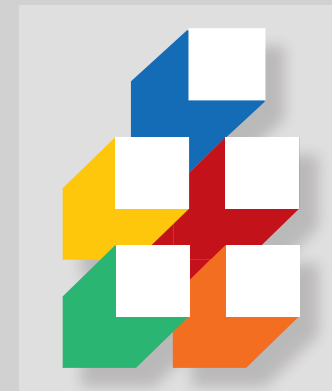




**Building Service
32BJ Health Fund
Tri-State Plan**



Descripción abreviada del Plan
1 DE JUNIO DE 2024

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



Aviso de traducción

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

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

El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 8:00 p. m. y los sábados de 9 a. m. a 5 p. m. También puede visitar www.32bjfunds.org.

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

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

The office hours are from 8:30 a.m. to 8:00 p.m., Monday through Friday and Saturday 9 a.m. to 5 p.m. You may also visit www.32bjfunds.org.

Bwochi sa a gen yon rezime an anglè sou dwa ak avantaj ou anba Building Service 32BJ Health Fund Tri-State Plan. Si w gen difikilte pou w konprann nenpòt pati nan bwochi sa a, kontakte Sèvis Manm nan 1-800-551-3225 pou asistans oswa ekri nan:

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

Orè biwo a se soti 8:30 am jiska 8:00 pm, Lendi jiska Vandredi ak Samdi 9 am jiska 5 pm Ou ka vizite tou www.32bjfunds.org.

Этот буклет содержит сводную информацию на русском языке о ваших правах и льготах в рамках плана Building Service 32BJ Health Fund Tri-State Plan. Если вы испытываете трудности с пониманием информации, изложенной в какой-либо части этого буклета, обратитесь в отдел обслуживания участников по номеру 1-800-551-3225 за помощью или напишите по следующему адресу:

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

Время работы: с понедельника по пятницу с 8:30 до 20:00 и в субботу с 9:00 до 17:00. Вы также можете посетить веб-сайт www.32bjfunds.org.

Información de contacto

¿QUÉ NECESITA?	CON QUIÉN COMUNICARSE	CÓMO
<ul style="list-style-type: none"> • Información general sobre sus beneficios y elegibilidad • Información sobre sus beneficios de salud, de salud auxiliares y auxiliares 	Member Services	Llame al 1-800-551-3225 de 8:30 a. m. a 8:00 p. m. de lunes a viernes y de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. los sábados, o Visite el Welcome Center en 25 West 18th Street, New York NY de 8:30 a. m. a 6:00 p. m. de lunes a viernes, o Visite www.32bjfunds.org Inicie sesión en el Member Portal en www.32bjmemberportal.org
Beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias)		
<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar un 5 Star Center • Encontrar un médico de atención primaria • Encontrar un proveedor dentro de la red 	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 o Inicie sesión en el Member Portal en www.32bjmemberportal.org
Para recibir consejos médicos de inmediato	Línea de ayuda de enfermería de Anthem Blue Cross Blue Shield	Llame al 1-877-825-5276 las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Precertificar: <ul style="list-style-type: none"> • una hospitalización o estadía médica • una estadía por abuso de sustancias o salud mental 	Anthem Blue Cross Blue Shield	Llame al 1-800-982-8089 Llame al 1-855-531-6011
Ayudar a prevenir o informar un fraude contra el seguro médico (hospitalario o médico)	Línea directa de fraude de Anthem	Llame al 1-800-423-7283 de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes
Ayuda con problemas familiares y personales, como depresión, consumo de alcohol y abuso de sustancias, divorcio, etc.	Anthem Blue Cross Blue Shield	Los proveedores deben llamar al 1-800-982-8089
Beneficios de salud auxiliares		
BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA	OptumRx	Llame al 1-844-569-4148 las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o Visite www.optumrx.com
<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre sus beneficios de medicamentos con receta, lista del formulario o farmacias participantes 		
BENEFICIOS DENTALES	Delta Dental	Llame al 1-800-589-4627 de 8:00 a. m. a 8 p. m. hora del Este, de lunes a viernes, o www.deltadentalins.com/32BJ
<ul style="list-style-type: none"> • Información acerca de sus beneficios dentales o encontrar un dentista participante 		
BENEFICIOS DEL 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
<ul style="list-style-type: none"> • Información acerca de su cuidado de la vista o para encontrar un proveedor participante 		
Beneficios auxiliares		
<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre su plan de seguro de vida 	MetLife	Llame al 1-866-492-6983 Visite http://mybenefits.metlife.com

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 los Agentes fiduciarios del empleador con igual poder de voto.

Agentes fiduciarios de la Unión

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

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

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

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

Agentes fiduciarios del Empleador

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

Jeffrey Brodsky
Related Companies
30 Hudson Yards
New York, NY 10001-2170

Brooke Jenkins-Lewis
Directora Financiera
NYC School Support Services, Inc.
180 Madison Avenue, 12th Floor
New York, NY 10016

Director Ejecutivo, Building Service 32BJ Benefit Funds

Peter Goldberger

Directora, Building Service 32BJ Health Fund

Cora Opsahl

Auditor del Fondo

Withum Smith+Brown, PC

Asesor Legal

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

Índice

PÁGINA

AVISO IMPORTANTE 9

SECCIÓN 1: ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN

A. Elegibilidad 11

- 1. Cuándo es elegible 11
- 2. Cuándo ya no es elegible 11
- 3. Si se reintegra al trabajo 12

B. Extensión de los beneficios de salud 12

- 1. COBRA 13
- 2. Extensión de salud pagada por el Fondo 13
 - Extensión de salud pagada por el Fondo por incapacidad 14
 - Extensión de salud pagada por el Fondo durante el arbitraje 15
- 3. FMLA y otras licencias estatales 15
- 4. Licencia por servicio militar 15

C. Elegibilidad de los dependientes 16

- 1. Dependientes elegibles 16
- 2. Cuándo sus dependientes ya no son elegibles 18

D. Inscripción 19

- 1. Cómo inscribirse 19
- 2. Normas especiales de inscripción 20
- 3. Su responsabilidad de avisar 21

SECCIÓN 2: BENEFICIOS DE SALUD (médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) Y BENEFICIOS DE SALUD AUXILIARES (de medicamentos con receta, dentales y del cuidado de la vista)

A. Introducción 23

- 1. Qué beneficios se proporcionan 23
- 2. Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) y de farmacia 24
 - Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) y de farmacia dentro de la red 24
 - Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) dentro de la red 24

Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de medicamentos con receta dentro de la red	25
Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) fuera de la red.	26
B. Beneficios de salud: beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias	27
1. Cómo funciona el beneficio de salud	27
Condiciones para el reembolso	27
Tarjeta de identificación.	27
2. Beneficios dentro de la red	28
Tipos de costos que paga de su bolsillo por beneficios dentro de la red	28
Cómo mantenerse dentro de la red	29
Monto máximo anual que paga de su bolsillo	30
Herramienta de transparencia de costos.	30
Línea de salud de enfermería	30
LiveHealth Online	31
3. Beneficios fuera de la red	31
Tipos de costos que paga de su bolsillo por beneficios fuera de la red	32
Ejemplo de lo que podría pagar cuando se atiende con un proveedor fuera de la red	34
4. Protecciones frente a la “facturación sorpresa”	35
Servicios de emergencia	35
Ciertos servicios en un hospital dentro de la red o en un centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red.	36
Continuidad de la atención	37
5. Otra información importante	38
Montos máximos de los beneficios.	38
Cobertura cuando está lejos de casa	38
Aviso de la Women’s Health and Cancer Rights Act, WHCRA (Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer)	38
Newborns’ and Mothers’ Health Protection Act (Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos)	39
6. Autorización previa para beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias)	39
7. Cuadro de servicios de salud cubiertos.	41
En el hospital y en otros centros de tratamiento para pacientes internados	41
Atención de emergencia.	46

Centros de tratamiento para pacientes ambulatorios	47
Atención en el consultorio del médico	49
Servicios de atención médica en el hogar	50
Atención para salud del comportamiento y abuso de sustancias	51
Atención médica preventiva	52
Servicios de salud preventivos	53
Servicios de salud reproductiva	54
Atención del embarazo, la maternidad y el recién nacido	56
Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o terapia de la vista (que incluye rehabilitación)	58
Equipo médico duradero, prótesis y equipo médico no duradero y suministros	59
Atención dental cubierta por el beneficio médico	61
8. Gastos de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) excluidos	61
C. Beneficio de medicamentos con receta	69
1. Cómo funciona el beneficio de medicamentos con receta	69
2. Tipos de costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta	69
3. 5 Star Wellness Program	71
4. Formas de surtir su receta	72
Medicamentos a corto plazo	72
Medicamentos de mantenimiento	72
Medicamentos especializados	72
Copay Card Program	73
5. Programas de administración de la cobertura de planes de medicamentos con receta	73
Autorización previa	74
Terapia escalonada	74
Límites de cantidad	75
Surtido parcial de ciertos medicamentos orales especializados para oncología	75
Revisión de la necesidad médica	75
6. Medicamentos elegibles	76
7. Medicamentos excluidos	76
D. Beneficios dentales	77
1. Cómo funciona el beneficio dental	77
Máximo anual	78
Limitaciones de frecuencia	78
2. Proveedores de servicios dentales participantes	78
El 32BJ Dental Center	78
3. Dentistas no participantes	79

4. Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento.....	79
5. Cuadro de servicios dentales cubiertos	80
Servicios preventivos.....	80
Servicios de diagnóstico.....	80
Servicios de restauración simple.....	81
Endodoncia.....	81
Periodoncia.....	82
Extracciones simples	82
Cirugía oral y maxilofacial	82
Servicios complejos	83
Prótesis dentales removibles.....	83
Prótesis dentales fijas.....	83
Reparaciones.....	84
Tratamiento de emergencia	84
Servicios dentales varios.....	84
Servicios de ortodoncia	85
6. Beneficio alternativo para la cobertura dental.....	86
7. Lo que no está cubierto	86
8. Coordinación de beneficios dentales.....	89
E. Beneficios de cuidado de la vista.....	90
1. Cómo funciona el beneficio de cuidado de la vista	90
2. Cuadro de servicios de la vista cubiertos	91
3. Gastos elegibles	92
4. Gastos de la vista excluidos	92
F. Beneficios de fertilidad a través de Progyny	93
1. Cómo funciona el beneficio de fertilidad.....	93
2. Tipos de costos que paga de su bolsillo por beneficios de fertilidad ..	94
3. Exclusiones	95

SECCIÓN 3: BENEFICIOS AUXILIARES

A. Beneficios de seguro de vida	96
1. Cómo funcionan los beneficios de seguro de vida.....	96
2. Monto del beneficio	97
3. Cuándo termina la cobertura del seguro de vida	97
4. Extensión del seguro de vida por incapacidad.....	97
B. Beneficios en caso de muerte y mutilación accidentales (“AD&D”) ...	98
1. Cómo funcionan los beneficios de AD&D.....	98
2. Cuándo termina la cobertura de AD&D.....	98
C. Beneficios por incapacidad a corto plazo (STD)	99

1. Cómo funcionan los beneficios por incapacidad a corto plazo	99
2. Elegibilidad.....	99
3. Cuándo terminan los beneficios	100
4. Limitaciones y exclusiones de los beneficios	100
5. Cómo presentar una reclamación para beneficios por STD	100
6. Cómo presentar una apelación para una reclamación rechazada para beneficios por STD	101
D. Beneficio por muerte del pensionado	101

SECCIÓN 4: CÓMO OBTENER SUS BENEFICIOS

A. Procedimientos de reclamaciones y apelaciones	102
1. Presentación de reclamaciones de beneficios	102
Presentación de reclamaciones de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias)	102
Presentación de reclamaciones de farmacia	103
Presentación de reclamaciones de atención dental	103
Presentación de reclamaciones del cuidado de la vista	104
Presentación de reclamaciones de fertilidad	104
Presentación de una reclamación del beneficio por muerte del pensionado ..	105
Presentación de reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro de AD&D.....	105
Adónde enviar los formularios de reclamaciones	105
Aprobación y rechazo de reclamaciones.....	106
Designación de un representante autorizado.....	106
2. Plazos para las decisiones sobre las reclamaciones	106
Reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias), reclamaciones de fertilidad y reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de cuidado de la vista)	106
Reclamaciones anteriores al servicio	107
Solicitud de beneficios para atención urgente	108
Reclamaciones simultáneas al servicio	109
Reclamaciones posteriores al servicio	109
Reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado	110
Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro de AD&D ..	110
3. Aviso de la decisión	110
4. Apelación de reclamaciones rechazadas	111
Presentación de una apelación.....	112
Dónde presentar una apelación de primera instancia	113
5. Plazos para las decisiones sobre apelaciones	114
Apelaciones aceleradas para reclamaciones de atención urgente.	114

Apelación de reclamaciones anteriores o simultáneas al servicio para servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias), servicios de salud auxiliares o servicios de fertilidad	115
Apelación de reclamaciones posteriores o simultáneas al servicio para servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias), servicios de salud auxiliares o servicios de fertilidad	115
6. Apelación externa para reclamaciones que involucran juicio médico	115
Reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias)	115
Reclamaciones de farmacia	116
Reclamaciones de fertilidad	117
7. Nivel voluntario de apelación para reclamaciones de salud administrativas, reclamaciones de farmacia o reclamaciones de fertilidad, y apelación de primera instancia para reclamaciones dentales o de cuidado de la vista	117
Aviso de la decisión de la apelación	119
8. Apelación de reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado	119
9. Acciones posteriores	120
B. Incompetencia	120
C. No duplicación de la cobertura de salud	120
D. Dirección de correo	121
E. Coordinación de beneficios	121
1. Introducción	121
2. Otros planes de salud	122
3. Medicare	123
4. TRICARE	124
5. Beneficios del seguro sin culpa	124
6. Otra cobertura proporcionada por la ley estatal o federal	124
7. Indemnización por accidentes y enfermedades laborales	125
F. Divulgación de información al Fondo: Fraude	125
G. Subrogación y reembolso	126
H. Pagos en exceso	129
I. Cobertura de salud grupal continuada	130
1. Durante una licencia médica y familiar	130
2. Durante una licencia por servicio militar	130
3. Conforme a COBRA	131
Continuación de cobertura de COBRA	132

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN GENERAL

A. Otra información del Plan de salud que debe saber	136
1. Cesión de beneficios del Plan	136
2. Orden de manutención infantil médica calificada	137
3. Exención de responsabilidad por la práctica médica	137
4. Privacidad de la información de salud protegida	138
5. Conversión a cobertura individual	138
B. Información general	138
1. Contribuciones del empleador	138
2. Cómo se pueden reducir, retrasar o perder los beneficios	139
3. Cumplimiento de las leyes federales	140
4. Enmienda o cancelación del Plan	140
5. Administración del Plan	140
6. Declaración de derechos conforme a la Employee Retirement Income Security Act of 1974, según sus enmiendas	142
Continuación de la cobertura de salud colectiva	142
Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan	143
Haga cumplir sus derechos	143
Ayuda con sus preguntas	144
C. Información del Plan	144
1. Financiamiento de los beneficios y tipo de administración	145
2. Patrocinador y administrador del Plan	145
3. Empleadores participantes	145
4. Agente encargado de la notificación del proceso legal	146
D. Glosario	147

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DE CONTACTO ... Interior de la contraportada

Aviso importante

Nos complace suministrarle esta Descripción abreviada del Plan (Summary Plan Description, SPD), que describe en detalle los beneficios disponibles para los participantes cubiertos y sus dependientes elegibles conforme al Tri-State Plan del Building Service 32BJ Health Fund (el “Fondo”).

Este folleto es tanto el Documento del plan como la Descripción abreviada para los fines de la Employee Retirement Income Security Act of 1974, ERISA (Ley de Seguridad de los Ingresos Jubilatorios de los Empleados de 1974), según sus enmiendas. Los términos del presente documento 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” o los “Agentes fiduciarios”). 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 realizar enmiendas al Plan en cualquier momento.

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

- Conserve este folleto (póngalo en un lugar seguro). Si pierde una copia, puede pedir otra a Member Services u obtenerla en www.32bjfunds.org.
- Cada vez que los beneficios estipulados en esta SPD cambien sustancialmente, se le notificarán las modificaciones.
- Si cambia su nombre o dirección, notifíquese lo inmediatamente a Member Services al 1-800-551-3225 para que se actualicen sus registros.

* Esta SPD es el documento del plan para el Tri-State Plan, que incluye los beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, de medicamentos con receta, dentales, de la vista, el seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, el beneficio por muerte del pensionado y los beneficios por incapacidad a largo plazo y a corto plazo. Los contratos de seguro de MetLife y Guardian son los documentos del plan para los planes de seguro de vida, seguro en caso de muerte y mutilación accidentales e incapacidad a largo plazo y a corto plazo. 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.

- También puede optar por recibir comunicaciones digitales. Para ello, inicie sesión en el portal en línea del Fondo en www.32bjmemberportal.org y brinde su consentimiento para recibir documentos de manera electrónica a través del Document Center (Centro de documentos) en línea.
- 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.
- El Plan es una entidad legal separada de la 32BJ SEIU. Recuerde que todas las comunicaciones (correspondencia, formularios, pagos, documentación, etc.) relacionadas con sus beneficios de salud deben enviarse directamente al Plan y no a la 32BJ SEIU. El Plan no es una subsidiaria, un departamento o un agente de la 32BJ SEIU. Ninguna parte de las cuotas sindicales de la 32BJ SEIU se utiliza para pagar los beneficios del Plan o los gastos operacionales, excepto por las contribuciones que la 32BJ SEIU realiza al Plan para brindar los beneficios a sus propios empleados.
- 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 que entraron en vigencia el 1 de junio de 2024.
- 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 Tri-State Plan cubre a determinados participantes que trabajan fuera de la ciudad de New York, por ejemplo, en New Jersey, Connecticut, el condado de Westchester o Long Island.

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 Member Services para obtener información.

SECCIÓN 1: ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACIÓN

A. Elegibilidad

1. 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:

Usted es elegible para los beneficios conforme al Plan cuando comienzan a realizarse contribuciones al Plan en su nombre.

Su **empleador** deberá comenzar a realizar contribuciones al Plan en su nombre en 2024 cuando usted complete 90 días consecutivos de **empleo cubierto** con el mismo **empleador** trabajando a tiempo completo (como lo define su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación).

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**.

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 16 a 19).

2. 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 13 a 15 y las páginas 131 a 136),
- al final del período de extensión de salud pagada por el Fondo, sujeto a sus derechos en virtud de COBRA. (Consulte las páginas 13 a 15),
- en la fecha en que su **empleador** da por finalizada su participación en el Plan,
- en la fecha en que se cancele el Plan,
- en la fecha en que usted elige voluntariamente terminar la cobertura si esto está permitido en virtud de los términos de su acuerdo colectivo de trabajo, o
- en la fecha en que cancela su cobertura porque es elegible para Medicare. (Consulte las páginas 123 y 124).

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

3. 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.

* 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.

B. 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.

1. COBRA

Conforme a la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1986, COBRA (Ley de conciliación del presupuesto colectivo consolidado de 1986), se exige a los planes de salud grupales 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 atención dental y de cuidado de la vista del Plan. No incluye seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales (Accidental Death & Dismemberment, AD&D). (Consulte las páginas 131 a 136 para obtener más información sobre COBRA).

2. Extensión de salud pagada por el Fondo

Si se reúnen todos los requisitos de elegibilidad, el Fondo pagará la cobertura de salud en los siguientes casos que se describen a continuación:

- incapacidad, que debió haber ocurrido mientras usted estaba en un **empleo cubierto**, y
- arbitraje, tal como se describe inmediatamente después de esta sección.

Todos los períodos de extensión de salud pagada por el Fondo contarán para efectos del período en el que tiene derecho a cobertura continua en virtud de COBRA. La cobertura de la extensión de salud pagada por el Fondo incluye la cobertura de salud (médica, hospitalaria, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, medicamentos con receta, atención dental y cuidado de la vista) del Plan. El seguro de vida y AD&D continúan durante los primeros seis meses únicamente. (Consulte las páginas 97 y 98 para obtener información sobre la extensión del seguro de vida por incapacidad).

