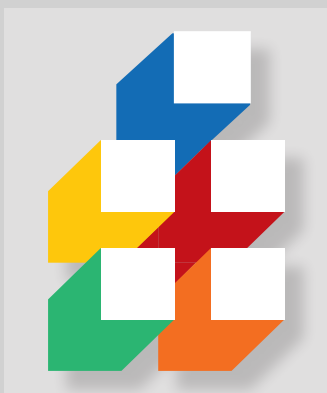




Building Service 32BJ Health Fund
Metropolitan and
Suburban Plans



Descripción abreviada del Plan

1 de abril de 2020



Aviso de traducción

Este folleto contiene un resumen en español de sus derechos y beneficios en virtud de los Metropolitan and Suburban Plans del 32BJ Health Fund. 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
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 English of your rights and benefits under the 32BJ Health Fund Metropolitan and Suburban Plans. 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
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

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

Niniejsza broszura zawiera opis, w języku angielskim, Twoich praw i świadczeń w ramach Planu 32BJ Health Fund Metropolitan and Suburban Plans. 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
25 West 18th Street
New York, NY 10011-4676

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

Kjo broshurë përmban një përmbledhje në anglisht, në lidhje me të drejtat dhe përfitimet tuaja të Planit nën 32BJ Health Fund Metropolitan and Suburban Plans. 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
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
32BJ SEIU
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

Larry Engelstein
Secretario Tesorero/
Vicepresidente Ejecutivo
32BJ SEIU
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

Shirley Aldebol
Vicepresidente
25 West 18th Street
New York, NY 10011-1991

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

Agentes fiduciarios del Empleador

Howard I. Rothschild
Presidente
Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc.
One Penn Plaza
Suite 2110
New York, NY 10119-2109

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

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

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

Director Ejecutivo, Building Service 32BJ Benefit Funds

Peter Goldberger

Directora, Building Service 32BJ Health Fund

Sara Rothstein

Auditor del Fondo

Withum Smith + Brown, PC

Consejero Legal

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

Índice

	Página
Aviso importante	7
Elegibilidad y participación	9
Cuándo es elegible	9
Cuándo ya no es elegible	9
Si se reintegra al trabajo	10
Extensión de los beneficios de salud	10
COBRA	10
El retiro entre los 62 y los 65 años	10
Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo	12
Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo por incapacidad	12
Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo durante el arbitraje	14
Ley de licencias médicas y familiares (FMLA) y otras licencias estatales	14
Licencia por servicio militar	14
Elegibilidad de los dependientes	14
Cuándo sus dependientes ya no son elegibles	16
Cómo inscribirse	16
Normas especiales de inscripción	17
Su obligación de avisar	18
Los beneficios que se proporcionan	19
Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias y de farmacia dentro de la red	19
Beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias	21
Condiciones para el reembolso de gastos médicos y hospitalarios	22
Tarjeta de identificación de Empire	22
Línea de salud de enfermería	22
Los centros preferidos dentro de la red tienen los costos que paga de su bolsillo más bajos	23
Cómo atenderse dentro de la red	23
Cuando se atiende fuera de la red	24
Tipos de costos que paga de su bolsillo por beneficios fuera de la red	25
Ejemplo de lo que podría pagar cuando se atiende con un proveedor no participante	26
Sus responsabilidades cuando utiliza un proveedor fuera de la red	27
Montos máximos de los beneficios	27
Cobertura cuando está lejos de casa	27
Ley de Protección de la salud de madres y recién nacidos	27
Autorización previa para servicios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias	27
Programa de servicios cubiertos	29
En el hospital y en otros centros de tratamiento para pacientes internados	30
Atención de emergencia	33

	Página
Centros de tratamiento para pacientes ambulatorios	34
Atención en el consultorio del médico	35
Servicios médicos en el hogar	36
Atención para abuso de sustancias y salud del comportamiento	37
Atención médica preventiva	38
Servicios de salud reproductiva	39
Atención del embarazo, maternidad y recién nacido	40
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o de la vista (incluida la rehabilitación)	41
Equipo médico duradero y suministros médicos	42
Atención dental cubierta por el beneficio médico	43
Gastos hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias excluidos	44
Beneficio de medicamentos con receta	51
5 Star Wellness Program	52
Existen varias formas de surtir su receta	52
Para medicamentos a corto plazo	52
Para medicamentos de mantenimiento	52
Para medicamentos especializados	53
Programas de administración de la cobertura de planes de medicamentos con receta	53
Autorización previa	53
Terapia escalonada	54
Límites de cantidad	54
Limitación de frecuencia	55
Reclamaciones para farmacias no participantes	55
Medicamentos elegibles	55
Medicamentos excluidos	56
Beneficios dentales	57
Cómo funciona el Plan	57
Proveedores de servicios dentales participantes	58
Dentistas no participantes	59
El 32BJ Dental Center	59
Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento	59
Máximo anual	60
Limitaciones de frecuencia	60
Programa de servicios dentales cubiertos (“Programa”)	60
Beneficio alternativo para la cobertura dental	64
Lo que no está cubierto	65
Coordinación de beneficios dentales	67
Beneficios de cuidado de la vista	68
Información general sobre sus beneficios de la vista	69
Gastos elegibles	70
Gastos excluidos	70

	Página
Beneficios por incapacidad a largo plazo ("LTD") (Metropolitan Plan únicamente)	70
Elegibilidad.....	70
Monto del beneficio por incapacidad a largo plazo.....	71
Cuándo comienzan los beneficios.....	71
Cómo solicitar los beneficios por incapacidad a largo plazo.....	72
Cuándo terminan los beneficios.....	72
Lo que no está cubierto.....	73
Beneficios de seguro de vida	73
Monto del beneficio.....	73
Cuándo termina la cobertura del seguro de vida.....	73
Extensión del seguro de vida por incapacidad.....	74
Beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales ("AD&D")	74
Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales.....	75
Cuándo termina la cobertura de los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales.....	75
Beneficio por muerte del pensionado	75
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones	76
Reclamaciones de beneficios.....	76
Presentación de reclamaciones de beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias.....	77
Presentación de reclamaciones de beneficios de farmacia.....	77
Presentación de reclamaciones de beneficios de atención dental.....	78
Presentación de reclamaciones de beneficios de cuidado de la vista.....	79
Presentación de reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo ("LTD").....	79
Presentación de reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado.....	79
Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D).....	80
Adónde enviar los formularios de reclamaciones.....	80
Aprobación y rechazo de reclamaciones.....	81
Designación de un representante autorizado.....	81
Reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) y reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de la vista).....	81
Reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo ("LTD") (Metropolitan Plan únicamente).....	84
Reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado.....	86
Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (AD&D).....	86
Aviso de la decisión.....	86

	Página
Apelación de reclamaciones rechazadas.....	87
Presentación de una apelación.....	88
Dónde presentar una apelación de primera instancia.....	89
Plazos para las decisiones sobre apelaciones.....	90
Apelaciones aceleradas para reclamaciones de atención de urgencia.....	90
Apelación de reclamaciones anteriores o simultáneas al servicio para servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia, dentales o de la vista).....	90
Apelación de reclamaciones posteriores al servicio para servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) o servicios de salud auxiliares (servicios de farmacia, dentales o de la vista).....	90
Solicitud de apelación acelerada.....	91
Apelación de segunda instancia para reclamaciones que involucran juicio médico.....	91
Reclamaciones de servicios de atención médica (servicios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) y reclamaciones de farmacia.....	91
Instancia voluntaria de apelación.....	93
Reclamaciones administrativas de servicios de salud y de farmacia, y de servicios de salud auxiliares (atención dental y cuidado de la vista).....	93
Apelación de reclamaciones del beneficio por incapacidad a largo plazo (Metropolitan Plan únicamente) y beneficio por muerte del pensionado.....	94
Aviso de la decisión de la apelación.....	94
Acciones posteriores.....	95
Incompetencia	96
No duplicación de la cobertura de salud	96
Dirección de correo	96
Coordinación de beneficios	97
Medicare.....	98
Divulgación de información al Fondo: Fraude	100
Subrogación y reembolso	101
Pagos en exceso	105
Cobertura de salud colectiva continuada	105
Durante una licencia médica y familiar.....	105
Durante una licencia por servicio militar.....	106
Conforme a COBRA.....	107
Continuación de cobertura conforme a COBRA.....	108
Otra información del Plan de salud que debe saber	112
Cesión de beneficios del Plan.....	112
Orden de manutención infantil médica calificada.....	113

	Página
Exención de responsabilidad por la práctica médica	114
Privacidad de la información de salud protegida	114
Conversión a cobertura individual	115
Información general	115
Contribuciones del empleador	115
Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios.	116
Cumplimiento de las leyes federales.	116
Modificación o cancelación de un Plan	117
Administración del Plan.	117
Declaración de derechos según la Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974, con sus modificaciones	119
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan	119
Haga cumplir sus derechos	120
Ayuda con sus preguntas	120
Información del plan	121
Financiamiento de los beneficios y tipo de administración	121
Patrocinador y administrador del Plan	121
Empleadores participantes	122
Agente encargado de la notificación del proceso legal.	122
Glosario	123
Notas al pie	127
Apéndice A	134
Cómo funciona el Plan	134
Proveedores de servicios dentales participantes	135
Dentistas no participantes	135
Máximo anual	136
Limitaciones de frecuencia	136
Programa de servicios dentales cubiertos	136
Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento.	140
Beneficio alternativo para la cobertura dental	141
Lo que no está cubierto	141
Coordinación de beneficios dentales	141
Procedimientos de reclamaciones y apelaciones.	141
Apéndice B	142
Cómo presentar una reclamación para beneficios por incapacidad a largo plazo e incapacidad a corto plazo	142
Cómo presentar una apelación para una reclamación rechazada para beneficios por incapacidad a corto plazo e incapacidad a largo plazo.	142
Información de contacto.	Interior de la contraportada

Aviso importante

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

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

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

* Esta SPD es el documento del Plan para los Metropolitan and Suburban Plans. Estos Planes incluyen beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, dentales, de la vista, de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y el beneficio por muerte del pensionado. El Metropolitan Plan también brinda beneficios por incapacidad a largo plazo. El Suburban Plan incluye beneficios por incapacidad a corto plazo y a largo plazo a través de Guardian Life Insurance of America. 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 contratos de seguro de Guardian Life Insurance of America son los documentos del plan para los beneficios por incapacidad a corto plazo y a largo plazo ofrecidos conforme al Suburban Plan, 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 y Guardian.

- La palabra "dependiente" se refiere al 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 en vigencia a partir del 1 de abril de 2020, a menos que se especifique lo contrario. Si usted es retirado y elegible para los beneficios del Plan, es elegible para los beneficios del Plan actual y no para los beneficios del Plan vigentes al momento en que dejó de trabajar.
- El nivel de contribuciones proporcionado en su acuerdo colectivo de trabajo o en el acuerdo de participación determina el Plan para el cual usted es elegible, a menos que los Agentes fiduciarios determinen otra cosa. En general, el Metropolitan Plan cubre a los participantes que trabajan en empleos residenciales y comerciales en Manhattan, Brooklyn, Queens y Staten Island. Tenga en cuenta que la mayoría de los Guardias de seguridad están cubiertos por el Plan Basic que tiene un folleto separado. En general, el Suburban Plan cubre a los participantes que trabajan en las escuelas públicas de la Ciudad de New York, en empleos residenciales en Westchester y Long Island, y en Co-op City en el Bronx, y en otras ubicaciones fuera del área metropolitana de New York, incluida New England.

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** trabajando más de dos días a la semana. Si su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación tiene una fecha de inicio para las contribuciones que resulta anterior, usted será elegible en la fecha de inicio de las contribuciones. Si su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación no incluye ninguna disposición respecto de la fecha de inicio de las contribuciones, las contribuciones comenzarán en su primer día de **empleo cubierto**. Para este fin, 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**.

Se aplican requisitos de elegibilidad adicionales para el retiro entre los 62 y los 65 años (consulte las páginas 10 y 11), los beneficios por incapacidad a largo plazo (consulte las páginas 70 a 73) y el beneficio por muerte del pensionado (consulte las páginas 75 y 76).

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 14 a 16).

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 10 a 14 y las páginas 107 a 112),
- al final del período de extensión de salud pagada por el Fondo, sujeto a sus derechos en virtud de COBRA. (Consulte las páginas 10 a 14),
- en la fecha en que su **empleador** pone término a su participación en el Plan,
- en la fecha en que se cancela el Plan, o

- en la fecha en que cancela su cobertura porque es elegible para Medicare. (Consulte las páginas 98 y 99).

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 se vuelve elegible para participar en el Plan y usted regresa al **empleo cubierto** (con el mismo **empleador contribuyente** o con un **empleador contribuyente** diferente):

- dentro 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** antes de poder reanudar la participación.

Extensión de los beneficios de salud

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

COBRA

Conforme a la Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, "COBRA"), en ciertas situaciones donde la cobertura habría terminado de otro modo, se exige a los planes de salud colectivos ofrecer la continuación temporal de la cobertura de salud, en la que el empleado paga todo. La "cobertura de salud" incluye la cobertura médica, hospitalaria, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de cuidado de la vista y de atención dental del Plan. No incluye seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (Accidental Death & Dismemberment, "AD&D"). (Consulte las páginas 107 a 112 para obtener más información sobre COBRA).

El retiro entre los 62 y los 65 años

Si se retira con una pensión regular o anticipada del 32BJ Pension Fund, usted y sus dependientes elegibles son elegibles para recibir beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias,

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

de medicamentos con receta y de cuidado de la vista de forma prospectiva conforme al Plan, si se inscribe para recibir cobertura y cumple con todos los requisitos siguientes:

- el último día que trabajó en un **empleo cubierto** es antes de los 65 pero después de los 62 años,
- acumuló 15 años combinados de crédito de servicio para pensión conforme al Building Service 32BJ Pension Fund,
- trabajó en un **empleo cubierto** 90 días inmediatamente antes de su retiro y al menos 36 de los 60 meses anteriores a su retiro (hasta los 6 primeros meses de tiempo en incapacidad a corto plazo o en indemnización por accidentes y enfermedades laborales cuentan como trabajo en un **empleo cubierto** para los efectos de determinar si se cumple con los requisitos de los 90 días y los 36 meses), y
- usted recibe una pensión de retiro anticipado o regular del Building Service 32BJ Pension Fund.

Usted y sus dependientes elegibles serán elegibles para la cobertura del Plan (i) hasta que usted adquiriera elegibilidad para Medicare, (ii) hasta que cumpla los 65 años o (iii) hasta que su pensión se suspenda, lo que ocurra primero. Si un dependiente es elegible o adquiere elegibilidad para Medicare debido a la edad o por motivo de incapacidad, Medicare es el plan principal y este plan es el secundario para cada dependiente elegible para Medicare. Si su dependiente no se inscribe para recibir la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare, debido a que este Plan paga como seguro secundario, usted será considerado financieramente responsable de lo que Medicare habría pagado si su dependiente se hubiese inscrito adecuadamente. (Consulte las normas de coordinación de beneficios en las páginas 97 a 100). Los dependientes cubiertos que no son elegibles para Medicare seguirán recibiendo cobertura principal del Health Fund. Sin embargo, una vez que usted ya no sea elegible para recibir los beneficios del Plan, sus dependientes tampoco serán elegibles para recibir los beneficios del Plan, sujeto a sus derechos en virtud de COBRA.

Este beneficio no incluye cobertura dental*, beneficios por incapacidad a largo plazo, seguro de vida ni seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Si desea la cobertura dental, tendrá la opción de elegir y pagar por ella.

Esta extensión de cobertura es pagada por el Fondo y contará para efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

* Los individuos que cuentan con la aprobación para recibir una pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund, quienes también son elegibles para un retiro normal o anticipado entre los 62 y los 65 años, recibirán cobertura dental como parte de la extensión de salud.

Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo

Si se cumplen todos los requisitos de elegibilidad, el Fondo pagará la cobertura de salud en las siguientes situaciones, las cuales se describen en mayor detalle más abajo: incapacidad, la cual debe haber ocurrido mientras usted se encontraba en un **empleo cubierto** y arbitraje, tal como se describe inmediatamente después de esta sección. Todos los períodos de Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo contarán para efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua en virtud de COBRA. La cobertura de la extensión de salud pagada por el Fondo incluye la cobertura del Plan de la atención médica, hospitalaria, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, medicamentos con receta, atención dental y cuidado de la vista. El seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales continúan durante los primeros seis meses únicamente. (Consulte la página 74 para obtener información sobre la Extensión del seguro de vida por incapacidad).

Para recibir esta extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo, debe llenar el Formulario de elección de continuación de la cobertura 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 cobertura 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, evidencia de incapacidad), debe enviarse dentro del período de tiempo estipulado en el Formulario de elección de continuación de la cobertura COBRA a la siguiente dirección:

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

Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo por incapacidad

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

- incapacidad a corto plazo (con un límite de seis meses),
- indemnización por accidentes y enfermedades laborales (con un límite de seis meses si es elegible o se vuelve elegible para Medicare),
- incapacidad a largo plazo ("LTD") conforme a este Plan* (consulte las páginas 70 a 73), o
- pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund**.

* Esto incluye a aquellos que de otro modo calificarían para incapacidad a largo plazo, pero no califican porque son elegibles para una pensión mayor que \$250 y a aquellos cuyos pagos mensuales de incapacidad a largo plazo terminen debido a su elegibilidad para una pensión mayor que \$250 mensuales.

** Para los empleados del Massachusetts Service Employees' Pension Fund y los empleados del Health Fund y el Thomas Shortman Training Fund, que anteriormente trabajaban para el Boston Building Service Employees' Trust Fund o el SEIU Property Services New England Training Fund, y que continúan trabajando en Massachusetts, la pensión por incapacidad del SEIU Affiliates' Officers and Employees Pension Fund.

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

- usted elige no continuar la cobertura,
- vuelve a trabajar en cualquier empleo,
- su beneficio por incapacidad a largo plazo termina debido a que usted ya no está incapacitado totalmente,
- han pasado 30 meses desde que dejó de trabajar debido a una incapacidad,
- su indemnización por accidentes y enfermedades laborales o sus beneficios por incapacidad a corto plazo terminan,
- usted recibe los beneficios máximos conforme al beneficio por incapacidad a corto plazo o la indemnización por accidentes y enfermedades laborales y no es elegible para los beneficios por incapacidad a largo plazo o una pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund, o
- se vuelve elegible para Medicare como su aseguradora principal debido a su edad o a una incapacidad. 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 un dependiente es elegible o adquiere elegibilidad para Medicare debido a la edad o por motivo de incapacidad, Medicare es el plan principal y este plan es el secundario para cada dependiente elegible para Medicare. Si su dependiente no se inscribe para recibir la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare, debido a que este Plan paga como seguro secundario, usted será considerado financieramente responsable de lo que Medicare habría pagado si su dependiente se hubiese inscrito adecuadamente. (Consulte las normas de coordinación de beneficios en las páginas 97 a 100). Los dependientes cubiertos que no son elegibles para Medicare seguirán recibiendo cobertura principal del Health Fund. Sin embargo, una vez que usted ya no sea elegible para recibir los beneficios del Plan, sus dependientes tampoco serán elegibles para recibir los beneficios del Plan, sujeto a sus derechos en virtud de COBRA.

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

Para recibir la extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo por incapacidad, debe solicitarla y enviar un comprobante de incapacidad a más tardar 60 días después de la fecha en que habría perdido la cobertura, es decir 90 días después de que dejó de trabajar debido a una incapacidad. Para solicitar esta cobertura, debe llenar el Formulario de elección de continuación de la cobertura 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 cobertura de la extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo 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 107 a 112 para obtener información sobre COBRA).

Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo durante el arbitraje

Si lo despiden* y la Unión lleva su queja a arbitraje a fin de lograr su reincorporación al trabajo, se extenderá su cobertura de salud por hasta seis meses o hasta que se decida su arbitraje, lo que ocurra primero. Esta extensión de cobertura se tendrá en cuenta para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

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

Puede tener derecho a tomar hasta 26 semanas de licencia de su empleo conforme a la Ley de licencias médicas y familiares (Family and Medical Leave Act, "FMLA"). Es posible que pueda continuar recibiendo cobertura de salud pagada por su **empleador** durante una licencia FMLA. (Consulte las páginas 105 y 106 para obtener más información). Además, el estado de New York, así como otros estados o ciudades pueden ofrecer licencias familiares durante las cuales se le exija al empleador que continúe con la cobertura de salud. Consulte con su **empleador** acerca de los requisitos de licencia en el lugar donde usted trabaja y si su **empleador** provee cobertura de salud durante esos períodos.

Licencia por servicio militar

Si está en servicio militar activo, tiene ciertos derechos conforme a la Ley de los derechos de empleo y reempleo de los servicios uniformados de 1994 (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, "USERRA"), siempre que se inscriba para recibir cobertura continua de salud. (Consulte la página 106 para obtener más información). Esta extensión de cobertura se tendrá en cuenta para los efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

Elegibilidad de los dependientes

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

* 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: • es su hijo biológico, • es su hijo adoptivo** o asignado para adopción antes de esta; o • es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptivo de su cónyuge.
Hijos (dependientes) – su nieto, sobrino o sobrina SOLO si usted es su tutor legal**** (si la solicitud de tutela legal está pendiente, debe proporcionar documentación que indique que se presentaron los papeles y proporcionar un comprobante cuando concluya el proceso legal)	Hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo: • no está casado, • tiene la misma dirección principal que el participante***, o según lo establezcan los términos de una orden de manutención infantil médica calificada ("QMCSO") (consulte la página 113), y • lo ha declarado como su dependiente en su declaración de impuestos.***

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

** Su hijo adoptivo dependiente tendrá cobertura desde la fecha en que fue adoptado o asignado para adopción con usted, lo que ocurra antes (pero no antes de que usted sea elegible), si inscribe al niño dentro de un plazo de 30 días después de su asignación o adopción, lo que ocurra primero. (Consulte la sección Su obligación de avisar en la página 18). Se considera que se le ha asignado un niño para adopción en la fecha en que usted queda obligado por primera vez a proporcionar manutención parcial o total para el niño que desea adoptar. Sin embargo, si se le asigna un niño para adopción, pero la adopción finalmente no se produce, la cobertura de ese niño terminará en la fecha en que usted ya no tenga una obligación legal para su manutención. Si adopta un recién nacido, el niño está cubierto desde el nacimiento siempre que usted tenga la custodia inmediatamente después de que el niño sea dado de alta del hospital y presente una petición de adopción ante las autoridades estatales correspondientes dentro de un plazo de 30 días después del nacimiento del niño. Sin embargo, los recién nacidos adoptados no estarán cubiertos desde el nacimiento si uno de los padres biológicos del niño cubre la hospitalización inicial del recién nacido, se presentó un aviso para revocar la adopción o uno de los padres biológicos revoca su consentimiento para la adopción.

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

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

Cuándo sus dependientes ya no son elegibles

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

- La elegibilidad de su cónyuge termina 30 días después de la separación legal* o divorcio.
- La elegibilidad de su hijo termina en la fecha que resulte anterior entre las siguientes (i) cuando su hijo ya no cumple los requisitos para ser considerado hijo dependiente, según se describe en la página 15, o (ii) 30 días después de que su hijo cumple 26 años o al finalizar el año calendario en que su hijo cumple 26 años, lo que sea que ocurra primero.
- La elegibilidad de un cónyuge e hijos (incluidos los hijos dependientes) termina 30 días después de su muerte.

