, más cualquier cargo adicional que supere el **monto permitido**.

**Adición del beneficio de óxido de nitrógeno para niños menores de 19 años Página 24:** Con vigencia a partir del 1 de enero de 2022, se agrega una fila a la tabla Varios de ambas páginas 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. | Solo para niños menores de 19 años. |

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