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

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

Extensión de salud pagada por el Fondo por incapacidad

Puede seguir siendo elegible para un máximo de 6 meses de cobertura de la extensión de salud pagada por el Fondo (consulte la Extensión de salud pagada por el Fondo en las páginas 13 y 14), siempre que envíe la documentación requerida establecida en la sección Extensión de salud pagada por el Fondo del aviso de elección de COBRA, sea incapaz de trabajar y esté recibiendo (o cuente con la aprobación para recibir) uno de los siguientes beneficios por incapacidad:

- incapacidad a corto plazo, o
- indemnización por accidentes y enfermedades laborales.

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

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

Para recibir la extensión de salud pagada por el Fondo por incapacidad, debe solicitarla y enviar un comprobante de incapacidad a más tardar 60 días después de la fecha en que habría perdido la cobertura, es decir 90 días después de que dejó de trabajar debido a una incapacidad. Para solicitar esta cobertura, debe llenar el Formulario de elección de continuación de la cobertura de COBRA que recibirá por correo. También puede obtener una copia de este formulario de Member Services. El Plan se reserva el derecho de exigir periódicamente un comprobante de que usted sigue incapacitado. La cobertura de la extensión 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 131 a 136 para obtener información sobre COBRA).

Una vez que usted ya no sea elegible para recibir la extensión de salud pagada por el Fondo por incapacidad, sus dependientes tampoco serán elegibles para recibir los beneficios del Plan, sujeto a sus derechos conforme a COBRA.

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

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 en la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare. (Consulte las normas de coordinación de beneficios en las páginas 121 a 123). Los dependientes cubiertos que no son elegibles para Medicare seguirán recibiendo cobertura principal del Fondo.

Extensión 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.

3. FMLA y otras licencias estatales

Puede tener derecho a tomarse hasta 26 semanas de licencia de su empleo conforme a la Family and Medical Leave Act, FMLA (Ley de Licencias médicas y familiares). Es posible que pueda continuar recibiendo cobertura de salud pagada por su **empleador** durante una licencia FMLA. (Consulte la página 130 para obtener más información). Además, el estado de New York, así como otros estados o ciudades pueden requerir 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.

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

4. Licencia por servicio militar

Si está en servicio militar activo, tiene ciertos derechos conforme a la Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994, USERRA (Ley de los derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados de 1994), siempre que se inscriba para recibir cobertura continua de salud. (Consulte la página 130 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.

C. 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.

1. Dependientes elegibles

Puede inscribir a sus dependientes si su acuerdo colectivo de trabajo o acuerdo de participación proporciona cobertura para dependientes y usted inscribe a los dependientes cuando lo contratan por primera vez, o durante el período de inscripción abierta o el período de inscripción especial. Su acuerdo colectivo de trabajo puede requerir que usted pague parte del costo de la cobertura de dependientes. En las siguientes páginas, se describen los dependientes elegibles en virtud del Plan.

Dependencia	Límite de edad	Requisitos
Cónyuge	Ninguno	La persona con la que está legalmente casado(a) (si usted está legalmente separado(a)* o divorciado(a), que incluye un matrimonio que ha sido anulado civilmente, su cónyuge no está cubierto). Tenga en cuenta que su excónyuge no es elegible para los beneficios conforme al Plan como si fuese su dependiente. Consulte la página 18 a continuación para obtener más información.
Hijos	Hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo cumple uno de los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • es su hijo biológico, • es su hijo adoptivo** o asignado para adopción antes de esta, o • es su hijastro: esto incluye a un hijo biológico o adoptado de su cónyuge.
Nieto, nieta, sobrino o sobrina. SOLO si usted es su tutor legal (si la solicitud de tutela legal*** está pendiente, debe proporcionar documentación donde conste que se presentaron los papeles y proporcionar un comprobante cuando concluya el proceso).	Hasta, lo que ocurra antes, el término de 30 días después de la fecha del cumpleaños 26 del hijo o el final del año calendario en el cual el hijo cumple 26 años.	El hijo: <ul style="list-style-type: none"> • no está casado, • tiene la misma dirección principal que el participante****, o según lo establezcan los términos de un orden de manutención infantil médica calificada (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO) (consulte la página 137), y • lo ha declarado como un dependiente en su declaración de impuestos.****

* Generalmente, una separación legal es cualquier orden judicial o acuerdo vinculante desde el punto de vista legal y presentado ante 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, un acuerdo de división de bienes y una anulación.

** 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 responsabilidad de avisar en las páginas 21 y 22). 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, un niño recién nacido adoptado no estará cubierto desde el nacimiento si uno de los padres biológicos del niño cubre la estadía inicial en el **hospital** del recién nacido, se presentó un aviso para revocar la adopción o uno de los padres biológicos revoca su consentimiento para la adopción.

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

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

2. 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. Con la excepción de la cobertura de COBRA (consulte las páginas 13 a 15 y 131 a 136), el Plan no permite la continuación de la cobertura para su cónyuge si usted está legalmente separado o divorciado, incluso si su acuerdo de divorcio estipula la continuación de la cobertura para su excónyuge. Es importante que le informe a la Oficina del Fondo acerca de un divorcio o una separación legal tan pronto como sea posible para evitar la cobertura de reclamaciones médicas para las que su excónyuge no es elegible. Es posible que se le pida que devuelva el costo de los gastos médicos de su excónyuge que se cubrieron después de la fecha de la separación legal o el divorcio si no se le informó al Fondo de manera oportuna. Además, existen otras consecuencias graves relacionadas con la inscripción de una persona (o el hecho de mantener la inscripción de alguien) que no es elegible para la cobertura conforme al Plan. Consulte la sección Divulgación de información al Fondo: Fraude en las páginas 125 y 126.

* Generalmente, una separación legal es cualquier orden judicial o acuerdo vinculante desde el punto de vista legal, o acuerdo presentado ante 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, un acuerdo de división de bienes y una anulación.

- La elegibilidad de su hijo termina en la fecha que resulte anterior entre las siguientes: (1) su hijo ya no cumple los requisitos para ser

considerado hijo dependiente, según se describe en las páginas 16 a 18, o (2) 30 días después de que su hijo cumple 26 años, o (3) al finalizar el año calendario en que su hijo cumple 26 años.

- La elegibilidad de un cónyuge e hijos (incluidos los hijos dependientes) termina 30 días después de su muerte.

Consulte la sección COBRA que comienza en las páginas 13 a 15 y las páginas 131 a 136 para obtener información sobre la continuación de la cobertura conforme a COBRA en estas situaciones.

D. Inscripción

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

1. Cómo inscribirse

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 16 a 19 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 sus dependientes sean elegibles. Sin embargo, si no inscribe a sus dependientes dentro de los 30 días a partir de la fecha en que resultó elegible por primera vez para recibir la cobertura de salud conforme a este Plan, la cobertura de sus dependientes no comenzará hasta la fecha en que usted notifique al Fondo y presente todos los documentos requeridos. Si, después de que comience su cobertura conforme al Plan, se produce un cambio en su situación familiar (por ejemplo, se casa, tiene un bebé o adopta a un niño) o 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 responsabilidad de avisar en las páginas 21 y 22 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.

También puede inscribir a sus dependientes elegibles o verificar su estado de elegibilidad en línea a través del portal en línea del Fondo en www.32bjmemberportal.org.

2. 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 16 a 19) de la misma manera que se describe anteriormente y en la sección “Cómo inscribirse” en las páginas 19 y 20 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 asignación 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 conforme al 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
- sus dependientes pierden elegibilidad para Medicaid o el Children’s Health Insurance Program, (Programa de seguro médico para niños, CHIP), o adquieren elegibilidad para un subsidio del estado para inscribirse en el Plan conforme a Medicaid o CHIP y usted desea inscribirlos 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/ asignación para adopción, pérdida de la cobertura de salud grupal o la terminación de las contribuciones del **empleador** al otro plan de salud grupal. Si la inscripción especial es el resultado de la pérdida de elegibilidad conforme a Medicaid o CHIP, puede inscribir a su dependiente dentro de los 60 días posteriores a la fecha de finalización de dicha cobertura. Si la inscripción especial es el resultado de que su hijo 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 abierta antes del final de cada año calendario en el que usted podrá hacer un cambio en sus dependientes inscritos, o podrá inscribir a un dependiente si no ha inscrito a nadie anteriormente (o si su dependiente inscrito anteriormente 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.

3. Su responsabilidad de avisar

Si, después de que su cobertura conforme al Plan haya entrado en vigencia, ocurre un cambio en su situación familiar (por ej. matrimonio, separación legal, divorcio, nacimiento o adopción de un hijo), es su responsabilidad 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 a partir de esas fechas, 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, nieta, sobrino o sobrina ya no viven con usted, se casan o, de algún otro modo, ya no cumplen con los requisitos para la cobertura tal como se describe en las páginas 16 a 19.

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. Además, es posible que se le pida que devuelva el costo de los gastos médicos que se cubrieron después de la fecha en que su dependiente dejó de ser elegible si no se le informó al Fondo de manera oportuna. Además, existen otras consecuencias graves relacionadas con la inscripción de una persona (o el hecho de mantener la inscripción de alguien) que no es elegible para la cobertura conforme al Plan. Consulte la sección Divulgación de información al Fondo: Fraude en las páginas 125 y 126.

Si, después de que entre en vigencia su cobertura conforme al Plan, sus dependientes pierden la elegibilidad para Medicaid o el Children's Health Insurance Program, (CHIP), o adquieren elegibilidad para un subsidio del estado para la inscripción en el Plan conforme a Medicaid o CHIP, y usted desea inscribirlos en el Plan, debe notificarle al Fondo dentro de un plazo de 60 días después de la pérdida de Medicaid/CHIP o de que el dependiente adquiera elegibilidad para el subsidio del estado. La cobertura de sus dependientes comenzará a partir de la fecha en que pierden la elegibilidad para Medicaid/CHIP o de la fecha en que adquirieron elegibilidad para el subsidio. Si no le notifica al Fondo dentro de los 60 días de esas fechas, 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 la continuación de la cobertura de salud conforme a COBRA. Si no le notifica al Fondo cuando su dependiente adquiere elegibilidad para el subsidio del estado, esto podría generar una demora o el rechazo del pago de los beneficios de salud.

SECCIÓN 2: BENEFICIOS DE SALUD (médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) y BENEFICIOS DE SALUD AUXILIARES (de medicamentos con receta, dentales y del cuidado de la vista)

A. Introducción

1. Qué beneficios se proporcionan

El Fondo brinda un programa integral de beneficios de salud, el cual incluye lo siguiente:

- Beneficios de salud, incluidos beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, administrados por Anthem Blue Cross Blue Shield (denominado el **administrador de reclamaciones**),
- Beneficios de medicamentos con receta administrados por OptumRx (denominado el **administrador de beneficios de farmacia [pharmacy benefit manager, PBM]**),
- Beneficios dentales administrados por Delta Dental (denominado el **administrador dental**),
- Beneficios del cuidado de la vista administrados por Davis Vision (denominado el **administrador del cuidado de la vista**), y
- Beneficios de fertilidad administrados por Progyny (denominado el **administrador de fertilidad**).

Consulte el Cuadro de contactos al final de este documento para conocer la información de contacto, incluidas las direcciones, números de teléfono y sitios web, de la mayoría de los administradores mencionados anteriormente.

Cada uno de estos beneficios se describe en las secciones siguientes.

2. Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) y de farmacia

El monto máximo anual que paga de su bolsillo es el máximo que usted pagará de su propio bolsillo cada año. El Plan mantiene montos máximos que paga de su bolsillo separados para los beneficios de salud y de farmacia, así como también para los beneficios **dentro de la red** y **fuera de la red**, tal como se describe a continuación.

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

El Plan mantiene un monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) y de farmacia **dentro de la red** basado en las pautas emitidas por el Department of Health and Human Services. El 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 médico). El Plan cambiará los montos máximos que paga de su bolsillo cada 1 de enero para ajustarse a los límites del HHS. El monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios **dentro de la red** se divide entre los beneficios médicos, a los que se les asignará el 75% del monto máximo, y los beneficios de medicamentos con receta, a los que se les asignará el 25% del monto máximo.

En 2024, el monto máximo anual individual total que usted paga de su bolsillo **dentro de la red** es \$9,450 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo **dentro de la red** es \$18,900. Si tiene otros miembros de su familia inscritos en este Plan, ellos deben alcanzar sus propios límites individuales de gastos que pagan de su bolsillo hasta alcanzar el límite de gastos total que paga de su bolsillo para el grupo familiar. El monto máximo anual que paga de su bolsillo es el máximo que usted pagará de su propio bolsillo cada año. Estos montos pueden cambiar de un año a otro.

En 2025, el monto máximo anual individual total que usted paga de su bolsillo **dentro de la red** será \$9,200 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo **dentro de la red** será \$18,400. Estos montos pueden cambiar de un año a otro.

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

El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios de salud individuales **dentro de la red** en 2024 es \$7,088 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo para beneficios de salud **dentro de la red** es \$14,175. En 2024, después de que una familia haya pagado \$14,175 en costos que paga de su bolsillo para beneficios de salud **dentro de la red**,

independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios de salud **dentro de la red**, ya no existen costos adicionales que deba pagar de su bolsillo (**copagos**) por ningún beneficio de salud adicional **dentro de la red** durante el año calendario.

En 2025, el monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios de salud individuales **dentro de la red** será \$6,900 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo para beneficios de salud **dentro de la red** será \$13,800. En 2025, después de que una familia haya pagado \$13,800 en costos que paga de su bolsillo para beneficios de salud **dentro de la red**, independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios de salud **dentro de la red**, ya no existirán costos adicionales que deba pagar de su bolsillo (**copagos**) por ningún beneficio de salud adicional **dentro de la red** durante el año calendario.

Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de medicamentos con receta dentro de la red

El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta individuales **dentro de la red** en 2024 es \$2,363 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta es \$4,725. En 2024, después de que una familia haya pagado \$4,725 en costos que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta cubiertos, ya no existen costos adicionales que deba pagar de su bolsillo por ningún beneficio de medicamentos con receta cubierto adicional durante el año calendario.

En 2025, el monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta individuales **dentro de la red** será \$2,300 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta será \$4,600. En 2025, después de que una familia haya pagado \$4,600 en costos que paga de su bolsillo para beneficios de medicamentos con receta cubiertos, ya no existirán costos adicionales que deba pagar de su bolsillo por ningún beneficio de medicamentos con receta cubierto adicional durante el año calendario.

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

- **copagos**

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

- primas,
- **deducibles fuera de la red,**
- **coseguro fuera de la red,**
- facturación de saldos,
- gastos por servicios no cubiertos, incluidos los servicios que no son **médicamente necesarios,** y
- multas por precertificación.

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

El monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios de salud individuales **fuera de la red** en 2024 es \$7,088 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo para beneficios de salud **fuera de la red** es \$14,175. En 2024, después de que una familia haya pagado \$14,175 en costos que paga de su bolsillo para beneficios de salud **fuera de la red**, independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios de salud **fuera de la red**, ya no existen costos adicionales que deba pagar de su bolsillo (**deducibles o coseguro**) por ningún beneficio de salud adicional **fuera de la red** durante el año calendario; sin embargo, esto no impide que un **proveedor fuera de la red** le facture el saldo a un participante por cargos que excedan el **monto permitido**.

En 2025, el monto máximo anual que usted paga de su bolsillo para beneficios de salud individuales **fuera de la red** será \$6,900 y el monto máximo anual que su familia paga de su bolsillo para beneficios de salud **fuera de la red** será \$13,800. En 2025, después de que una familia haya pagado \$13,800 en costos que paga de su bolsillo para beneficios médicos **fuera de la red**, independientemente de cuánto pague cada miembro de la familia en costos que paga de su bolsillo para beneficios de salud **fuera de la red**, ya no existirán costos adicionales que deba pagar de su bolsillo (**deducibles o coseguro**) por ningún beneficio de salud adicional **fuera de la red** durante el año calendario; sin embargo, esto no impedirá que un **proveedor fuera de la red** le facture el saldo a un participante por cargos que excedan el **monto permitido**.

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

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

*Gastos que no aplican a los fines del monto máximo que paga de su bolsillo **fuera de la red**.*

- primas,
- **copagos dentro de la red**,
- facturación de saldos,
- gastos por servicios no cubiertos, incluidos los servicios que no son **médicamente necesarios**, y
- multas por precertificación.

Monto máximo que paga de su bolsillo por medicamentos con receta dentro de la red: No existe monto máximo que paga de su bolsillo por beneficios de medicamentos con receta **fuera de la red** (por ejemplo, medicamentos con receta comprados en una **farmacia no participante**).

B. Beneficios de salud: beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias

1. Cómo funciona el beneficio de salud

El Plan brinda beneficios de salud, incluidos beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias, que son administrados por Anthem Blue Cross Blue Shield (“Anthem”). En este documento, se hará referencia a Anthem como el “**administrador de reclamaciones**”. Los beneficios están disponibles tanto **dentro de la red** como **fuera de la red** y se describen en detalle en esta sección. La cantidad que usted pague de su propio bolsillo por gastos médicos cubiertos dependerá de si usa un **proveedor fuera de la red** o **dentro de la red**.

Condiciones para el reembolso

Se aplican las siguientes condiciones:

- 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 por el Plan. El Plan no reembolsará ningún gasto incurrido por una persona mientras esta no estaba cubierta por el Plan.

Tarjeta de identificación

Cuando sea elegible para los beneficios de salud, recibirá una tarjeta de identificación del **administrador de reclamaciones**. Esta tarjeta le brinda acceso a miles de **proveedores de atención médica** y **centros**, incluidos médicos, cirujanos, **hospitales** y otros **centros** de atención médica en la **red**. También le da acceso telefónico las 24 horas a un enfermero registrado que puede ayudarlo con sus decisiones de atención médica.

2. Beneficios dentro de la red

El Plan ofrece la **red Anthem Blue Cross y Blue Shield Point of Service (“POS”)*** Esta **red** incluye más de 85,000 **proveedores de atención médica** y casi 200 **hospitales** en los siguientes tres estados:

- *New York*: 29 estados 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 viven fuera de Connecticut, los condados de New York y New Jersey identificados anteriormente recibirán sus beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) a través de la red Anthem 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 de salud, hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, descritos en las páginas siguientes son idénticos para las **redes POS y PPO**).

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

Los centros preferidos tienen los costos que paga de su bolsillo más bajos. Cuando utilice **proveedores dentro de la red**, incluidos los **hospitales y proveedores de atención médica dentro de la red**, 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 Cuadro de **servicios cubiertos** en las páginas 41 a 61 para obtener más información sobre los **copagos** aplicables).

* Si no puede encontrar un **proveedor dentro de la red** en su área que pueda brindarle un servicio o suministro que esté cubierto conforme a este Plan, debe llamar al número que figura al dorso de su tarjeta de identificación de Anthem 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**.

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 **centros** y **hospitales preferidos y no preferidos dentro de la red**. También puede llamar a Member Services al 1-800-551-3225 para obtener asistencia.

Cómo mantenerse dentro de la red

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

El **proveedor dentro de la red** evaluará sus necesidades médicas y le brindará asesoramiento respecto de la atención adecuada. Tendrá costos más bajos o ningún costo por los servicios cubiertos. Además, no tiene que pagar **deducibles** ni **coseguro** por servicios **dentro de la red**, ni tampoco presentar o hacer un seguimiento de reclamaciones. Además, los **proveedores dentro de la red** son responsables de obtener cualquier autorización previa necesaria en su nombre. (Consulte la sección Autorización previa para beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias y el Cuadro de **servicios cubiertos** en las páginas 41 a 61 para obtener más información).