Cómo inscribirse

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

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

Consulte la sección Elegibilidad de los dependientes en las páginas 14 a 16 para determinar si sus dependientes son elegibles para la inscripción. También deberá enviar la documentación que pruebe la condición de relación, incluidos un certificado de matrimonio (para su cónyuge), certificados de nacimiento (para sus hijos) y, si corresponde, un comprobante de la condición de dependencia (para sus nietos y sobrinos de los cuales usted es el tutor legal). En la mayoría de los casos, la cobertura de sus dependientes comenzará en la primera fecha en que sean elegibles. Sin embargo, si no inscribe a sus dependientes dentro de un período de 30 días a partir de la fecha en que usted se volvió elegible por

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

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) después de que comience su cobertura conforme al Plan, o si desea cambiar la cobertura de un dependiente existente por cualquier razón, debe llenar el formulario correspondiente. Se aplican normas especiales con respecto a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de su nuevo dependiente. (Consulte la sección Su obligación de avisar en la página 18 para obtener más detalles).

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

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 14 a 16) de la misma manera que se describe anteriormente y en la sección "Cómo inscribirse" en las páginas 16 y 17 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 adquiere un nuevo dependiente a través de matrimonio, nacimiento o adopción o colocación para adopción,
- 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 justa causa o porque su dependiente no pagó las primas a tiempo), o el **empleador** deja de contribuir a la cobertura de su dependiente bajo el otro plan (si su dependiente eligió la cobertura COBRA, todo el período de cobertura COBRA debe de haber finalizado para que se pueda aplicar esta norma), o
- su dependiente pierde elegibilidad para Medicaid o el Programa de seguro de salud para niños (Children's Health Insurance Program, "CHIP"), o se vuelve elegible 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 inscribir a su dependiente durante un período de inscripción especial que finaliza 30 días después de la fecha de matrimonio, nacimiento, adopción/colocación para adopción, pérdida de 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 se vuelve elegible 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.

Habrán un período de inscripción abierto antes del final de cada año calendario en el que usted podrá hacer un cambio en sus dependientes inscritos, o podrá inscribir a un dependiente si no ha inscrito a nadie anteriormente (o si su dependiente inscrito anteriormente dejó 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 ej. matrimonio, separación legal, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo) después de que su cobertura conforme al Plan haya entrado en vigencia, es su obligación avisar inmediatamente al Fondo de dicho cambio y llenar el formulario correspondiente. Si avisa al Fondo dentro de un plazo de 30 días a partir del matrimonio o nacimiento o adopción de un hijo, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará en la fecha del matrimonio o en la fecha del nacimiento o adopción. Si no avisa al Fondo dentro de los 30 días, la cobertura para su nuevo cónyuge o hijo comenzará a regir a partir de la fecha en que usted le notifique al Fondo. Sin embargo, tenga en cuenta que no se pagarán beneficios hasta que usted presente los formularios y la documentación de respaldo requeridos ante el Fondo. Asegúrese de notificarle al Fondo si su nieto(a) o sobrino(a) ya no vive con usted, se casó o ya no cumple los requisitos para obtener cobertura por algún otro motivo, según se describe en las páginas 15 y 16.

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

Si, después de que entre en vigencia su cobertura bajo el Plan, sus dependientes pierden la elegibilidad para Medicaid o el Programa de seguro de salud para niños (Children's Health Insurance Program, "CHIP"), o se vuelven elegibles 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 para sus dependientes comenzará en la fecha en que se perdió la elegibilidad para Medicaid/CHIP o en la fecha en que comenzó la elegibilidad para el subsidio. Si no le notifica al Fondo dentro de los 60 días, la cobertura para sus dependientes comenzará a regir a partir de la fecha en que usted le notifique al Fondo.

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

Los beneficios que se proporcionan

El Fondo proporciona un programa integral de beneficios, que incluye beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, dentales, de cuidado de la vista, de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales y de beneficios por muerte del pensionado (solo para los pensionados del Building Service 32BJ Pension Fund). El Fondo también brinda beneficios por incapacidad a largo plazo para los participantes del Metropolitan Plan. Además, a través de Guardian, brinda beneficios por incapacidad a corto y a largo plazo para los participantes del Suburban Plan. Cada uno de estos beneficios se describe en las secciones siguientes.

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

Monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios dentro de la red. Existe un monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento, de abuso de sustancias y de farmacia **dentro de la red**. En 2020, el monto máximo anual que usted paga de su bolsillo es \$8,150 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo es \$16,300*. Si tiene otros miembros de su familia inscritos en este Plan, ellos deben alcanzar sus propios límites de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar.

El monto máximo anual que paga de su bolsillo se divide entre los beneficios médicos y de medicamentos con receta tal como se describe a continuación.

El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios médicos individuales **dentro de la red** en 2020 es \$6,350 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo para beneficios médicos **dentro de la red** es \$12,700. Después de que una familia haya pagado \$12,700 en costos que paga de su bolsillo para beneficios médicos **dentro de la red**, independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios médicos **dentro de la red**, ya no existen costos adicionales que deba pagar de su bolsillo por ningún beneficio médico adicional **dentro de la red** durante el año calendario.

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

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

- copagos,
- deducibles, y
- coseguro.

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

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

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

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

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

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

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

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

Condiciones para el reembolso de gastos médicos y hospitalarios

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

Tarjeta de identificación de Empire

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

Línea de salud de enfermería

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

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

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

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

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

Además, los **copagos** para la atención **dentro de la red** pueden depender del proveedor que elija. El 32BJ Health Fund ha designado a ciertos centros como **preferidos y no preferidos**. Si utiliza **centros preferidos**, tendrá **copagos** más bajos que si utiliza **centros no preferidos**. Y, si utiliza los **5 Star Centers**, no tendrá ningún **copago** por las visitas al consultorio. (Consulte el Programa de servicios cubiertos en las páginas 29 a 43).

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

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

Cómo atenderse dentro de la red

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

El **proveedor dentro de la red** evaluará sus necesidades médicas y le brindará asesoramiento respecto de la atención adecuada. Tendrá costos más bajos o ningún costo por los servicios cubiertos. Además, no tiene que pagar **deducibles** o **coseguro** y tampoco presentar o hacer un seguimiento de sus reclamaciones. (Consulte el Programa de servicios cubiertos en las páginas 29 a 43 para obtener más información).

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

Cuando se atiende fuera de la red

Pagará más cuando utilice un proveedor fuera de la red.

La atención provista por un **proveedor fuera de la red** se reembolsa al nivel más bajo. Si utilizan **proveedores fuera de la red**, primero debe pagar el **deducible** anual. Después de pagar el **deducible** anual, se le reembolsará en un 70% del **monto permitido**. El **monto permitido** no es lo que le cobra el **médico** a usted. No es el monto pagado por un servicio médico en un área geográfica basado en lo que cobran generalmente los proveedores del área por el mismo servicio médico o un servicio médico similar, lo cual se conoce normalmente como la tarifa usual, acostumbrada y razonable (usual, customary and reasonable, "UCR"). Cuando se atiende **fuera de la red**, el **monto permitido** es aproximadamente el equivalente al 110% de la tarifa de reembolso de Medicare pero varía según el procedimiento.

Los montos superiores al **monto permitido** no son elegibles para reembolso por parte del Plan y es su responsabilidad pagarlos. Esto es además de cualquier **deducible** y **coseguro** requerido.

NOTA IMPORTANTE: algunos servicios no están cubiertos cuando utiliza un proveedor fuera de la red. (Consulte las páginas 29 a 43 para obtener más información).

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

Si su proveedor no acepta el pago de Empire en calidad de pago total, además del 30% del **monto permitido** que usted paga, usted será responsable de los cargos que superen el **monto permitido**.

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

Deducible anual. Su **deducible** anual individual es \$250 y su **deducible** anual familiar es \$500. Si usted tiene otros miembros de su familia inscritos en el Plan, cada uno de ellos debe alcanzar su propio **deducible** individual hasta que el monto total de los gastos **deducibles** pagados por todos los miembros de su familia alcancen el **deducible** familiar total.

*Gastos que no se tienen en cuenta para efectos del **deducible**:*

- **copagos dentro de la red,**
- cargos que excedan el **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red,**
- montos de sanciones que paga debido a que no obtuvo la autorización previa para una hospitalización o no cumplió cualquier otro requisito de autorización previa, y
- cargos excluidos o limitados por el Plan. (Consulte las páginas 44 a 50).

Coseguro. Una vez que se paga el **deducible** anual, el Plan paga el 70% del **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red**. Usted paga el 30% restante, el cual constituye su **coseguro**. Usted también paga cualquier monto que supere el **monto permitido**.

Coseguro anual máximo. El Plan limita el **coseguro** que cada paciente tiene que pagar en un determinado año calendario. También limita el monto que cada familia debe pagar. Su **coseguro** anual máximo es \$750 y el **coseguro** anual máximo de su familia es \$1,500. Cualquier gasto elegible presentado para su reembolso después de alcanzar el **coseguro** anual máximo se paga al 100% del **monto permitido**. Usted todavía tendrá que pagar cualquier cargo que supere el **monto permitido**.

*Gastos que no se tienen en cuenta para efectos del **coseguro** máximo.*

Los siguientes gastos no se aplican para efectos del **coseguro** anual máximo **fuera de la red**:

- **copagos dentro de la red,**
- **deducibles,**
- cargos que excedan el **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red,**

- montos que paga debido a que no obtuvo la autorización previa para una hospitalización o no cumplió cualquier otro requisito de autorización previa, y
- cargos excluidos o limitados por el Plan. (Consulte las páginas 44 a 50).

Si decide permanecer con su **proveedor fuera de la red**, es posible que tenga costos significativos que deba pagar de su bolsillo. Si bien el Plan paga el 70% del **monto permitido**, el **proveedor fuera de la red** puede cobrarle más que el **monto permitido**.

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

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

Cargo del proveedor por una cirugía	\$17,000
Monto permitido para la cirugía	\$1,450
Usted paga el deducible	\$250
Usted también paga el 30% del monto permitido después de su deducible (coseguro)	$\$1,450 - \$250 = \$1,200$ $\$1,200 \times 30\% = \mathbf{\$360}$
Usted también paga la diferencia entre el monto permitido y el cargo del proveedor	$\$17,000 - \$1,450 = \mathbf{\$15,550}$
Monto total que usted debe pagar	$\\$250 + \\$360 + \\$15,550 = \\$16,160$
El Plan paga el 70% del monto permitido después de su deducible	$\$1,450 - \$250 = \$1,200$ $\$1,200 \times 70\% = \840
Monto total que paga el Plan	\$840

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

Sus responsabilidades cuando utiliza un proveedor fuera de la red

Debe presentar las reclamaciones usted mismo cuando utiliza un **proveedor fuera de la red**.

Debe solicitar autorización previa para ciertos servicios cuando utiliza un **proveedor fuera de la red**.

Si no obtiene la autorización previa, se aplicará una multa financiera que usted será responsable de pagar.

Montos máximos de los beneficios

No existen límites de por vida para los beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias. Sin embargo, existen límites en la cantidad (y la frecuencia) con que el Plan pagará ciertos servicios, incluso cuando estén cubiertos. Si hay límites para un servicio en particular, estos se describen en el Programa de servicios cubiertos. (Consulte las páginas 29 a 43).

Cobertura cuando está lejos de casa

Cuando se encuentra fuera del área cubierta por la **red POS** (consulte la nota al pie 8 en la página 130), usted está cubierto para toda la atención **médicamente necesaria** bajo los términos que se aplican **dentro de la red** con un **copago** cuando utiliza un **proveedor participante** local de BlueCross BlueShield.

Ley de Protección de la salud de madres y recién nacidos

En general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios de duración de estadía en un hospital relacionada con un parto para la madre o el hijo recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal por lo general no le prohíbe al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido que, tras consultar con la madre, le dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, puede que los planes y la aseguradora, en virtud de la ley federal, no requieran que un proveedor obtenga la autorización del Plan o de quien prescribe un período de estadía que no exceda las 48 horas (o las 96 horas).

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

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

Cuando se atiende con un proveedor **fuera de la red**, usted es responsable de obtener la autorización previa para los servicios requeridos. Esto significa que usted tiene que comunicarse con Empire BlueCross BlueShield como se indica en esta página y en la página 29, o asegurarse de que su proveedor lo haga. Si no obtiene la autorización previa, se aplicará una multa financiera que usted será responsable de pagar.

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

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

Tipo de atención que requiere autorización previa	Cuándo debe llamar
- Ambulancia aérea⁹ (no de emergencia) - Pruebas de densidad ósea y ecocardiograma de estrés - Pruebas genéticas - Servicios intensivos para pacientes ambulatorios para salud del comportamiento o abuso de sustancias - Exámenes de MRI o MRA - Intervención coronaria percutánea ("ICP"), cateterización cardíaca y ecografía vascular - Exámenes CAT y PET, y estudios de imágenes nucleares - Fisioterapia y terapia ocupacional - Prótesis/aparatos ortopédicos y equipo médico duradero (alquiler o compra) - Radioterapia - Estudios del sueño	Lo antes posible antes de que reciba atención.
Procedimientos quirúrgicos (para pacientes internados y ambulatorios)	Dos semanas antes de que le realicen la cirugía o tan pronto como se programe la atención.
Paciente internado: - Admisiones hospitalarias/de salud del comportamiento o abuso de sustancias programadas - Centro para pacientes con enfermedades terminales - Admisiones en un centro de enfermería especializada o un centro de rehabilitación	Dos semanas antes de que reciba atención o tan pronto como se programe la atención.
- Admisiones de maternidad - Admisiones de emergencia	Dentro de un plazo de 48 horas después del parto o de la admisión.
- Admisiones de maternidad que duren más de dos días (o cuatro días para parto por cesárea) - Hospitalización continua	Apenas sepa que la atención va a durar más de lo planificado originalmente.

Consulte la nota al pie 9 en las páginas 130 y 131.

Cómo funciona la autorización previa. Empire BlueCross BlueShield revisará la atención propuesta a fin de emitir la autorización previa para la admisión o la cantidad de visitas (si corresponde) y aprobará o rechazará la cobertura del procedimiento basado en la necesidad médica. Le enviarán una declaración por escrito con la aprobación o rechazo dentro de tres días hábiles después de haber recibido toda la información necesaria. En situaciones de atención de urgencia, Empire BlueCross BlueShield tomará su decisión en un plazo de 72 horas después de haber recibido toda la información necesaria y le notificará su decisión por escrito. (Para obtener más información, consulte las páginas 81 a 84).

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

Programa de servicios cubiertos

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

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

Beneficio	Centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Habitación semiprivada y comidas* (para atención obstétrica, las hospitalizaciones se cubren por hasta 48 horas después de un parto normal, o por al menos 96 horas después de una cesárea)	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en hospitales preferidos y un copago de \$1,000 por admisión en hospitales no preferidos .**		
Servicios en el hospital de médicos y cirujanos, y otros profesionales			
Anestesia y oxígeno en el hospital	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	
Sangre y transfusiones sanguíneas en el hospital			
Unidad de cuidados cardíacos (Cardiac Care Unit, "CCU") y Unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, "ICU")			
Quimioterapia y radioterapia para pacientes internados			
Diálisis renal para pacientes internados ³			
Servicios nutricionales y de dieta especiales y médicamente necesarios durante la permanencia en el hospital			
Servicios de laboratorio y radiología para pacientes internados (incluida la radiología de alta tecnología)			

Las notas al pie y los asteriscos se encuentran en la parte inferior de las páginas 31 y 32.

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

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

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

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

Para obtener las definiciones de los diversos centros y más detalles, consulte la nota al pie 1 en las páginas 127 y 128.

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

Beneficio	Centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Reemplazo total de articulaciones (cadera y rodilla)*	El Plan paga el 100% si la cirugía es realizada por un cirujano designado o en un centro que es parte de la red de hospitales de Mount Sinai Health System ("MSHS") en la Ciudad de New York. En el caso de las cirugías realizadas por cirujanos no designados o en otro centro dentro de la red: El Plan paga el 100% del monto permitido que le hubiera pagado a MSHS. En los hospitales preferidos , el afiliado es responsable por el monto que supere el monto permitido hasta alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. En los hospitales no preferidos , el afiliado es responsable por el monto que supere el monto permitido hasta alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red o \$1,000, el monto que resulte mayor.	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.	Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del Programa de reemplazo de articulaciones de la 32BJ.
Cirugía de reasignación de sexo	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en hospitales preferidos y un copago de \$1,000 por admisión en hospitales no preferidos.	El Plan paga el 70% del monto permitido , el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.	
Centro de enfermería especializada ^{4*}	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Con cobertura por 60 días por año calendario como máximo.
Centro de atención para pacientes con enfermedades terminales ^{5*}	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente.

* Se requiere autorización previa.

Para obtener las definiciones de los distintos tipos de centros y más detalles, consulte la nota al pie 1 en las páginas 127 y 128, la nota al pie 4 en la página 128 y nota al pie 5 en la página 129.

Atención de emergencia

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Sala de emergencias ⁸ (Emergency room, "ER") en un hospital	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por las primeras dos visitas; luego se aplica un copago de \$200 por visita.	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por las primeras dos visitas; luego se aplica un copago de \$200 por visita. En una emergencia , si usted utiliza proveedores fuera de la red , usted podría ser responsable de los deducibles y coseguro y es posible que también deba pagar una diferencia si los cargos del proveedor fuera de la red superan el monto permitido.	El copago de la sala de emergencias aumenta después de la segunda visita a una sala de emergencias en un año calendario. Las visitas de seguimiento a la sala de emergencias no están cubiertas (por ejemplo, para sacarse los puntos).
Centro de atención de urgencia	El Plan paga el 100% después de un copago de \$40	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.	Si el centro de atención de urgencia le factura su visita como una visita a la sala de emergencias, usted pagará el copago de la sala de emergencias.
Servicio de ambulancia ⁹	El Plan paga el 100%		Sin cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.

Consulte la nota al pie 8 en la página 130 y la nota al pie 9 en las páginas 130 y 131.

Centros de tratamiento para pacientes ambulatorios

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Exámenes prequirúrgicos	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Los exámenes deben realizarse dentro de los 21 días previos a la cirugía.
Cirugía ² y la atención relacionada con esta (incluidas las salas de operación y recuperación)*	El Plan paga el 100% después del copago según el lugar en que se brinda el servicio:	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Los siguientes servicios solo tienen un copago por año calendario: quimioterapia, radioterapia y tratamiento de oxígeno hiperbárico.
Procedimientos de diagnóstico (como endoscopias) y radiografías (no se incluyen las de alta tecnología; consulte más abajo)	Si es en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios: Un copago de \$75 para hospitales preferidos y un copago de \$250 para hospitales no preferidos .		
Radioterapia*	Si es en un consultorio o centro independiente : Copago de \$0 .		
Quimioterapia*			
Tratamiento de oxígeno hiperbárico*			
Diálisis renal ^{3*}		Sin cobertura	Dentro de la red únicamente.
Diagnóstico por imágenes de alta tecnología (CAT, MRI, MRA, PET e imágenes nucleares)*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$75 en hospitales preferidos o centros independientes, o de un copago de \$250 en hospitales no preferidos .	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	
Análisis de sangre	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	

*Se requiere autorización previa. Consulte la nota al pie 2 en la página 128 y la nota al pie 3 en la página 128.

Atención en el consultorio del médico

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas al consultorio	El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center.	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Límite de 12 visitas de tratamiento por año calendario, y hasta dos visitas para la realización de pruebas para la atención de las alergias.
Visitas a especialistas			
Atención de las alergias			
Exámenes de la audición			Cuando sean médicamente necesarios .
Visitas al quiropráctico			Límite de hasta diez visitas por año calendario.
Atención podiátrica, incluida la atención de rutina de los pies	El Plan paga el 100% después del copago de \$40 para las visitas al consultorio con proveedores dentro de la red .		No se incluyen los servicios ortopédicos de rutina. Los servicios ortopédicos (plantillas) que son médicamente necesarios se limitan a un par por adulto y dos pares por niño (menor de 19 años) por año calendario.
Visitas de acupuntura		Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Límite de hasta 20 visitas por año calendario.
Cirugía en el consultorio del médico ²	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	
Procedimientos diagnósticos, análisis de laboratorio y radiografías			

Consulte la nota al pie 2 en la página 128.

Servicios de salud en el hogar

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas de atención médica en el hogar ⁶	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Límite de 200 visitas de atención en el hogar por año calendario, incluida la fisioterapia en el hogar.
Atención en un hogar para pacientes con enfermedades terminales ⁵			Dentro de la red únicamente.
Terapia de infusión en el hogar ⁷			Dentro de la red únicamente.
Diálisis renal en el hogar ³			Dentro de la red únicamente.

Consulte la nota al pie 3 en la página 128, la nota al pie 5 en la página 129, la nota al pie 6 en la página 129 y la nota al pie 7 en la página 130.

Atención para abuso de sustancias y salud del comportamiento

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Admisión de paciente internado*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en hospitales preferidos y de un copago de \$1,000 por admisión en hospitales no preferidos.**	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	No se cubren los proveedores no participantes que brindan servicios de abuso de sustancias para pacientes internados y pacientes ambulatorios de New York que no cuenten con la certificación y/o licencia de la Oficina de Servicios de Alcoholismo y abuso de Sustancias. Además, no se cubren los proveedores no participantes en todos los demás estados que no cuenten con la certificación de una agencia estatal similar y que no cuenten con la acreditación de The Joint Commission.
Visitas al consultorio del médico/profesional de salud del comportamiento	El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center. El Plan paga el 100% después del copago de \$40 por LiveHealth Online y de un copago de \$20 por las visitas al consultorio con otros proveedores dentro de la red .		Los siguientes servicios solo tienen un copago por episodio, que implica hasta seis meses de tratamiento: servicios intensivos de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios y servicios de abuso de sustancias.
Centro hospitalario para pacientes ambulatorios*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$75 en hospitales preferidos , o de un copago de \$250 en hospitales no preferidos .		

* Se requiere autorización previa.

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

Atención médica preventiva*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Servicios de salud preventivos, incluido un examen físico anual y controles para detectar cáncer colorrectal, de pulmón y de piel, hepatitis B y C, y osteoporosis y obesidad	El Plan paga el 100% después del copago según el lugar en que se brinda el servicio:	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	El examen anual y los servicios de salud preventiva cubiertos se basan en la edad, el sexo y los factores de riesgo de la salud. Los exámenes anuales se cubren una vez por año calendario. Procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia) en
Atención de mujeres sanas, que puede incluir un examen anual para mujeres sanas y controles para la detección de cáncer de cuello uterino, controles relacionados con el embarazo y controles de salud reproductiva	Si es en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital, un copago de \$0.		- Un copago de \$0 por visita en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital. - Un copago de \$75 por visita en un hospital preferido dentro de la red o centro hospitalario. - Un copago de \$250 por visita en un hospital no preferido dentro de la red o centro hospitalario no preferido.
La atención de niños sanos ¹⁰ ofrece chequeos y servicios de salud preventiva regulares, y las inmunizaciones indicadas en la nota al pie ¹⁰	Si es en un entorno hospitalario no preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$250.		Las visitas de niños sanos están sujetas a los límites de frecuencia enumerados a continuación y los servicios de salud preventiva se basan en la edad: Cantidad de visitas/Rango de edad: 1 examen al nacer/recién nacido 6 visitas/ menores de 1 año 7 visitas/ de 1 a 4 años 7 visitas/ de 5 a 11 años 6 visitas/ de 12 a 17 años 2 visitas/ de 18 a 19 años
Inmunizaciones de rutina: todas las edades (incluye inmunizaciones para viajes)	El Plan paga el 100% – copago de \$0.	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Las inmunizaciones se basan en la edad y los factores de riesgo de la salud.
Asesoramiento en nutrición			Sin límites

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

- los artículos o servicios basados en evidencia con una calificación de A o B recomendados por la United States Preventive Services Task Force (“USPSTF”),
- las inmunizaciones para uso de rutina en niños, adolescentes o adultos recomendadas por las Advisory Committee on Immunization Practices de los Centers for Disease Control and Prevention,
- atención preventiva y pruebas de detección basadas en evidencia y estipuladas en las pautas integrales respaldadas por la Health Resources and Services Administration (“HRSA”) para bebés, niños y adolescentes, y
- otra atención preventiva y pruebas de detección basadas en evidencia y estipuladas en las pautas integrales respaldadas por la HRSA para mujeres.

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

Servicios de salud reproductiva

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Las visitas al consultorio de salud reproductiva y asesoramiento para el uso de métodos y dispositivos anticonceptivos (como ligadura de trompas, y colocación de DUI y diafragmas)	No hay copago El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	
Vasectomía (no incluye procedimientos de reversión)	El Plan paga el 100% después del copago según el lugar en que se brinda el servicio: Si es en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital, un copago de \$0.		
Aborto, incluye procedimientos electivos y no electivos	Si es en un entorno hospitalario preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$75.		
Pruebas de fertilidad	Si es en un entorno hospitalario no preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$250.		
Tratamiento de la infertilidad	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para el tratamiento de la infertilidad.

* Consulte la nota al pie 10 en la página 131. (Las notas al pie continúan en la página siguiente).

Atención del embarazo, maternidad y recién nacido

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas en el consultorio para atención prenatal y postnatal de un médico o partera ¹² certificada, incluidos los procedimientos diagnósticos	El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center. El Plan paga el 100% después de un copago inicial de \$40. No existen copagos para la primera visita postnatal.	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Los copagos para las visitas prenatales se limitan a un copago por embarazo, una vez confirmado el embarazo.
Atención de enfermería para recién nacido en un hospital	El Plan paga el 100%		
Atención obstétrica* en un hospital	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un hospital preferido y de un copago de \$1,000 por admisión en un hospital no preferido .	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	
Centros de maternidad	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un hospital preferido y de un copago de \$1,000 por admisión en un hospital no preferido .	Sin cobertura	No existe cobertura para centros de maternidad fuera de la red .
Parto en el hogar con una enfermera partera certificada ¹²		El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Se requiere autorización previa para el uso de una enfermera partera certificada no participante para un parto en el hogar.
Una visita de atención médica en el hogar	El Plan paga el 100%	No existen beneficios fuera de la red .	Una (1) visita de atención médica en el hogar dentro de un plazo de 24 horas desde el alta, solo si la madre sale del hospital antes del período de 48 o 96 horas indicado en los beneficios hospitalarios y el proveedor prescribe la visita.

*Se requiere autorización previa.

Consulte la nota al pie 11 en la página 131 y la nota al pie 12 en la página 131.

Atención del embarazo, maternidad y recién nacido

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Circuncisión de varones recién nacidos	El Plan paga el 100% después del copago según el lugar y el momento en que se brinda el servicio: Si es antes del alta: Un copago de \$0. Si es después del alta: – en el entorno de un consultorio: – Un copago de \$0 para un proveedor de un 5 Star Center – Un copago de \$40 para un proveedor dentro de la red. – en un entorno hospitalario: – Un copago de \$75 para un hospital preferido – Un copago de \$250 para un hospital no preferido	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	

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

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Hospitalizaciones de rehabilitación aguda para pacientes internados*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un hospital preferido y de un copago de \$1,000 por admisión en un hospital no preferido .	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Con cobertura por 30 días por año calendario como máximo.
Consultorio del médico	El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center.	Sin cobertura	Dentro de la red únicamente. Con cobertura por hasta 30 visitas por año calendario para la fisioterapia. Treinta visitas adicionales por año calendario para terapia ocupacional, terapia del habla y terapia de la vista combinadas.
Centro para pacientes ambulatorios	El Plan paga el 100% después del copago de \$40 por las visitas al consultorio. El Plan paga el 100% después de un copago de \$75 en hospitales preferidos , o de un copago de \$250 en hospitales no preferidos .		
Servicios en el hogar	El Plan paga el 100%		Dentro de la red únicamente. Límite de 200 visitas por año calendario para todas las visitas en el hogar, incluidas las visitas de fisioterapia en el hogar.

*Se requiere autorización previa.

Consulte la nota al pie 13 en la página 132.

Equipo médico duradero y suministros médicos¹⁴

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Equipo médico duradero* (como sillas de ruedas, nebulizadores, oxígeno y camas de hospital)	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Beneficio dentro de la red ** únicamente.
Prótesis y aparatos ortopédicos* (por ejemplo, plantillas)	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Beneficio dentro de la red ** únicamente. Las plantillas están cubiertas solo para afecciones ortopédicas de los pies que no sean de rutina y se limitan a un par por adulto y dos pares por niño en un año calendario.
Suministros médicos y para la diabetes (como catéteres y jeringas)	El Plan paga el 100% cuando usa un proveedor de equipos médicos duraderos.***	Sin cobertura	Beneficio dentro de la red ** únicamente. Si se realiza un pedido de suministros para la diabetes conforme al Beneficio de medicamentos con receta, consulte las páginas 51 y 52 para conocer el copago aplicable.
Pelucas	El Plan paga el 100%	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% del monto permitido después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Cobertura después de quimioterapia o radioterapia y en otras circunstancias limitadas, como alopecia, lupus, quemaduras y heridas en el cuero cabelludo.
Suplementos nutricionales ¹⁵ que requieren receta médica (como fórmulas, incluidas las fórmulas para bebés, y productos alimenticios sólidos modificados)	El Plan paga el 100% cuando usa un proveedor de equipos médicos duraderos.***	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% del monto permitido después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Sin cobertura conforme al Beneficio de medicamentos con receta.

Las notas al pie y los asteriscos se encuentran al final de la tabla en la página 43.

Equipo médico duradero y suministros médicos¹⁴ (continuación)

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Audífonos	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	Beneficio dentro de la red ** únicamente a través de un proveedor de equipos médicos duraderos. El nivel de cobertura depende de la necesidad médica . El Plan paga por un audífono de nivel tres. El participante tiene la opción de pagar la diferencia entre lo que paga el Plan y el costo de los audífonos de tecnología más avanzada. Hasta dos audífonos de por vida.

* Se requiere autorización previa.

** Los proveedores de los equipos médicos duraderos podrían no ser los mismos que los proveedores de servicios médicos/hospitalarios. Póngase en contacto con el Centro de servicios para afiliados para asegurarse de recibir su equipo médico duradero de un proveedor de equipos médicos duraderos **dentro de la red**.

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

Consulte la nota al pie 14 en la página 132 y la nota al pie 15 en la página 132.

Atención dental cubierta por el beneficio médico*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Extracción quirúrgica de muelas del juicio impactadas únicamente	El Plan paga el 100% después del copago : Si es en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital, un copago de \$0.	El Plan paga el 70% del monto permitido y el afiliado paga el 30% del monto permitido después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Solo dentro de los 12 meses siguientes a una lesión en los dientes naturales sanos.
Reparación de dientes naturales después de una lesión	Si es en un entorno hospitalario preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$75. Si es en un entorno hospitalario no preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$250.		

* La atención dental también se cubre conforme a los beneficios dentales del Plan descritos en las páginas 57 a 68 de esta SPD. Cuando un procedimiento dental sea elegible para recibir cobertura conforme a su plan médico/hospitalario y también al plan dental, su plan médico/hospitalario siempre será el pagador principal.

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

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

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

- gastos en los que se incurrió antes de que comenzara o después de que terminara la cobertura del paciente
- tratamiento que no es **médicamente necesario**
- tratamiento cosmético¹⁶
- tecnología, tratamientos, procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos médicos que a juicio de Empire son experimentales, están en investigación, son obsoletos o ineficaces.¹⁷ También queda excluida cualquier hospitalización relacionada con tratamientos experimentales o en investigación
- gastos para el tratamiento de la infertilidad
- tecnologías de reproducción asistida, incluidas, entre otras, fertilización in vitro, inseminación artificial, transferencia intrafalopiana de gametos y cigotos e inyección intracitoplasmática de espermatozoides
- reversión de una esterilización
- gastos de viaje, excepto los especificados
- pruebas psicológicas con propósitos educativos para niños o adultos
- suministros comunes de primeros auxilios como cinta adhesiva, gasa, antisépticos, vendajes y aparatos quirúrgicos que se encuentren en existencias, tales como aparatos ortopédicos, soportes elásticos, cuellos cervicales semirrígidos o zapatos quirúrgicos
- gastos por acupresión, plegarias y curación religiosa, incluidos servicios o suministros naturopáticos, naprapáticos u homeopáticos
- gastos por membresías o visitas a clubes de salud, programas de ejercicios, gimnasios u otros establecimientos de acondicionamiento físico
- programas comerciales para la pérdida de peso, por ejemplo, Weight Watchers y Jenny Craig
- cargos de la sala de operaciones para cirugía, bandeja de instrumentos y paquetes esterilizados incurridos en un establecimiento sin licencia del estado, incluido el consultorio del **médico**

- aparatos ortopédicos de rutina para el cuidado de los pies (incluida la entrega de zapatos quirúrgicos y radiografías pre y postoperatorias) asociados con el cuidado de rutina de los pies
- exámenes de rutina de la audición para adultos
- evaluaciones psicológicas formales y recomendaciones de aptitud para el desempeño
- hospitalización a largo plazo para atención residencial
- terapia educativa o de capacitación para incapacidades del aprendizaje o la lectura
- pruebas, controles o tratamiento para trastornos del aprendizaje, trastornos del lenguaje expresivo, trastornos de las matemáticas, trastornos fonológicos y trastornos de comunicación
- servicios para el tratamiento de discapacidades intelectuales
- tratamiento de afecciones que no se incluyen como trastornos mentales en la edición más reciente del "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)
- tratamiento de la salud del comportamiento prestado por cualquier proveedor con licencia sin una licencia independiente en esa área de atención
- pruebas psicológicas (excepto las realizadas por un psicólogo certificado para ayudar en la planificación del tratamiento, incluida la administración de medicamentos o la aclaración diagnóstica) y quedan específicamente excluidas todas las pruebas educativas, académicas y de logros
- servicios provistos para la terapia del análisis aplicado del comportamiento (Applied Behavioral Analysis, "ABA")
- camioneta (ambulette)
- los siguientes servicios específicos de atención preventiva:
 - exámenes de detección realizados en su lugar de trabajo sin costo para usted
 - exámenes físicos anteriores a la contratación o para la escuela, campamento de verano y otras actividades relacionadas de esta naturaleza que se realizan como un servicio separado de los exámenes físicos o visitas de bienestar para niños tal como se describen en el Programa de servicios cubiertos
 - servicios gratuitos de evaluación provistos por el departamento de salud del gobierno
 - exámenes realizados por una unidad de exámenes móvil, a menos que un **médico** no afiliado a la unidad móvil indique los exámenes
- los siguientes servicios específicos de **emergencia**:

Consulte la nota al pie 16 en la página 133 y la nota al pie 17 en la página 133.

- uso de la sala de emergencia para tratar dolencias para las que usted no tiene un **médico** habitual o debido a que es tarde en la noche (y la necesidad de tratamiento no cumple con la definición del Plan de lo que es una **emergencia**) (Consulte la página 124).
- uso de la sala de emergencias para visitas de seguimiento
- los siguientes servicios específicos de atención de maternidad:
 - días en el hospital que no son **médicamente necesarios** (que superen las 48/96 horas de hospitalización que el Fondo debe cubrir según lo exige la ley)
 - habitación privada (si usa una habitación privada, usted paga la diferencia entre el costo de esta y una habitación semiprivada. El costo adicional no cuenta para los efectos de su **deducible** o **coseguro**).
 - establecimientos de centros de maternidad **fuera de la red**
 - enfermería privada
 - servicios de una doula
- los siguientes gastos específicos de atención de hospitalización:
 - servicio de enfermería privada
 - habitación privada (si usa una habitación privada, usted paga la diferencia entre el costo de esta y una habitación semiprivada. El costo adicional no cuenta para los efectos de su **deducible** o **coseguro**).
 - hospitalizaciones diagnósticas, a menos que estén relacionadas con síntomas específicos que si no se tratan mediante una hospitalización podrían tener como consecuencia un daño corporal grave o poner en riesgo la vida
 - cualquier parte de una hospitalización que sea principalmente de custodia
 - cirugía cosmética electiva¹⁶ o cualquier gasto hospitalario relacionado o tratamiento de cualquier complicación relacionada
 - servicios hospitalarios recibidos en una clínica que no cumple la definición de hospital u otro centro cubierto según Empire
 - cirugía bariátrica en un centro que no sea un Blue Distinction Hospital dentro de la **red** Empire
- los siguientes gastos específicos de atención hospitalaria ambulatoria:
 - excepto por la quimioterapia, la atención médica de rutina que incluye, entre otras cosas, la inoculación, vacunación, administración o inyección de medicamentos, a menos que se realice en un entorno clínico hospitalario
 - extracción o almacenamiento de la propia sangre, productos derivados de la sangre o semen
- todos los servicios **fuera de la red** excluidos
- el siguiente equipo específico:
 - acondicionadores o purificadores de aire
 - humidificadores (excepto cuando se necesite junto con un equipo de presión positiva continua en la vía aérea) o deshumidificadores
 - equipo de ejercicios
 - piscinas
- atención en un centro de enfermería especializada que principalmente:
 - brinde asistencia para actividades de la vida diaria
 - sea para el descanso o para los adultos mayores
 - brinde atención de convalecencia
 - brinde atención de sanatorio
 - brinde una cura de descanso
- los siguientes servicios específicos de atención médica en el hogar:
 - servicios de custodia, incluido el baño, la alimentación, el cambio de pañales u otros servicios que no requieran atención especializada
- los siguientes servicios específicos de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o de la vista:
 - terapia para mantener o prevenir el deterioro de las habilidades físicas actuales del paciente
 - tratamiento para el retraso en el desarrollo, incluida la terapia del habla
- los siguientes servicios específicos del cuidado de la vista:
 - gastos para corrección quirúrgica de un error refractivo o procedimientos refractivos de queratoplastia, incluidos, entre otros, queratotomía radial (RK), queratotomía fotorrefractiva (PRK) y láser in situ keratomileusis 21 (LASIK) y sus variantes
 - anteojos, lentes de contacto y un examen de ajuste, excepto después de una cirugía de cataratas. Sin embargo, consulte la sección Beneficios de cuidado de la vista en las páginas 68 a 70 para saber cómo se pueden cubrir los anteojos y lentes de contacto conforme al beneficio de cuidado de la vista.
 - cuidado de la vista de rutina (consulte la sección Beneficios de cuidado de la vista en las páginas 68 a 70 para obtener información sobre la cobertura).

Consulte la nota al pie 16 en la página 133.

- los siguientes servicios que pueden tener cobertura de otra parte del Plan:
 - tratamiento dental, excepto la extracción quirúrgica de dientes impactados o tratamiento de dientes naturales lesionados por un accidente si se tratan *dentro de un plazo de 12 meses* desde la lesión. Sin embargo, consulte la sección Beneficios dentales en las páginas 57 a 68 y en las páginas 134 a 141.
 - todos los medicamentos de venta con y sin receta, inyectables autoadministrados, vitaminas, terapia de vitaminas, supresores del apetito o cualquier otro tipo de medicamentos, a menos que se indique específicamente. Sin embargo, consulte la sección Beneficios de medicamentos con receta en las páginas 51 a 56 para conocer qué gastos de medicamentos con receta podrían estar cubiertos.
 - dentadura postiza (sin cobertura conforme a los beneficios hospitalarios/médicos, pero podría estar cubierta conforme a los beneficios dentales). (Consulte la sección Beneficios dentales en las páginas 57 a 68 y en las páginas 134 a 141).
- los siguientes servicios y gastos varios de atención médica:
 - servicios prestados en casas de reposo o de convalecencia; instituciones principalmente de descanso o para los adultos mayores; centros de rehabilitación (excepto para fisioterapia); spas; sanatorios o enfermerías en escuelas, universidades o campamentos
 - lesión o enfermedad que surge de una ocupación o empleo remunerado o que genere ganancias para la cual hay una Ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales (para obtener información sobre la subrogación de beneficios, consulte las páginas 101 a 104)
 - lesión o enfermedad que surge de un acto de guerra (declarada o no declarada) o servicio militar de cualquier país
 - lesión o enfermedad que surge de un acto criminal (que no sea violencia doméstica) por parte de la persona cubierta o una lesión autoinfligida de forma intencional que no sea consecuencia de enfermedad mental
 - gastos por los servicios o suministros por los cuales una persona cubierta recibe el pago o el reembolso de un seguro contra accidentes o como consecuencia de una acción legal o gastos por los cuales la persona cubierta ya ha sido reembolsada por otro tercero que fue responsable debido a negligencia u otro hecho ilícito o ilícito civil de esa parte (para obtener más información sobre la subrogación de beneficios, consulte las páginas 101 a 104)
 - gastos reembolsables según las cláusulas "sin culpa" de la ley de un estado
 - servicios cubiertos por programas gubernamentales, excepto conforme a Medicare, Medicaid u otro que se indique
 - cualquier atención de un hospital o de un **médico** recibida fuera de los Estados Unidos que no sea atención de **emergencia**
 - servicios hospitalarios gubernamentales, excepto los servicios específicos cubiertos por un acuerdo especial entre Empire y un hospital o servicio gubernamental de la Administración de Veteranos de los Estados Unidos o los hospitales del Departamento de Defensa para afecciones no relacionadas con el servicio militar
 - tratamiento o atención para el trastorno temporomandibular o trastorno de la articulación temporomandibular
 - servicios como exámenes de laboratorio, radiografías e imágenes, y servicios de farmacia de un centro en el cual el **médico** que deriva al paciente o un familiar cercano a dicho médico tiene un interés o relación financiera
 - servicios administrados por un proveedor sin licencia o prestados fuera del alcance de la licencia del proveedor
 - cargos por servicios que presta un familiar
 - cargos que exceden el **monto permitido** máximo o visitas que exceden el máximo anual para dicho servicio o suministro
 - servicios prestados en el hogar, excepto por aquellos específicamente mencionados en este folleto como servicios cubiertos, ya sea en el hogar o en caso de **emergencia**
 - servicios que a menudo se prestan sin cargo, incluso si se facturan cargos
 - servicios prestados por personal del hospital o la institución que se facturan en forma separada del resto de los servicios hospitalarios o institucionales, salvo que se especifique lo contrario en este folleto

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

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

Beneficio de medicamentos con receta

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

Copagos por los medicamentos cubiertos:

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

Notas: no se requiere un **copago** para medicamentos anticonceptivos de venta con receta y ciertos medicamentos preventivos de venta sin receta que le han recetado. (Consulte la sección Medicamentos elegibles en las páginas 55 y 56). Además, si el costo del medicamento es menor que el del **copago**, usted paga el costo del medicamento.

Si su **médico** le receta un medicamento de marca del formulario y selecciona la opción “dispense tal como dice” (Dispense As Written, “DAW”) cuando esté disponible un medicamento genérico equivalente tipo “A”, usted deberá pagar un **copago** (\$30 o \$60) y la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico. Los medicamentos de marca pueden ser muy costosos; por lo tanto, pida a su **médico** que le recete medicamentos genéricos siempre que sea posible.

Si usted o su **médico** desean saber si un medicamento se encuentra en el formulario, puede comunicarse con CVS/Caremark al 1-877-765-6294 o visitar www.Caremark.com.

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

5 Star Wellness Program

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

Existen varias formas de surtir su receta

Para medicamentos a corto plazo

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

Para medicamentos de mantenimiento

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

1. a través del Maintenance Choice Program en cualquier farmacia CVS o
2. a través del CVS Caremark Mail Service (servicio de pedido por correo).

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

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

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

Para usar el CVS Caremark Mail Service, comuníquese con el equipo del Servicio de atención al cliente de CVS Caremark al 1-877-765-6294 o visite el sitio web (www.Caremark.com).

Para medicamentos especializados*

Sus beneficios de farmacia cubren solo los medicamentos especializados que se encuentran en el formulario de CVS Caremark y se surten en:

1. cualquier farmacia minorista CVS, o
2. a través de CVS Caremark Specialty Pharmacy.

No obstante, tenga en cuenta que los medicamentos para el VIH pueden surtir en cualquier farmacia participante, no solo en las farmacias CVS.

No existe cobertura para los medicamentos especializados que no se encuentran en el formulario de CVS Caremark. Si su medicamento especializado se encuentra en el formulario, debe surtir su medicamento con receta en una farmacia minorista CVS o a través de CVS Caremark Specialty Pharmacy (excepto por el caso de los medicamentos para el VIH que se mencionan anteriormente).

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

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

Autorización previa

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

CVS Caremark administra el Programa de Autorización previa para determinar su utilización de ciertos medicamentos cumple con las condiciones de cobertura del Plan y las pautas clínicas de CVS Caremark

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

para el uso de un medicamento específico. La persona que extiende la receta debe comunicarse con el Departamento de autorización previa de CVS Caremark para suministrar la información clínica necesaria para determinar cuán apropiado es el medicamento para el afiliado antes de que se pueda surtir la receta. Por lo general, cuando se aprueba un medicamento conforme al Programa de Autorización previa, la aprobación es válida durante un período de tiempo específico.

Terapia escalonada

El Programa de Terapia escalonada asegura que los medicamentos que usted recibe sean seguros y rentables. A través del Programa de Terapia escalonada, es posible que se le exija que utilice primero un medicamento genérico o de marca alternativo. Esto ayuda a mantener bajos los costos de los medicamentos con receta. Cuando le presente a su farmacéutico una receta para ciertos medicamentos, CVS Caremark comprobará si ha probado un medicamento genérico o un medicamento alternativo para tratar la misma afección. Si su historial de recetas indica que ya se utilizó un medicamento genérico o de marca alternativo, el medicamento recetado puede aprobarse y surtir tal como fue indicado. Si su historial no indica que ha utilizado un medicamento genérico o de marca alternativo, el farmacéutico recibirá un mensaje que le indicará que la persona que expidió la receta debe llamar a un número telefónico gratuito para obtener más información. Se le pedirá entonces a la persona que expidió la receta que recete un medicamento genérico o de marca alternativo antes de poder cubrir otros medicamentos. En caso de que la persona que expidió la receta le informe a CVS Caremark que un medicamento genérico o de marca alternativa no es adecuado para usted, dicha persona puede comunicarse con el Departamento de autorización previa de CVS Caremark para obtener aprobación para el otro medicamento.

Límites de cantidad

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

Estas restricciones de cantidad se basan en las pautas del fabricante o en las pautas clínicamente aprobadas y están sujetas a revisión y modificación periódicas. Si necesita más cantidad que el límite de cantidad inicial de un medicamento sujeto al Programa de Límites de cantidad, su **médico**/ persona que emite la receta puede brindar la información de necesidad médica para que CVS Caremark la pueda revisar, donde explique porque es clínicamente necesaria una mayor cantidad del medicamento. CVS Caremark revisará la solicitud y se les notificará la decisión a usted y a la persona que emitió su receta.