Cuando su **proveedor dentro de la red** lo deriva a otro **proveedor** para recibir servicios o le recomienda un tratamiento en un **centro** que pertenece a un **hospital**, debe asegurarse de verificar si el otro **proveedor**, **hospital** o **centro** se encuentra **dentro de la red** y, si se encuentra **dentro de la red**, si es **preferido** o **no preferido**. Puede preguntarle a su **proveedor de atención médica**, pero los proveedores no siempre saben si un **centro** es un **centro independiente** o si es un **hospital** y si es **preferido** o **no preferido**, así que siempre es una buena idea verificar con el **administrador de reclamaciones** antes de recibir los servicios. También puede llamar a Member Services al 1-800-551-3225 para obtener asistencia.

Un listado de los **proveedores dentro de la red** también se encuentra disponible en línea en el sitio web del **administrador de reclamaciones** (consulte el Cuadro de contactos para obtener la información del sitio web). El directorio generalmente debe actualizarse cada 90 días. Si tiene preguntas acerca de si un **proveedor** o **centro** en particular pertenece o no a la **red**, también puede comunicarse con Member Services al 1-800-551-3225.

Para encontrar un **proveedor dentro de la red**:

- Utilice la herramienta Find a Doctor (Encontrar un médico) en el sitio web del Fondo (www.health.32bjfunds.org), o
- Inicie sesión en el Member Portal (Portal para miembros) (www.32bjmemberportal.org).
- También puede chatear con Member Services directamente desde el portal, o puede llamarlos al 1-800-551-3225.
- Para encontrar un *5 Star Center* cercano a usted, puede llamar a Member Services, o usar la herramienta Find a Doctor o acceder a los mapas y archivos PDF de los 5 Star Centers en el sitio web del Fondo.
- Para programar una cita en el Union Health Center (UHC), llame al 212-924-2510 o visite UHC/appointments (www.unionhealthcenter.org/appointments).

Monto máximo anual que paga de su bolsillo

Tal como se describe al comienzo de esta sección, el Plan mantiene un monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) **dentro de la red**. Después de que un individuo o familia alcanza el monto máximo, no habrá costos adicionales que pague de su bolsillo (por ejemplo, **copagos**) por ningún beneficio adicional **dentro de la red** por el resto del año calendario. Consulte la sección “Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) **dentro de la red**” en las páginas 24 y 25 para obtener una descripción completa.

Herramienta de transparencia de costos

Puede acceder a información sobre la comparación de precios en el sitio web del **administrador de reclamaciones**. Esta herramienta le permite ver los precios que cobra un **proveedor**, los **montos permitidos** del Plan, la obligación de costos compartidos y otra información. Para poder ver la información sobre los precios, necesitará el código de Current Procedural Terminology, CPT (Terminología actualizada de procedimientos médicos) o el código de Diagnosis Related Group, DRG (Grupo relacionado de diagnóstico) para el servicio o procedimiento que está buscando. Esta información también se encuentra disponible en formato impreso o por teléfono si se comunica con el **administrador de reclamaciones**.

Línea de salud de enfermería

Esta es una línea de información gratuita disponible las 24 horas para los afiliados. 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. Para comunicarse con la Línea de salud de enfermería, póngase en contacto con el **administrador de reclamaciones** al número que aparece en la lista de Contactos.

LiveHealth Online

LiveHealth Online es una forma conveniente 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 días feriados. LiveHealth Online debe usarse para situaciones médicas que no son de urgencia, como resfríos, dolores de garganta o gripe. LiveHealth Online del **administrador de reclamaciones** está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana, y el **copago** por este servicio es el mismo que para un **proveedor de atención médica dentro de la red**. El **proveedor de atención médica** 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.

3. Beneficios fuera de la red

NOTA IMPORTANTE: *Algunos servicios no están cubiertos cuando utiliza un proveedor fuera de la red.* (Consulte las páginas 31 a 35, 41 a 61, 80 a 85 y 91 a 95 para obtener más información).

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

La atención provista por un **proveedor fuera de la red** se paga al nivel más bajo. Si utiliza **proveedores fuera de la red**, primero debe pagar el **deducible** anual. Después de completar el pago del **deducible** anual, se le reembolsará en un 50% del **monto permitido** máximo. El **monto permitido** máximo no es lo que le cobra a usted el **proveedor de atención médica**. Es el monto pagado por un servicio médico en un área geográfica y se basa en las tasas promedio del condado para los centros y en la tasa PPO **dentro de la red** para **proveedores de atención médica**. Si decide permanecer con el **proveedor fuera de la red** que eligió, es posible que tenga costos significativos que deba pagar de su bolsillo. Si bien el Plan paga el 50% del **monto permitido**, el **proveedor fuera de la red** puede cobrarle más que el **monto permitido**. Además, usted (no su médico) debe solicitar una 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.

Los montos superiores al **monto permitido** no son elegibles para su reembolso por parte del Plan y es su responsabilidad pagarlos. Esto es además de cualquier **deducible** y **coseguro** requerido. Si utiliza un **proveedor fuera de la red**, pregúntele a su **proveedor** si él o ella aceptará el pago del **administrador de reclamaciones** 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 “Anthem”, no todos participan como **proveedor dentro de la red** con el **administrador de reclamaciones**, por lo que 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 del **administrador de reclamaciones** como pago total, es mejor que obtenga un acuerdo por escrito que así lo indique.

Si su **proveedor** no acepta el pago del **administrador de reclamaciones** en calidad de pago total, además del 50% del **monto permitido** que paga el plan, usted será responsable de los cargos que superen el **monto permitido**. Consulte la sección Definiciones de términos (Glosario) para obtener una descripción de cómo se calcula el **monto permitido**. Consulte las páginas 34 y 35 para ver un ejemplo de cómo se les paga a los **proveedores fuera de la red**.

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

Monto máximo anual que paga de su bolsillo. Tal como se describe al comienzo de esta sección, el Plan mantiene un monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) **fuera de la red**. Después de que un individuo o familia alcanza el monto máximo, no habrá costos adicionales que pague de su bolsillo (por ejemplo, **deducible** y **coseguro**) por ningún beneficio adicional **fuera de la red** por el resto del año calendario. El monto máximo anual que paga de su bolsillo para beneficios **fuera de la red** es la suma del **deducible** anual y del máximo de **coseguro** que se

describe a continuación. Consulte la sección “Monto máximo anual que paga de su bolsillo por beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias) **fuera de la red**” en las páginas 26 y 27 para obtener una descripción completa del monto máximo anual que paga de su bolsillo.

Deducible anual. Su **deducible** anual individual para beneficios **fuera de la red** es \$1,000 y su **deducible** anual familiar es \$2,000. 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 alcance el **deducible** familiar total.

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

- **copagos dentro de la red,**
- cargos que exceden el **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red,**
- montos de multas que paga debido a que no obtuvo la autorización previa para una estadía en el **hospital** o no cumplió cualquier otro requisito de autorización previa (denominada “multas por precertificación”), y
- cargos excluidos o limitados por el Plan. (Consulte las páginas 42 a 61, 61 a 68, 76 y 77, 86 a 88, 92, 95 y 96).

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

Coseguro anual máximo. El Plan limita el **coseguro** que cada paciente tiene que pagar en un determinado año calendario. También limita el monto que cada familia debe pagar. Su **coseguro** anual máximo para 2024 es \$6,088 y el **coseguro** máximo de su familia es \$12,175. En 2025, su **coseguro** máximo anual será \$5,900 y el **coseguro** máximo de su familia será \$11,800. Cualquier gasto elegible que se presente 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 aplican para efectos del **coseguro** anual máximo **fuera de la red**:

- **copagos dentro de la red,**
- **deducibles,**
- cargos que exceden el **monto permitido** para los gastos elegibles **fuera de la red,**
- montos que paga debido a que no obtuvo la autorización previa para una estadía en el **hospital** o no cumplió cualquier otro requisito de autorización previa (multas por precertificación), y
- cargos excluidos o limitados por el Plan. (Consulte las páginas 42 a 61, 61 a 68, 80 a 85, 86 a 88, 92, 95 y 96).

*Sus responsabilidades cuando utiliza un **proveedor fuera de la red**.* Debe presentar las reclamaciones usted mismo cuando utiliza un **proveedor fuera de la red**. Usted (no su médico) 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.

Ejemplo de lo que podría pagar cuando se atiende con un proveedor fuera de la red

Los cargos que cobran los **proveedores fuera de la red** 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 fuera de la red** y suponiendo que se determina que los servicios son **médicamente necesarios**:

Cargo del proveedor por la cirugía	\$17,000
Monto permitido para la cirugía	\$1,450
Usted paga el deducible	\$1,000
Usted también paga el 50% del monto permitido después de su deducible (coseguro)	$\$1,450 - \$1,000 = \$450$ $\$450 \times 50\% = \mathbf{\$225}$
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	$\\$1,000 + \\$225 + \\$15,550 = \\$16,775$
El Plan paga el 50% del monto permitido después de su deducible	$\$1,450 - \$1,000 = \$450$ $\$450 \times 50\% = \mathbf{\$225}$
Monto total que paga el Plan	\$225

Si está pensando en usar un **proveedor fuera de la red**, comuníquese con el **administrador de reclamaciones** para tener una idea de cuánto deberá pagar. Para poder ayudarlo, el **administrador de reclamaciones** necesitará saber la ubicación (ciudad y estado) del consultorio del **proveedor** donde se atenderá y el código de Current Procedural Terminology, (Terminología actualizada de procedimientos médicos, CPT) para el procedimiento que recibirá. Debe obtener el código CPT del **proveedor fuera de la red**.

4. Protecciones frente a la “facturación sorpresa”

La Consolidated Appropriations Act of 2021, CAA (Ley de Apropiaciones Consolidadas de 2021) es una ley federal que incluye la No Surprises Billing Act (Ley para evitar la facturación sorpresa), así como también otros requisitos de transparencia de los **proveedores** que se describen en la página 30. Cuando usted recibe atención de **emergencia** o recibe tratamiento por parte de un médico o especialista **fuera de la red** en un **hospital** o **centro quirúrgico ambulatorio** que sí está **dentro de la red**, usted está protegido por la ley federal que previene la “facturación sorpresa” o la “facturación de saldos”. Usted está protegido frente a la facturación de saldos en los siguientes casos:

Servicios de emergencia

Si tiene una situación médica de **emergencia** y recibe servicios de **emergencia** de un médico, **centro** o servicio de ambulancia aérea **fuera de la red**, el monto máximo que el médico, **centro** o servicio de ambulancia aérea pueden facturarle es el monto de costo compartido **dentro de la red** de su Plan (su **copago dentro de la red**). No se le pueden facturar los saldos por esos servicios de **emergencia**. Esto incluye servicios que puede recibir después de que esté en una situación estable, a menos que otorgue

su consentimiento por escrito para renunciar a sus protecciones frente a la facturación de saldos una vez que esté estable. Cualquier monto que pague por **servicios de emergencia fuera de la red** se tiene en cuenta para su límite de gastos que paga de su bolsillo **dentro de la red**.

Ciertos servicios en un hospital dentro de la red o en un centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red

Cuando recibe servicios de un **hospital** o centro quirúrgico ambulatorio (lugares donde se realizan cirugías para pacientes ambulatorios) dentro de la red, es posible que ciertos médicos o especialistas estén **fuera de la red**. En estos casos, el máximo que pueden facturarle a usted es el monto de costo compartido **dentro de la red** del Plan. Esto se aplica a los medicamentos y los servicios de anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistentes de cirugía, hospitalistas o intensivistas de **emergencia**. Estos especialistas no pueden facturarle los saldos y no pueden pedirle que renuncie a sus protecciones frente a la facturación de saldos. Si usted recibe otros servicios en estos centros **dentro de la red**, los médicos u otros **proveedores de atención médica fuera de la red** no pueden facturarle los saldos, a menos que usted otorgue su consentimiento por escrito para renunciar a sus protecciones.

Además, si es capaz de demostrar que recibió información incorrecta del **administrador de reclamaciones** que indicaba que un **proveedor** o **centro** estaba **dentro de la red**, solo será responsable por los montos de costo compartido **dentro de la red** y estos montos se aplicarán a su límite de gastos que paga de su bolsillo **dentro de la red**.

Si considera que le han facturado de manera incorrecta, puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration (EBSA) para averiguar si los cargos están permitidos por la ley. Visite el sitio web del Department of Labor (www.dol.gov/ebsa) o llame a la línea directa gratuita de la Employee Benefits Security Administration (EBSA) al 1-866-444-EBSA (3272) para obtener más información acerca de sus derechos conforme a las leyes federales. Si recibe **servicios de emergencia** de un proveedor **fuera de la red** o **servicios cubiertos** de un proveedor **fuera de la red** en un centro **dentro de la red** y cree que esos servicios están cubiertos por la No Surprise Billing Act, tiene derecho a apelar esa reclamación. Si se rechaza su apelación de una reclamación de facturación sorpresa, usted tiene derecho a apelar la decisión adversa ante una Organización de revisión independiente tal como se estipula en los procedimientos para apelaciones en las páginas 111, 112 y 115 a 117.

Continuidad de la atención

Si su **proveedor** deja de ser un **proveedor dentro de la red** debido a la terminación del contrato con el **administrador de reclamaciones**, se aplican ciertas protecciones si usted es un paciente con atención continua. Un paciente con atención continua es un individuo que, en relación con un **proveedor** o **centro**, cumple con al menos una de las siguientes condiciones:

- Está recibiendo tratamiento del **proveedor** de un **centro** para una condición grave y compleja, que se define como:
 - En el caso de una enfermedad aguda, se trata de una condición que es lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o daño permanente.
 - En el caso de una enfermedad o condición crónica, se trata de una condición que:
 - o pone en riesgo la vida o que es degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita; y
 - o requiere atención médica especializada durante un período de tiempo prolongado.
- Está recibiendo un curso de tratamiento del **proveedor** o **centro** en una institución o como paciente internado.
- Tiene programado realizarse una cirugía no electiva con el **proveedor** o **centro**, incluida la obtención de atención posoperatoria de dicho **proveedor** o **centro** en relación con esa cirugía.
- Está embarazada y recibiendo tratamiento para el embarazo del **proveedor** o **centro**.
- Tiene una enfermedad terminal y está recibiendo tratamiento para esa enfermedad del **proveedor** o **centro**.

Si usted califica como un paciente con atención continua, el Plan se lo notificará y usted tendrá la oportunidad de optar por continuar con el tratamiento por hasta 90 días con ese **proveedor** o **centro** como si el **proveedor** o **centro** estuvieran aún **dentro de la red**. Si usted no completa y devuelve correctamente el formulario de elección de continuidad de la atención dentro de los períodos de tiempo requeridos por el Fondo, todo el servicio se pagará a la tasa de servicios **fuera de la red** a partir de la fecha en que el **proveedor** abandone la **red**.

5. Otra información importante

Montos máximos de los beneficios

No existen límites de por vida para los beneficios de salud (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 Cuadro de **servicios cubiertos**. (Consulte las páginas 41 a 61).

Cobertura cuando está lejos de casa

Cuando usted se encuentra fuera del área cubierta por su **red**, cuenta con cobertura para toda la atención **médicamente necesaria** bajo los términos que se aplican **dentro de la red** con un **copago** cuando utiliza un **proveedor dentro de la red** local de Blue Cross Blue Shield.

Aviso de la Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA

Si se ha sometido o se someterá a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios en virtud de la Women's Health and Cancer Rights Act of 1998, WHCRA (Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998).

. A las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, se les proporcionará cobertura de un modo determinado en consulta con el médico a cargo y la paciente para lo siguiente:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos al mismo costo compartido que se aplica a otros beneficios médicos y quirúrgicos **dentro de la red** y **fuera de la red** que proporciona el Plan, tal como se describen en esta sección. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con el **administrador de reclamaciones** o Member Services al 1-800-551-3225.

Newborns' and Mothers' Health Protection Act (Ley de Protección de la salud de madres y recién nacidos)

En general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros médicos no pueden, en virtud de la ley federal, restringir los beneficios de duración de ninguna 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, los planes y la aseguradora, en virtud de la ley federal, no pueden requerir que un **proveedor** obtenga la autorización del Plan o de la aseguradora para un período de estadía que no exceda las 48 horas (o las 96 horas).

6. Autorización previa para beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias)

Cuando se atiende con un **proveedor dentro de la red**, la mayoría de las veces, el **proveedor** obtiene la autorización previa por usted. Sin embargo, si las circunstancias le impiden a su **proveedor** obtener la autorización previa, es posible que usted sea responsable de pagar el costo completo del servicio si el servicio no se considera **médicamente necesario**.

Si se atiende con un **proveedor fuera de la red**, usted es responsable de obtener la autorización previa para los servicios requeridos. Esto significa que tiene que comunicarse con el **administrador de reclamaciones**, como se indica en la página 74, o asegurarse de que su **proveedor** lo haya hecho.

Si no obtiene la autorización previa, se aplicará una multa financiera si, después de una revisión, se considera que los servicios son **servicios cubiertos** y se determina que son **médicamente necesarios**. Usted será responsable del costo completo de los servicios si, después de la revisión, no se considera que sean servicios cubiertos o no se consideran **médicamente necesarios**.

Para los servicios hospitalarios/médicos que requieren autorización previa, los **proveedores** y afiliados pueden llamar al **administrador de reclamaciones** las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Para los servicios de salud del comportamiento/abuso de sustancias para pacientes internados que requieren autorización previa, los **proveedores** y afiliados pueden llamar al **administrador de reclamaciones** las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Tipo de atención que requiere autorización previa	Cuándo debe llamar
<ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia aérea (en situaciones que no sean de emergencia) • Pruebas de densidad ósea y ecocardiograma de esfuerzo • Pruebas genéticas • Servicios de hospitalización intensiva y parcial para pacientes ambulatorios para salud del comportamiento o abuso de sustancias • Exámenes de imagen por resonancia magnética (IRM) o angiografía por resonancia magnética (ARM) • Intervención coronaria percutánea (ICP), cateterización cardíaca y ecografía vascular • Exámenes de tomografía por emisión de positrones (TEP) y tomografía computarizada (TC), y estudios de imágenes nucleares • Fisioterapia y terapia ocupacional • Prótesis/aparatos ortopédicos o equipo médico duradero (alquiler o compra) • Radioterapia • Estudios del sueño • Terapia de células T con receptores quiméricos de antígenos (CAR-T) y terapia génica 	<p>Lo antes posible <u>antes</u> de que reciba atención.</p>
<p>Procedimientos quirúrgicos (para <i>pacientes internados</i> y pacientes ambulatorios) No todos los procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios requieren autorización previa. Póngase en contacto con el administrador de reclamaciones para confirmar si su procedimiento para pacientes ambulatorios requiere autorización previa</p>	<p>Dos semanas <u>antes</u> de que le realicen la cirugía o tan pronto como se programe la atención.</p>
<p>Paciente internado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admisiones programadas hospitalarias, de salud del comportamiento o abuso de sustancias • Centro para pacientes con enfermedades terminales • Admisiones a un centro de enfermería especializada o de rehabilitación 	<p>Dos semanas <u>antes</u> de que reciba atención o tan pronto como se programe la atención.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Admisiones de emergencia al hospital 	<p>Dentro de las 48 horas después de la admisión.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Admisiones de maternidad que duren más de dos días (o cuatro días para parto por cesárea) • Hospitalización continua 	<p>Apenas sepa que la atención va a durar más de lo planificado originalmente.</p>

Cómo funciona la autorización previa. El **administrador de reclamaciones** 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 urgente, el **administrador de reclamaciones** 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 108 a 117).

*Para **proveedores fuera de la red**, si no obtiene la autorización previa para la atención que figura en la página opuesta, 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 eran **médicamente necesarios**, no se pagarán beneficios. Para **proveedores dentro de la red y fuera del área**, usted debe obtener una autorización previa para los servicios, o es posible que deba ser responsable por el costo completo.*

7. Cuadro de servicios de salud cubiertos

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

Todos los servicios deben ser **médicamente necesarios**, según lo determine el **administrador de reclamaciones**, para que el Plan los cubra.