Limitación de frecuencia

Todas las recetas para inhibidores de la bomba de protones (proton pump inhibitors, “PPI”), como Nexium u Omeprazole, se surtirán con un suministro para no más de 90 días en un período de 180 días.

Reclamaciones para farmacias no participantes

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

Comuníquese con CVS Caremark al 1-877-765-6294 antes de que se surta el medicamento para asegurarse de que recibirá el reembolso por el medicamento con receta. Si surte una receta con un medicamento que está en la lista de aquellos que requieren autorización previa, o si está sujeto a límites de cantidad o terapia escalonada, y no se comunica con CVS Caremark antes de surtirla, es posible que sea responsable del costo total del medicamento con receta.

Medicamentos elegibles

Los siguientes medicamentos están cubiertos por el Plan:

- medicamentos con receta con leyenda federal,
- medicamentos que requieren una receta conforme a las leyes estatales aplicables,
- insulina, agujas y jeringas para insulina,

- tiras para análisis de diabéticos,
- todos los tipos de anticonceptivos aprobados por la FDA, incluidos los anticonceptivos recetados orales y subdérmicos, los anticonceptivos inyectables y los diversos dispositivos anticonceptivos, sin requerir **copago**,
- vitaminas con receta para bebés de hasta 12 meses, y
- vitaminas prenatales, sin **copago** requerido, por hasta 15 meses.

Medicamentos excluidos

Los siguientes medicamentos no están cubiertos por el Plan:

- medicamentos de venta sin receta y vitaminas (sin embargo, ciertas vitaminas están cubiertas para la atención prenatal; consulte lo anterior para obtener información),
- medicamentos con receta que requieren autorización previa y para los cuales no se ha recibido autorización previa,
- medicamentos usados en ensayos clínicos o experimentales,
- medicamentos utilizados para el tratamiento de la infertilidad o donación de óvulos,
- medicamentos recetados para propósitos cosméticos (consulte la nota 16 en la página 133 para obtener más información),
- medicamentos usados para la pérdida de peso a menos que cumpla los criterios médicos del Plan,
- medicamentos que no están incluidos en el formulario, a menos que su médico pueda probar con documentación clínica o los antecedentes del paciente de terapia con medicamentos, a satisfacción de CVS Caremark, que el medicamento que no está incluido en el formulario es **necesario por motivos médicos** (los medicamentos que no están incluidos en el formulario son medicamentos que no están en la lista de medicamentos aprobados del Plan),
- dispositivos o aparatos terapéuticos, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, y
- recetas que una persona elegible tiene derecho a recibir sin cargo conforme a la Ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales o a cualquier programa federal, estatal o municipal.

Beneficios dentales

Para todos los participantes del Metropolitan Plan y los participantes del Suburban Plan que trabajan en el área metropolitana de New York, sus beneficios dentales se describen en las páginas 57 a 68. *Los beneficios dentales para los afiliados del Suburban Plan que trabajan y viven fuera del área metropolitana de New York, que incluye Connecticut, Pennsylvania, Maryland, Virginia, Washington, DC, Florida, o New England, se describen en el Apéndice A en las páginas 134 a 141.*

Cómo funciona el Plan

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

- un **dentista participante de Delta Dental**,
- un dentista no participante, o
- el 32BJ Dental Center ubicado en 25 West 18th Street, New York, NY 10011-4676.

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

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

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

Proveedores de servicios dentales participantes

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

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

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

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

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

Dentistas no participantes

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

Usted tendrá que pagar los cargos completos del dentista. Deberá presentar una reclamación ante Delta Dental (consulte la página 78 y las páginas 80 y 81) y será reembolsado según el programa de tarifas de Delta Dental aplicable para cada procedimiento.

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

El 32BJ Dental Center

El 32BJ Dental Center está equipado para proporcionar una amplia gama de servicios dentales, excepto aquellos que requieren anestesia general. Si recibe atención dental en el 32BJ Dental Center, no tendrá que pagar por dicha atención. El 32BJ Dental Center tiene una capacidad limitada y cuando alcance la cantidad máxima de pacientes que puede atender, dejará de aceptar temporalmente citas de nuevos pacientes.

Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento

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

Máximo anual

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

Limitaciones de frecuencia

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

Programa de servicios dentales cubiertos ("Programa")

Los servicios dentales cubiertos están sujetos a las limitaciones de frecuencia que se indican en el Programa. El Plan no cubre beneficios por los procedimientos que no estén en el Programa, pero puede proporcionar un beneficio alternativo si es aprobado por Delta Dental of New York, Inc. ("Delta Dental") en representación del Fondo. Si tendrá que pagar estos servicios, y cuánto, depende de si elige recibir atención dental de un **dentista participante de Delta Dental** o de un dentista no participante, o del 32BJ Dental Center.

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 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Dos por un año calendario.
Tratamiento tópico con flúor			Dos por año calendario para pacientes menores de 16 años.
Sellantes (en la superficie oclusiva de un molar 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 diente de por vida para pacientes menores de 16 años.

Servicios de diagnóstico

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

Servicios de restauración simple

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

Endodoncia

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
• Tratamiento de conducto • Segundo tratamiento de conducto* • Apicoectomía (se exige para el pago una placa postoperatoria que muestre la apicoectomía terminada y retrógrada)* • Pulpectomía	El Plan paga el 100%	El Plan paga el monto que resulte 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.
• Hemisección * • Apexificación/Recalcificación* • Sellado de la pulpa dental			Solo para niños menores de 19 años.

*Estos servicios no se realizan en el Dental Center. Los pacientes del Dental Center serán derivados a un especialista **dentro de la red** de Delta Dental.

Periodoncia

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
• Gingivectomía o gingivoplastia • Cirugía ósea*	El Plan paga el 100%	El Plan paga el monto que resulte menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por cuadrante por período de 60 meses consecutivos.
• Raspado periodontal y de raíz			Una vez por cuadrante por período de 24 meses consecutivos.
Mantenimiento periodontal (este procedimiento es un beneficio que se realiza después de la terapia periodontal activa una vez que se haya completado un período postoperatorio de 30 días).			Dos procedimientos profilácticos en un año calendario.

* Estos servicios no se realizan en el Dental Center. Los pacientes del Dental Center serán derivados a un especialista **dentro de la red** de Delta Dental.

Extracciones simples

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

Cirugía oral y máxilofacial*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
• Extracciones • Extracción de diente impactado,** raíces dentales residuales	El Plan paga el 100%	El Plan paga el monto que resulte menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por diente de por vida.
Alveoloplastia (preparación quirúrgica de la apófisis alveolar para las prótesis dentales con o sin extracciones)			Una vez por cuadrante de por vida.
Frenulectomía **			Una vez por arco de por vida.

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

Estos servicios no se realizan en el Dental Center. Los pacientes del Dental Center serán derivados a un especialista **dentro de la red de Delta Dental.

Servicios dentales de mayor magnitud

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Recementación de corona, incrustación, restauración Corona prefabricada de acero inoxidable/resina (dientes temporales para niños solamente)*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$75	El Plan paga el monto que resulte menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por diente en un año calendario.
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 24 meses consecutivos.

*Estos servicios no se realizan en el Dental Center. Los pacientes del Dental Center serán derivados a un especialista **dentro de la red** de Delta Dental.

Prótesis dentales removibles

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

Prótesis dentales fijas

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

Reparaciones

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

Tratamiento de emergencia

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

Servicios de ortodoncia*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Ortodoncia	El Plan paga el 100% hasta un beneficio máximo de por vida** de \$2,500	El Plan paga el monto que resulte menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido* hasta alcanzar el monto máximo de por vida de \$2,500 y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Sólo para niños menores de 19 años. Máximo de por vida de \$2,500.** Un tratamiento*** de por vida.

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

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

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

Varios

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

Beneficio alternativo para la cobertura dental

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

Lo que no está cubierto

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

- cualquier servicio realizado antes de que el paciente sea elegible para obtener beneficios o después de que termine su elegibilidad, incluso si se ha aprobado un 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;
- 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 del accidente;
- servicios o suministros que el Plan determina que son de naturaleza experimental o de investigación, excepto en la medida en que la ley lo estipule;
- servicios o tratamientos que el Plan determina que no tienen un pronóstico razonablemente favorable;
- cualquier tratamiento realizado principalmente por razones cosméticas, incluidos, entre otros, el laminado, las fundas y el blanqueamiento dental;
- técnicas especiales, incluidas las prótesis dentales de precisión, prótesis dentales de soporte, caracterización o 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 se juntan los dientes (llamada también oclusión o dimensión vertical) y/o que restauren o mantengan la mordida, excepto por lo dispuesto bajo beneficios de ortodoncia. Tales procedimientos incluyen, entre otros, estabilización, soporte periodontal, rehabilitación de toda la boca, restauración de la pérdida de estructura de los dientes debido a la atrición y restauración de la desalineación de los dientes;
- cualquier procedimiento que implique la reconstrucción completa de la boca o cualquier servicio relacionado con implantes dentales, incluido cualquier implante quirúrgico con un dispositivo de prótesis adjunto;
- diagnóstico o tratamiento de problemas de la articulación de la mandíbula, incluido el trastorno de la articulación temporomandibular, trastornos craniomandibulares u otras enfermedades de las articulaciones que unen el hueso de la mandíbula

y el cráneo, o el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación;

- pilares dobles o múltiples;
- tratamiento para corregir hábitos dañinos, incluidos, entre otros, fumar y la terapia miofuncional;
- aparatos para quitar hábitos, excepto que tenga beneficio de ortodoncia;
- servicios para programas de control de placa, educación en higiene bucal y orientación nutricional;
- servicios relacionados con el reemplazo o la reparación de aparatos o dispositivos, incluidos:
 - los duplicados de prótesis dentales
 - el reemplazo de prótesis dentales o aparatos perdidos o robados menos de cinco años después de la fecha de la inserción
 - el reemplazo de prótesis dentales, puentes o aparatos existentes, que se pueden restaurar de acuerdo con las normas de la odontología
 - los ajustes de un dispositivo de prótesis dentro de los primeros seis meses de su colocación
 - el reemplazo o la reparación de aparatos de ortodoncia
- fármacos o medicamentos usados o surtidos en el consultorio del dentista (cualquier receta necesaria puede estar cubierta por el beneficio de medicamentos con receta del Plan). (Consulte las páginas 51 a 56);
- cargos por novocaína, xilocaína o cualquier anestésico local similar cuando el cargo se hace de manera separada de un gasto dental cubierto;
- cargos adicionales cobrados por un dentista para tratamiento hospitalario;
- servicios para los cuales un participante tiene derechos contractuales para recuperar costo, ya sea que una reclamación se haga valer o no, bajo la indemnización por accidentes y enfermedades laborales o un seguro automotor, médico, de protección por lesiones personales, de propietario o de otro tipo sin culpa;
- tratamiento de enfermedades provocadas por guerra o acto de guerra, declarada o no, o una enfermedad contraída o un accidente que ocurra durante servicio activo de tiempo completo en las fuerzas armadas de cualquier país o coalición de países;
- cualquier parte de los cargos por los cuales se pagan beneficios según cualquier otra parte del Plan;
- si un participante se transfiere de la atención de un dentista a otro durante el tratamiento, o si más de un dentista prestan servicios para

el mismo procedimiento, el Plan no pagará beneficios mayores que los que habría pagado si el servicio lo hubiese prestado un solo dentista;

- transporte hacia el tratamiento y desde este;
- gastos en los que se incurra por citas canceladas;
- cargos por llenar informes o por proporcionar registros;
- cualquier procedimiento que no esté incluido en el Programa de servicios dentales cubiertos para el Delta Dental PPO Plan.

Coordinación de beneficios dentales

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

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

1. El programa que cubra al inscrito como empleado determinará sus beneficios antes de que el programa que cubra al inscrito como un dependiente.
2. El programa que cubra al inscrito como un dependiente de un empleado cuya fecha de cumpleaños sea anterior en el año calendario determinará sus beneficios antes de 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 cuidado de la vista

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

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

Información general sobre sus beneficios de la vista

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

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

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

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

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

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

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

Gastos elegibles

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

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

Gastos excluidos

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

- tratamiento o servicios oftalmológicos pagaderos bajo las disposiciones de cualquier otro beneficio del Plan (el tratamiento oftalmológico puede tener cobertura conforme a los beneficios hospitalarios/médicos descritos en las páginas 30 a 43),
- anteojos sin receta médica,
- cargo del examen de ajuste de los lentes de contacto,
- gastos ornamentales, y
- beneficios **fuera de la red** para participantes y dependientes menores de 19 años.

Beneficios por incapacidad a largo plazo* (LTD) (Metropolitan Plan únicamente)

Este Plan le puede brindar un ingreso mensual si queda completamente incapacitado mientras está en un **empleo cubierto**. Totalmente incapacitado significa que no puede trabajar de ninguna forma como resultado de una lesión corporal o enfermedad.

Elegibilidad

Los beneficios por incapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, “LTD”) son solo para participantes del Metropolitan Plan. Los cónyuges y los dependientes no son elegibles para este beneficio. Para ser elegible para beneficios por incapacidad a largo plazo, debe cumplir los siguientes requisitos:

* Los beneficios por incapacidad a largo plazo provistos en virtud del Suburban Plan para los afiliados que trabajan bajo ciertos contratos en el área de New England se describen en el Apéndice B.

- Haber quedado completamente incapacitado mientras trabajaba en un **empleo cubierto**. Si se estima que su incapacidad durará más de 12 meses, se puede establecer la incapacidad total presentando una carta de aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social que indique que su caso se revisará cada tres años o más. Si se estima que su incapacidad durará 12 meses o menos, puede presentar una Declaración certificadora de incapacidad del **médico**. Si no puede cumplir con uno o más de los requisitos para recibir la concesión del beneficio por incapacidad del Seguro Social por una razón que no esté relacionada con su afección médica o mental, el Fondo podría exigirle que lo examinen **médicos** seleccionados por el Fondo en un examen médico independiente y que se le realice una revisión ocupacional para confirmar su incapacidad. La Junta o quien la Junta designe, a su absoluta discreción, tomará todas las determinaciones en cuanto a la incapacidad.
- A partir de la fecha en que usted dejó de trabajar debido a la incapacidad, usted tuvo, al menos, 36 meses consecutivos de elegibilidad para el Metropolitan Plan del Building Service 32BJ Health Fund como resultado de un **empleo cubierto**, y los 36 meses consecutivos de elegibilidad fueron inmediatamente anteriores a la fecha en que usted dejó de trabajar debido a la incapacidad. A los efectos de la elegibilidad, las licencias aprobadas de hasta seis meses durante las cuales continuó la cobertura de atención médica, por ejemplo, las licencias médicas y familiares (Family and Medical Leave Act, “FMLA”), licencias para ausentarse, incapacidad a corto plazo, la indemnización por accidentes y enfermedades laborales y el arbitraje, se tendrán en cuenta durante un período de 36 meses consecutivos.

Usted no tiene derecho a los beneficios por incapacidad a largo plazo si es elegible para comenzar una pensión de forma normal (por ejemplo, una pensión vitalicia individual si es soltero, o una pensión conjunta y de sobreviviente, si está casado) de \$250 o más al mes del Building Service 32BJ Pension Fund, del 32BJ/Broadway League Pension Fund o de cualquier otro fondo de pensiones que cubra a afiliados de la Local 32BJ (ya sea que usted elija o no comenzar dicha pensión).

Monto del beneficio de la incapacidad a largo plazo

El beneficio por incapacidad a largo plazo del Plan pagadero es de \$250 mensuales.

Cuándo comienzan los beneficios

Los beneficios por incapacidad a largo plazo comienzan el primer día del séptimo mes después del último día que trabajó debido a una incapacidad total.

Cómo solicitar los beneficios por incapacidad a largo plazo

Para solicitar los beneficios por incapacidad a largo plazo, debe completar un Formulario de verificación de elegibilidad para incapacidad y presentar un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social o una Declaración certificadora de incapacidad del médico. Si se estima que su incapacidad durará más de 12 meses, para recibir los beneficios por incapacidad a largo plazo después del decimosegundo mes de incapacidad, debe presentar un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social. Si no es elegible para la incapacidad del Seguro Social por razones que no son clínicas, debe presentar dicho rechazo. Para obtener una copia de la solicitud de beneficios por incapacidad a largo plazo, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados tan pronto considere que está incapacitado.

El Fondo se reserva el derecho de volver a certificar su incapacidad.

El Fondo también puede exigirle que presente una prueba de que continúa recibiendo los beneficios por incapacidad del Seguro Social. La Junta o quien la Junta designe, a su absoluta discreción, tomará todas las determinaciones en cuanto a la incapacidad.

Cuándo terminan los beneficios

Los beneficios por incapacidad a largo plazo terminarán el primer día del mes después de que ocurra cualquiera de las situaciones siguientes, la que ocurra primero:

- vuelve a trabajar en cualquier empleo,
- ya no está totalmente incapacitado,
- ya no recibe beneficios por incapacidad del Seguro Social,
- ha recibido beneficios que cubren desde el séptimo hasta el decimosegundo mes de incapacidad y no ha obtenido un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social,
- se vuelve elegible para recibir una pensión de forma normal (consulte la página 71 para obtener información) de \$250 o más mensuales, en virtud del Building Service 32BJ Pension Fund, el 32BJ/Broadway League Pension Fund o cualquier otro fondo de pensiones que cubra a los afiliados de la Local 32BJ*,
- cumple 65 años, si su incapacidad empezó antes de su cumpleaños número 60, o si recibió su pago mensual de incapacidad a largo plazo número 60 y su incapacidad empezó en su cumpleaños número 60 o después,
- el Fondo recibe información que indique que no es elegible para beneficios por incapacidad a largo plazo, o
- usted muere.

* Puede seguir siendo elegible para hasta 30 meses de beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, dentales y de cuidado de la vista, mientras se lo siga considerando totalmente incapacitado. (Consulte las páginas 84 a 86).

Lo que no está cubierto

Los beneficios por incapacidad a largo plazo no son pagaderos para incapacidades que resulten directa o indirectamente de:

- el intento de suicidio del participante o lesiones autoinfligidas,
- guerra (declarada o no), insurrección, rebelión civil o participación en un disturbio o conmoción civil, y
- una agresión, lesión o delito cometido por el participante o un intento de cometerlo.

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

El nivel de cobertura del seguro de vida depende del Plan con el que está cubierto. Si está cubierto por el Metropolitan Plan, su cobertura de seguro de vida es de \$40,000. Si está cubierto por el Suburban Plan, su cobertura de seguro de vida es de \$25,000. Los beneficios del seguro de vida se le pagan a su beneficiario si usted muere mientras la cobertura está vigente.

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

Cuándo termina la cobertura del seguro de vida

La cobertura del seguro de vida termina 30 días después de finalizar su **empleo cubierto** con excepción de lo estipulado en la página siguiente o si usted tiene una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 12 a 14). La cobertura del

seguro de vida también termina si cancela su cobertura en virtud de este Plan debido a la elegibilidad para Medicare. (Consulte las páginas 10 y 11 y las páginas 98 y 99). Después de que finalice su seguro de vida grupal en virtud del Plan, es posible que pueda convertirlo en una póliza de seguro de vida individual. Comuníquese con MetLife al número que aparece arriba para obtener más información sobre la conversión de su seguro de vida.

Extensión del seguro de vida por incapacidad

Si está incapacitado y recibe beneficios conforme al beneficio por incapacidad a corto plazo o la indemnización por accidentes y enfermedades laborales, su seguro de vida continuará durante seis meses desde la fecha de su incapacidad o hasta que esta termine, lo que ocurra primero. Si es elegible para recibir beneficios por incapacidad a largo plazo en el Metropolitan Plan o para una pensión por incapacidad en el 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 beneficios se mantendrá exactamente al mismo nivel que estaba cuando quedó incapacitado.

El Fondo se reserva el derecho de volver a certificar la incapacidad según se describe en la página 72. Si muere antes de presentar un comprobante de su incapacidad, su beneficiario debe proporcionar un certificado de defunción y un comprobante de incapacidad total *dentro de 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 87 a 96 para obtener información sobre cómo apelar una reclamación rechazada).

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

El seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (Accidental Death & Dismemberment, “AD&D”), asegurado y administrado por MetLife, se aplica a accidentes dentro y fuera del trabajo, así como dentro y fuera del hogar. No es igual que el seguro de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, que solo lo cubre en el trabajo. Usted es elegible mientras trabaje 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 *dentro de un plazo de 90 días* posteriores a ese accidente.

Cómo funcionan los beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales

Sujeto a las exclusiones de cobertura, si pierde la vida en un accidente, o ambas manos o extremidades por encima de la muñeca, o ambos pies o extremidades por encima del tobillo, o la vista en ambos ojos, o cualquier combinación de mano, pie y vista en un ojo, el beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero es de \$40,000 si está cubierto con el Metropolitan Plan y \$25,000 si está cubierto con el Suburban Plan. Si pierde una mano o extremidad por encima de la muñeca, o un pie o extremidad por encima del tobillo, o la vista en un ojo, el beneficio en caso de muerte y mutilación accidentales pagadero es \$20,000 si está cubierto con el Metropolitan Plan y \$12,500 si está cubierto con el Suburban Plan.

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

La cobertura del seguro en caso de muerte y mutilación accidentales termina 30 días después de que termine su empleo. El seguro de muerte y mutilación accidentales también termina si cancela su cobertura en virtud de este Plan debido a la elegibilidad para Medicare. (Consulte las páginas 10 y 11 y las páginas 98 y 99). Del mismo modo que su seguro de vida, su cobertura en caso de muerte y mutilación accidentales puede continuar por hasta seis meses mientras tenga una Extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 12 a 14).

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.

Beneficio por muerte del pensionado

Si usted es un pensionado que cobra una pensión del programa A, B o C del Building Service 32BJ Pension Fund, tiene derecho a un beneficio por muerte de \$1,000. Sin embargo, si es elegible para recibir cobertura de seguro de vida de este Plan, este beneficio por muerte de \$1,000 no es pagadero.

Su beneficiario del beneficio por muerte será la persona o personas a quienes usted nombre por escrito en un formulario de designación de beneficiario que queda archivado en el sistema electrónico de archivos del Fondo. Su beneficiario puede ser cualquier persona que usted elija, y usted puede cambiar la designación de su beneficiario en cualquier momento llenando y presentando un nuevo formulario en el Departamento de Servicios de Retiro.

Si usted no nombra a un beneficiario, o si este muere antes que usted y antes de que haya nombrado uno nuevo, o si no tiene un beneficiario

archivado en el sistema electrónico de archivos del Fondo, su beneficio por muerte del pensionado se pagará en el siguiente orden:

- 1) su cónyuge, si está vivo, o
- 2) su sucesión.

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

Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

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

Reclamaciones de beneficios

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

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

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

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

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

- **Presente reclamaciones lo antes posible y nunca después de 180 días desde la fecha del servicio.** Consulte la tabla en la página 80 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. **Se rechazarán las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha de servicio.**
- Llene toda la información solicitada en el formulario.
- Adjunte facturas o recibos originales.
- Si tiene otra cobertura y Empire es el pagador secundario, presente el original o la copia de la Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, "EOB") del pagador principal con su factura detallada. (Consulte la sección Coordinación de beneficios en las páginas 97 a 100).
- Conserve una copia de su formulario de reclamación y de todos los documentos adjuntos para sus registros.

Presentación de reclamaciones de beneficios de farmacia

Si usa farmacias participantes o la farmacia de pedido por correo, no necesita presentar reclamaciones. Las farmacias participantes o la de pedidos por correo lo harán por usted. Si usa una farmacia **fuera de la red**, debe presentar una reclamación de beneficios. Consulte la tabla en la página 80 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. **Las reclamaciones de beneficios de farmacia se deben presentar lo antes posible, y nunca después de transcurridos más de 180 días después de la fecha en que se surtió la receta. Se rechazarán las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha de servicio.**

Si tiene otra cobertura y CVS Caremark es el pagador secundario, presente el original o la copia de la Explicación de beneficios del pagador principal con su factura detallada. (Consulte la sección Coordinación de beneficios en las páginas 97 a 100).

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 80 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**.

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

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

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

Presentación de reclamaciones del cuidado de la vista

Si se atiende con proveedores de cuidado de la vista participantes, no necesita presentar reclamaciones. Los proveedores lo harán por usted. Si no se atiende con un proveedor de cuidado de la vista participante, deberá presentar una reclamación de cuidado de la vista ante Davis Vision para el reembolso de los gastos elegibles. Consulte la tabla en la página 80 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. Puede obtener un formulario de reclamación del cuidado de la vista en www.davisvision.com/32bj o llamando al 1-800-603-5633. **Las reclamaciones de cuidado de la vista se deben presentar lo antes posible, y nunca después de transcurridos más de 180 días después de la fecha del servicio. Se rechazarán las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha de servicio.**

Presentación de reclamaciones de incapacidad a largo plazo ("LTD")

Para presentar una reclamación de beneficios por incapacidad a largo plazo, debe llenar un formulario de verificación de elegibilidad por incapacidad y una Declaración certificadora de incapacidad del médico. Se puede presentar un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social en lugar de una Declaración certificadora de incapacidad del médico. Si se estima que su incapacidad durará más de 12 meses, debe presentar un Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social.

Si no puede cumplir con uno o más de los requisitos para recibir la concesión del beneficio por incapacidad del Seguro Social por una razón que no esté relacionada con su afección médica o de salud del comportamiento, el Fondo podría exigirle que lo examinen **médicos** seleccionados por el Fondo en un examen médico independiente y que se le realice una revisión ocupacional para confirmar su incapacidad. La Junta o quien la Junta designe, a su absoluta discreción, tomará todas las determinaciones en cuanto a la incapacidad.

Para solicitar los beneficios, comuníquese con el Centro de servicios para afiliados tan pronto crea que está incapacitado y presente un comprobante de su incapacidad (Aviso de concesión de incapacidad del Seguro Social) junto con el Formulario de verificación de elegibilidad por incapacidad.

Presentación de una reclamación del beneficio por muerte del pensionado

Para presentar una reclamación del beneficio por muerte del pensionado, su beneficiario debe llenar un formulario de reclamación y presentar una copia certificada de su certificado de defunción. Para obtener un formulario de reclamación, póngase en contacto con el Centro de servicios para afiliados. **Una reclamación del beneficio por muerte del pensionado se debe presentar lo antes posible después de la muerte del pensionado.**

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

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

Adónde enviar los formularios de reclamaciones

Beneficio	Dirección de presentación
Beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias (fuera de la red únicamente; no se necesitan formularios de reclamación para atención dentro de la red)	Empire BlueCross BlueShield P.O. Box 1407 Church Street Station New York, NY 10008-1407 Attn: Institutional Claims Department (para reclamaciones de beneficios hospitalarios); o, Attn: Medical Claims Department (para reclamaciones de beneficios médicos/profesionales/de ambulancia)
Beneficios de farmacia (solamente proveedores no participantes ; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	CVS Caremark Claims Department P.O. Box 52136 Phoenix, AZ 85072-2136
Beneficios dentales (solamente proveedores no participantes ; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	Delta Dental P.O. Box 2105 Mechanicsburg, PA 17055-2105
Beneficios del cuidado de la vista (solamente proveedores no participantes ; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	Davis Vision Vision Care Processing Unit P.O. Box 1525 Latham, NY 12110
Beneficios por incapacidad a largo plazo (Metropolitan Plan únicamente)	Building Service 32BJ Benefit Funds 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676 Attn: Department of Eligibility
Beneficio por muerte del pensionado	Building Service 32BJ Benefit Funds 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676 Attn: Retirement Services
Beneficios del seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100

Aprobación y rechazo de reclamaciones

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

Designación de un representante autorizado

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

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

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

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

- *Reclamaciones anteriores al servicio.* Esta es una reclamación de un beneficio para el cual el Plan exige aprobación del beneficio (total o parcial) antes de obtener la atención. Se requiere aprobación previa para ciertos beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias (consulte las páginas 81 a 84).
- Para reclamaciones anteriores al servicio presentadas adecuadamente, se le informará de la decisión a usted o a su proveedor *dentro de un plazo de 15 días* después de recibir el aviso de reclamación, a menos que se necesite tiempo adicional. El plazo de respuesta se puede extender hasta *15 días* si es necesario, debido a motivos que están fuera del control del revisor de las reclamaciones. Se le informarán las circunstancias que hagan necesaria esta extensión del plazo, y la fecha para la cual se espera una decisión.

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

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

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

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

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

La determinación de si su tratamiento se considera o no atención urgente la realiza una persona que actúa en nombre del Fondo y que aplica el criterio de una persona prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina. Toda reclamación que un **médico** con conocimiento de su enfermedad determine que es una atención de urgencia se deberá tratar automáticamente como tal.

Si usted (o su representante autorizado)* presentan una reclamación de atención de urgencia, se le informará de la determinación de beneficios lo antes posible, tomando 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 *dentro de un plazo de 24 horas*. Entonces tendrá hasta *48 horas*, teniendo en cuenta las circunstancias, para proporcionar la información específica al revisor de reclamaciones. Luego se le notificará la determinación de beneficios *dentro de un plazo de 48 horas* después:

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

Si no cumple los procedimientos del Plan para presentar una reclamación de atención de urgencia, se le notificará *dentro de 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 la solicite por escrito. Solo recibirá una notificación de incumplimiento del procedimiento si su reclamación incluye:

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

*Un profesional de la salud con conocimiento de su enfermedad o alguien a quien usted haya autorizado puede actuar como representante autorizado. Consulte la sección Designación de un representante autorizado en la página 81 para conocer los detalles.

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

El revisor de reclamaciones responderá cualquier solicitud realizada por un reclamante para extender el tratamiento aprobado *dentro de 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 *dentro de un plazo de 30 días* a partir de la recepción de la reclamación. Este período se puede extender una vez por hasta *15 días* si es necesario debido a motivos extraordinarios. Si es necesaria una extensión, se le notificará, antes del fin del período inicial de 30 días, de las circunstancias que exigen la extensión del plazo y de la fecha para la cual se tomará la determinación.

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

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

Reclamaciones de incapacidad a largo plazo (“LTD”) (Metropolitan Plan únicamente)

Si usted solicita beneficio por incapacidad a largo plazo, su solicitud será revisada por el Departamento de elegibilidad del Fondo para asegurarse de que usted cumple con los requisitos de elegibilidad para un beneficio de incapacidad a largo plazo.

Se le notificará si su solicitud de beneficios por incapacidad a largo plazo se aprueba *dentro de 45 días* después de la fecha en que se reciba su solicitud. Si el Plan determina que es necesaria una extensión de tiempo para procesar su

reclamación (debido a circunstancias fuera del control del Plan, como una solicitud incompleta), el período de 45 días se puede extender por hasta 30 días adicionales y, si aún se necesita tiempo adicional después de terminado ese período, puede haber una extensión más de 30 días adicionales. Si es necesaria una extensión, será notificado dentro del período inicial de 45 días, o dentro del período de extensión de 30 días, acerca de las circunstancias que requieren dicha extensión y la fecha en la cual se espera que se tome una decisión. El aviso de extensión le informará acerca de las normas para obtener el beneficio por incapacidad a largo plazo y los asuntos que estén retrasando la decisión respecto a su reclamación, así como la información adicional que se requiere para resolver esos asuntos.

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

Se postergará el período normal para tomar la decisión sobre la reclamación durante el período en que se le permita proporcionar información adicional. El plazo se posterga desde la fecha del aviso de extensión durante *45 días* o hasta la fecha en que el Fondo reciba su respuesta a la solicitud (lo que ocurra antes). Se le informará de la decisión *dentro de 30 días* después del vencimiento de este período.

Si se determina que no cumplió con los requisitos para la incapacidad a largo plazo, el Fondo le suministrará un aviso por escrito del rechazo que incluye toda la información estipulada en la sección Aviso de la decisión en las páginas 86 y 87, junto con la siguiente información si la determinación no se basa en la determinación de incapacidad que realiza la Social Security Administration:

(i) un análisis de la decisión, que incluye una explicación de los fundamentos para estar de acuerdo o en desacuerdo: (a) toda la evidencia de las opiniones de los profesionales de atención médica que tratan al reclamante y de los profesionales ocupacionales que evaluaron al reclamante presentada ante el Plan, (b) las opiniones de los expertos médicos u ocupacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en representación del Plan, independientemente de si el Plan se basó o no en dichas opiniones, y (c) cualquier determinación que la Social Security Administration haya realizado en relación con la incapacidad del reclamante;

(ii) cualquier exclusión basada en la necesidad médica, tratamiento experimental o similar, o límite en el cual se basa el rechazo, y una explicación del juicio científico o clínico de la determinación, en el cual se aplican los términos del Plan a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación debe suministrarse sin cargo al reclamante si así lo solicita;

(iii) la norma, pauta, protocolo o estándar interno, o un criterio similar que se utilizó para tomar la determinación adversa, o, si ese no fuera el caso,

una declaración de que no existe dicha norma, pauta, protocolo, estándar o criterio similar;

(iv) si así se solicita, la identidad de cualquier experto médico u ocupacional cuyo asesoramiento se obtuvo en representación del Plan en relación con la determinación de beneficios adversa, independientemente de si se utilizó dicho asesoramiento al momento de tomar la determinación de los beneficios; y

(v) una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, cuando lo solicite y sin costo, copias de todos los documentos, registros y otra información relativa a su reclamación por beneficios.

El aviso de rechazo para una reclamación por incapacidad se brindará de manera apropiada desde el punto de vista lingüístico y cultural, tal como se define en la 29 C.F.R. Sección 2560.503-1(o).

Reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado

Si su beneficiario presenta una reclamación de beneficios por muerte, el Fondo tomará una decisión al respecto y notificará a su beneficiario *dentro de un plazo de 90 días* desde la recepción de la reclamación. Si el Fondo necesita una extensión del plazo debido a motivos que están fuera de su control, se le permite un período adicional de *90 días*. El Fondo le notificará a su beneficiario, antes de cumplirse el período original de 90 días, el motivo del retraso y cuándo se tomará la decisión. La decisión se tomará dentro del período de extensión de 90 días y el Fondo le notificará por escrito.

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

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

Aviso de la decisión

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

- las razones para el rechazo, si el rechazo es total o parcial y si se toma alguna determinación adversa de beneficios (por ejemplo, el Plan paga menos del 100% de la reclamación),
- las referencias específicas a las disposiciones del Plan en las que se basa el rechazo,
- una descripción de cualquier información adicional necesaria para completar su reclamación y una explicación de por qué es necesaria dicha información, y
- una descripción del proceso de apelaciones y los límites de tiempo, así como también una declaración de su derecho a iniciar una demanda civil conforme a la Sección 502(a) de la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (Employee Retirement

Income Security Act of 1974, "ERISA") dentro de un plazo de tres años desde la fecha en que se rechazó la apelación.

Para reclamaciones de atención de urgencia y anteriores al servicio, usted recibirá un aviso de la determinación incluso cuando se apruebe la reclamación. El plazo de entrega de este aviso depende del tipo de reclamación, según se describe en las páginas 90 a 95.

Apelación de reclamaciones rechazadas

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

Hay diferentes procesos de apelación para reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias), reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de la vista), reclamaciones de beneficios por incapacidad a largo plazo (Metropolitan Plan únicamente) y reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado. Para obtener información sobre cómo presentar apelaciones para reclamaciones rechazadas del seguro de vida y seguro de muerte y mutilación accidentales, póngase en contacto con MetLife.

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

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

* Esta instancia de apelación es voluntaria.

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

Presentación de una apelación

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

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

Si presenta una apelación, se le brindará, sin costo alguno y si así lo solicita, acceso a todos los documentos, registros u otra información relevante para su apelación, o copias de estos (incluida la información adicional que se describe en las páginas 84 a 86 en el caso de una apelación por incapacidad a largo plazo que incluya una determinación de incapacidad que no esté basada en la determinación de incapacidad realizada por la Social Security Administration).

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

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

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

Si usted no 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, puede que se vea impedido de utilizar los recursos legales.

Dónde presentar una apelación de primera instancia

Beneficio	Escriba a:	O llame al
Beneficios hospitalarios Beneficios médicos Beneficios de salud del comportamiento Beneficios de abuso de sustancias	Empire BlueCross BlueShield P.O. Box 1407 Church Street Station New York, NY 10008-1407	1-866-316-3394
Beneficios de farmacia	Prescription Claims Appeals CVS Caremark P.O. Box 52084 Phoenix, AZ 85072-2084 Fax: 1-866-443-1172	Las apelaciones, excepto aquellas por reclamaciones clínicas de urgencia, solo se aceptan por escrito*
Beneficios del cuidado de la vista	Davis Vision P.O. Box 791 Latham, NY 12110	Solo se aceptan apelaciones por escrito
Beneficios dentales	Delta Dental One Delta Drive Mechanicsburg, PA 17055 Attn: Professional Services	Las apelaciones, excepto aquellas por atención de urgencia, solo se aceptan por escrito**
Beneficios por incapacidad a largo plazo (Metropolitan Plan únicamente)	Board of Trustees' Appeals Committee*** c/o Building Service 32BJ Health Fund 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676	Solo se aceptan apelaciones por escrito
Beneficio por muerte del pensionado	Board of Trustees' Appeals Committee*** c/o Building Service 32BJ Pension Fund 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676	Solo se aceptan apelaciones por escrito
Beneficio del seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100 Fax: 1-570-558-8645	Solo se aceptan apelaciones por escrito

* También se puede presentar una apelación por una reclamación clínica de urgencia en forma verbal llamando al Servicio de atención al cliente de CVS Caremark al 1-877-765-6294 o su **médico** puede llamar al 1-800-294-5979.

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

***Puede comparecer en persona a la reunión del Comité de Apelaciones, pero no es necesario. Si no asiste, el Comité de Apelaciones tomará una decisión sobre su apelación basándose en todos los materiales que envió.

Plazos para las decisiones sobre apelaciones

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

Apelaciones aceleradas por reclamaciones de atención de urgencia

Si su reclamación incluye atención de urgencia para servicios de salud (beneficios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) o ciertos servicios de salud auxiliares (beneficios de farmacia o dentales), puede presentar una apelación acelerada si su proveedor cree que se necesita una apelación inmediata debido a que un retraso en el tratamiento representaría una amenaza grave o inminente a su salud o capacidad para recuperar su función máxima, o bien, lo sometería a un dolor agudo que no podría controlarse de manera adecuada sin la atención o tratamiento al que se refiere la reclamación. Esta apelación puede presentarse por escrito o llamando a los números que figuran en la tabla de la sección Dónde presentar una apelación de primera instancia en la página 89. Puede tratar la determinación del revisor e intercambiar cualquier información necesaria por teléfono, por fax o por medio de cualquier otra forma rápida de intercambio. Recibirá una respuesta *dentro de un plazo de 72 horas*.

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

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

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

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

Solicitud de apelación acelerada

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

Apelación de segunda instancia para reclamaciones que involucran juicio médico

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

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

No hay cargo por este proceso de revisión independiente. El Plan acatará la decisión de la IRO. Para solicitar una derivación a una IRO, el motivo del rechazo se debe basar en el juicio médico o en la determinación de idoneidad clínica de Empire. Como se indicó anteriormente, "juicio médico" significa una determinación basada en, entre otros, los requisitos del plan para necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o efectividad de un beneficio cubierto o una determinación de si un tratamiento es experimental o investigativo¹⁷. Las exclusiones o los límites administrativos, de cobertura de beneficios o elegibilidad no son elegibles para la revisión de la IRO.

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

Consulte la nota al pie 17 en la página 133.

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

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

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

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

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

Instancia voluntaria de apelación

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

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

Si no está de acuerdo con la decisión, puede iniciar una acción civil de acuerdo con la Sección 502(a) de la Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act of 1974, "ERISA"). Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación obligatorio y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que se hayan cumplido los plazos correspondientes descritos en esta SPD desde que presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o aviso de que se necesita una extensión del plazo para adoptar dicha decisión.

Además, no se puede 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 se tendrá que presentar *dentro de un plazo de 180 días* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación que le envió el revisor correspondiente, según figura en la tabla de la sección Apelación de reclamaciones rechazadas en la página 87. 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

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

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

voluntaria de apelación. El Plan no le impondrá (ni a usted ni a su representante autorizado) honorarios ni costos debido a que usted o su representante autorizado escoja invocar el proceso voluntario de apelación. Su decisión de presentar o no una controversia por beneficios en la instancia voluntaria de apelación no tendrá efecto sobre sus derechos a cualquier otro beneficio cubierto por el Plan. Si lo solicita, el Plan le proporcionará (a usted o a su representante) información suficiente para que evalúe con conocimiento de causa la presentación de una reclamación por medio del proceso de apelación voluntaria, lo que incluye su derecho de representación.

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

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

Si usted (o su representante autorizado) 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.

Apelación de reclamaciones del beneficio por incapacidad a largo plazo (Metropolitan Plan únicamente) y beneficio por muerte del pensionado

Si presenta una apelación por una reclamación de LTD o del beneficio por muerte del pensionado, se tomará una decisión en la próxima reunión programada regularmente del Comité de Apelaciones, después de recibir su apelación. Sin embargo, si su solicitud se recibe con menos de 30 días de anticipación a la próxima reunión programada regularmente, se revisará su apelación en la segunda reunión después de la fecha de recepción de su solicitud. Si existen circunstancias especiales, es posible que sea necesario un retraso hasta la tercera reunión programada regularmente después de la recepción de su solicitud de revisión. Se le avisará con anticipación y por escrito si es necesaria esta extensión. Una vez que se llegue a una decisión sobre la revisión de su reclamación, se le notificará de esta lo antes posible, a más tardar *cinco días* después de que se haya tomado la decisión.

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 del Comité de Apelaciones tome la decisión

sobre la apelación. El aviso por escrito de la decisión de la apelación incluirá toda la información estipulada en la sección Aviso de la decisión en las páginas 86 y 87. Además, si su apelación fue por incapacidad a largo plazo y la decisión de la apelación no se basó en la determinación de incapacidad realizada por la Social Security Administration, su aviso de la decisión de la apelación también incluirá:

(i) un análisis de la decisión, que incluye una explicación de los fundamentos para estar de acuerdo o en desacuerdo: (a) toda la evidencia de las opiniones de los profesionales de atención médica que tratan al reclamante y de los profesionales ocupacionales que evaluaron al reclamante presentada ante el Plan, (b) las opiniones de los expertos médicos u ocupacionales cuyo asesoramiento se obtuvo en representación del Plan, independientemente de si el Plan se basó o no en dichas opiniones, y (c) cualquier determinación que la Social Security Administration haya realizado en relación con la incapacidad del reclamante;

(ii) cualquier exclusión basada en la necesidad médica, tratamiento experimental o similar, o límite en el cual se basa el rechazo, y una explicación del juicio científico o clínico de la determinación, en el cual se aplican los términos del Plan a las circunstancias médicas del reclamante, o una declaración de que dicha explicación debe suministrarse sin cargo al reclamante si así lo solicita;

(iii) la norma, pauta, protocolo o estándar interno, o un criterio similar que se utilizó para tomar la determinación adversa, o, si ese no fuera el caso, una declaración de que no existe dicha norma, pauta, protocolo, estándar o criterio similar;

(iv) si así se solicita, la identidad de cualquier experto médico u ocupacional cuyo asesoramiento se obtuvo en representación del Plan en relación con la determinación de beneficios adversa, independientemente de si se utilizó dicho asesoramiento al momento de tomar la determinación de los beneficios; y

(v) una declaración de que el reclamante tiene derecho a recibir, cuando lo solicite y sin costo, copias de todos los documentos, registros y otra información relativa a su reclamación por beneficios.

El aviso de rechazo para una reclamación por incapacidad se brindará de manera apropiada desde el punto de vista lingüístico y cultural, tal como se define en la 29 C.F.R. Sección 2560.503-1(o).

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 adoptar dicha decisión. **Además, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en la cual se rechazó la apelación correspondiente.** Si no se toma una decisión con respecto a la apelación, no se puede entablar una demanda más de tres años después de la fecha en que el Comité de Apelaciones debería haber tomado una decisión sobre ella.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, póngase en contacto con la Oficina de Cumplimiento a la dirección que figura en la página 122. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación o para obtener asistencia, puede comunicarse con Employee Benefits Security Administration llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.askebsa.dol.gov.

Incapacidad

Si se determina que una persona que tiene derecho a los beneficios del Plan está incapacitada para manejar sus asuntos debido a una enfermedad, 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**, recibirá solo 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 notifique al Centro de servicios para afiliados cuando cambie de dirección. Si no podemos localizarlo, el Fondo retendrá cualquier pago de beneficios que le deba, sin intereses, hasta que se pueda realizar el pago. Se considera que no se lo puede ubicar si se devuelve una carta que se le envió por correo de primera clase a su última dirección conocida.

Coordinación de Beneficios*

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

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

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

Excepto por los casos como Medicare y **TRICARE**, que se describen en las páginas 98 y 99, y por los beneficios dentales, que se describen en las páginas 67 y 68, las reglas para determinar cuál es el plan principal son las siguientes:

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

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

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

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

Medicare

- Si usted (o un dependiente) se vuelve elegible para inscribirse en Medicare debido a la edad o a una incapacidad (según las normas aplicadas por el Seguro Social) y usted trabaja en un **empleo cubierto**, usted, o su dependiente, puede mantener o cancelar su cobertura (el cónyuge puede cancelarla cuando cumpla los 65 años) en este Plan. La cancelación de su cobertura no afecta la obligación de su **empleador** cubierto de continuar realizando contribuciones al Plan en su nombre. Si usted (o su dependiente) decide tener cobertura de este Plan y de Medicare, este Plan será el principal y Medicare será el secundario siempre que permanezca en un **empleo cubierto**. Si cancela su cobertura conforme a este Plan, no puede volver a elegir este Plan. Además, si cancela su cobertura conforme a este Plan, el Plan no podrá ofrecerle ningún beneficio que pudiera complementar los beneficios de Medicare.

Cuando cancela su cobertura conforme a este Plan, se cancela toda la cobertura de beneficio, incluidos los beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, medicamentos con receta, atención dental, cuidado de la vista y seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, e incapacidad a largo plazo.

- Si usted no trabaja en un **empleo cubierto** (por ejemplo, usted se ha retirado de manera anticipada o por una incapacidad o está recibiendo beneficios por incapacidad a largo plazo) y su dependiente es elegible para inscribirse en Medicare debido a una incapacidad o a la edad (según las normas aplicadas por el Seguro Social), Medicare será el plan principal y este Plan será el secundario para cada familiar cubierto que sea elegible para Medicare. Su dependiente debe inscribirse en la cobertura de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Si su dependiente no se inscribe, debido a que este Plan paga como seguro secundario, usted será considerado financieramente responsable de lo que Medicare habría pagado si su dependiente se hubiese inscrito. Aquellos familiares que no sean elegibles para inscribirse en Medicare continuarán recibiendo cobertura principal de este Plan. El Plan paga como plan principal por los primeros seis meses de la incapacidad a corto plazo y la indemnización por accidentes y enfermedades laborales. Sin embargo, Medicare puede exigirle que se inscriba en un plazo de tres meses después de cumplir los 65 años.