No se requiere autorización previa para los **servicios de emergencia** y para los servicios quirúrgicos para los que las leyes aplicables no permiten requisitos de autorización previa.

En el hospital y en otros centros de tratamiento para pacientes internados

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

Para obtener las definiciones de los diversos **centros** y más detalles, consulte las definiciones de términos o el Glosario en las páginas 147 a 155.

En el hospital y en otros centros de tratamiento para pacientes internados

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Información adicional y limitaciones	
Habitación semiprivada y comidas (para atención obstétrica, las hospitalizaciones se cubren hasta por al menos 48 horas después de un parto normal, o por al menos 96 horas después de una cesárea).	<p>El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en los hospitales preferidos y un copago de \$1,000 por admisión en los hospitales no preferidos.</p> <p>Nota: Si lo admiten como paciente internado en un centro u hospital no preferido dentro de la red debido a una emergencia, tendrá un copago de \$100.</p> <p>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.</p> <p>Con cobertura solo dentro de la red 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):</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido.</p> <p>El afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>Se requiere autorización previa. Solo se cubre hasta la tarifa de una habitación semiprivada. Si se usa una habitación privada, usted es responsable de pagar la diferencia entre el costo de la habitación privada y una habitación semiprivada. El costo adicional no cuenta para los efectos del monto máximo que paga de su bolsillo, deducible o coseguro.</p> <p>Los siguientes servicios no están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> – servicio de enfermería privada – 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 estadía en el hospital que sea principalmente de custodia – cirugía cosmética electiva, que incluye cualquier gasto hospitalario o tratamiento de cualquier complicación relacionada, excepto cuando se necesite debido a una lesión, sea para la reconstrucción de los senos después de una cirugía por cáncer o sea necesaria para disminuir una enfermedad deformante o una deformidad que se produzca por una anomalía congénita o esté directamente relacionada con ella – cualquier parte de una estadía en el hospital o en un centro que el administrador de reclamaciones determina que no cumple con la definición de hospital u otro centro. 	
Servicios de proveedores de atención médica en el hospital				
Anestesia y oxígeno en el hospital				
Sangre y transfusiones sanguíneas en el hospital				
Unidad de cuidados cardíacos (Cardiac Care Unit, CCU) y Unidad de cuidados intensivos (Intensive Care Unit, ICU)				<p>El Plan paga el 50% del monto permitido.</p>
Quimioterapia y radioterapia para pacientes internados				<p>El afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>
Servicios nutricionales y de dieta especiales que son médicamente necesarios				
Servicios de laboratorio y radiología para pacientes internados (incluida la radiología de alta tecnología)				
Diálisis renal para pacientes internados		<p>Sin cobertura.</p>		

En el hospital 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	<p>El Plan paga el 100% si la cirugía se realiza en un 32BJ Health Fund Center of Excellence, con un proveedor que pertenece a un 32BJ Health Fund Center of Excellence.</p> <p>Si no hay un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa y si se le otorga una excepción por distancia antes de su cirugía, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos antes de su cirugía, el Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un Anthem Blue Distinction Centers of Medical Excellence preferido y un copago de \$1,000 por admisión en un Anthem Blue Distinction Centers of Medical Excellence no preferido.</p>	Sin cobertura	<p>Se requiere autorización previa para todas las admisiones de pacientes internados. Con cobertura solo tal como se describe en la columna "Hospital o centro de la red".</p> <p>En el área de servicio del administrador de reclamaciones, los procedimientos para pacientes internados solo se cubren en los centros de los 32BJ Health Fund Centers of Excellence con proveedores de los 32BJ Health Fund Centers of Excellence tal como se describe en la columna "Hospital o centro de la red". Los procedimientos para pacientes ambulatorios se cubren en cualquier centro de Blue Distinction dentro de la red.</p> <p>Comuníquese con Member Services para obtener información acerca del 32BJ Bariatric Program.</p>
<p>Cirugía de trasplante</p> <p>Trasplantes de riñón y pulmón</p>	<p>La cobertura del Plan depende del tipo de trasplante.</p> <p>En New York, se cubre solo en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence. El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence. Fuera de New York, se cubre en cualquier hospital dentro de la red. El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en los hospitales preferidos y después de un copago de \$1,000 por admisión en los hospitales no preferidos.</p>		<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>En New York, los trasplantes de riñón y pulmón se cubren solo en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence con un copago de hospital preferido. Fuera de New York, los trasplantes de riñón y pulmón están cubiertos dentro de la red únicamente en un hospital dentro de la red de Blue Cross Blue Shield.</p> <p>Comuníquese con Member Services para obtener una lista de los Blue Distinction Centers of Medical Excellence.</p>
Todos los demás trasplantes, independientemente de la ubicación	Con cobertura solo en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence. El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence.		<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Otros trasplantes solo tienen cobertura en los Blue Distinction Centers of Medical Excellence, a menos que se determine que el caso es una emergencia, o el administrador de reclamaciones otorgue una excepción de la red.</p>
Monto máximo de por vida por traslado para un trasplante, terapia de células T con receptores quiméricos de antígenos (CAR-T) y terapia génica	Hasta \$10,000 por trasplante.		Se requiere autorización previa.

En el hospital 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
<p>Reemplazo de articulaciones (cadera y rodilla)</p>	<p>El Plan paga el 100% si la cirugía se realiza en un 32BJ Health Fund Center of Excellence, con un proveedor de atención médica que pertenece a un 32BJ Health Fund Center of Excellence.</p> <p>Si no hay un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa y si se le otorga una excepción por distancia antes de su cirugía, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos antes de su cirugía, el Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un centro preferido dentro de la red y un copago de \$1,000 por admisión en un centro no preferido dentro de la red.</p>	<p>Sin cobertura, excepto que no haya un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa y se le otorgue una excepción por distancia antes de su cirugía, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos antes de su cirugía.</p> <p>Si no hay un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección de su casa y se le otorga una excepción por distancia antes de su cirugía, o si se le otorga una excepción debido a motivos médicos antes de su cirugía, el Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>Se requiere autorización previa para todas las admisiones de pacientes internados.</p> <p>Con cobertura solo dentro de la red, a menos que se cumplan los criterios descritos en la columna "Hospital o centro de la red".</p> <p>En el área de servicio del administrador de reclamaciones, los procedimientos para pacientes internados solo se cubren en los centros de los 32BJ Health Fund Centers of Excellence con proveedores de los 32BJ Health Fund Centers of Excellence tal como se describe en la columna "Hospital o centro de la red". Los procedimientos para pacientes ambulatorios se cubren en cualquier centro dentro de la red.</p> <p>Comuníquese con Member Services para obtener información acerca del 32BJ Joint Replacement Program.</p> <p>Consulte la sección Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o terapia de la vista (incluida la rehabilitación) para obtener información sobre la fisioterapia después de la cirugía.</p>
<p>Terapia de afirmación de género</p>	<p>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.</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido, el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p>

En el hospital 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
<p>Centro de enfermería especializada</p>	<p>El Plan paga el 100%.</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Dentro de la red únicamente. Con cobertura por 60 días por año calendario como máximo. El proveedor de atención médica debe proporcionar una referencia 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 registrado, fisioterapeuta, u otro proveedor de atención médica.</p> <p>No se cubre la 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; provea atención de sanatorio o brinde una cura de descanso.</p>
<p>Centro de atención para pacientes con enfermedades terminales y servicios para personas con enfermedades terminales</p>	<p>El Plan paga el 100%.</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Dentro de la red únicamente. La atención a pacientes con enfermedades terminales está orientada a pacientes con diagnóstico de una enfermedad terminal (es decir, tienen una esperanza de vida de doce meses o menos). El Plan cubre servicios de atención a pacientes con enfermedades terminales cuando el proveedor de atención médica del paciente certifica que este tiene una enfermedad terminal y dicha atención se brinda en una organización de este tipo certificada por el estado en que se ubica.</p>

Atención de emergencia

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
<p>Sala de emergencias (emergency room, ER) de un Hospital e independiente</p>	<p>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.</p> <p>Los centros de atención urgente pueden facturar las visitas como una visita a la sala de emergencia, en cuyo caso, estarán sujetas al copago para la sala de emergencia.</p>	<p>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.</p> <p>En caso de una emergencia fuera del área operativa del Punto de servicio (Point of Service, POS), muestre su tarjeta de identificación cuando visite un proveedor dentro de la red local de Blue Cross Blue Shield. Si el hospital participa en otro programa Blue Cross o Blue Shield, su reclamación será procesada por el plan local de Blue Cross. Si se trata de un hospital fuera de la red, tendrá que presentar una reclamación para que le reembolsen los gastos elegibles</p>	<p>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 quitarse los puntos).</p> <p>No se requiere autorización previa para los servicios de emergencia y para los servicios quirúrgicos para los que las leyes aplicables no permiten requisitos de autorización previa.</p> <p>Si lo admiten, debe contar con la aprobación previa dentro de las 48 horas de una admisión de emergencia al hospital.</p>
<p>Centro de atención urgente</p>	<p>El Plan paga el 100% después de un copago de \$40.</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido, y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>Si el centro de atención urgente le factura su visita como una visita a la sala de emergencias, usted pagará el copago de la sala de emergencias.</p>

Centros de tratamiento para pacientes ambulatorios

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Exámenes prequirúrgicos	El Plan paga el 100%.	El Plan paga el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Los exámenes deben realizarse dentro de los 21 días previos a la cirugía.
<p>La cirugía y la atención relacionada con esta incluye los quirófanos y salas de recuperación, y los servicios de los cirujanos y asistentes de cirugía cuando se brindan en un departamento para pacientes ambulatorios, en el consultorio de un proveedor o en otro centro, y los medicamentos que son parte del tratamiento del centro para pacientes ambulatorios cuando están recetados por el centro y se surten en la farmacia del centro.</p>	<p>El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se brinda el servicio:</p> <p>Si es en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios: copago de \$75 para hospitales preferidos y copago de \$250 para hospitales no preferidos.</p> <p>Si es en un consultorio o centro independiente: copago de \$0.</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>Se requiere autorización previa para procedimientos quirúrgicos, estudios de diagnóstico por imágenes (tomografía por emisión de positrones [TEP] y tomografía computarizada [TC], y estudios de imágenes nucleares), intervención coronaria percutánea (ICP), cateterización cardíaca y ecografía vascular, densidad ósea, electrocardiogramas de esfuerzo, pruebas genéticas, radioterapia y diálisis renal.</p>
<p>Procedimientos de diagnóstico (como endoscopias) y radiografías (no se incluyen las de alta tecnología; consulte página siguiente)</p>			<p>Los siguientes servicios solo tienen un copago por año calendario: quimioterapia, radioterapia y tratamiento de oxígeno hiperbárico.</p>
<p>Radioterapia Se requiere autorización previa.</p>			<p>No se cubre la cirugía cosmética excepto cuando se necesite debido a una lesión, sea para la reconstrucción de los senos después de una cirugía por cáncer o sea necesaria para disminuir una enfermedad deformante o una deformidad que se produzca por una anomalía congénita o esté directamente relacionada con ella.</p>
<p>Quimioterapia Se requiere autorización previa.</p>			
<p>Tratamiento de oxígeno hiperbárico Se requiere autorización previa.</p>			<p>Excepto por la quimioterapia, no se cubre la atención médica de rutina que incluye, entre otras cosas, la inoculación, vacunación y administración o inyección de medicamentos en un entorno de hospital para pacientes ambulatorios, a menos que se realice en un entorno clínico de hospital.</p>

Centros de tratamiento para pacientes ambulatorios (continuación)

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
<p>Diálisis renal (que incluye hemodiálisis y diálisis peritoneal)</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>		Sin cobertura	<p>Dentro de la red únicamente.</p> <p>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 de forma permanente en el pagador principal. Este Plan pagará como plan secundario después del período de 30 meses, incluso si usted no se inscribe en la Parte B de Medicare.</p>
<p>Diagnóstico por imágenes de alta tecnología (TC, IRM, ARM, TEP e imágenes nucleares)</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 en hospitales preferidos o centros independientes o un copago de \$250 en hospitales no preferidos.</p> <p>Las imágenes de alta tecnología tienen un copago de \$75 por visita a hospitales preferidos o centros independientes para pacientes ambulatorios para salud mental/del comportamiento y sustancias.</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	Se requiere autorización previa.
Análisis de sangre	El Plan paga el 100%.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	
Estudios del sueño	El Plan paga el 100% después de un copago de \$75 en un centro preferido dentro de la red . El Plan paga el 100% después de un copago de \$250 en un centro no preferido dentro de la red .	El Plan paga el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Se requiere precertificación.

Atención en el consultorio del médico

Beneficio	Hospital dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas al consultorio	<p>El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center.</p> <p>El Plan paga el 100% después del copago de \$40 para las visitas al consultorio con proveedores dentro de la red.</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido, y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>Límite de 12 visitas de tratamiento por año calendario, y hasta dos visitas para la realización de pruebas para la atención de las alergias.</p>
Visitas a especialistas			
Atención de las alergias			
Exámenes de la audición			<p>Cuando sean médicamente necesarios.</p>
<p>Visitas al quiropráctico (Consulte la sección Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la vista, incluida la rehabilitación, en la página 58 para obtener más información)</p> <p>Atención podiátrica, incluida la atención de rutina de los pies</p>			<p>Límite de hasta 10 visitas por año calendario.</p> <p>No se cubren los 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.</p> <p>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 y solo se cubren dentro de la red.</p> <p>No se cubre el corte de uñas, excepto para pacientes con diabetes.</p>
Visitas de acupuntura	Sin cobertura	<p>Dentro de la red únicamente. Límite de hasta 20 visitas por año calendario.</p>	
<p>Cirugía en el consultorio de un médico</p> <p>Procedimientos de diagnóstico, análisis de laboratorio y radiografías (que no sean imágenes de alta tecnología; consulte las páginas 42 y 48 para obtener detalles sobre cómo se cubren las imágenes de alta tecnología)</p>	El Plan paga el 100%.	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido, y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	

Servicios de atención médica en el hogar

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas de atención médica en el hogar	El Plan paga el 100%	Sin cobertura	<p>Dentro de la red únicamente. Límite de 200 visitas de atención médica en el hogar por año calendario, siempre que el proveedor de atención médica certifique que la 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 médica 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 médica 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 los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • atención de enfermería de tiempo parcial por parte de un enfermero registrado (registered nurse, RN) o enfermero práctico con licencia (licensed practical nurse, LPN), • servicios de tiempo parcial de un asistente de atención médica en el hogar, • terapia del habla, terapia ocupacional o fisioterapia de restauración, y análisis de laboratorio. <p>No se cubren los servicios de custodia, incluido el baño, la alimentación, el cambio de pañales u otros servicios que no requieran atención especializada.</p>
Atención en el hogar para pacientes con enfermedades terminales			<p>Dentro de la red únicamente. Consulte la sección "Centro de atención para pacientes con enfermedades terminales y servicios para personas con enfermedades terminales" para obtener más información.</p>
Terapia de infusión en el hogar			<p>Dentro de la red únicamente. Debe ser coordinado por el proveedor que lo trata.</p>
Diálisis renal en el hogar	<p>El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se factura el servicio:</p> <p>Si se factura a través de un entorno de hospital para pacientes ambulatorios: copago de \$75 para hospitales preferidos y copago de \$250 para hospitales no preferidos.</p> <p>Si se factura a través de un centro independiente: copago de \$0.</p>	Sin cobertura	<p>Dentro de la red únicamente.</p> <p>Con cobertura en el hogar, cuando la proporcione, supervise y coordine un proveedor de atención médica y el paciente se haya registrado en un centro aprobado para el tratamiento de enfermedades renales. No se cubre lo siguiente: ayuda profesional en el hogar 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.</p> <p>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 de forma permanente en el pagador principal. Este Plan pagará como plan secundario después del periodo de 30 meses, incluso si usted no se inscribe en la Parte B de Medicare.</p>

Atención para salud del comportamiento y abuso de sustancias

Beneficio	Hospital o centro dentro de la red	Hospital o centro fuera de la red	Limitaciones
Admisión de paciente internado	<p>El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en los hospitales preferidos y un copago de \$1,000 por admisión en los hospitales no preferidos.</p> <p>Si lo admiten como paciente internado en un centro u hospital no preferido dentro de la red debido a una emergencia, tendrá un copago de \$100.</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido, y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>Se requiere autorización previa para las admisiones de pacientes internados programadas.</p>
<p>Visitas al consultorio del médico/ proveedor de salud del comportamiento</p>	<p>El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center.</p> <p>El Plan paga el 100% después de un copago de \$20 por LiveHealth Online y un copago de \$20 por las visitas al consultorio con otros proveedores dentro de la red.</p>		
<p>Centro hospitalario para pacientes ambulatorios</p>	<p>El Plan paga el 100% después de un copago de \$75 en hospitales preferidos, o un copago de \$250 en hospitales no preferidos.</p>		<p>Se requiere autorización previa para ciertos procedimientos. Póngase en contacto con el administrador de reclamaciones para confirmar si su procedimiento requerirá autorización previa.</p> <p>Los siguientes servicios solo tienen un copago por episodio, que implica hasta seis meses de tratamiento: servicios intensivos de salud del comportamiento y de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.</p>

Atención médica preventiva

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**. Algunos de los servicios de atención preventiva que se cubren están enumerados en la tabla que figura en las siguientes páginas. 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 Member Services al 1-800-551-3225.

El rango de servicios de atención preventiva que se cubren sin costos compartidos cuando los brindan **proveedores de atención médica dentro de la red** está diseñado para cumplir con los requisitos federales. El Department of Health and Human Services determinó qué servicios incluir para la cobertura como atención médica preventiva basándose en las recomendaciones de la U.S. Preventive Services Task Force A and B, el Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), y ciertas pautas para bebés, niños, adolescentes y mujeres respaldadas por las Pautas de la Health Resources and Services Administration (HRSA).

No se cubren los siguientes servicios preventivos:

- 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 este Cuadro de **servicios cubiertos**.
- servicios gratuitos de detección de enfermedades provistos por el departamento de salud del gobierno,
- exámenes realizados por una unidad de exámenes móvil, a menos que un **proveedor de atención médica** no afiliado a la unidad móvil indique los exámenes.

Servicios de salud preventivos

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
<p>Servicios de salud preventivos, incluidos un examen físico anual y controles para detectar cáncer colorrectal, de pulmón y de piel, hepatitis B y C, y osteoporosis y obesidad</p>	<p>El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se brinda el servicio.</p>		<p>La cobertura para exámenes anuales y otros servicios de salud preventivos se basan en la edad, el sexo, los factores de riesgo de la salud y las pautas de atención preventiva. Los exámenes anuales se cubren una vez por año calendario.</p>
<p>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</p>	<p>Si es en un consultorio o centro independiente: copago de \$0. 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.</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	
<p>Procedimientos preventivos (por ejemplo, mamografía, colonoscopia)</p>			
<p>La atención de niños sanos ofrece chequeos y servicios de salud preventivos regulares, e inmunizaciones</p>			<p>Las visitas de niños sanos están sujetas a los límites de frecuencia enumerados a continuación y los servicios de salud preventivos 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</p>
<p>Inmunizaciones de rutina – todas las edades (incluye inmunizaciones para viajes)</p>	<p>El Plan paga el 100%: copago de \$0.</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido, y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>La cobertura para inmunizaciones se basa en la edad, los factores de riesgo de la salud y las pautas de atención preventiva.</p>
<p>Asesoramiento en nutrición para atención preventiva</p>			<p>Sin límites</p>

Servicios de salud reproductiva

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
<p>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)</p>	<p>Sin copago El Plan paga el 100%</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido, y el afiliado paga el 50% después del deducible</p>	<p>No se cubre los procedimientos de reversión de una vasectomía.</p> <p>No se cubre los procedimientos de reversión de una esterilización.</p> <p>No se cubre los procedimientos de reversión de una ligadura de trompas.</p>
<p>Vasectomía (no incluye procedimientos de reversión)</p>	<p>El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se brinda el servicio:</p>	<p>y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	
<p>Aborto, incluye procedimientos electivos y no electivos</p>	<p>Si es en un consultorio o centro independiente externo: copago de \$0.</p> <p>Si es en un entorno de hospital preferido para pacientes ambulatorios: copago de \$75.</p> <p>Si es en un entorno de hospital no preferido para pacientes ambulatorios, un copago de \$250.</p>		

Servicios de salud reproductiva (continuación)

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Beneficio de gastos de viaje para realización de aborto	Hasta \$2,000 por aborto.	Sin cobertura.	<p>Si no puede realizarse un aborto en el estado donde reside debido a restricciones de la ley estatal y elige viajar a otro estado donde pueda recibir servicios de atención para aborto de forma legal, el Fondo le reembolsará los gastos de viaje en la medida en que lo no lo prohíba la ley.</p> <p>Solo se cubren los gastos de viaje en los que se haya incurrido para acceder a la atención para aborto dentro de la red. Comuníquese con Member Services al 1-800-551-3225 para encontrar un proveedor dentro de la red.</p> <p>No se cubren los gastos de viaje para acceder a la atención para aborto fuera de la red.</p> <p>Los gastos de viaje para un máximo de dos personas (paciente y acompañante) pueden incluir, según corresponda, gastos del pasaje de avión, millaje y alojamiento, sujeto a las limitaciones del Código de Rentas Internas. Los gastos de viaje no incluyen comidas.</p> <p>Comuníquese con el administrador de reclamaciones para obtener más información sobre las limitaciones que se aplican al beneficio para viajes.</p>
Pruebas de fertilidad	<p>El Plan paga el 100% después del copago basado en el lugar en que se brinda el servicio:</p> <p>Si es en un consultorio o centro independiente: copago de \$0.</p> <p>Si es en un entorno de hospital preferido para pacientes ambulatorios: copago de \$75.</p> <p>Si es en un entorno de hospital no preferido para pacientes ambulatorios: copago de \$250.</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>Las pruebas de fertilidad se limitan a una por año calendario.</p>
Tratamiento de fertilidad	<p>Sin cobertura en virtud de su beneficio médico. Consulte la sección "Beneficios de fertilidad a través de Progyny" en las páginas 93 a 96.</p>	<p>Sin cobertura en virtud de su beneficio médico. Consulte la sección "Beneficios de fertilidad a través de Progyny" en las páginas 93 a 96.</p>	<p>Sin cobertura para el tratamiento de la infertilidad en virtud de su beneficio médico. Consulte la sección "Beneficios de fertilidad a través de Progyny" en las páginas 93 a 96.</p>

Atención del embarazo, la maternidad y el recién nacido

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Visitas en el consultorio para atención prenatal y postnatal de un proveedor de atención médica o partera certificada, incluidos los procedimientos diagnósticos	El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center. Para un proveedor que no pertenece a un 5 Star Center, el Plan paga el 100% después de un copago inicial de \$40. No existen copagos para la visita postnatal.	El Plan paga el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Los copagos para las visitas prenatales se limitan a un copago por embarazo, una vez confirmado el embarazo. No se cubren los servicios de una doula y la atención de enfermería semiprivada.
Recién nacido en la sala de neonatología del hospital	El Plan paga el 100%.		
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, no se aplica el copago y el Plan paga el 100%.	El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Comuníquese con Member Services para obtener información sobre el 32BJ Maternity Program. Solo se cubre hasta la tarifa de una habitación semiprivada. Si se usa una habitación privada, el afiliado es responsable de pagar la diferencia entre el costo de una habitación privada y una habitación semiprivada. El costo adicional no cuenta para los efectos del monto máximo que paga de su bolsillo, deducible o coseguro .
Centro de maternidad	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100 por admisión en un hospital preferido y \$1,000 por admisión en un hospital no preferido .	Sin cobertura.	No existe cobertura para centros de maternidad fuera de la red .
Sacaleches	El Plan paga el 100% para dos modelos cubiertos solo cuando se obtienen de www.edgepark.com .	Sin cobertura.	Dos sacaleches por embarazo dentro de un período de 270 días. La cobertura de sacaleches se limita a dos modelos identificados cuando se obtienen de Edge Park.

Atención del embarazo, la maternidad y el recién nacido (continuación)

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Parto en el hogar con una enfermera partera certificada	El Plan paga el 100%.	El Plan paga el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Se requiere autorización previa para el uso de una enfermera partera certificada fuera de la red para un parto en el hogar.
Una visita de atención médica en el hogar		Sin cobertura.	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.
Circuncisión de varones recién nacidos	El Plan paga el 100% después del copago según el lugar y el momento en que se brinda el servicio: Si es antes del alta: copago de \$0. Si es después del alta: • en el entorno de un consultorio: – copago de \$0 con un proveedor de un 5 Star Center – copago de \$40 con un proveedor dentro de la red. • en un entorno de hospital : – copago de \$75 en un hospital preferido – copago de \$250 en un hospital no preferido.	El Plan paga el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	

Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y de la vista (que incluye rehabilitación)

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 un copago de \$1,000 por admisión en un hospital no preferido .	El Plan paga el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Se requiere autorización previa. Con cobertura por 30 días por año calendario como máximo. Solo se cubre hasta la tarifa de una habitación semiprivada. Si se usa una habitación privada, el afiliado es responsable de pagar la diferencia entre el costo de una habitación privada y una habitación semiprivada. El costo adicional no cuenta para los efectos del monto máximo que paga de su bolsillo, deducible o coseguro . No se cubre terapia para mantener o prevenir el deterioro de las habilidades físicas actuales del paciente.
Consultorio del médico	El Plan paga el 100% por las visitas al consultorio con un proveedor de un 5 Star Center.		Se requiere autorización previa para la fisioterapia y terapia ocupacional.
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 un copago de \$250 en hospitales no preferidos . No se aplica el copago para la fisioterapia en un centro independiente recibida durante los primeros 50 días después del alta del hospital debido a una cirugía de reemplazo de articulaciones (cadera o rodilla) que se hubiera realizado en un 32BJ Health Fund Center of Excellence, con un médico que pertenece a un 32BJ Health Fund Center of Excellence.	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. Se cubren si están solicitadas por un proveedor de atención médica y están diseñadas para mejorar o restaurar la función física dentro de un período de tiempo razonable. En el caso de la fisioterapia y terapia ocupacional para pacientes ambulatorios , su terapeuta dentro de la red deberá obtener la autorización previa para los servicios requeridos después de su primera visita de evaluación.
Servicios en el hogar	El Plan paga el 100%		Se requiere autorización previa. 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.

Equipo médico duradero, prótesis y equipo médico no duradero y suministros

Los proveedores de equipo médico duradero, prótesis y equipo médico no duradero y suministros que se describen en esta sección podrían no ser los mismos que los **proveedores hospitalarios/médicos**. Póngase en contacto con Member Services para asegurarse de recibir su equipo médico duradero de un **proveedor dentro de la red**.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
<p>Equipo médico duradero (Durable medical equipment, DME) que incluye: sillas de ruedas, nebulizadores, equipo de oxígeno, monitores de apnea del sueño y camas tipo hospital</p>	<p>El Plan paga el 100%.</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Se requiere autorización previa. Beneficio dentro de la red únicamente. Debe ser solicitado por un proveedor de atención médica. Incluye el alquiler, la compra (si es menos costoso que el alquiler a largo plazo o cuando el artículo no está disponible para alquilar), el costo razonable de reparaciones y mantenimiento, o reparaciones debido al desgaste, daños, crecimiento o cambios en las necesidades del paciente cuando lo solicita un proveedor de atención médica. Los siguientes servicios no están cubiertos: – acondicionadores o purificadores de aire – humidificadores (excepto según se necesite junto con un equipo de presión positiva continua en la vía aérea) o deshumidificadores – equipo de ejercicios – piscinas Deben obtenerse de un proveedor dentro de la red. Póngase en contacto con Member Services o con el administrador de reclamaciones para asegurarse de recibir su equipo de un proveedor dentro de la red y para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos.</p>
<p>Prótesis y aparatos ortopédicos que incluyen: brazos, piernas, ojos, orejas, nariz y laringe artificiales y prótesis de seno externas, dispositivos de apoyo esenciales para el uso de una extremidad artificial y aparatos ortopédicos correctivos</p>	<p>El Plan paga el 100%.</p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p>Se requiere autorización previa. Beneficio dentro de la red únicamente. Debe ser solicitado por un proveedor de atención médica. Incluye el alquiler, la compra (si es menos costoso que el alquiler a largo plazo o cuando el artículo no está disponible para alquilar), el costo razonable de reparaciones y mantenimiento, o reparaciones debido al desgaste, daños, crecimiento o cambios en las necesidades del paciente cuando lo solicita un proveedor de atención médica. No se cubren los aparatos ortopédicos para los pies para el cuidado de rutina de los pies (incluida la entrega de zapatos quirúrgicos). Las plantillas están cubiertas solo para condiciones ortopédicas de los pies que no sean de rutina y se limitan a un par para adultos y dos pares para menores de 19 años en un año calendario. No se cubre el cuidado de rutina de los pies, incluido el cuidado de callos, juanetes, callosidades, uñas, pies planos, arcos caídos, pies débiles, tensión crónica del pie o tratamiento de dolencias sintomáticas de los pies. Deben obtenerse de un proveedor dentro de la red. Póngase en contacto con Member Services o con el administrador de reclamaciones para asegurarse de recibir su equipo de un proveedor dentro de la red y para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos.</p>

Equipo médico duradero, prótesis y equipo médico no duradero y suministros (continuación)

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
<p>Equipo médico no duradero y suministros médicos y para la diabetes (como catéteres y jeringas)</p>	<p>El Plan paga el 100% cuando usa un proveedor de equipo médico duradero</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido, y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>No se cubren los 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.</p> <p>Deben obtenerse de un proveedor dentro de la red. Póngase en contacto con Member Services o con el administrador de reclamaciones para asegurarse de recibir su equipo de un proveedor dentro de la red y para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos.</p>
<p>Pelucas</p>	<p>El Plan paga el 100%</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido, y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>Con cobertura después de quimioterapia o radioterapia y en otras circunstancias limitadas, como alopecia, lupus, quemaduras y heridas en el cuero cabelludo. Póngase en contacto con el administrador de reclamaciones para obtener información adicional.</p>
<p>Suplementos nutricionales que requieren receta médica (que incluyen, entre otros, fórmulas enterales, incluidas las fórmulas para bebés, y productos alimenticios sólidos modificados)</p>	<p>El Plan paga el 100% cuando usa un proveedor de equipo médico duradero.</p>	<p>El Plan paga el 50% del monto permitido y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido.</p>	<p>Se cubren los suplementos nutricionales cuando el proveedor de atención médica emite un pedido por escrito que indica que la fórmula es médicamente necesaria y se ha probado que es eficaz como régimen de tratamiento específico para la enfermedad dada la condición del paciente.</p> <p>Los productos alimenticios sólidos modificados se cubren para el tratamiento de algunas enfermedades hereditarias si el paciente tiene un pedido por escrito de un proveedor de atención médica.</p> <p>No se cubren los suplementos y fórmulas cuando las toma un paciente sano o por elección (aquellos que se toman sin un pedido por escrito de un proveedor de atención médica que indica que la fórmula es médicamente necesaria y se ha probado que es eficaz como régimen de tratamiento específico para la enfermedad dada la condición del paciente). No se cubren las fórmulas para los bebés sanos, como Enfamil, Enfamil con hierro, Similac y Similac con hierro.</p> <p>Sin cobertura conforme al Beneficio de medicamentos con receta.</p> <p>Deben obtenerse de un proveedor dentro de la red. Póngase en contacto con Member Services o con el administrador de reclamaciones para asegurarse de recibir su equipo de un proveedor dentro de la red y para obtener una lista completa de los beneficios cubiertos.</p>

Equipo médico duradero, prótesis y equipo médico no duradero y suministros (continuación)

Beneficio	Red	Fuera de la red	Limitaciones
Audífonos	El Plan paga el 100%.	Sin cobertura.	Se requiere autorización previa. Beneficio dentro de la red únicamente a través de un proveedor de audífonos designado dentro de la red . Comuníquese con Member Services para obtener información sobre el proveedor de audífonos designado del administrador de reclamaciones . 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.

Atención dental cubierta por el beneficio médico

La atención dental también se cubre conforme a los beneficios dentales del Plan descritos en las páginas 77 a 90 de esta SPD. Cuando un procedimiento dental sea elegible para recibir cobertura conforme a su plan de salud (hospitalario, médico, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) y también al plan dental, su plan de salud (hospitalario, médico, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) siempre será el pagador principal.

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: copago de \$0.	El Plan paga el 50% del monto permitido , y el afiliado paga el 50% después del deducible y cualquier cargo que supere el monto permitido .	Con cobertura únicamente si la reparación se realiza 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 de hospital preferido para pacientes ambulatorios: copago de \$75. Si es en un entorno de hospital no preferido para pacientes ambulatorios: copago de \$250.		

8. Gastos de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) excluidos

Además de las exclusiones estipuladas en el Cuadro de **servicios cubiertos** y descritos en cualquier otra parte de este documento, los siguientes gastos no están cubiertos por la cobertura de salud (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 conforme a los beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) está cubierto de alguna otra forma por el Plan.

- gastos en los que se incurrió antes de que comenzara la cobertura del paciente o después de que esta terminara,
- tratamiento que no es **médicamente necesario**,
- *tratamiento cosmético o cirugía cosmética* electiva en cualquier **hospital o centro** relacionado. Otros gastos médicos o tratamiento por cualquier complicación relacionada, excepto cuando se necesite debido a una lesión, sea para cirugía reconstructiva de senos, se realice como tratamiento para la disforia de género, o sea necesario para disminuir una enfermedad deformante o una deformidad que se produzca por una anomalía congénita o esté directamente relacionada con ella,
- tecnología, tratamientos, procedimientos, medicamentos, productos biológicos o dispositivos médicos que, a juicio del **administrador de reclamaciones**, son **experimentales, están en investigación**, son obsoletos o no son eficaces. También queda excluida cualquier hospitalización relacionada con tratamientos **experimentales** o en *investigación*. En la medida en que las leyes aplicables lo requieran, se cubrirán los **servicios cubiertos** en los que se incurra como parte de un ensayo clínico.
- Excepto que se especifique lo contrario, no se cubren los gastos para el tratamiento de la fertilidad, incluidos todos los métodos de reproducción asistida (el tratamiento de la infertilidad no está cubierto por su beneficio médico; consulte la sección Beneficios de fertilidad a través de Progyny en las páginas 93 a 96 para obtener una descripción de los beneficios disponibles conforme a ese programa).
- procedimiento de reversión de 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 de venta libre, 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 Nutrisystem,
- cargos del quirófano para cirugía, bandeja de instrumentos y paquetes esterilizados incurridos en un **centro** sin licencia del estado, incluido el consultorio del **proveedor**,
- aparatos ortopédicos para el cuidado de rutina de los pies (incluida la entrega de zapatos quirúrgicos),
- exámenes de rutina de la audición para adultos,
- evaluaciones psicológicas formales u opiniones sobre la aptitud para el servicio que forman parte de un examen físico anterior a la contratación o se realizan en relación con un examen físico para la escuela, campamento u otra actividad relacionada,
- terapia educativa o de capacitación para discapacidades del aprendizaje o la lectura,
- pruebas, controles o tratamiento para trastornos del aprendizaje, trastornos del lenguaje expresivo, trastornos de las matemáticas, trastornos fonológicos y trastornos de comunicación,
- servicios para el tratamiento de discapacidades intelectuales,
- tratamiento de condiciones que no se incluyen como trastornos mentales en la edición más reciente del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales),
- pruebas psicológicas (excepto las realizadas por un psicólogo certificado para ayudar en la planificación del tratamiento, incluida la administración de medicamentos o la aclaración diagnóstica) y quedan específicamente excluidas todas las pruebas educativas, académicas y de logros,
- camioneta (ambulette),
- los siguientes servicios específicos de atención preventiva:
 - exámenes de detección realizados en su lugar de trabajo sin costo para usted,
 - exámenes físicos anteriores a la contratación o para la escuela, campamento de verano y otras actividades relacionadas de esta naturaleza que se realizan como un servicio separado de los exámenes físicos o visitas de bienestar para niños tal como se describen en el Cuadro de **servicios cubiertos**,
 - servicios gratuitos de detección de enfermedades provistos por un departamento de salud del gobierno,
 - exámenes realizados por una unidad de exámenes móvil, a menos que un **proveedor de atención médica** no afiliado a la unidad móvil indique los exámenes.

- los siguientes servicios específicos de **emergencia**:
 - uso de la sala de emergencias para tratar dolencias que no son de emergencia porque no tiene un **proveedor de atención médica** regular o debido a que es tarde en la noche, es un fin de semana o es un día feriado (y la necesidad de tratamiento no cumple la definición del plan de lo que se considera una **emergencia**). (Consulte las páginas 148 y 149),
 - 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**).
 - centros de maternidad **fuera de la red**,
 - enfermería privada,
 - servicios de una doula,
- los siguientes gastos específicos de atención **hospitalaria** para pacientes internados:
 - 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,
 - servicios **hospitalarios** recibidos en una clínica que no cumple la definición de **hospital** u otro **centro** cubierto según el **administrador de reclamaciones**,
 - cirugía bariátrica realizada por un **proveedor de atención médica** que no sea parte del programa 32BJ Health Fund Center of Excellence y llevada a cabo en un **centro** que no sea un 32BJ Health Fund Center of Excellence o Blue Distinction Center of Medical Excellence (o un Blue Distinction Center of Medical Excellence en la

- medida en que el Plan apruebe el uso de dicho centro) cuando no se otorguen excepciones por distancia o motivos médicos.
- cirugía de reemplazo de articulaciones realizada por un **proveedor de atención médica** que no sea parte del programa 32BJ Health Fund Center of Excellence y llevada a cabo en un **centro** que no sea un 32BJ Health Fund Center of Excellence o Blue Distinction Center of Medical Excellence, a menos que no haya un 32BJ Health Fund Center of Excellence dentro de un radio de 50 millas de la dirección del hogar del paciente y se le otorgue al paciente una excepción por distancia o motivos médicos, según corresponda, antes de la cirugía,
 - los siguientes gastos específicos de atención **hospitalaria** para **pacientes ambulatorios**:
 - 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 de **hospital**,
 - 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 de aire o purificadores,
 - 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 u otros servicios que no requieran atención especializada.
 - los siguientes servicios específicos de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla o de la vista:
 - terapia para mantener o prevenir el deterioro de las habilidades físicas actuales del paciente.

- los siguientes servicios específicos de cuidado de la vista:
 - gastos para la corrección quirúrgica de un error refractivo o procedimientos refractivos de queratoplastia, incluidos, entre otros, queratotomía radial (radial keratotomy, RK), queratotomía fotorrefractiva (photo-refractive keratotomy, PRK) y láser in situ keratomileusis 21 (laser in situ keratomileusis 21, LASIK) y sus variantes,
 - anteojos, lentes de contacto y examen para su ajuste, excepto después de una cirugía de cataratas. Sin embargo, consulte la sección Beneficios de cuidado de la vista en las páginas 90 a 92 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 90 a 92 para obtener información sobre la cobertura).
- los siguientes servicios que pueden tener cobertura de otra parte del Plan:
 - tratamiento dental, excepto la extracción quirúrgica de dientes impactados o tratamiento de dientes naturales lesionados por un accidente si se tratan en un *plazo de 12 meses* desde la lesión. Sin embargo, consulte la sección Beneficios dentales en la página 61 y las páginas 77 a 90,
 - 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 23 a 27 y 69 a 77 para conocer qué gastos de medicamentos con receta podrían estar cubiertos,
 - dentaduras postizas (no están cubiertas como beneficios de salud [hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias], pero pueden tener cobertura conforme al plan dental). (Consulte la sección Beneficios dentales en la página 61 y las páginas 77 a 90).
- 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 existe una ley de indemnización por accidentes y enfermedades laborales (para obtener información sobre la subrogación de beneficios, consulte las páginas 126 a 129),

- 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 126 a 129),
- gastos reembolsables según las cláusulas “sin culpa” de la ley de un estado,
- servicios cubiertos por programas gubernamentales, excepto conforme a Medicare, Medicaid u si así se indicase,
- 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 el **administrador de reclamaciones** y un **hospital** o servicio gubernamental de la Veterans’ Administration de los Estados Unidos o los **hospitales** del Department of Defense para condiciones no relacionadas con el servicio militar,
- tratamiento o atención para el trastorno temporomandibular o trastorno de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ),
- 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 o de por vida 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,
- cargos por servicios que no se proveen.