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

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

Beneficios del seguro sin culpa. Si una persona cubierta por este Plan tiene una reclamación que incluye un accidente en un vehículo motorizado cubierto por la ley de seguros "sin culpa" de cualquier estado, los gastos de atención de salud deben ser reembolsados primero por la compañía de seguros del seguro sin culpa. El reclamante tendrá derecho a recibir beneficios de atención de salud conforme a este Plan solo cuando haya agotado sus beneficios de atención de salud con la cobertura sin culpa. Si existen gastos por servicios que están cubiertos por este Plan que la compañía del seguro sin culpa no reembolsó completamente, se pueden reembolsar gastos impagos en virtud de este Plan, bajo los máximos aplicables por el Plan y otras disposiciones. Si está cubierto contra la pérdida de ingresos por algún seguro de responsabilidad civil sin culpa para vehículos motorizados, cualquier beneficio disponible por el seguro sin culpa producto de la pérdida de ingresos reducirá los beneficios por incapacidad que paga este Plan.

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

Indemnización por accidentes y enfermedades laborales. Este Plan no proporciona beneficios por gastos cubiertos por las leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales. Si un **empleador** disputa la aplicación de la Ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales por la enfermedad o lesión por la cual se incurrió en los gastos, el Plan pagará los beneficios, sujeto a su derecho de volver a recuperar esos pagos en caso de que se determine que están cubiertos por la Ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales (para obtener información sobre la subrogación y reembolso de beneficios, consulte las páginas 101 a 104).

Divulgación de información al Fondo: Fraude

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

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

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

El Fondo evalúa regularmente las reclamaciones para detectar fraudes o declaraciones falsas. Debe avisar al Fondo de cualquier descuento o ajuste de precios que le haga un proveedor. Un proveedor que lo exime de un **copago** o **coseguro**, o se lo devuelve está realizando un arreglo de descuento con usted, a menos que ese proveedor tenga un acuerdo por escrito aprobado previamente con el Fondo para ese tipo de exención o devolución. 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 devolución de **copagos** o **deducibles** cuando sea aplicable al plan del afiliado.

Subrogación y reembolso

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

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

Este derecho de retención surge a raíz del funcionamiento del Plan. No se necesita un acuerdo adicional de subrogación o reembolso. El derecho

de retención del Fondo es sobre las indemnizaciones que se reciban de cualquier fuente por concepto de cualquier pago, obligación, acuerdo, fallo judicial y/o sentencia.

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

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

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

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

- restituir al Fondo el monto total de los beneficios que se les paguen a usted y/o a sus dependientes de las indemnizaciones de cualquier pago, obligación, acuerdo, fallo judicial y/o sentencia, en la medida que lo permita la ley,

- que las indemnizaciones de cualquier obligación, acuerdo, fallo judicial y/o sentencia que reciba de un tercero, de una compañía de seguros o de cualquier otra fuente que se le paguen directamente a usted (o a otra persona o entidad), usted (o dicha persona o entidad) las retendrá en un fideicomiso implícito para el Fondo. (Se aplican las mismas reglas para cualquier otra persona a quien ceda sus derechos.) El beneficiario de dichas indemnizaciones es un fiduciario del Fondo respecto a dichos fondos y está sujeto a las disposiciones y obligaciones fiduciarias de ERISA. El Fondo se reserva el derecho de recuperar los fondos de parte de dicha persona, entidad o fideicomiso y de nombrar a dicha persona, entidad o fideicomiso como demandado en cualquier litigio que se derive de los derechos de subrogación o reembolso del Fondo,
- que cualquier embargo que el Fondo realice no se reducirá por concepto de honorarios de abogados, costas judiciales o desembolsos en que pudiera incurrir usted y/o su abogado en una acción que procure la recuperación de parte de un tercero o de cualquier otra fuente, y estos gastos no pueden usarse para compensar su obligación de restituir el monto total sujeto a embargo al Fondo, y
- que cualquier recuperación no se reducirá producto de la aplicación de la doctrina de fondo común para recuperar los honorarios de abogados, ni estará sujeta a ello.

Recomendamos encarecidamente que, si se lesiona como resultado de la negligencia o hecho ilícito de un tercero, o si las lesiones son el resultado de sus propios actos, o de los actos de sus dependientes, se comunique con su abogado para pedirle asesoría y orientación. Sin embargo, este Fondo no puede pagar y no pagará los honorarios de su abogado. El Fondo no le exige que procure recuperación alguna por parte de un tercero u otra fuente, y si no recibe recuperación alguna, no está obligado de modo alguno a reembolsar al Fondo por ningún beneficio que haya solicitado y se haya aceptado. Sin embargo, en caso de que no procure la reparación de ningún tercero ni de otras fuentes responsables, el Fondo está autorizado para procurar, demandar, negociar o llegar a un acuerdo (a discreción de la Junta) con respecto a cualquier reclamación en su nombre y usted acepta firmar cualquier documento necesario para presentar dichas reclamaciones y acepta cooperar totalmente con el Fondo en los procedimientos judiciales respectivos.

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

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

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

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

Pagos en exceso

- Si usted (o su dependiente o beneficiario) recibe 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 de cualquier pago hecho por error. Los montos recuperados pueden incluir intereses y costos. Si no se devuelve el pago, el Fondo puede deducir el monto del pago en exceso de cualquier beneficio futuro proveniente de este Fondo que de otro modo recibiría usted (o su dependiente o beneficiario), o puede entablar una demanda para recuperar el pago.
- Si el pago se realiza en su nombre (o en nombre de un dependiente) a un hospital, **médico** u otro proveedor de atención de salud, y se determina que se trataba de un pago en exceso, el Fondo le solicitará la devolución de este 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 colectiva continuada

Durante una licencia médica y familiar

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

El Fondo mantendrá el estatus de elegibilidad del empleado hasta que termine la licencia, siempre que el **empleador contribuyente** conceda adecuadamente la licencia conforme a la FMLA y presente 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 informarse sobre la cobertura durante una licencia FMLA.

Durante una licencia por servicio militar

Si se encuentra de licencia por servicio militar activo durante 31 días o menos, seguirá teniendo cobertura médica conforme a la Ley de los derechos de empleo y reempleo de los servicios uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, "USERRA") de 1994. Si está en servicio militar activo durante más de 31 días, la ley USERRA le permite continuar recibiendo cobertura médica y dental para usted y sus dependientes a su cargo por hasta 24 meses siempre que se inscriba para tener cobertura. Esta cobertura continua funciona del mismo modo que COBRA. (Consulte las páginas 10 a 14 y las páginas 107 a 112 para obtener información sobre COBRA). Además, sus dependientes pueden ser elegibles para recibir atención médica conforme a **TRICARE**. Este Plan coordinará la cobertura con **TRICARE**. (Consulte la página 99).

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

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

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

Conforme a COBRA

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

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

Si usted está incapacitado y recibe (o tiene aprobación para recibir) beneficios conforme al beneficio de incapacidad a corto plazo legal (con un límite de seis meses), la indemnización por accidentes y enfermedades laborales, la cobertura por incapacidad a largo plazo de este Plan (Metropolitan Plan únicamente) o una pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund, el Plan proporciona cobertura hasta por 30 meses mientras permanezca incapacitado, no pueda trabajar y solicite la cobertura. Si su **empleador** lo despide y su despido pasa a arbitraje para su reincorporación, el Plan proporciona cobertura hasta por seis meses a partir de la fecha de su despido. En estos dos casos, no necesita pagar la prima ya que el Fondo la paga. Tenga en cuenta que el período máximo en que tiene cobertura conforme a COBRA se reduce con cada período en que recibe la extensión de cobertura de salud pagada por el Fondo.

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

Continuación de cobertura conforme a COBRA

La cobertura puede continuar para:	Un evento que califica (que tiene como resultado la pérdida de la cobertura de salud):	Duración máxima de la cobertura:
Usted y sus dependientes elegibles	Su empleo cubierto termina por causas distintas a una mala conducta flagrante	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	Pide 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

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

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

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

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

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

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

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

Plan debido a dicho evento, lo que ocurra después. Su aviso debe incluir la siguiente información:

- nombres de las personas interesadas en la continuación conforme a COBRA y la relación con el participante,
- fecha del evento que califica, y
- tipo de evento que califica. (Consulte la tabla de Eventos que califican en la página 108).

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

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

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

Si usted tiene 65 años o más cuando se produce un evento que califica que requiere el ofrecimiento de la cobertura de COBRA para usted y sus dependientes, Medicare será el seguro principal y el Plan será el seguro secundario para usted y cualquiera de sus dependientes que tenga 65 años

o más. Si no se inscribe para recibir la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare, incluso si este Plan paga como seguro secundario, usted será el responsable financiero de lo que Medicare habría pagado si se hubiese inscrito adecuadamente.

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

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

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

Lo que proporciona la cobertura conforme a COBRA. COBRA generalmente ofrece la misma cobertura de salud que está disponible para empleados y familiares en situaciones similares; sin embargo, los beneficios de seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales e incapacidad a largo plazo (Metropolitan Plan únicamente) no están disponibles, excepto según lo dispuesto por la extensión de salud pagada por el Fondo por hasta seis meses. Si, durante el período de cobertura continua conforme a COBRA, cambian los beneficios de salud del Plan para los empleados activos, los mismos cambios se aplicarán a los beneficiarios de COBRA.

Cuándo termina la cobertura conforme a COBRA. La cobertura conforme a COBRA normalmente termina después del período máximo de cobertura que se muestra en la tabla de la página 108. Terminará antes del término del período máximo en alguna 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 conforme a COBRA después de que termina por cualquier motivo.

Otra información del Plan de salud que debe saber

Cesión de beneficios del Plan

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

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

Si bien, como se describe anteriormente, usted no puede asignarle a un proveedor su derecho a presentar una apelación según los procedimientos de apelaciones del Plan o a presentar una demanda por beneficios según la Sección 502(a) de ERISA, es posible que pueda permitirle a un proveedor actuar como su representante autorizado en una apelación según los procedimientos de apelaciones del Plan. Para poder designar a un proveedor como su representante autorizado, debe presentar una autorización con firma legible junto con su apelación, la cual debe incluir toda la información estipulada en la sección Designación de un representante autorizado en la página 81.

Orden de manutención infantil médica calificada

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

Una orden de manutención infantil médica calificada es generalmente resultante de un divorcio o separación legal. Siempre que el Centro de servicios para afiliados recibe una orden de manutención infantil médica calificada, el Fondo examina detenidamente su condición de que califica en concordancia con los procedimientos sobre órdenes de manutención infantil médica calificadas adoptados por la Junta y conforme la ley federal. Para obtener más información sobre las órdenes de manutención infantil médica calificadas, u obtener una copia sin costo de los procedimientos del Plan sobre estas, comuníquese con la Oficina de Cumplimiento en la dirección que figura en la página 122.

Exención de responsabilidad por la práctica médica

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

Privacidad de la información de salud protegida

La Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, "HIPAA") es una ley federal que impone ciertas obligaciones de confidencialidad y seguridad al Fondo respecto de las historias clínicas y de otra información de salud que lo identifique como individuo usada o divulgada por el Fondo. La ley HIPAA también le otorga derechos respecto de su información de salud, lo que incluye algunos derechos para recibir copias de dicha información que el Fondo guarde sobre su persona, y para saber cómo puede usarse su información de salud. Una descripción completa de cómo usa el Fondo su información de salud, y de sus otros derechos conforme a las reglas de privacidad de la ley HIPAA, está disponible en el "Aviso de prácticas de privacidad" del Fondo que se distribuye a todos los participantes. Cualquier persona puede solicitar una copia adicional de este aviso comunicándose con la Oficina de Cumplimiento en la dirección que figura en la página 122.

La Junta de fideicomiso del Fondo adoptó ciertas normas de privacidad y seguridad establecidas en la ley HIPAA, lo cual le exige a la Junta de fideicomiso, en su función de patrocinador del Plan para el Fondo, que mantenga la privacidad y seguridad de su información de salud. Puede dirigir cualquier pregunta sobre la ley HIPAA a la Oficina de Cumplimiento en la dirección que figura en la página 122.

Conversión a cobertura individual

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

Todos los demás beneficios del Plan. No puede convertir en cobertura individual los beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, de medicamentos con receta, de atención dental, de cuidado de la vista, de incapacidad a corto plazo (Suburban Plan únicamente), de incapacidad a largo plazo o del seguro en caso de muerte o mutilación accidentales.

Información general

Contribuciones del empleador

El Plan recibe contribuciones conforme a los acuerdos colectivos de trabajo entre Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc., o varios otros **empleadores** independientes, 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 es aprobado por los Agentes fiduciarios, mediante la firma de un acuerdo de participación. Otros **empleadores** (como la misma Local 32BJ, los Fondos de Beneficios de la 32BJ y Realty Advisory Board) participan en el Fondo en nombre de sus empleados firmando un acuerdo de participación.

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

Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios

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

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

También debe tener en cuenta que los beneficios del Plan no se pagan a dependientes inscritos que pierdan la elegibilidad debido a la edad, matrimonio, divorcio o separación legal (a menos que elijan y paguen por los beneficios conforme a COBRA, como se describe en las páginas 10 a 14 y en las páginas 107 a 112).

Si el Plan paga equivocadamente una cantidad mayor que aquella para la cual usted es elegible, o paga beneficios que no están autorizados por el Plan, el Fondo puede recurrir a los recursos permitidos por la ley para recuperar los beneficios que pagó por error. (Consulte también la sección Subrogación y reembolso en las páginas 101 a 104 y la sección Pagos en exceso en la página 105).

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 prevalecen sobre las leyes estatales.

Modificación o cancelación del Plan

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

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

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

Administración del Plan

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

La Junta de fideicomiso administra el Plan, excepto por aquellas partes que son provistas por aseguradores con los que mantienen acuerdos asegurados. La Junta rige este Plan conforme a un Acuerdo y declaración de fideicomiso. La Junta o sus designados debidamente autorizados tienen el derecho, la facultad y la autoridad exclusivos, a su 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 y/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 absoluta discreción, para:

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

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

La Junta ha 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 Ley de seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974, con sus modificaciones

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

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

Puede continuar recibiendo la cobertura de salud colectiva por cuenta propia, de su cónyuge o dependientes si existe una pérdida de cobertura en el Plan como resultado de un evento que califica. Es posible que usted o sus dependientes deban pagar por dicha cobertura. Para conocer las normas que rigen los derechos de continuación de COBRA, lea este folleto (consulte las páginas 10 a 14 y las páginas 107 a 112 para obtener información sobre COBRA) y los documentos que rigen el Plan.

Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan

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

sus intereses y los intereses de los demás participantes y beneficiarios del Plan. Ninguna persona, incluido su **empleador**, su unión ni ninguna otra persona, puede despedirlo o discriminarlo para impedir que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza los derechos según ERISA.

Haga cumplir sus derechos

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

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

Si se rechaza o se ignora su reclamación de beneficios, ya sea en forma total o parcial, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal después de agotar el proceso de apelación del Plan. Si los fiduciarios del Fondo hacen uso indebido del dinero del Fondo o si sufre algún tipo de discriminación por ejercer sus derechos, puede pedir ayuda al U.S. Department of Labor o presentar una demanda ante un tribunal federal. No puede presentar una demanda hasta que haya seguido los procedimientos de apelación descritos en las páginas 76 a 96. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si obtiene un fallo favorable, el tribunal puede ordenarle a la parte demandada que pague dichos costos y honorarios. Si el fallo es desfavorable, el tribunal puede ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios si, por ejemplo, se considera que su reclamación carece de fundamentos.

Ayuda con sus preguntas

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

del plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de EBSA del U.S. Department of Labor, que aparezca en su directorio telefónico o con:

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

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

Información del Plan

Esta Descripción abreviada del plan es el documento formal del plan para los Metropolitan and Suburban Plans 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 MetLife, que asegura los beneficios del seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, y Guardian Life Insurance Company of America que asegura los beneficios del seguro de vida y el seguro en caso de muerte y mutilación accidentales provisto en virtud del Suburban Plan. Todas las contribuciones realizadas al Fondo de fideicomiso son realizadas por los **empleadores contribuyentes** al Plan conforme a sus acuerdos por escrito. Los beneficios son administrados por las organizaciones enumeradas en la tabla de la página 89.

Patrocinador y administrador del Plan

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

**Board of Trustees
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 realizando contribuciones al Plan en nombre de los empleados que trabajan bajo un acuerdo por escrito, así como la dirección de cada **empleador**. Además, se puede obtener una lista completa de los **empleadores** y uniones que patrocinan el Plan cuando lo solicite por escrito a la Oficina de Cumplimiento; también está a disposición para 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. Para controversias que surjan de la parte del Plan asegurada por Guardian, la notificación del proceso legal puede realizarse en 10 Hudson Yards, Corporate Compliance: Complaints Dept., New York, NY 10001.

Glosario

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Empleador (consulte **Empleador contribuyente**).

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

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

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

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

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

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

- los proporciona un **médico**, hospital u otro proveedor de servicios de salud,
- corresponden a los síntomas o el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión; o son de naturaleza preventiva, tales como exámenes físicos anuales, atención de mujeres sanas, atención de niños sanos e inmunizaciones, y el Plan especifica que están cubiertos,
- no son experimentales, excepto que se especifique lo contrario en este folleto,

- cumplen las normas de la buena práctica médica,
- cumplen los requisitos de idoneidad médicos y quirúrgicos establecidos según las pautas de las políticas médicas de Empire BlueCross BlueShield,
- deben brindar el nivel de servicio más adecuado que se le pueda proporcionar de forma segura al paciente,
- no se realizan únicamente para comodidad del paciente, la familia o el proveedor, y
- no son principalmente de custodia.

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

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

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

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

Proveedores dentro de la red (o proveedores participantes) son aquellos que tienen un contrato con el Fondo, Empire, CVS Caremark, Delta Dental, Davis Vision, o 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 certificaciones profesionales individuales.

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

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

Notas al pie

- 1 **Hospital/establecimiento** es un establecimiento general plenamente certificado de atención aguda que posee todo lo siguiente en sus propias instalaciones:
- una amplia gama de los principales servicios quirúrgicos, médicos, terapéuticos y de diagnóstico disponibles en todo momento para tratar casi todas las enfermedades, accidentes y emergencias,
 - un servicio de enfermería general las 24 horas que cuenta con enfermeros diplomados que se encuentran de turno y están presentes en el hospital en todo momento,
 - una sala de cirugías con todo su personal que sea adecuada para cirugías de mayor magnitud, junto con un servicio y equipo de anestesia (el hospital debe realizar cirugías de mayor magnitud con la frecuencia suficiente como para mantener un alto nivel de experiencia respecto a dicho tipo de cirugía para asegurar una atención de calidad),
 - personal de **emergencias** asignado y un "carro de paro" para tratar paros cardíacos y otras emergencias médicas,
 - instalaciones de radiología diagnóstica,
 - un laboratorio patológico, y
 - un personal médico organizado de **médicos** certificados.

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

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

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

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

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

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

- 2 La **Cirugía ambulatoria** incluye los centros quirúrgicos de los hospitales, los cirujanos y los asistentes quirúrgicos; la quimioterapia y la radioterapia, lo que incluye medicamentos, dentro de un departamento ambulatorio de un hospital, consultorio de un **médico** o centro (los medicamentos que forman parte de un tratamiento hospitalario ambulatorio están cubiertos si los receta el hospital y se surten en la farmacia del hospital). La cirugía ambulatoria (que incluye los procedimientos diagnósticos invasivos) es aquella que no requiere una hospitalización nocturna y:
 - se realiza en un centro ambulatorio u hospitalario de cirugía ambulatoria,
 - requiere el uso de salas quirúrgicas y de recuperación postoperatoria,
 - no requiere una admisión de hospitalización, y
 - justificaría una admisión de hospitalización si no existiera un programa de cirugía ambulatoria.
- 3 El **tratamiento de diálisis renal** (que incluye hemodiálisis y diálisis peritoneal) con cobertura **dentro de la red**, únicamente está cubierto en los siguientes entornos hasta que Medicare se convierta en el plan principal para la diálisis de la enfermedad renal en etapa terminal (que ocurre después de 30 meses):
 - en el hogar, cuando la proporcione, supervise y coordine un **médico** y el paciente se haya registrado en un centro aprobado para el tratamiento de la enfermedad renal (no se cubre: la ayuda profesional para realizar la diálisis y cualquier arreglo eléctrico, de mobiliario, plomería u otro que se necesite en el hogar para permitir el tratamiento de diálisis en el hogar), o
 - en un **centro independiente** o en un entorno hospitalario dentro de la **red** de Empire. Consulte los detalles en la nota al pie 1.
- 4 Un **Centro de enfermería especializada** es una institución certificada (o un lugar aparte dentro de un hospital) que participa principalmente en proporcionar atención continua de enfermería y servicios relacionados con pacientes que necesitan atención médica, atención de enfermería o servicios de rehabilitación. Los centros de enfermería especializada son útiles si no se necesita el nivel de atención que brinda un hospital, pero no se está en condiciones de recuperarse en el hogar. El Plan cubre la estadía en un centro especializado de enfermería, hasta por 60 días por persona por año calendario. Sin embargo, debe usar un establecimiento **dentro de la red** y su **médico** debe proporcionar una derivación y un plan de tratamiento por escrito, una estimación de la duración de la estadía y una explicación de los servicios que necesita y los beneficios esperados de la atención. Se debe proporcionar la atención bajo la supervisión directa de un **médico**, enfermero, fisioterapeuta u otro profesional de la salud.

- 5 La **Atención a pacientes con enfermedades terminales** está orientada a pacientes con diagnóstico de una enfermedad terminal (es decir, tienen una esperanza de vida de seis meses o menos). La atención a pacientes con enfermedades terminales se cubre únicamente **dentro de la red**, es decir, no existen beneficios de este tipo **fuera de la red**. El Plan cubre servicios de atención a pacientes con enfermedades terminales cuando el **médico** del paciente certifica que este tiene una enfermedad terminal y dicha atención se brinda en una organización de la especialidad certificada por el estado en que se ubica esta. Los servicios de atención a pacientes con enfermedades terminales incluyen:
 - hasta 12 horas al día de atención de enfermería intermitente por parte de un enfermero diplomado o un enfermero auxiliar diplomado,
 - atención médica por parte del **médico** del centro,
 - medicamentos recetados por el **médico** del paciente que no sean experimentales y cuyo su uso esté aprobado por el directorio de medicamentos "Physicians' Desk Reference" más reciente,
 - medicamentos y fármacos aprobados,
 - fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y respiratoria, de ser necesario,
 - análisis de laboratorio, radiografías, quimioterapia y radioterapia,
 - servicios sociales y de orientación para la familia del paciente, lo que incluye visitas de orientación por duelo por hasta un año después de la muerte del paciente (si es elegible),
 - transporte **médicamente necesario** entre el hogar y el hospital o el centro,
 - suministros médicos y alquiler de equipos médicos duraderos, y
 - hasta 14 horas de atención paliativa a la semana.
- 6 La **Atención médica en el hogar** son los servicios y suministros que incluyen la atención de un enfermero diplomado o enfermero auxiliar diplomado y los servicios de asistentes de atención en el hogar. El Plan cubre hasta 200 visitas de atención médica en el hogar por persona por año calendario (**dentro de la red** únicamente), siempre que su **médico** certifique que dicha atención médica en el hogar es **médicamente necesaria** y presenta un plan de tratamiento por escrito. Hasta cuatro horas de atención por parte de un enfermero registrado, un asistente de atención en el hogar o un fisioterapeuta se cuentan como una sola visita de atención médica en el hogar. Los beneficios son pagaderos hasta por tres visitas al día (el Plan cubrirá un asistente de atención en el hogar siempre que los servicios se provean como parte de la atención médica de enfermería especializada). Los servicios de atención médica en el hogar incluyen:
 - atención de enfermería de tiempo parcial por parte de un enfermero registrado o enfermero auxiliar,
 - servicios de tiempo parcial de asistentes de atención en el hogar,
 - terapia del habla, terapia ocupacional o fisioterapia de restauración, Parte A de Medicare (seguro de hospital), y
 - análisis de laboratorio.