Los siguientes servicios 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 hospitales o centros fuera de la red:***

- diálisis renal,
- cirugía bariátrica o de reemplazo total de articulaciones realizada en un **hospital** que no sea un 32BJ Health Fund Center of Excellence o un Blue Distinction Center of Medical Excellence dentro de la **red del administrador de reclamaciones** cuando no se ha otorgado una excepción por distancia o motivos médicos,
- cirugía de trasplante de médula ósea, hígado, corazón y páncreas realizada como paciente internado en cualquier **hospital** que no sea un Blue Distinction Center of Medical Excellence a menos que se determine que es una **emergencia** o el **administrador de reclamaciones** otorgue una excepción de la **red**,
- cirugía de trasplante de riñón y pulmón realizada en New York en un **hospital** que no sea un Blue Distinction Center of Medical Excellence,
- cirugía de trasplante de riñón o de pulmón realizadas en un **hospital fuera de la red**,
- **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,
- audífonos, y
- cargos por servicios que no se proveen.

C. Beneficio de medicamentos con receta

1. Cómo funciona el beneficio de medicamentos con receta

El Plan brinda un beneficio de medicamentos con receta, que es administrado por Optum Rx (“Optum”). En este documento, se hará referencia a Optum como el “**administrador de beneficios de farmacia**” (pharmacy benefit manager, PBM). La lista de medicamentos que están cubiertos por su Plan se conoce como “formulario”. El formulario incluye medicamentos genéricos, de marca y especializados específicos. Todos los medicamentos con receta deben ser **médicamente necesarios**.

La **red del administrador de beneficios de farmacia de farmacias participantes** es muy amplia e incluye la mayoría de las farmacias donde surte un medicamento con receta. Las **farmacias participantes** son aquellas que se encuentran **dentro de la red**. Debe surtir sus medicamentos con receta en una **farmacia participante**. El Fondo no brinda cobertura para medicamentos que se surten en **farmacias no participantes (fuera de la red)**.

Para encontrar una **farmacia participante**, llame al **administrador de beneficios de farmacia**.

2. Tipos de costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta

Tipo de farmacia	Tipo de medicamento	Copago regular	Copago del 5 Star Wellness Program (consulte más abajo)	Restricciones
Farmacia minorista Sus medicamentos a corto plazo pueden surtir en una farmacia minorista o a través de la farmacia de pedido por correo de OptumRx.	Medicamentos genéricos	Copago de \$10	Copago de \$5	<ul style="list-style-type: none"> – El suministro máximo es para 30 días, o para 28 días para medicamentos semanales. – Límite de dos surtidos para el mismo medicamento.
(La farmacia de pedido por correo de OptumRx también se denomina farmacia de pedido por correo y entrega a domicilio de OptumRx).	Medicamentos de marca	Copago de \$30	Copago de \$5	<ul style="list-style-type: none"> Después de dos surtidos, debe surtir un suministro para 90 días en una farmacia CVS o a través de la farmacia de pedido por correo de OptumRx. – Sin cobertura en una farmacia no participante.

Tipos de costos que paga de su bolsillo por medicamentos con receta (continuación)

Tipo de farmacia	Tipo de medicamento	Copago regular	Copago del 5 Star Wellness Program (consulte más abajo)	Restricciones
Minorista para 90 (suministro para 90 días surtido en una farmacia CVS) Su medicamento de mantenimiento puede surtir en una farmacia minorista CVS. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos con receta que generalmente se utilizan para tratar condiciones que se consideran crónicas o a largo plazo. Estas condiciones por lo general requieren el uso diario y regular de medicamentos. Algunos ejemplos de medicamentos de mantenimiento incluyen aquellos utilizados para tratar la presión arterial alta, las enfermedades cardíacas, el asma y la diabetes.	Medicamentos genéricos	Copago de \$20	Copago de \$10	<ul style="list-style-type: none"> – Debe surtir un suministro para 90 días (84 días para dosis semanales). – Se limita a farmacias CVS. – No hay cobertura minorista para suministros para 90 días en ninguna otra farmacia participante.
	Medicamentos de marca	Copago de \$60	Copago de \$10	
Farmacia de pedido por correo Su medicamento de mantenimiento también puede surtir en una farmacia de pedido por correo. También puede surtir un medicamento a corto plazo a través de la farmacia de pedido por correo. Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos con receta que generalmente se utilizan para tratar condiciones que se consideran crónicas o a largo plazo. Estas condiciones por lo general requieren el uso diario y regular de medicamentos. Algunos ejemplos de medicamentos de mantenimiento incluyen aquellos utilizados para tratar la presión arterial alta, las enfermedades cardíacas, el asma y la diabetes.	Medicamentos genéricos	Copago de \$20	Copago de \$10	<ul style="list-style-type: none"> – El suministro máximo es para 90 días (84 días para dosis semanales) – Se limita a la farmacia de pedido por correo de OptumRx – Sin cobertura en farmacias no participantes
	Medicamentos de marca	Copago de \$60	Copago de \$10	
Farmacia especializada Sus medicamentos especializados deben surtir a través de la farmacia especializada. Los medicamentos especializados son medicamentos con receta de costo elevado utilizados para tratar condiciones crónicas y complejas como la artritis reumatoide, la esclerosis múltiple y el cáncer.	Medicamentos especializados	Copago de \$30	Copago de \$5	<ul style="list-style-type: none"> – Se limita a la farmacia especializada de Optum® – No hay cobertura en ninguna otra farmacia participante y en ninguna farmacia no participante – El suministro máximo para la mayoría de los medicamentos especializados es un suministro para 30 días, o para 28 días para medicamentos semanales

Notas: No se requiere un **copago** para tiras reactivas para diabéticos, la mayoría de los medicamentos anticonceptivos de venta con receta y ciertos medicamentos preventivos de venta libre que le recetan. (Consulte los medicamentos elegibles en la página 76). Además, si el costo del medicamento es menor que el del **copago**, usted paga el costo del medicamento.

El formulario de su Plan es genérico de manera obligatoria, lo que significa que por lo general debe recibir la versión genérica de un medicamento con receta. El formulario incluye una amplia selección de medicamentos genéricos. El formulario también incluye medicamentos de marca que no tienen la cantidad suficiente de alternativas genéricas. En la mayoría de los casos, cuando se encuentre disponible un medicamento genérico, si la farmacia surte un medicamento de marca, usted pagará la diferencia entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el **copago** por el medicamento de marca. Si su **proveedor de atención médica** receta un medicamento de marca cubierto y le impide a la farmacia dispensar un genérico intercambiable (por ejemplo, selecciona “dispense as written”, [dispense tal como dice, DAW]), usted pagará la diferencia entre el medicamento de marca y el medicamento genérico, más el **copago** por el medicamento de marca.

Si usted o su **proveedor de atención médica** desean saber si un medicamento se encuentra en el formulario, pueden comunicarse con el **administrador de beneficios de farmacia** o visitar su sitio web.

El límite máximo anual de gastos que paga de su bolsillo por **copagos** por medicamentos con receta **dentro de la red (participante)** en 2024 es \$2,363 para un individuo y \$4,725 para una familia.* En 2025, límite máximo anual de gastos que paga de su bolsillo por **copagos** por medicamentos con receta **dentro de la red (participante)** será \$2,300 para un individuo y \$4,600 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.

3. 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 (peripheral artery disease, PAD) e hipertensión, y que reciben sus servicios de atención primaria** de proveedores de los 5 Star Centers pagarán un **copago** con descuento. Para obtener más información o para averiguar si usted es elegible, comuníquese con Member Services al 1-877-299-1636 o envíenos un correo electrónico a 5StarCenterTeam@32bjfunds.com.

* El Department of Health and Human Services (HHS) examina los límites anualmente y puede aumentarlos según el porcentaje de ajuste de la prima (un cálculo estimativo del cambio promedio en las primas de seguro médico). El Plan cambiará los montos máximos que paga de su bolsillo cada 1 de enero para ajustarse a los límites del HHS.

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

4. Formas de surtir su receta

Medicamentos a corto plazo

Los medicamentos a corto plazo son medicamentos con receta utilizados para tratar condiciones agudas durante un período específico de tiempo. Estas condiciones por lo general requieren el uso a corto plazo de medicamentos. Un ejemplo de medicamento a corto plazo son los antibióticos. Sus medicamentos a corto plazo pueden surtirse en una *farmacia minorista participante* o a través de la farmacia de pedido por correo.

Medicamentos de mantenimiento

Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos con receta que generalmente se utilizan para tratar condiciones que se consideran crónicas o a largo plazo. Estas condiciones a menudo requieren el uso diario y regular de medicamentos. Algunos ejemplos de medicamentos de mantenimiento incluyen aquellos utilizados para tratar la presión arterial alta, las enfermedades cardíacas, el asma y la diabetes. Sus beneficios de farmacia cubren los primeros dos surtidos para 30 días (o surtidos para 28 días para los medicamentos semanales) de un medicamento de mantenimiento en una farmacia minorista o a través del servicio de pedido por correo, tal como se describe en las páginas anteriores. Si necesita tomar un medicamento de mantenimiento de manera continua durante más de 60 días, dicho medicamento debe surtirse con un suministro para 90 días de alguna de las siguientes maneras:

1. en una farmacia CVS, o
2. a través de la farmacia de pedido por correo.

El Plan no cubre medicamentos de mantenimiento después de los primeros dos surtidos para 30 días (o surtidos para 28 días para los medicamentos semanales) en ninguna otra farmacia.

Si está dejando de tomar un medicamento de mantenimiento y necesita un último suministro para menos que 90 días, comuníquese con el **administrador de beneficios de farmacia** para obtener información sobre cómo obtener su último surtido. Para usar la farmacia de pedido por correo, llame al **administrador de beneficios de farmacia** o visite su sitio web.

Medicamentos especializados

Los medicamentos especializados son medicamentos con receta de costo elevado utilizados para tratar condiciones 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 administración de la adherencia al tratamiento.

Sus beneficios de farmacia cubren los medicamentos especializados que se encuentran en el formulario del **administrador de beneficios de farmacia**. La mayoría de los medicamentos especializados deben surtirse para un suministro de 30 días (o un suministro de 28 días para medicamentos semanales) a través de la farmacia especializada.

Si un medicamento especializado se encuentra en el formulario del **administrador de beneficios de farmacia** y está disponible a través de la farmacia especializada, el Plan no cubrirá el medicamento especializado si lo surte en una farmacia que no sea especializada, incluso si se trata de una **farmacia participante**. El Plan no cubre medicamentos especializados surtidos en una **farmacia no participante**. Para obtener información sobre cómo surtir un medicamento especializado, llame al **administrador de beneficios de farmacia** o regístrese en línea en su sitio web.

El Plan no cubre medicamentos de mantenimiento o medicamentos especializados surtidos en una farmacia que no esté en la lista en las páginas 70, 72 y 73. Si surte una receta para un medicamento que requiere autorización previa, o si está sujeto a límites de cantidad o terapia escalonada, y su **proveedor de atención médica** no obtiene la aprobación antes de surtir la receta, es posible que sea responsable por el costo total del medicamento con receta.

Copay Card Program

Muchos fabricantes ofrecen cupones de **copago** para ayudar a contrarrestar los costos. El Copay Card Program puede reducir su **copago** a \$0 en la farmacia especializada y a través de la farmacia de pedido por correo. Los dólares de los cupones para medicamentos no se tienen en cuenta para el límite de gastos que paga de su bolsillo.

Debe inscribirse en el programa para recibir el descuento en su **copago**. Para obtener información sobre cómo inscribirse, llame al **administrador de beneficios de farmacia** y pregunte por el “Variable Copay Savings Program” (Programa de ahorros en **copagos** variables).

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

Los programas de administración médica del plan de medicamentos con receta ayudan a asegurarse de 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, límites de cantidad y terapia escalonada. Cada uno de estos programas se describe en detalle en las 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. Tenga en cuenta que puede tener que pagar el costo total de la receta si no obtiene autorización previa antes de surtirla; estas reclamaciones no se reembolsarán. El Prior Authorization Program está administrado por el **administrador de beneficios de farmacia** para determinar si su uso de ciertos medicamentos cumple con las condiciones de cobertura del Plan y las pautas clínicas del **administrador de beneficios de farmacia** para el uso del medicamento específico. La persona que extiende la receta debe comunicarse con el Departamento de Autorización Previa del **administrador de beneficios de farmacia** para suministrar la información clínica necesaria para determinar cuán apropiado es el medicamento para usted antes de que se pueda surtir la receta. Por lo general, cuando se aprueba un medicamento conforme al Prior Authorization Program, la aprobación es válida durante un periodo de tiempo específico. Se le informará durante cuánto tiempo será válida la aprobación.

Terapia escalonada

El Step Therapy Program asegura que los medicamentos que usted recibe sean seguros y rentables. A través del Step Therapy Program, 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, el **administrador de beneficios de farmacia** comprobará si ha probado un medicamento genérico o un medicamento alternativo para tratar la misma condición. Si su historial de recetas indica que ya utilizó un medicamento genérico o de marca alternativo, el medicamento con receta puede aprobarse y surtirse tal como fue indicado. Si su historial no indica que ha utilizado un medicamento genérico o de marca alternativo, el farmacéutico recibirá un mensaje que le indicará que la persona que expidió su receta debe llamar a un número telefónico gratuito para obtener más información. Se le pedirá entonces a la persona que expidió su receta que recete un medicamento genérico o de marca alternativo antes de poder cubrir otros medicamentos.

En caso de que la persona que expidió su receta le informe al **administrador de beneficios de farmacia** que un medicamento genérico o de marca alternativa no es adecuado para usted, dicha persona puede comunicarse con el Departamento de Autorización Previa del **administrador de beneficios de farmacia** para obtener aprobación para el otro medicamento.

Límites de cantidad

El Quantity Limit Program está diseñado para que el uso de medicamentos con receta sea más seguro y asequible. Si un medicamento que toma está sujeto al Quantity Limit Program, 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 Quantity Limit Program, su **proveedor de atención médica** puede brindar la información de **necesidad médica** para que el **administrador de beneficios de farmacia** la pueda revisar, donde explique por qué una mayor cantidad del medicamento es clínicamente necesaria. El **administrador de beneficios de farmacia** 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 **proveedores de atención médica** a menudo cambian o interrumpen ciertos medicamentos orales para oncología. Si usted está tomando uno de esos medicamentos, la farmacia especializada solo le surtirá la mitad de la receta hasta que se determine que continuará tomando ese medicamento. Si esta norma se aplica a su caso, solo se le cobrará la mitad de su **copago** aplicable por la mitad de la receta. Una vez que la administración del medicamento se establezca, se lo cambiará a surtidos mensuales y se le cobrará el **copago** aplicable completo.

Revisión de la necesidad médica

Su **proveedor de atención médica** podría recetarle un medicamento que no se encuentra cubierto en el formulario. Usted o su **proveedor de atención médica** pueden solicitar una revisión de la **necesidad médica** a través del **administrador de beneficios de farmacia** para procurar la aprobación del medicamento.

Si el medicamento que se aprueba y dispensa es un medicamento de marca, y existe un genérico en el formulario, usted deberá pagar el **copago** de marca y la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el genérico.

6. 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 reactivas para diabéticos,
- todos los tipos de anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), incluidos los anticonceptivos con receta orales y subdérmicos, los anticonceptivos inyectables y los diversos dispositivos anticonceptivos, sin requerir un **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 prenatales, sin requerir **copago**,
- las inmunizaciones basadas en la edad y los factores de riesgo de la salud, y
- cuatro kits de prueba de detección de COVID de venta libre por individuo cubierto obtenidas en una **farmacia participante** o hasta cuatro kits de prueba de detección de COVID de venta libre por mes por hogar a través de la tienda del **administrador de beneficios de farmacia**, sin requerir un **copago** hasta el 31 de agosto de 2024. A partir del 1 de septiembre de 2024, los kits de prueba de detección de COVID de venta libre ya no tendrán cobertura conforme al Plan.

7. Medicamentos excluidos

Los siguientes medicamentos no están cubiertos por el Plan:

- medicamentos con receta surtidos en **farmacias no participantes**,
- medicamentos con receta que no son **médicamente necesarios**,
- la mayoría de los medicamentos de venta libre y las vitaminas (excepto por ciertas vitaminas para la atención prenatal y los kits de prueba de detección de COVID de venta libre en ciertas circunstancias; consulte la información precedente para obtener más información),
- medicamentos con receta sujetos a autorización previa, terapia escalonada o límites de cantidad para los que su **proveedor de atención médica** no ha recibido autorización,

- medicamentos utilizados en ensayos clínicos o estudios **experimentales** (excepto por los medicamentos cubiertos usados en ensayos clínicos en la medida en que la ley aplicable lo requiera),
- los medicamentos utilizados para el tratamiento de fertilidad o la donación de óvulos no están cubiertos conforme a su beneficio de medicamentos con receta; consulte la sección Beneficios de fertilidad a través de Progyny en las páginas 93 a 96 para obtener información sobre qué medicamentos están cubiertos conforme a ese programa,
- medicamentos recetados para fines cosméticos, a menos que sean **médicamente necesarios**,
- medicamentos usados para la pérdida de peso a menos que usted cumpla los criterios médicos del Plan,
- medicamentos que no están en el formulario, a menos que su **proveedor de atención médica** pueda establecer la **necesidad médica**,
- dispositivos o aparatos terapéuticos, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, y
- medicamentos con receta 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.

D. Beneficios dentales

1. Cómo funciona el beneficio dental

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

- un dentista **participante**,
- un dentista no participante,
- 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 condición, 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 atención dental necesaria. El servicio o suministro debe cumplir con todas las siguientes condiciones para considerarse atención dental necesaria:

- 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 condición, 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.

Máximo anual

El Plan dental brinda un monto máximo anual de cobertura por participante o dependiente de 19 años o más, por año calendario, para servicios dentales cubiertos.

El Plan dental cubrirá hasta \$1,000 y \$500 adicionales si los **servicios cubiertos** están provistos por un **proveedor participante**. No hay monto máximo anual para los menores de 19 años.

Limitaciones de frecuencia

Los beneficios están sujetos a los límites de frecuencia que se indican en el Cuadro de servicios dentales cubiertos.

2. Proveedores de servicios dentales participantes

El 32BJ Dental Center

El 32BJ Dental Center brinda una amplia gama de servicios dentales, excepto aquellos que requieren anestesia general. Cuando utiliza el 32BJ Dental Center, el Plan brinda cobertura al 100% por los servicios que recibe en el 32BJ Dental Center y usted no tiene que pagar por la 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.

Los dentistas que participan en la **red** que lo cubre han acordado aceptar el monto que el **administrador dental** paga, junto con sus gastos compartidos, como pago completo por la atención dental cubierta que recibe. Consulte el Cuadro de servicios dentales cubiertos para obtener más información sobre los costos asociados con los servicios dentales.

Para encontrar un **dentista participante**, utilice la función Find a Dentist (Encontrar un dentista) en el 32BJ Member Portal www.32bjmemberportal.org o llame al Member Services at 1-800-551-3225. También puede llamar al número exclusivo para la 32BJ del **administrador dental** o visitar su sitio web.

Su red dental es la **red PPO**. Cualquier servicio dental provisto por un dentista que no pertenezca a la **red PPO** estará cubierto como un beneficio **fuera de la red**.

3. Dentistas no participantes

Usted tiene cobertura para trabajo dental realizado por cualquier **dentista no participante** con licencia. Consulte el Cuadro de servicios dentales cubiertos para obtener detalles sobre la cobertura y el pago. Los servicios provistos por **dentistas no participantes** también se denominan “beneficios **fuera de la red**” Los montos que superen el **monto permitido** no son elegibles para su reembolso y es su responsabilidad pagarlos.

En principio, usted tendrá que pagar los cargos completos de un **dentista no participante**. Luego deberá presentar una reclamación ante el **administrador dental** (consulte las páginas 103 y 104) y será reembolsado según la escala de tarifas del **administrador dental** correspondiente para cada procedimiento.

Su dentista **no participante** puede obtener una asignación de reembolso del **administrador dental** mediante la presentación de una solicitud de determinación previa ante el **administrador dental**.

4. Determinaciones previas/Estimados previos al tratamiento

Las determinaciones previas son gratuitas y los ayudarán a usted y a su dentista a tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. Su dentista recibirá un cálculo estimado de lo que el **administrador dental** pagará y de lo que serán sus gastos de bolsillo, incluido cualquier **copago**.

Si usted y su dentista no están seguros de su beneficio para un curso de tratamiento específico, o si se estima que los costos del tratamiento superarán los \$300, el **administrador dental** le recomienda que solicite un estimado previo al tratamiento antes de comenzar los servicios. Las solicitudes de estimados previos al tratamiento no son obligatorias; sin embargo, el **administrador dental** recomienda solicitar un estimado previo al tratamiento para procedimientos más complicados y costosos, como coronas, extracción de muelas del juicio, puentes, dentaduras postizas y cirugía periodontal.

5. Cuadro de servicios dentales cubiertos

El Plan no cubre beneficios por los procedimientos que no estén incluidos en el Cuadro de servicios dentales cubiertos, pero puede proporcionar un beneficio alternativo si es aprobado por el **administrador dental** en representación del Plan dental. Lo que paga por estos servicios depende de si elige recibir atención dental de un **dentista participante** o de un **dentista no participante**.

Servicios preventivos

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
Profilaxis dental (limpieza, raspado y pulido)	Dos por año calendario.	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 .
Tratamiento tópico con flúor	Dos por año calendario para pacientes menores de 16 años.		
Sellantes (en la superficie oclusiva de un diente molar y premolar definitivo sin restaurar)	Una vez por diente durante cualquier período de 24 meses consecutivos para pacientes menores de 16 años.		
Mantenimiento de espacio (dispositivos removibles pasivos o fijos hechos para niños, con el fin de mantener el espacio creado por un diente faltante hasta que emerja el diente definitivo)	Una vez por diente de por vida para pacientes menores de 16 años.		

Servicios de diagnóstico

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
Examen oral, periódico, limitado (centrado en el problema), integral o detallado y extenso (centrado en el problema)	Dos por año calendario.	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 .
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 <i>mordida</i> (dientes superiores e inferiores posteriores juntos) o dientes posteriores (superiores o inferiores solamente) en un año calendario.		
• Placas periapicales, un solo diente	Según sea necesario.		
• Placa oclusiva	Dos por fecha de servicio.		

Servicios de restauración simple

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
<ul style="list-style-type: none"> • Empastes de amalgama (metálicos) • Empastes de resina (compuesta, del color de los dientes) en dientes anteriores 	Una vez por superficie dental durante cualquier período de 24 meses consecutivos.	El Plan paga el 80% y el afiliado paga el 20%.	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 .

Endodoncia

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de conducto • Segundo tratamiento de conducto* • Apicectomía y servicios periapicales (si se coloca, se exige para el pago una placa postoperatoria que muestre la apicectomía terminada y retrógrada)* • Pulpectomía • Hemisección* 	Una vez por diente de por vida.	El Plan paga el 80% y el afiliado paga el 20%.	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 .
<ul style="list-style-type: none"> • Apexificación/Recalcificación* 	Una vez por diente de por vida. Solo para niños menores de 19 años.		
<ul style="list-style-type: none"> • Sellado de la pulpa dental 	Una vez por diente dentro de un periodo de 12 meses.		

* Estos servicios no se realizan en el 32BJ Dental Center. Los pacientes del 32BJ Dental Center serán derivados a un especialista de la **red**.

Periodoncia

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
<ul style="list-style-type: none"> Gingivectomía o gingivoplastia Cirugía ósea* Raspado periodontal y alisado radicular	Una vez por cuadrante durante un periodo de 60 meses consecutivos.	El Plan paga el 80% y el afiliado paga el 20%.	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 durante un periodo 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 periodo postoperatorio de 30 días)	Dos procedimientos profilácticos en un año calendario.		

Extracciones simples

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
Extracción no quirúrgica de diente o raíces expuestas (incluye anestesia local, sutura necesaria y atención de rutina postoperatoria)	Una vez por diente de por vida.	El Plan paga el 80% y el afiliado paga el 20%.	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 .

Cirugía oral y maxilofacial

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

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
<ul style="list-style-type: none"> Extracciones Extracción de diente impactado, raíces dentales residuales* 	Una vez por diente de por vida.	El Plan paga el 80% y el afiliado paga el 20%	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 .
Alveoloplastia (preparación quirúrgica de la apófisis alveolar para las dentaduras postizas con o sin extracciones)	Una vez por cuadrante de por vida.		
Frenulectomía*	Una vez por arco de por vida.		

* Estos servicios no se realizan en el 32BJ Dental Center. Los pacientes del 32BJ Dental Center serán derivados a un especialista de la **red**.

Servicios complejos

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
Recementación de corona, incrustación, restauración	Una vez por diente en un año calendario	El Plan paga el 50% y el afiliado 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 .
Corona prefabricada de acero inoxidable/resina (para niños solamente, dientes temporales [de leche] 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 empastes normales debido al exceso de caries o a fracturas	Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos.		

Prótesis dentales removibles

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
Dentaduras postizas completas o inmediatas (totales) superiores e inferiores, o parciales, lo que incluye seis meses de atención de rutina después de la prestación del servicio	Una dentadura postiza por arco durante cualquier período de 60 meses consecutivos.	El Plan paga el 50% y el afiliado 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 .
Procedimientos de rebaje y recubrimiento de dentaduras postizas, 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.		
Dentaduras postizas parciales provisionales	Una vez por arco durante cualquier período de 60 meses consecutivos.		
Acondicionamiento del tejido	Dos veces por arco durante cualquier período de 36 meses consecutivos.		

Prótesis dentales fijas

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
Pónicos de dentaduras postizas parciales fijas	Una vez por diente durante cualquier período de 60 meses consecutivos.	El Plan paga el 50% y el afiliado 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 .
Retenedores de dentaduras postizas parciales fijas – incrustaciones/restauraciones, coronas			

* Estos servicios no se realizan en el 32BJ Dental Center. Los pacientes del 32BJ Dental Center serán derivados a un especialista de la **red**.

Reparaciones

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
Reparación de corona	Una vez por diente durante un período de 24 meses consecutivos.	El Plan paga el 50% y el afiliado 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 .
Reparación, ajuste o aumentos en dentaduras postizas parciales	Dos veces durante cualquier período de 12 meses consecutivos.		
Reemplazo de dientes rotos en una dentadura postiza			

Tratamiento de emergencia

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
Tratamiento paliativo para aliviar la incomodidad inmediata (solamente procedimiento menor)	Una vez por fecha de servicio.	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 .

Servicios dentales varios

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
Protector de mordida	Un aparato durante cualquier período de 60 meses consecutivos	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 .
Óxido de nitrógeno	Solo para niños menores de 19 años.	El Plan paga el 100% después de un copago de \$10.	Sin cobertura.

Servicios de ortodoncia*

Beneficio	Limitaciones	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
Ortodoncia	Solo para niños menores de 19 años. El Plan paga el 50%, hasta el 50% del máximo de por vida, por un curso de múltiples años de tratamiento que comience a los 18 años. Un curso de tratamiento*** de por vida.	El Plan paga el 100% hasta un beneficio máximo de por vida** de \$2,500. Un curso de tratamiento*** de por vida. Solo para niños menores de 19 años. En el momento en que se inserta el aparato, el plan paga el 50% del máximo de por vida. El plan paga el monto restante (hasta 50% del máximo de por vida) al comienzo del segundo año para los niños menores de 19 años. Si el curso de tratamiento comienza a los 18 años, el plan pagará solo hasta el 50% del máximo de por vida por el curso de tratamiento completo.	Sin cobertura
Placa cefalométrica o imagen fotográfica obtenida de manera intraoral o extraoral (cobertura de ortodoncia únicamente)			

* Los beneficios se pagan únicamente por tratamientos supervisados y proporcionados por un dentista u ortodontista con licencia. No se ofrecen beneficios para programas de servicios realizados por usted mismo o de pedido por correo, ni para ningún servicio que no sea supervisado y proporcionado por un dentista u ortodontista con licencia.

** 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 condiciones médicas graves como la fisura palatina o el labio leporino; la micrognacia maxilar/mandibular (mandíbula superior o inferior menos desarrollada); el prognatismo mandibular extremo, la asimetría grave (anormalidades craneofaciales), la anquilosis de la articulación temporomandibular y otras displasias esqueléticas significativas.

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

6. 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 un empaste de amalgama, un compuesto de resina o una corona. En todos los casos en que existan planes opcionales o alternativos de tratamiento que conlleven diferentes costos, 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, siempre que dicho tratamiento restaure la condición bucal de manera profesionalmente aceptada. Cualquier diferencia en el costo de los tratamientos será responsabilidad del paciente. Por ejemplo, si su diente se puede reparar con un empaste de amalgama, pero usted o su dentista deciden usar una corona, el Plan pagará el beneficio basado en la amalgama. Usted deberá pagar la diferencia. El tratamiento opcional o alternativo incluye, entre otras, técnicas especializadas que involucran oro, accesorios parciales de precisión, carillas, implantes, agregados para puentes, dentaduras postizas de precisión, personalización o caracterización como joyas o letras, hombros en coronas u otras formas de desagrupar procedimientos en componentes individuales que no se realizan por separado en la práctica dental generalmente aceptada.

7. Lo que no está cubierto

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

- servicios realizados 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 Cuadro de servicios dentales cubiertos,
- atención de ortodoncia para individuos de 19 años o más;
- atención de ortodoncia **fuera de la red** para individuos menores de 19 años,
- cargos que exceden los **montos permitidos**, o el monto máximo anual, o el monto máximo de por vida para la atención de ortodoncia,
- tratamiento por lesión accidental de un diente natural que se brinda más de 12 meses después de la fecha de la lesión accidental,
- servicios o suministros que el Plan determina que son de naturaleza **experimental** o de investigación, excepto en la medida en que la ley lo estipule,

- servicios o tratamientos que el Plan determina que no tienen un pronóstico razonablemente favorable,
- tratamiento realizado principalmente por razones cosméticas, incluidos, entre otros, el laminado, las fundas y el blanqueamiento dental,
- técnicas especiales, incluidas las dentaduras postizas de precisión, dentaduras postizas de soporte o personalización de coronas, dentaduras postizas o empastes, o cualquier otro servicio. Esto incluye, entre otros, los accesorios de precisión y los liberadores de tensión,
- dentaduras postizas totales o parciales que requieran tiempo y técnicas especiales debido a problemas especiales, como pérdida de la estructura ósea de soporte, a menos que se puedan proveer con un beneficio alternativo, tal como se describe en la sección Beneficio alternativo para la cobertura dental en la página anterior,
- procedimientos, aparatos o restauraciones que alteren la “mordida” o la forma en que los dientes se juntan (llamada también oclusión o dimensión vertical) o que restauren o mantengan la mordida, excepto por lo dispuesto en virtud de los 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,
- procedimientos que impliquen la reconstrucción completa de la boca o cualquier servicio relacionado con implantes dentales, incluido cualquier implante quirúrgico con un dispositivo de **prótesis** adjunto,
- diagnóstico o tratamiento de problemas de la articulación de la mandíbula, incluido el trastorno de la articulación temporomandibular (TMJ), trastornos craniomandibulares u otras enfermedades de las articulaciones que unen el hueso de la mandíbula y el cráneo, o el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación,
- pilares dobles o múltiples,
- tratamiento para corregir hábitos dañinos, incluidos, entre otros, fumar y la terapia miofuncional,
- aparatos para quitar hábitos, excepto conforme al 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 dentaduras postizas

- el reemplazo de dentaduras postizas o aparatos perdidos o robados menos de cinco años después de la fecha de la inserción
- el reemplazo de dentaduras postizas, 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 69 a 77),
- 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 el costo, ya sea que una reclamación se haga valer o no, bajo la indemnización por accidentes y enfermedades laborales o un seguro automotriz, médico, de protección por lesiones personales, de propietario o de otro tipo sin culpa,
- tratamiento de enfermedades provocadas por guerra o acto de guerra, declarada o no, o una enfermedad contraída o un accidente que ocurra durante servicio activo de tiempo completo en las fuerzas armadas de cualquier país o coalición de países,
- cualquier parte de los cargos por los cuales se pagan beneficios según cualquier otra parte del Plan,
- si un participante se transfiere de la atención de un dentista a otro durante el curso 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 de ida y vuelta hacia el tratamiento,
- gastos en los que se incurra por citas canceladas,
- cargos por completar informes o por proporcionar registros,
- procedimientos que no estén incluidos en el Cuadro de servicios dentales cubiertos o el Cuadro de servicios dentales cubiertos para el Delta Dental PPO Plan, y
- cargos por servicios que no se proveen.

8. Coordinación de beneficios dentales

Cuando la cobertura del Plan es la principal, el **administrador dental** paga los beneficios bajo este Plan como si no hubiera ninguna otra cobertura.

Cuando este Plan es el secundario y existen gastos restantes del tipo permitido bajo este Plan, el **administrador dental** solo pagará el monto por el cual los beneficios conforme a este Plan exceden la cantidad de beneficios pagaderos conforme al otro programa.

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

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

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

- 4) El programa que cubra al inscrito como empleado o como dependiente de un empleado determinará sus beneficios antes que el programa que cubra al inscrito como empleado retirado o despedido, o como dependiente de dicha persona. Si el otro plan no tiene una norma con respecto a los empleados retirados o despedidos y, como resultado de ello, cada plan determina sus beneficios luego del otro, entonces no se aplicará lo dispuesto en el presente párrafo.

5) Si el otro programa no tiene una norma que establezca el mismo orden de determinación de la responsabilidad para los beneficios o es uno que sea “adicional” o siempre “secundario”, el **administrador dental** determinará primero sus beneficios. Si dicha determinación señala que este Plan no debería haber sido el primer programa para determinar sus beneficios, se considerará que este Plan 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 este Plan sea el primer programa para determinar sus beneficios, los beneficios serán pagados sin considerar la cobertura conforme a cualquier otro programa. Cuando este Plan no sea el primer programa para determinar sus beneficios, y existan gastos restantes del tipo permitido bajo este programa, este Plan solo pagará el monto por el cual los beneficios conforme a este plan exceden la cantidad de beneficios pagaderos conforme al otro programa.

7) Cuando un procedimiento dental sea elegible para recibir cobertura conforme a su plan de salud (hospitalario, médico, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) y también a su plan dental, su plan de salud (hospitalario, médico, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) siempre será el pagador principal.

E. Beneficios de cuidado de la vista

1. Cómo funciona el beneficio de cuidado de la vista

Su beneficio de cuidado de la vista es administrado por Davis Vision (el **administrador de cuidado de la vista**), el cual mantiene una red nacional de **proveedores** de cuidado de la vista. Si necesita un examen de la vista, lentes correctivos (incluidos los de contacto) o marcos, puede acudir a un **proveedor participante** o a un **proveedor no participante**. Al usar un **proveedor participante**, puede obtener un examen y anteojos sin costo que deba pagar de su bolsillo si elige sus marcos de la colección selecta del Plan con el **administrador de cuidado de la vista**. Si desea marcos 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.

2. Cuadro de servicios de la vista cubiertos

Beneficios	Proveedor participante (dentro de la red)	Proveedor no participante (fuera de la red)
Examen de la vista	El plan paga hasta \$30.	El plan paga hasta el monto permitido de \$30.
Lentes	El Plan paga el 100% si elige los marcos de la colección selecta del Plan con el administrador de cuidado de la vista .	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 el administrador de cuidado de la vista .	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.

Los beneficios del cuidado de la vista se pagan dentro de un período de 24 meses consecutivos*, a partir de la fecha en que incurrió en gastos del cuidado de la vista por primera vez (por lo general un examen de la vista). Los beneficios de cuidado de la vista no utilizados no se pueden transferir ni usar en un período subsiguiente de 24 meses. Por ejemplo, si se realiza un examen de la vista el 1 de enero, tiene hasta el 31 de diciembre del año siguiente para recibir beneficios por ese período. El próximo período de 24 meses comienza cuando incurra en un nuevo gasto de cuidado de la vista, que no será antes de transcurridos 24 meses desde que comenzó el período anterior.

Por ejemplo, si se realiza un examen de la vista el 1 de septiembre de 2024, tiene hasta el 1 de septiembre de 2026 (siempre y cuando siga siendo elegible para los beneficios del Fondo) para recibir los beneficios citados anteriormente para los lentes y marcos o los lentes de contacto. Ningún beneficio de cuidado de la vista no utilizado se puede transferir ni usar en un período subsiguiente de 24 meses.

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

Para tener acceso a sus beneficios del Plan de cuidado de la vista puede hacer lo siguiente:

- mostrar su tarjeta de identificación del **administrador de cuidado de la vista** a un **proveedor participante**, o
- visitar a **proveedor no participante** y presentar luego una reclamación del Plan de cuidado de la vista al **administrador de cuidado de la vista** 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 el sitio web del **administrador de cuidado de la vista** o llámelos.

3. Gastos elegibles

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

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

4. Gastos de la vista 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 lo siguiente:

- tratamiento o servicios oftalmológicos pagaderos conforme a las disposiciones de cualquier otro beneficio del Plan (el tratamiento oftalmológico puede tener cobertura conforme a los beneficios de salud [hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias] descritos en las páginas 26 a 68),
- anteojos sin receta médica,
- cargos del examen de ajuste de los lentes de contacto,
- gastos ornamentales,
- beneficios **fuera de la red** para participantes y dependientes menores de 19 años, y
- cargos por servicios que no se proveen.

F. Beneficios de fertilidad a través de Progyny

1. Cómo funciona el beneficio de fertilidad

El Plan proporciona una **red** de beneficios de fertilidad a través de Progyny. Progyny es una **red** de fertilidad de primera categoría con beneficios diseñados para proporcionar una cobertura integral y completa para tratamientos de fertilidad de vanguardia para ayudarlo a usted o a su cónyuge elegible si desean tener un hijo. El programa de Progyny incluye una **red de proveedores** acreditados, un equipo de apoyo personalizado para los afiliados, Defensores de atención del paciente (Patient Care Advocates, PCA), quienes ofrecen educación, apoyo y atención coordinada. Puede comunicarse con Progyny de forma gratuita al 1-866-960-3601. A continuación, se describen sus beneficios de fertilidad.

Los beneficios se pagan por gastos médicos cubiertos incurridos por usted y su cónyuge elegible para el diagnóstico y tratamiento de la fertilidad, sujeto al máximo de por vida de Smart Cycle que se describe a continuación. Las personas que reciben el tratamiento de fertilidad deben estar inscritas en el Plan para recibir los beneficios de fertilidad cubiertos por el Plan. Usted es responsable de los **copagos**, tal como se describe en la página siguiente. Comuníquese con Member Services para confirmar su elegibilidad. Los beneficios de fertilidad deben proveerse a través de la **red** de Progyny (**dentro de la red** de Progyny) y deben contar con la autorización previa de Progyny. No se proporcionarán beneficios de fertilidad **fuera de la red**. El programa de Progyny no requiere un diagnóstico médico de infertilidad para acceder a los servicios de tratamiento de fertilidad, lo que garantiza que los miembros de la comunidad LGBTQ+ y los padres/madres solteros/as por elección tengan acceso equitativo a la cobertura.