- 7 La **terapia de infusión en el hogar**, un servicio a veces proporcionado durante las visitas de atención médica en el hogar, está disponible solo **dentro de la red**. Todos estos servicios deben ser coordinados por el **médico** que lo trata.
- 8 **Beneficios de tratamiento en la sala de emergencias.** Recuerde comunicarse con el Servicio de Autorización previa al teléfono que se encuentra en el dorso de su tarjeta de identificación de Empire en un plazo de 48 horas después de una admisión hospitalaria de **emergencia**, según se describe en las páginas 27 a 33, para obtener la autorización previa para cualquier hospitalización continua. Si tiene una **emergencia** fuera del área operativa de Empire POS (consulte la página 27), muestre su tarjeta de identificación de Empire cuando visite un **proveedor participante** local de BlueCross BlueShield. Si el hospital participa en otro programa BlueCross y/o BlueShield, su reclamación será procesada por el plan local de BlueCross. Si no es un hospital participante, tendrá que presentar una reclamación para que le reembolsen los gastos elegibles.
- 9 Los **servicios de ambulancia** están cubiertos en una **emergencia** y en otras situaciones cuando son médicamente adecuadas (como llevar al paciente a su hogar cuando tenga una fractura importante o necesite oxígeno durante el viaje a su hogar).
- El servicio de ambulancia aérea tiene cobertura cuando la condición médica del paciente es tal que el tiempo que se necesita para transportarlo por tierra amenaza la supervivencia del paciente o pone en peligro gravemente su salud, o la ubicación del paciente es tal que la accesibilidad es solo posible por transporte aéreo; y el paciente es transportado al hospital más cercano con los equipos apropiados para el tratamiento, y hay una condición médica que pone en riesgo la vida del paciente.
- Los servicios de ambulancia no tienen cobertura si después del transporte no recibe servicios de tratamiento.
- Las condiciones médicas con peligro para la vida incluyen, entre otras, a las siguientes:
- sangrado intracraneal,
 - shock cardiopático,
 - quemaduras importantes que requieren de tratamiento inmediato en un Centro para Quemados,
 - condiciones que requieren tratamiento en una Unidad Hiperbárica de Oxígeno,
 - lesiones graves múltiples,

- trasplantes,
- trauma que pone en peligro una extremidad del cuerpo,
- embarazo de alto riesgo, e
- infarto agudo de miocardio, si el transporte en ambulancia propiciase que el paciente recibiera una intervención **médicamente necesaria** más oportuna (tal como PTCA o terapia de fibrilación).

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

- 10 La **atención de niños sanos** cubre las visitas a un pediatra, **médico** de familia, enfermero o enfermero practicante. Los controles regulares pueden incluir un examen médico, revisión de antecedentes médicos, evaluación del desarrollo, orientación sobre el desarrollo normal en la infancia y análisis de laboratorio. Los exámenes se pueden realizar en el consultorio o en un laboratorio en un plazo de cinco días desde la visita al consultorio del **médico**. La cantidad de visitas de la atención de niños sanos cubiertas por año depende de la edad de su hijo, tal como indica la tabla de la página 38. Las vacunas cubiertas incluyen: Difteria, tétano y tos ferina ("DtaP"), hepatitis B, Haemophilus influenza Tipo B ("Hib"), neumococo ("Pcv"), poliomielitis ("IPV"), sarampión, paperas y rubéola ("MMR"), varicela, tétano y difteria ("Td"), hepatitis A e influenza, HPV, rotavirus, antimeningocócica polisacárida y conjugados, y otras vacunas según lo determine la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics), la Superintendencia de Seguros y el Comisionado de Salud en el estado de New York o del estado donde viva su hijo.
- 11 Los **servicios de una enfermera partera certificada** están cubiertos si la misma está afiliada a un establecimiento certificado, o ejerce en conjunto con este, y se prestan los servicios bajo una dirección médica calificada.
- 12 El **parto en el hogar previamente planificado y atendido por una enfermera partera certificada** es un **servicio cubierto**. La tarifa de reembolso por este servicio es la tarifa global estipulada por contrato para los obstetras/ginecólogos de Empire POS para el área geográfica.

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

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

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

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

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

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

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

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

Apéndice A

Los siguientes beneficios dentales son para aquellos afiliados del Suburban Plan que trabajan y viven fuera del área metropolitana de New York, que incluye Connecticut, Pennsylvania, Maryland, Virginia, Washington, DC, Florida, o New England.

Cómo funciona el Plan

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

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

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 de servicios dentales participantes

Los beneficios dentales del Plan Dental incluyen la opción de “proveedor de servicios dentales participante” a través de Delta Dental. La **red** Delta Dental PPO es la **red** de proveedores de servicios dentales participante 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.
- 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 la página 78 y la página 80) 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.

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 las limitaciones de frecuencia que se indican en el Programa de servicios dentales cubiertos para el Plan dental en las siguientes páginas:

Programa de servicios dentales cubiertos

Los **servicios cubiertos** están enumerados en el "Programa de servicios dentales cubiertos" (el "Programa"), sujetos a las limitaciones de frecuencia que se establecen en dicho Programa. El Plan no paga beneficios por los procedimientos que no estén en dicho Programa, pero puede proporcionar un beneficio alternativo si es aprobado por el Fondo. Si tendrá que pagar estos servicios y cuánto costarán depende de si elige recibir atención dental del 32BJ Dental Center, 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 diente de por vida para pacientes menores de 16 años.

Servicios de diagnóstico

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Examen oral, periódico, limitado (centrado en el problema), integral o detallado y extenso (centrado en el problema)	El Plan paga el 100%	El Plan paga el monto que resulte menor entre los cargos reales y el 100% del monto permitido .	Dos por un año calendario.
Radiografías: • de boca completa, serie completa, que incluye mordida o placa panorámica			Una vez durante cualquier período de 36 meses consecutivos.
• mordida, dientes posteriores			Dos de cada procedimiento de radiografía de mordida en un año calendario.
• placas periapicales, un solo diente			Según sea necesario.
• placa oclusiva			Dos por fecha de servicio.
• placa cefalométrica o imagen fotográfica obtenida de manera intraoral o extraoral (cobertura de ortodoncia únicamente)			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%	El Plan paga el monto que resulte 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 • Segundo tratamiento de conducto* • Apicoectomía (se exige para el pago una placa postoperatoria que muestre la apicoectomía terminada y retrógrada)* • Pulpectomía	El Plan paga el 80%	El Plan paga el monto que resulte 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* • Apexificación/Recalcificación* • Sellado de la pulpa dental			Sólo para niños menores de 19 años.

*Estos servicios no se realizan en el Dental Center. Los pacientes del Dental Center serán derivados a un especialista **dentro de la red** de Delta Dental.

Periodoncia

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
• Gingivectomía o gingivoplastia • Cirugía ósea*	El Plan paga el 80%	El Plan paga el monto que resulte 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 en un año calendario.

* Estos servicios no se realizan en el Dental Center. Los pacientes del Dental Center serán derivados a un especialista **dentro de la red** de Delta Dental.

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%	El Plan paga el monto que resulte 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 máxilo facial*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
• Extracciones • Extracción de diente impactado,** raíces dentales residuales	El Plan paga el 80%	El Plan paga el monto que resulte 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 por los dientes de hasta 1.25 cm** e incisión y drenaje de un absceso intraoral o extraoral.**

** Estos servicios no se realizan en el Dental Center. Los pacientes del Dental Center serán derivados a un especialista **dentro de la red** de Delta Dental.

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%	El Plan paga el monto que resulte menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una vez por diente en un año calendario.
Corona prefabricada de acero inoxidable/resina (dientes temporales para niños solamente)*			Una vez por diente durante cualquier período de 24 meses consecutivos.
Incrustaciones, restauraciones y coronas en caso de que los dientes no se puedan restaurar con obturaciones normales debido al exceso de caries o a fracturas			Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos.

*Estos servicios no se realizan en el Dental Center. Los pacientes del Dental Center serán derivados a un especialista **dentro de la red** de Delta Dental.

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%	El Plan paga el monto que resulte menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% del monto permitido y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Una prótesis dental por arco durante cualquier período de 60 meses consecutivos.
Procedimientos de rebaje y recubrimiento de prótesis dentales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio			Una vez por aparato durante cualquier período de 36 meses consecutivos.
Prótesis dental parcial provisoria maxilar y mandibular			Una vez por aparato durante cualquier período de 60 meses consecutivos.
Acondicionamiento del tejido			

Prótesis dentales fijas

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Pónticos de prótesis dentales parciales fijas	El Plan paga el 50%	El Plan paga el monto que resulte 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%	El Plan paga el monto que resulte 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 cada 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 resulte menor entre los cargos reales y el 100% del monto permitido .	Una vez por fecha de servicio.

Servicios de ortodoncia*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Ortodoncia	El Plan paga el 100% hasta un beneficio máximo de por vida** de \$1,000	El Plan paga el monto que resulte menor entre los cargos reales y el 50% del monto permitido hasta alcanzar un máximo de por vida* de \$1,000.	Solo para niños menores de 19 años. Máximo de por vida de \$1,000.** Un tratamiento*** de por vida.

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

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

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

Varios

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

Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento

Consulte la página 59 para conocer el procedimiento para obtener determinaciones previas y estimados previos al tratamiento antes de recibir servicios dentales.

Beneficio alternativo para la cobertura dental

Consulte la página 64.

Lo que no está cubierto

Consulte las páginas 65 a 67.

Coordinación de beneficios dentales

Consulte las páginas 67 y 68.

Procedimientos de reclamaciones y apelaciones

Consulte las páginas 76 a 96 para obtener información general. Consulte la página 78 para obtener información sobre la Presentación de reclamaciones de atención dental, la página 80 para obtener información sobre Adónde enviar los formularios de reclamaciones, las páginas 87 a 96 para obtener información sobre la Apelación de reclamaciones rechazadas y las páginas 93 a 96 para obtener información sobre la Instancia voluntaria de apelación.

Apéndice B

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

El Suburban Plan ofrece beneficios por incapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, “STD”) y beneficios por incapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, “LTD”) a través de Guardian Life Insurance Company of America (“Guardian”) a aquellos participantes que trabajan en el área de New England conforme a acuerdos colectivos de trabajo en los que el **empleador** firmante está obligado a realizar contribuciones a una tasa que cubre los beneficios por incapacidad a corto plazo y a largo plazo. Los contratos de seguro para esos beneficios son los documentos del plan. Los planes y los beneficios que pagan están limitados por todos los términos, exclusiones y limitaciones de aquellos contratos en vigencia al momento en que comienza la incapacidad. Para obtener información acerca de los beneficios y exclusiones o limitaciones, comuníquese con Guardian llamando al 1-888-262-5670. La Junta se reserva el derecho de cambiar los contratos y las compañías de seguro. Para solicitar copias de su póliza, comuníquese con Guardian al 1-888-262-5670.

Cómo presentar una reclamación para beneficios por incapacidad a largo plazo e incapacidad a corto plazo

Para presentar una reclamación de beneficios por incapacidad a corto plazo o a largo plazo, comuníquese con Guardian TeleGuard al 1-888-262-5670, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Si usted presenta una reclamación de beneficios por incapacidad a corto plazo o a largo plazo, Guardian tomará una decisión al respecto y le notificará directamente a usted.

Cómo presentar una apelación para una reclamación rechazada para beneficios por incapacidad a corto plazo e incapacidad a largo plazo

Si se rechaza su reclamación para beneficios por incapacidad a corto plazo e incapacidad a largo plazo, ya sea en parte o en su totalidad, Guardian le suministrará información sobre cómo presentar una apelación.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.

Información de contacto

¿Qué necesita?	Con quién comunicarse	Cómo
• Información general sobre sus beneficios y elegibilidad • Información sobre sus beneficios y reclamaciones hospitalarias, médicas, dentales, de la vista y de incapacidad	Member Services	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 • Encontrar un médico de atención primaria • Encontrar proveedores participantes de Empire BlueCross BlueShield	Member Services	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	Delta Dental	Llame al 1-800-551-3225 de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes o Dental: Visite www.deltadentalins.com/32bj
Programar una cita en el Dental Center	Dental Center	Llame al 1-212-388-2099 de lunes a jueves de 7:30 a. m. a 7:00 p. m. viernes de 7:30 a. m. a 5:00 p. m. sábados de 8:00 a. m. a 4:00 p. m.
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 11:00 p. m. de lunes a viernes sábado, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m. domingo, de 12:00 p. m. a 4:00 p. m. Visite www.davisvision.com/32bj
Información sobre su plan de seguro de vida	MetLife	Llame al 1-866-492-6983 o visite http://mybenefits.metlife.com
Precertificar una hospitalización o estadía médica	Empire BlueCross BlueShield	Los proveedores deben llamar al 1-800-982-8089
Precertificar una estadía de salud mental o abuso de sustancias	Empire BlueCross BlueShield	Los proveedores deben llamar al 1-855-531-6011
• Ayudar a prevenir o informar un fraude contra el seguro de salud (médico u hospitalario)	Empire Fraud Hotline	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	CVS Caremark	Llame al 1-877-765-6294 o visite www.Caremark.com las 24 horas del día, los 7 días de la semana
• Consejos médicos al instante	Nurses Healthline	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, consumo de alcohol y abuso de sustancias, divorcio, etc.	Empire BlueCross BlueShield	Llame al 1-212-388-3660

Building Service 32BJ Health Fund
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 **Building Service 32BJ Health Fund Metropolitan and Suburban Plans**

La siguiente lista enumera los cambios y aclaraciones que han ocurrido desde la impresión de la Descripción Abreviada del Plan (Summary Plan Description, SPD, por sus siglas en inglés) del Building Service 32BJ Health Fund para los Metropolitan y Suburban Plans, con fecha del 1 de abril de 2020. El presente Resumen de modificaciones materiales (Summary of Material Modifications, SMM, por sus siglas en inglés) suplementa o modifica la información presentada en su SPD con respecto al Plan. **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.

Designación de un agente fiduciario del empleador, página 1: con vigencia a partir del 19 de abril de 2021, Jeffrey Brodsky ha sido designado como agente fiduciario del empleador. Reemplaza a Charles C. Dorego cuya información se elimina en su totalidad y se reemplaza con lo siguiente:

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

Cambios en los títulos e información de contacto de agentes fiduciarios de la Unión, página 1: con vigencia a partir del 13 de enero de 2021, el título y la información de contacto de Larry Engelstein se eliminan en su totalidad y se reemplazan con lo siguiente:

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

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

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

Extensión temporal de la elegibilidad, páginas 9 y 10: desde el 6 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2021, la siguiente viñeta reemplaza la primera viñeta de la sección *Cuándo ya no es elegible*:

- al final del día número 150 después de dejar de trabajar de manera regular en un **empleo cubierto** (esto no se aplica si usted es elegible para la Extensión de salud pagada por el Fondo), sujeto a sus derechos en virtud de la Ley de Conciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA, por sus siglas en inglés). (Consulte las páginas 10 a 14 y las páginas 107 a 112).

Aclaración de los requisitos de elegibilidad para la extensión de la cobertura de salud para el retiro entre los 62 y los 65 años, páginas 10 y 11: se elimina completamente la segunda viñeta en la página 11 y se reemplaza con lo siguiente:

- usted acumuló 15 años combinados de crédito por servicio para pensión conforme a los Programas A y B del Building Service 32BJ Pension Fund.

Adición de cobertura de salud extendida para los participantes que se retiran con el Programa de Incentivo para el Retiro Anticipado Voluntario (Voluntary Early Retirement Incentive Program, VERIP, por sus siglas en inglés) de 2020, página 11: Con vigencia a partir del 15 de julio de 2020, se agrega una nueva sección, “Retiro en conjunto con el Programa de Incentivo para el Retiro Anticipado Voluntario (VERIP) de 2020” después del último párrafo tal como se indica a continuación:

Retiro en conjunto con el Programa de Incentivo para el Retiro Anticipado Voluntario (VERIP) de 2020

Si usted es un participante del Programa de Incentivo para el Retiro Anticipado Voluntario de 2020 y comienza a recibir una pensión anticipada o regular del 32BJ Pension Fund, usted y sus dependientes elegibles calificarán para beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, de medicamentos recetados y de cuidado de la vista en virtud del plan.

Usted y sus dependientes elegibles calificarán para la cobertura del Plan de manera prospectiva a partir de la fecha de inicio efectiva de su pensión, o el primer día siguiente al día en que finaliza su elegibilidad para la cobertura de salud, lo que ocurra con posterioridad. Si en el momento en que cumple con todos los requisitos que se enumeran anteriormente usted está recibiendo cobertura de salud conforme a COBRA que paga por cuenta propia, es posible que se le reembolsen las primas que ha pagado para la cobertura de continuación de COBRA.

Usted y sus dependientes elegibles serán elegibles para la cobertura del Plan (i) hasta que usted adquiera elegibilidad para Medicare, (ii) hasta que cumpla los 65 años o (iii) hasta que su pensión se suspenda, lo que ocurra primero. Si un dependiente es elegible o adquiere elegibilidad para Medicare debido a la edad o por motivo de incapacidad, Medicare es el plan principal y este plan es el secundario para cada dependiente elegible para Medicare. Si su dependiente no se inscribe para recibir la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare, debido a que este Plan paga como seguro secundario, usted será considerado financieramente responsable de lo que Medicare habría pagado si su dependiente se hubiese inscrito adecuadamente. (Consulte las normas de coordinación de beneficios en las páginas 97 a 100).

Los dependientes cubiertos que no son elegibles para Medicare seguirán recibiendo cobertura principal del Fondo de salud. Sin embargo, una vez que usted ya no sea elegible para recibir los beneficios del Plan, sus dependientes tampoco serán elegibles para recibir los beneficios del Plan, sujeto a sus derechos en virtud de COBRA.

Este beneficio no incluye beneficios dentales, de incapacidad a largo plazo, de seguro de vida o de seguro en caso de muerte y mutilación accidentales. Si desea la cobertura dental, tendrá la opción de elegir y pagar por ella. Esta extensión de cobertura es pagada por el Fondo y contará para efectos del período en el que tiene derecho a la cobertura continua conforme a COBRA.

Cobertura de las vacunas contra el coronavirus: con vigencia a partir del 1 de enero de 2021, el Fondo cubrirá el costo de administrar la inmunización destinada a prevenir o mitigar la enfermedad por coronavirus (COVID-19), siempre que la inmunización haya recibido (i) una recomendación del Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. o (ii) una recomendación del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización, que ha sido aprobado por el Centro para el Control de Enfermedades (“vacuna contra el coronavirus”).

Los participantes pueden utilizar sus beneficios médicos o de farmacia para cubrir el costo de la vacuna. Si la vacuna contra el coronavirus es administrada por un proveedor que participa en la red médica y hospitalaria del Plan con Empire BlueCross BlueShield o una farmacia que participa en la red PBM del Plan con OptumRx, el Plan cubrirá el cargo por la administración de la vacuna al 100% de la tasa negociada. Si la vacuna contra el coronavirus es administrada por un proveedor o farmacia que no pertenece a la red, el Plan cubrirá el costo de la administración hasta un máximo del monto que Medicare hubiera reembolsado para la administración de la vacuna. Tenga en cuenta que, conforme a la ley federal, usted no está obligado a pagar ningún monto de su bolsillo por la vacuna contra el coronavirus, lo cual incluye cualquier diferencia entre los cargos facturados por un proveedor que no pertenece a la red y el monto que paga el Fondo.

Aclaración de la definición de separación legal, páginas 15 y 16: el texto asociado con el asterisco único se elimina en su totalidad y se reemplaza con lo siguiente:

* 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.

Cambio en el monto máximo anual de gastos directos del bolsillo por beneficios médicos, de salud del comportamiento, de abuso de sustancias y de farmacia fuera de la red y en la división del monto anual de gastos directos del bolsillo entre los beneficios médicos y de medicamentos recetados, páginas 19 y 20: con vigencia a partir del 1 de enero de 2023, se elimina totalmente la sección Monto máximo anual de gastos directos del bolsillo en beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias y de farmacia dentro de la red en las páginas 19 y 20, y se reemplaza por el siguiente texto:

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

Monto máximo anual de gastos directos del bolsillo por beneficios dentro de la red y fuera de la red. Existen montos máximos anuales que paga de su bolsillo por beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias y de farmacia **dentro de la red y fuera de la red**. En 2023, el total de sus montos máximos anuales de gastos directos del bolsillo **dentro de la red y fuera de la red** es de \$9,100 cada uno y los montos máximos anuales de gastos directos del bolsillo para su grupo familiar **dentro de la red y fuera de la red** son de \$18,200 cada uno*. Estos máximos son aparte de los beneficios **dentro de la red** y los beneficios **fuera de la red**.

Si tiene otros miembros de su familia inscritos en este Plan, ellos deben alcanzar sus propios límites individuales de gastos directos del bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar.

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

Los montos máximos anuales de gastos directos del bolsillo para beneficios **dentro de la red** y **fuera de la red** se dividen entre los beneficios médicos y los de medicamentos recetados, tal como se describe a continuación.

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

El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos recetados individuales **dentro de la red** y **fuera de la red** es \$2,275 cada uno y el monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos recetados para su grupo familiar **dentro de la red** y **fuera de la red** es \$4,550 cada uno. Después de que una familia haya pagado \$4,550 en costos que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos recetados **dentro de la red** o **fuera de la red**, independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos recetados **dentro de la red** o **fuera de la red**, ya no existen costos adicionales que deba pagar de su bolsillo por ningún beneficio de medicamentos recetados adicional **dentro de la red** o **fuera de la red** durante el año calendario.

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

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

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

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

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

- primas,
- facturación del saldo y
- gastos por servicios no cubiertos.

Cambio en el coseguro máximo, página 25: con vigencia a partir del 1 de enero de 2023, se elimina completamente el cuarto párrafo de la sección *Tipos de gastos directos del bolsillo por beneficios fuera de la red* en la página 25 y se reemplaza con el siguiente párrafo:

Coseguro anual máximo. El Plan limita el **coseguro** que cada paciente tiene que pagar en un determinado año calendario. También limita el monto que cada familia debe pagar. Su **coseguro** anual máximo es \$6,575, y el **coseguro** anual máximo de su familia es \$13,150. Cualquier gasto elegible que se presente para reembolso después de alcanzar el **coseguro** anual máximo se paga al 100% de la **cantidad permitida**. Usted todavía tendrá que pagar cualquier cargo que supere la **cantidad permitida**.

Adopción del Programa de Centers of Excellence, páginas 31 y 32: con vigencia a partir del 1 de enero de 2022, se elimina completamente la página 31 y se reemplaza con lo siguiente:

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

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Cirugía bariátrica*	El Plan paga el 100% si la cirugía se realiza en un 32BJ Health Fund Center of Excellence, con un médico que pertenece a un 32BJ Health Fund Center of Excellence. Si no hay un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos o de distancia antes de su cirugía, el Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence preferidos y un copago de \$1,000 por admisión en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence no preferidos .	Sin cobertura	Con cobertura solo en los 32BJ Health Fund Centers of Excellence con médicos que pertenecen a los 32BJ Health Fund Centers of Excellence, excepto si no hubiera un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa, o si se le otorgara una excepción debido a motivos médicos o de distancia antes de su cirugía, en cuyo caso tiene cobertura solo en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence en la red de Empire. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del 32BJ Health Fund Centers of Excellence Program.
Cirugía de trasplante*	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en hospitales preferidos y un copago de \$1,000 por admisión en hospitales no preferidos .		Los trasplantes de riñón y pulmón están cubiertos dentro de la red únicamente en un hospital participante de BlueCross BlueShield.

Monto máximo de por vida por traslado para trasplantes	Hasta \$10,000 para un trasplante.		Otros trasplantes están cubiertos únicamente en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence¹. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener una lista de los Blue Distinction Centers of Medical Excellence.
--	------------------------------------	--	---

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

** Si lo admiten como paciente internado en un **hospital** o **centro no preferido dentro de la red** debido a una **emergencia**, tendrá un **copago** de \$100. Para obtener las definiciones de los diversos centros y más detalles, consulte la nota al pie 1 en las páginas 127 y 128.

Y, se elimina completamente la segunda fila en la tabla de la página 32 y se reemplaza con lo siguiente:

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Reemplazo de articulaciones (cadera y rodilla)*	El Plan paga el 100% si la cirugía se realiza en un 32BJ Health Fund Center of Excellence, con un médico que pertenece a un 32BJ Health Fund Center of Excellence. Si no hay un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos o de distancia antes de su cirugía, el Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un hospital preferido y un copago de \$1,000 por admisión en un hospital no preferido.	Sin cobertura fuera de la red, excepto que no haya un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos o de distancia antes de su cirugía. Si no hay un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos o de distancia antes de su cirugía, el Plan paga el 70% de la cantidad permitida y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere la cantidad permitida.	Con cobertura solo dentro de la red en un 32BJ Health Fund Center of Excellence con un médico que pertenece al 32BJ Health Fund Center of Excellence, excepto que no haya un 32BJ Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos o de distancia antes de su cirugía. Sin cobertura fuera de la red, excepto que no haya un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos o de distancia. Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del 32BJ Health Fund Centers of Excellence Program.

Además, se elimina completamente la segunda viñeta en la página 50 y se reemplaza con las dos viñetas siguientes:

- cirugía bariátrica realizada en un hospital que no sea un 32BJ Health Fund Center of Excellence o un Blue Distinction Center of Medical Excellence.
- cirugía de reemplazo de articulaciones cuando no se le otorga una excepción debido a motivos médicos o de distancia.

Aclaración de atención de rutina para los pies, página 35: en la tabla *Atención en el consultorio de su médico*, se agrega la siguiente oración a la columna Limitaciones en la fila “Atención podiátrica, incluida la atención de rutina de los pies”: Se excluye el recortado de uñas, excepto para los participantes diabéticos.

Aclaración sobre el copago para diálisis renal, página 36: la fila “Diálisis renal en el hogar” de la tabla *Servicios de salud en el hogar* se elimina completamente y se reemplaza con lo siguiente:

Servicios de salud en el hogar

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Diálisis renal en el hogar ³	El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se factura el servicio: Si se factura a través de un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$75 para los hospitales preferidos y un copago de \$250 para los hospitales no preferidos . Si se factura a través de un centro independiente : copago de \$0.	Sin cobertura.	Dentro de la red únicamente.

Corrección de errores de impresión, página 37: la referencia a un **copago** de \$40 en la fila “Visitas al consultorio de un **médico**/profesional de la salud del comportamiento”, en la tabla *Atención para abuso de sustancias y salud del comportamiento*, es un error de impresión y se reemplaza con un **copago** de \$20.

Adición del beneficio de gastos de viaje para el aborto, página 39: en vigencia a partir del 1 de septiembre de 2022, la tabla *Servicios de salud reproductiva* se elimina por completo y se reemplaza por lo siguiente:

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Las visitas al consultorio de salud reproductiva y asesoramiento para el uso de métodos y dispositivos anticonceptivos (como ligadura de trompas, y colocación de DIU y diafragmas)	Sin copago . El Plan paga el 100%.		
Vasectomía (no incluye procedimiento de reversión)	El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se brinda el servicio: Si es en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital: copago de \$0.	El Plan paga el 70% de la cantidad permitida y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere la cantidad permitida .	

Aborto, incluidos procedimientos electivos y no electivos	Si es en un entorno de hospital preferido para pacientes ambulatorios: copago de \$75. Si es en un entorno de hospital no preferido para pacientes ambulatorios: copago de \$250.		
Beneficio de gastos de viaje para el aborto	Hasta \$2,000 por aborto	Sin cobertura	Si no puede hacerse un aborto en el estado donde reside debido a las restricciones de la ley y decide viajar a otro estado donde pueda recibir servicios de atención para el aborto de forma legal, el Fondo le reembolsará sus gastos de viaje en la medida que lo permita la ley. Solo se cubrirán los gastos de viaje en los que se haya incurrido para recibir atención para el aborto dentro de la red. Para encontrar un proveedor dentro de la red, comuníquese con Empire al 1-866-316-3394. No se cubrirán los gastos de viaje para recibir atención para el aborto fuera de la red. Los gastos de viaje para un máximo de dos personas (el paciente y el acompañante) pueden incluir, según corresponda, gastos para pasajes de avión, millaje y alojamiento, sujeto a las limitaciones del Código de Rentas Internas. Los gastos de viaje no incluyen comidas. Comuníquese con Empire para obtener información adicional sobre las limitaciones correspondientes al beneficio de viaje.
Pruebas de fertilidad	El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se brinda el servicio: Si es en un consultorio o centro independiente que no pertenece a un hospital: copago de \$0.	El Plan paga el 70% de la cantidad permitida y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere la cantidad permitida .	Las pruebas de fertilidad se limitan a una por año.

	Si es en un entorno de hospital preferido para pacientes ambulatorios: copago de \$75. Si es en un entorno de hospital no preferido para pacientes ambulatorios: copago de \$250.		
Tratamiento de la infertilidad	Sin cobertura	Sin cobertura	Sin cobertura para el tratamiento de la infertilidad.

Adición del 32BJ Maternity Program, página 40: con vigencia a partir del 1 de julio de 2020, la fila “Admisión en el hospital para atención obstétrica*” de la tabla *Embarazo, atención de la maternidad y recién nacido* se elimina completamente y se reemplaza con la siguiente fila:

Embarazo, atención de la maternidad y recién nacido

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Admisión para atención obstétrica* en un hospital	El plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un hospital preferido y un copago de \$1,000 por admisión en un hospital no preferido . Si está inscrita en el 32BJ Maternity Program y da a luz en un hospital de este programa, es posible que se le reembolse su copago de \$100.	El Plan paga el 70% de la cantidad permitida y el afiliado paga el 30% después del deducible y cualquier cargo que supere la cantidad permitida .	Comuníquese con el Centro de servicios para afiliados para obtener información acerca del 32BJ Maternity Program.

* Se requiere autorización previa.

Eliminación de las exclusiones de terapia del análisis aplicado del comportamiento (Applied Behavioral Analysis, ABA, por sus siglas en inglés) y tratamiento para discapacidades intelectuales, página 45: con vigencia a partir del 1 de enero de 2021, se eliminan completamente las viñetas 7 y 11 de la página 45.

Eliminación de la exclusión del tratamiento para el retraso en el desarrollo, incluida la terapia del habla, página 47: con vigencia a partir del 1 de enero de 2021, se elimina completamente el segundo ítem dentro de la cuarta viñeta.

Cambio en el administrador del beneficio de medicamentos recetados: con vigencia a partir del 1 de enero de 2021, OptumRx es el nuevo administrador del beneficio de medicamentos recetados y se introducen los siguientes cambios:

Las **páginas 51 y 56** se eliminan completamente y se reemplazan con el siguiente texto:

Beneficio de medicamentos recetados

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

Copagos por los medicamentos cubiertos:

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

Notas: No se requiere un **copago** para tiras para análisis de diabéticos (a partir del 1 de enero de 2022), para la mayoría de los medicamentos anticonceptivos recetados y ciertos medicamentos preventivos de venta libre que le recetan. (Consulte la sección Medicamentos elegibles en las páginas 55 y 56). Además, si el costo del medicamento es menor que el del **copago**, usted paga el costo del medicamento.

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

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

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

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

5 Star Wellness Program

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

* El Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS, por sus siglas en inglés) examina los límites anualmente y puede aumentarlos según el porcentaje de ajuste de la prima (un cálculo estimativo del cambio promedio en las primas de seguro médico). El plan cambiará los montos máximos de gastos directos del bolsillo cada 1 de enero para ajustarse a los límites del HHS. Antes del 1 de enero de 2023, el monto máximo de gastos directos del bolsillo por medicamentos recetados del plan era un monto fijo de \$1,800 por persona y \$3,600 por grupo familiar, y los aumentos en los límites del HHS se asignaron completamente al monto máximo de gastos directos del bolsillo por beneficios médicos del plan. A partir del 1 de enero de 2023, el monto máximo de gastos directos del bolsillo se dividirá entre los beneficios médicos (75%) y los beneficios de medicamentos recetados (25%).

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

Existen varias formas de surtir su receta

Para medicamentos a corto plazo

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

Para medicamentos de mantenimiento

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

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

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

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

Para medicamentos especializados*

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

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

Programa de Copago Variable

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

Con vigencia a partir del 1 de enero de 2023, el Programa de Copago Variable se amplía para incluir medicamentos no especializados distribuidos a través del servicio de envío a domicilio de OptumRx.

Programas de administración de la cobertura de planes de medicamentos recetados

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

Autorización previa

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

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

Terapia escalonada

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

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

Límites de cantidad

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

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

Surtido parcial de ciertos medicamentos orales especializados para oncología

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

Revisión de la necesidad médica

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

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

Reclamaciones para farmacias no participantes

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

Comuníquese con OptumRx al 1-844-569-4148 antes de que se surta el medicamento para asegurarse de que recibirá el reembolso por el medicamento recetado. Si surte una receta para un medicamento que está en la lista de aquellos que requieren autorización previa, o si está sujeto a límites de cantidad o terapia escalonada, y no se comunica con OptumRx antes de surtirla, es posible que sea responsable por el costo total del medicamento recetado.

Medicamentos elegibles

Los siguientes medicamentos están cubiertos por el Plan:

- medicamentos recetados con leyenda federal;
- medicamentos que requieren una receta conforme a las leyes estatales aplicables;
- insulina, agujas y jeringas de insulina;
- tiras para análisis de diabéticos;
- todos los tipos de anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA, por sus siglas en inglés), incluidos los anticonceptivos recetados orales y subdérmicos, los anticonceptivos inyectables y los diversos dispositivos anticonceptivos, sin requerir **copago**, si fueran genéricos o si no hubiera un genérico disponible. Los anticonceptivos de marca con genéricos disponibles estarán sujetos al **copago** por medicamento de marca,

- vitaminas recetadas para bebés de hasta 12 meses y
- vitaminas prenatales, sin requerir **copago**.

Medicamentos excluidos

Los siguientes medicamentos no están cubiertos por el Plan:

- medicamentos y vitaminas de venta sin receta (sin embargo, ciertas vitaminas están cubiertas para atención prenatal; consulte lo anterior para obtener información);
- medicamentos recetados que requieren autorización previa y para los cuales no se ha recibido autorización previa;
- medicamentos usados en estudios clínicos o experimentales;
- medicamentos utilizados para el tratamiento de la infertilidad o donación de óvulos;
- medicamentos recetados para propósitos cosméticos (consulte la nota 16 en la página 133 para obtener más información);
- medicamentos usados para la pérdida de peso, a menos que cumpla los criterios médicos del Plan;
- medicamentos que no están incluidos en el formulario, a menos que su médico pueda probar con documentación clínica o los antecedentes del paciente de terapia con medicamentos, a satisfacción de OptumRx, que el medicamento que no está incluido en el formulario es **necesario por motivos médicos** (los medicamentos que no están incluidos en el formulario son medicamentos que no están en la lista de medicamentos aprobados del Plan);
- dispositivos o aparatos terapéuticos, prendas de soporte y otras sustancias no médicas; y
- recetas que una persona elegible tiene derecho a recibir sin cargo conforme a la Ley de Indemnización por Accidentes y Enfermedades Laborales o a cualquier programa federal, estatal o municipal.

Página 76: se elimina completamente la tercera viñeta de la sección titulada *Reclamaciones para beneficios* y se reemplaza con el siguiente texto:

- la presentación de una receta médica que se debe surtir en una farmacia que es parte de la **red** de farmacias participantes de OptumRx.

Página 77: se elimina completamente el segundo párrafo de la sección titulada *Presentación de reclamaciones de beneficios de farmacia* y se reemplaza con el siguiente texto:

Si tiene otra cobertura y OptumRx es el pagador secundario, presente el original o la copia de la Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB, por sus siglas en inglés) del pagador principal con su factura detallada. (Consulte la sección Coordinación de beneficios en las páginas 97 a 100).

Página 80: se elimina completamente la segunda fila en la tabla “Adónde enviar los formularios de reclamaciones” y se reemplaza con el siguiente texto:

Beneficio	Dirección de presentación
Beneficios de farmacia (solamente proveedores no participantes ; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes).	OptumRx Claims Department P.O. Box 650334 Dallas, TX 75265-0334

Página 81: se elimina completamente la segunda viñeta de la sección titulada *Designación de un representante autorizado* y se reemplaza con el siguiente texto:

- Su número de identificación tal como figura en su tarjeta de Empire, OptumRx, Delta Dental o Davis Vision, según corresponda,

Página 87: se eliminan completamente la cuarta y la quinta fila en la tabla de la sección titulada *Cómo apelar las reclamaciones rechazadas* y se reemplazan con el siguiente texto:

Tipo de reclamación rechazada	Apelación de primera	Apelación de segunda
• Farmacia (juicio médico)	OptumRx	Organización de revisión independiente (Independent Review Organization, IRO, por sus siglas en inglés)
• Farmacia (administrativo)**	OptumRx	Junta de fideicomiso*

Página 89: se elimina completamente la segunda fila en la tabla *Adónde presentar una apelación de primera instancia* y el asterisco y el texto asociado debajo de dicha tabla, y se reemplaza con el siguiente texto:

Beneficio	Escriba a:	O llame al
Farmacia	Prescription Claims Appeals OptumRx P.O. Box 25184 Santa Ana, CA 92799 Fax: 1-877-239-4565	Las apelaciones, excepto aquellas por reclamaciones clínicas de urgencia, solo se aceptan por escrito*.

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

Páginas 91 y 92: se eliminan todas las referencias a CVS Caremark en las secciones *Solicitud de apelación acelerada* y *Apelación de segunda instancia para reclamaciones que involucran juicio médico*, y se reemplazan por OptumRx.

Página 124: se elimina completamente la definición de **Proveedores dentro de la red** (o **proveedores participantes**) y se reemplaza con la siguiente:

Proveedores dentro de la red (o **proveedores participantes**) son aquellos que tienen un contrato con el Fondo, Empire, OptumRx, Delta Dental, Davis Vision, o 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.

Contraportada: se elimina completamente la tercera fila, desde abajo hacia arriba, de la tabla *Información de contacto* y se reemplaza con lo siguiente:

¿Qué necesita?	Con quién comunicarse	Cómo
Información sobre sus beneficios de medicamentos recetados, lista del formulario de medicamentos o farmacias participantes	OptumRx	Llame al: 1-844-569-4148 Visite: www.optumrx.com Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Expansión de la red dental pediátrica, página 58: con vigencia a partir del 1 de julio de 2021, se elimina completamente el primer párrafo de la sección “Proveedores dentales participantes” y se reemplaza con lo siguiente:

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

Eliminación de la cobertura fuera de la red para ortodoncia, páginas 61, 64, 65, 137 y 140:

se elimina completamente la última fila de la tabla *Servicios de diagnóstico* que figura en las páginas 61 y 137, y se reemplaza con lo siguiente:

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
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.

Se elimina completamente la tabla *Servicios de ortodoncia* en la página 64 y se reemplaza con lo siguiente:
Servicios de ortodoncia*

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

Se agrega la siguiente exclusión después de la tercera viñeta en la sección *Lo que no está cubierto* en la página 65:

- Atención de ortodoncia fuera de la red para individuos menores de 19 años

Se elimina completamente la tabla Servicios de ortodoncia en la página 140 y se reemplaza con lo siguiente:

Servicios de ortodoncia*

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Ortodoncia	El Plan paga el 100% hasta un beneficio máximo de por vida** de \$1,000.	Sin cobertura	Sólo para niños menores de 19 años. Máximo de por vida de \$1,000**. Un tratamiento*** de por vida.

Corrección de errores de impresión, páginas 63 y 139: en la tabla *Servicios de mayor magnitud*, la limitación asociada con la fila “Recementación de corona, incrustación, restauración” se elimina en su totalidad y se reemplaza con lo siguiente: Una vez por diente de por vida.

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

Adición del beneficio de óxido de nitrógeno para niños menores de 19 años, páginas 64 y 140: con vigencia a partir del 1 de enero de 2022, se agrega una fila a la tabla Varios en 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.

Aumento del monto máximo anual dentro de la red, página 136: con vigencia a partir del 1 de enero de 2022, el párrafo que se encuentra en la sección *Máximo anual* se elimina por completo y se reemplaza por lo siguiente:

El plan dental brinda una cobertura de hasta \$1,500 **dentro de la red** y de \$1,000 **fuera de la red** por participante o dependiente de 19 años o mayor, por año calendario. No hay monto máximo anual para participantes y dependientes menores de 19 años.

Reducción del nivel de reembolso para los beneficios fuera de la red, páginas 136 a 140: con vigencia a partir del 1 de enero de 2022, el nivel de reembolso para todos los servicios cubiertos **fuera de la red** será el monto que resulte menor entre los cargos reales y el 50% de la **cantidad permitida**. Eso significa que usted será responsable por el otro 50% de la **cantidad permitida**, más cualquier cargo adicional que supere la **cantidad permitida**.

Extensión temporal de la cobertura de seguro de vida para los participantes que reciben el subsidio de COBRA, página 73: con vigencia a partir del 1 de abril de 2021, el siguiente párrafo se agrega después del último párrafo de la sección *Cuándo termina la cobertura de seguro de vida*:

Extensión temporal de la cobertura de seguro de vida: Los participantes que reciben el subsidio de COBRA* también recibirán cobertura de seguro de vida. La cobertura de seguro de vida terminará en la fecha que resulte anterior entre la fecha en que el participante ya no reciba el subsidio de COBRA y el 30 de septiembre de 2021.

* SUBSIDIO DE COBRA

La Ley del Plan de Rescate Estadounidense (American Rescue Plan Act, ARP, por sus siglas en inglés) de 2021 reduce la prima de COBRA a cero para las personas elegibles para recibir asistencia (Assistance Eligible Individuals, AEI, por sus siglas en inglés) que elijan la cobertura de COBRA a partir del 1 de abril de 2021 y hasta el 30 de septiembre de 2021 (período del subsidio). Si usted califica para la reducción de la prima y elige la cobertura de COBRA, no necesita pagar la prima de COBRA que de otro modo debería pagar conforme al Plan durante el período del subsidio. Si su cobertura continua de COBRA se extiende más allá del 30 de septiembre de 2021, tendrá que pagar el monto total de la prima para continuar su cobertura COBRA.

Una AEI es un participante al que le ocurre un evento que califica, que es la terminación involuntaria de empleo o una reducción de las horas a partir del 1 de abril de 2021, y que no es elegible para otro tipo de cobertura de salud grupal o Medicare. A fin de establecer la elegibilidad para la reducción de la prima, debe completar el “Formulario de solicitud para tratamiento como persona elegible para recibir asistencia”. Si le ocurre un evento que califica, este formulario le será enviado por correo junto con el aviso de COBRA y el formulario de elección. También está disponible en el Centro de servicios para afiliados. El Fondo revisará su solicitud y tomará una decisión con respecto a si usted debe o no ser tratado como una AEI. Si el Fondo determina que usted es una AEI, será elegible para el subsidio si elige la cobertura continua de COBRA. Si el Fondo se niega a tratarlo como una AEI, tiene el derecho a una revisión de dicha denegación. Para obtener más información sobre las revisiones o para obtener información general sobre la reducción de la prima, visite www.dol.gov/COBRA-subsidy o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si está recibiendo el subsidio y se vuelve elegible para otra cobertura de salud grupal o Medicare, debe notificarle al Fondo completando y enviando el “Aviso de inelegibilidad para la reducción de la prima”. Este formulario está disponible en el Centro de servicios para afiliados.

Aclaración de que los pagos por incapacidad a largo plazo no son pagos en exceso, página 105: el siguiente texto se agrega después de la primera viñeta en la sección *Pagos en exceso*:

Los beneficios por incapacidad a largo plazo pagados durante un período para el cual posteriormente se determina que era elegible para una pensión por incapacidad del Building Service 32BJ Pension Fund o el 32BJ/Broadway League Pension Fund no se consideran pagos en exceso. En su lugar, cualquier beneficio de pensión por incapacidad retroactivo pagadero a usted por cualquiera de los dos planes de pensión deberán compensarse por el monto real de los beneficios por incapacidad a largo plazo que el Fondo le pagó para el mismo período.

Ampliación de la atención a pacientes con enfermedades terminales, página 129: con vigencia a partir del 1 de enero de 2021, se elimina completamente el texto entre paréntesis en la primera oración de la nota al pie 5 y se reemplaza con la siguiente oración:

(es decir, tienen una esperanza de vida de doce meses o menos)

Modificación del beneficio por incapacidad a corto plazo para reflejar el requisito de agotar los beneficios por incapacidad a corto plazo del estado, página 142: con vigencia a partir del 1 de julio de 2021, se elimina completamente el primer párrafo del Apéndice B y se reemplaza con lo siguiente:

El Suburban Plan ofrece beneficios por incapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, STD, por sus siglas en inglés) y beneficios por incapacidad a largo plazo (Long-Term Disability, LTD, por sus siglas en inglés) a través de Guardian Life Insurance Company of America (“Guardian”) a aquellos participantes que trabajan en el área de New England conforme a acuerdos colectivos de trabajo en los que el **empleador** firmante está obligado a realizar contribuciones a una tasa que cubre los beneficios por incapacidad a corto y largo plazo. Los beneficios por incapacidad a corto plazo solo están disponibles una vez que haya agotado todos los beneficios por incapacidad a corto plazo del estado (por ejemplo, la licencia médica y familiar remunerada de Massachusetts) a los que tuviera derecho.

Los contratos de seguro para los beneficios por incapacidad a corto y largo plazo son los documentos del plan. Los planes y los beneficios que pagan están limitados por todos los términos, exclusiones y limitaciones de aquellos contratos en vigencia al momento en que comienza la incapacidad. Para obtener información acerca de los beneficios y exclusiones o limitaciones administrados por Guardian, comuníquese con Guardian llamando al 1-888-262-5670. La Junta se reserva el derecho de cambiar los contratos y las compañías de seguro. Para solicitar copias de su póliza, comuníquese con Guardian al 1-888-262-5670.

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 AM a 5:00 PM, hora del este, de lunes a viernes, o visítenos en línea en www.32bjfunds.org.