Su beneficio incluye un Smart Cycle y, si no se logra un nacimiento vivo, un Smart Cycle adicional como su máximo de por vida. Los Smart Cycles son la “moneda” de beneficios de Progyny que se utiliza para personalizar su beneficio de por vida. Cada Smart Cycle está diseñado para cubrir un tratamiento completo y agrupa servicios individuales, pruebas y medicamentos para que no agote su cobertura de tratamiento de fertilidad a mitad del ciclo. La Guía para Afiliados de Progyny proporciona más información sobre sus beneficios de tratamiento de la fertilidad. Puede solicitar la Guía para Afiliados de Progyny llamando de forma gratuita al 1-866-960-3601.

La tabla a continuación enumera los tratamientos comunes de fertilidad e indica qué porción de un Smart Cycle utiliza cada tratamiento. Progyny puede proporcionar más información sobre cómo funciona el beneficio de Smart Cycle.

Opción de tratamiento	Porción del Smart Cycle
Ciclo nuevo de FIV	3/4
Congelamiento de FIV – Todo el Ciclo	3/4
Transferencia de embriones congelados (TEC)	1/4
Transferencia de ovocitos congelados (TOC)	1/2
Servicios de embriología previos a la transferencia	1/2
Inseminación intrauterina (IIU)	1/4
Relaciones sexuales programadas (RSP)	1/4
Congelamiento de ovocitos	1/2
Congelamiento de esperma	1/4
Ciclo dividido (congelamiento de ovocitos y embriones)	1/4
Donante nuevo vivo para FIV	1 y 1/2
Donante nuevo congelado para FIV - Todos	1
Compra de 1 cohorte de ovocitos de donante (6 a 8 ovocitos)	1
Compra de esperma de donante	1/4

El beneficio de Progyny también incluye el PGT-A (PGS o estudio genético preimplantacional para evaluar la viabilidad del embrión), el PGT-M (PGD o diagnóstico genético preimplantacional), la cobertura de brecha de embarazo hasta que la clínica de fertilidad **dentro de la red** de Progyny libere al paciente al cuidado de un **proveedor** médico de obstetricia y ginecología (OBGYN), y el transporte de los tejidos reproductivos congelados previamente de usted o su cónyuge a **centros dentro de la red**.

Progyny Rx es el **proveedor** de medicamentos para la fertilidad y todos los medicamentos recetados como parte de un Smart Cycle deben ser surtidos a través de Progyny Rx. No puede surtir sus medicamentos para la fertilidad a través de OptumRx ni de ninguna otra farmacia.

2. Tipos de costos que paga de su bolsillo por beneficios de fertilidad

Los siguientes **copagos** se aplican a los servicios de fertilidad conforme al beneficio de fertilidad de Progyny.

Beneficio	Dentro de la red	Fuera de la red	Limitaciones
Paquete de consulta inicial y pruebas de diagnóstico	El Plan paga el 100% después de un copago de \$40.	Sin cobertura	Dentro de la red de Progyny únicamente. Sujeto a un máximo de por vida.
Ciclo de tratamiento	El Plan paga el 100% después de un copago de \$100	Sin cobertura	Dentro de la red de Progyny únicamente. Sujeto a un máximo de por vida.
Servicios de radiología de baja tecnología (por ejemplo, histerosalpingografía)	El Plan paga el 100%; sin copago .	Sin cobertura	Dentro de la red de Progyny únicamente. Sujeto a un máximo de por vida.
Medicamentos con receta	Copago de \$30 por surtido	Sin cobertura	Debe surtirse con Progyny Rx. Cubre medicamentos para la fertilidad con autorización previa. Sujeto a un máximo de por vida.

A continuación, le brindamos un ejemplo de sus costos estimados para un Smart Cycle. El curso de tratamiento que realice puede variar. Su **proveedor** de fertilidad **dentro de la red** de Progyny trabajará con usted para determinar el curso de tratamiento más adecuado para usted.

Ejemplo de tipo de tratamiento	Ejemplo de copagos	Ejemplo del costo compartido total del afiliado
IUI (1/4 del Smart Cycle)	Paquete de consulta inicial y pruebas de diagnóstico - \$40. Recetas (suponiendo que incluye 2 medicamentos con receta; \$30 por medicamento) - \$60. IUI (tratamiento) - \$100.	\$200
FIV nuevo (3/4 del Smart Cycle)	Recetas (suponiendo que incluye 3 medicamentos con receta; \$30 por medicamento) - \$90. FIV (tratamiento) - \$100.	\$190

3. Exclusiones

Los siguientes gastos no están cubiertos por el beneficio de fertilidad de Progyny:

- servicios de fertilidad para hijos dependientes menores de 26 años, excepto en casos de oncofertilidad o disforia de género,
- parejas convivientes,
- kits de predicción de la ovulación para realizar en el hogar,
- servicios y suministros brindados por un **proveedor fuera de la red**,

- servicios y suministros que no están incluidos como cubiertos en la Guía para Afiliados de Progyny. Comuníquese con Progyny para obtener más información,
- todos los cargos asociados con un programa de subrogación gestacional para la persona que actúa como subrogante, lo que incluye, entre otras cosas, los análisis de laboratorio,
- los tratamientos que la American Society of Reproductive Medicine considera **experimental**, y
- gastos de viaje.

Si está actualmente bajo tratamiento de fertilidad o le gustaría iniciarlo, es importante que se comuníquese con Progyny de manera gratuita al 1-866-960-3601 para hablar con un Defensor de atención del paciente (Patient Care Advocate, PCA) de Progyny, quien lo ayudará a comprender sus beneficios de tratamiento de la fertilidad. Los PCA están disponibles de lunes a viernes, de 9 a. m. a 9 p. m., hora del Este.

SECCIÓN 3: BENEFICIOS AUXILIARES

A. Beneficios de seguro de vida

1. **Cómo funcionan los 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.

2. Monto del beneficio

El nivel de cobertura del seguro de vida depende del Plan con el que está cubierto. Si está cubierto por el Basic Plan, su cobertura de seguro de vida es de \$10,000. Los beneficios del seguro de vida se le pagan a su beneficiario si usted muere mientras la cobertura está vigente.

Para obtener una copia del documento del Plan del seguro de vida, 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.

3. 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 salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje. (Consulte las páginas 13 a 15). La cobertura del seguro de vida también termina si cancela su cobertura en virtud de este Plan debido a la elegibilidad para Medicare o cualquier otra razón. (Consulte a continuación y en las páginas 123 a 125). 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.

4. Extensión del seguro de vida por incapacidad

Si está incapacitado y recibe beneficios de incapacidad a corto plazo o de 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 conforme al Metropolitan Plan o un beneficio por incapacidad total conforme al Building Service 32BJ Pension Fund, su seguro de vida continuará hasta que se cancele el Plan, o se enmiende de cualquier otro modo, termine su incapacidad o 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 las páginas 14 y 15. 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 111 a 120 para obtener información sobre cómo apelar una reclamación rechazada).

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

1. Cómo funcionan los beneficios de 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 de AD&D 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.

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 de AD&D pagadero es de \$10,000 si está cubierto conforme al Tri-State Plan. Si pierde una mano a la altura de la muñeca o por encima de esta, o un pie a la altura del tobillo o por encima de este, o la vista en un ojo, el beneficio de AD&D pagadero a su beneficiario es de \$5,000 si está cubierto conforme al Tri-State Plan.

2. Cuándo termina la cobertura de AD&D

La cobertura del seguro de AD&D termina 30 días después de que termine su empleo. La cobertura del seguro de AD&D también termina si cancela su cobertura en virtud de este Plan debido a la elegibilidad para Medicare o cualquier otra razón, o si se cancela el Plan o se enmienda de cualquier otro modo. (Consulte las páginas 12 a 15 y las páginas 123 y 124). Del mismo modo que su seguro de vida, su cobertura de AD&D puede continuar por hasta seis meses mientras tenga una Extensión de salud pagada por el Fondo debido a incapacidad o arbitraje. (Consulte la página anterior y las páginas 12 a 15).

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.

C. Beneficios por incapacidad a corto plazo (STD)

1. Cómo funcionan los beneficios por incapacidad a corto plazo

Los participantes que trabajan en Connecticut conforme a acuerdos colectivos de trabajo que requieren una tasa de contribución que cubre los beneficios de incapacidad a corto plazo (Short-Term Disability, STD), están cubiertos por el Fondo para los beneficios por STD según se describen en esta sección. Llame a Member Services al 1-800-551-3225 para determinar su elegibilidad.

El beneficio por STD le brinda un ingreso semanal si usted resulta incapacitado mientras se encuentra trabajando en un **empleo cubierto**. Esto significa que usted resulta incapacitado para realizar su trabajo habitual a causa de una enfermedad o un accidente por el que debe recibir atención de un **proveedor** de tratamiento legalmente reconocido.

Sus beneficios por STD son administrados por The Guardian Life Insurance Company of America. Para presentar una reclamación de beneficios por STD, comuníquese con Guardian TeleGuard al 1-888-262-5670, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Tenga en cuenta que esta sección brinda solo una descripción general del programa del beneficio por STD y no representa una garantía del pago de la cobertura. Todas las determinaciones de reclamaciones requerirán una revisión completa por parte de Guardian Life Insurance Company of America y estarán sujetas a los términos y condiciones establecidas en el plan real del seguro.

2. Elegibilidad

Para ser elegible para los beneficios por STD, debe cumplir los siguientes criterios:

- se debe considerar que usted se encuentra incapacitado según lo define el plan de STD,
- debe estar bajo los cuidados regulares directos de un **proveedor** de tratamiento legalmente reconocido que no sea familiar suyo, y su incapacidad no debe ser el resultado de una lesión o enfermedad producida en el trabajo o relacionada con este.

3. Cuándo terminan los beneficios

Los beneficios terminan cuando sucede cualquiera de las siguientes situaciones:

- usted ya no está incapacitado,
- puede realizar las tareas principales de su propio trabajo con una adaptación razonable, independientemente de si vuelve al trabajo,
- vuelve a un empleo remunerado,
- no proporciona prueba de la pérdida según lo requiere el **administrador del beneficio**,
- ya no recibe atención regular y adecuada para la condición para la cual presenta la reclamación de beneficios por incapacidad, o
- ya ha recibido la cantidad máxima de semanas de STD.

4. Limitaciones y exclusiones de los beneficios

Se aplican las siguientes limitaciones y exclusiones a este beneficio:

- su incapacidad no comenzará hasta que no haya consultado a un **proveedor** de tratamiento legalmente reconocido para la enfermedad o lesión que causó la incapacidad,
- cada período de incapacidad debido a la misma enfermedad o a una enfermedad relacionada se considerará como incapacidad recurrente si esta incapacidad recae dentro de los 30 días después de haber sido acreedor a los beneficios, siempre que se cumplan todas las disposiciones del plan de beneficios de STD,
- dos períodos de incapacidad debidos a la misma enfermedad o a una enfermedad relacionada se considerarán como incapacidad recurrente si esta incapacidad recae dentro de los 30 días después de haber sido acreedor a los beneficios, siempre que se cumplan todas las disposiciones del plan de beneficios de STD,
- solamente se pagarán beneficios durante períodos en los que se produzca la pérdida de salario, y
- se pueden reducir los beneficios semanales brutos si recibe beneficios de retiro según la United States Social Security Act, así como también de cualquier otra fuente de ingresos indicada en el plan de STD.

5. Cómo presentar una reclamación para beneficios por STD

Para presentar una reclamación de beneficios por STD, 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 STD, Guardian tomará una decisión al respecto y le notificará directamente a usted.

6. Cómo presentar una apelación para una reclamación rechazada para beneficios por STD

Si se rechaza su reclamación para beneficios por STD, ya sea en parte o en su totalidad, Guardian le suministrará información sobre cómo presentar una apelación.

D. 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, la persona que usted designó como un beneficiario 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 ante 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 aún vive; 2) sus hijos vivos, en partes iguales; 3) sus padres vivos, en partes iguales; y 4) si ninguno de los anteriores es posible, 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.

SECCIÓN 4: CÓMO OBTENER SUS BENEFICIOS

A. 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.

1. Presentación de 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 específica,
- una solicitud de aprobación previa de un beneficio que no requiere aprobación previa del Plan, y
- la presentación de una receta médica que se debe surtir en una farmacia que es parte de la **red del PBM 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 salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias)

Si usa un **proveedor de la red**, y le presenta su tarjeta de identificación al **proveedor** al momento del servicio, no tiene que presentar reclamaciones. El **proveedor** lo hará por usted. Si no le presenta su tarjeta de identificación 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 de salud (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 105 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 del servicio.**

- Complete toda la información solicitada en el formulario.
- Adjunte facturas o recibos originales.
- Si tiene otra cobertura y este Plan 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 121 a 125).
- Conserve una copia de su formulario de reclamación y de todos los documentos adjuntos para sus registros.

Presentación de reclamaciones de farmacia

Si usa su tarjeta de beneficios de medicamentos con receta en una **farmacia participante** o si le entregan sus medicamentos con receta a través de la farmacia de pedido por correo, no debe presentar reclamaciones. Las **farmacias participantes** o la farmacia de pedido por correo lo harán por usted. Si se olvida de su tarjeta y paga en efectivo, debe presentar una reclamación de beneficios. Consulte la tabla en la página 105 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 en que se surtió la receta.*

Presentación de reclamaciones de atención dental

Cuando acude a un **proveedor participante de la red** dental, el **proveedor** presentará por usted todas las reclamaciones directamente ante Delta Dental, el administrador de la cobertura dental del Plan. Delta Dental le pagará al **proveedor participante** directamente.

Debe presentar una reclamación cuando reciba atención de dentistas u otros **proveedores** o **centros** que no pertenezcan a la **red de proveedores de servicios dentales participantes** del Plan. Puede obtener un formulario de reclamación visitando el sitio web del **administrador dental** en www.deltadentalins.com/32bj o llamando al 1-800-589-4627. Consulte la tabla en la página 105 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**.

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

- Solo se aceptará para su revisión un formulario de reclamación original completamente lleno o cualquier otro documento que el **administrador 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.
- *El administrador 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 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 un servicio que no sea razonablemente necesario o que no se realice de la manera habitual, para mantener la salud del paciente.

Presentación de reclamaciones del cuidado de la vista

Si se atiende con **proveedores de cuidado de la vista participantes**, no necesita presentar reclamaciones. El **proveedor** lo hará 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, el **administrador de cuidado de la vista** para el reembolso de los gastos elegibles. Consulte la tabla en la página 105 para obtener información sobre dónde puede presentar su reclamación para los beneficios recibidos **fuera de la red**. Puede obtener un formulario de reclamación del cuidado de la vista en www.davisvision.com/32bj o llamando al 1-800-603-5633. *Las reclamaciones de cuidado de la vista se deben presentar lo antes posible, y nunca después de transcurridos más de 180 días después de la fecha del servicio. Se rechazarán las reclamaciones que se presenten más de 180 días después de la fecha del servicio.*

Presentación de reclamaciones de fertilidad

Si se atiende con proveedores de fertilidad **dentro de la red** de Progyny, no necesita presentar reclamaciones. Los **proveedores** lo harán por usted y trabajarán con su Defensor de atención del paciente en Progyny. No hay cobertura **fuera de la red** para la atención de fertilidad.

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 Member Services. *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 de AD&D

Para presentar una reclamación de beneficios del seguro de vida o del seguro de AD&D, su beneficiario debe comunicarse con MetLife al 1-866-492-6983 o visitando mybenefits.metlife.com.

Adónde enviar los formularios de reclamaciones

Beneficio	Dirección de presentación
Beneficios de salud (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)	Anthem 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)
Farmacia (solo se deben presentar reclamaciones cuando no se presentó en la farmacia la tarjeta de identificación para medicamentos con receta y se pagó el precio completo; no se necesitan formularios de reclamación para proveedores participantes)	OptumRx Claims Department P.O. Box 650334 Dallas, TX 75265-0334
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
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
Beneficio por muerte del pensionado	Building Service 32BJ Benefit Funds 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676 Attn: Retirement Services
Seguro de vida Seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100

Aprobación y rechazo de reclamaciones

Hay diferentes procesos de aprobación y rechazo de reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud mental y de abuso de sustancias), reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de cuidado de la vista), reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado y reclamaciones del seguro de vida o AD&D. 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 sus tarjetas de identificación del PBM, (**administrador de beneficios de farmacia**), **administrador dental** y **administrador de cuidado de la vista**, 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 o una apelación en su nombre.

Puede encontrar un Formulario de autorización para la divulgación de información de salud en nuestro sitio web en www.32bjfunds.org o puede llamar a Member Services para que le envíen uno por correo.

2. Plazos para las decisiones sobre las reclamaciones

Reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias), reclamaciones de fertilidad y reclamaciones de servicios de salud auxiliares (farmacia, dentales y de cuidado 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 urgente, simultánea al servicio o posterior al servicio.

Reclamaciones anteriores al servicio

Esta es una reclamación de un beneficio para el cual el Plan exige aprobación del beneficio (total o parcial) antes de obtener la atención.

- *Reclamaciones de servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias):* Se requiere aprobación previa (también llamada “autorización previa”) para algunos servicios de salud (consulte las páginas 39 a 41).
- *Reclamaciones de farmacia:* Ciertos medicamentos del formulario del Plan requieren autorización previa antes de que el Plan pueda cubrir su medicamento (consulte las páginas 72 y 73). Tenga en cuenta que puede tener que pagar el costo total de la receta si no obtiene aprobación previa antes de surtirla; estas reclamaciones no se reembolsarán.
- *Reclamaciones de atención dental y cuidado de la vista:* No hay reclamaciones anteriores al servicio para reclamaciones dentales o de cuidado de la vista conforme al Plan.
- *Reclamaciones de fertilidad:* Se requiere aprobación previa para beneficios de fertilidad (consulte las páginas 93 a 96, y la página 104).

Tipo de solicitud de beneficios	Momento
Reclamaciones anteriores al servicio presentadas correctamente	
<p>Para reclamaciones anteriores al servicio presentadas adecuadamente, se le informará de la decisión a usted o a su proveedor:</p>	<p><i>dentro de un plazo de 15 días</i> a partir de la recepción de la reclamación, a menos que se necesite tiempo adicional. El plazo de respuesta se puede <i>extender hasta 15 días</i> si es necesario debido a motivos que están fuera del control del revisor de las reclamaciones.</p> <p>Se le informarán las circunstancias que hagan necesaria esta extensión del plazo, y la fecha para la cual se espera una decisión.</p>
Reclamaciones anteriores al servicio presentadas incorrectamente	
<p>Si usted o su proveedor presentan incorrectamente una reclamación anterior al servicio, se les notificará:</p>	<p><i>Lo antes posible</i>, pero no pasados los <i>cinco</i> días después de la recepción de la reclamación, acerca de los procedimientos que deben seguirse para volver a presentar la reclamación.</p> <p>Solo recibirá un aviso de una reclamación anterior al servicio presentada de manera incorrecta si esta incluye su nombre, su dirección actual, la condición o síntoma médicos específicos y un tratamiento, servicio o producto específicos para el que se solicita aprobación.</p>
<p>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 o su proveedor:</p>	<p><i>tendrán 45 días</i> desde la recepción de la notificación para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación.</p>

Tipo de solicitud de beneficios	Momento
Reclamaciones anteriores al servicio presentadas incorrectamente (continuación)	
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:	<i>durante 45 días o hasta la fecha en que el revisor de la reclamación reciba su respuesta a la solicitud (lo que ocurra antes).</i>
El revisor de la reclamación tendrá entonces:	<i>15 días para tomar una decisión sobre una reclamación anterior al servicio y notificarle la determinación.</i>

Solicitud de beneficios para atención urgente

Esta es una reclamación de atención o tratamiento médico en la que, de aplicarse los plazos para tomar determinaciones sobre reclamaciones anteriores al servicio, se vería amenazada su vida, salud o capacidad de recuperar su función máxima, o, en la opinión de un **proveedor**, sufriría un dolor agudo e incontrolable. Una persona prudente que actúa en nombre del Fondo, con un conocimiento promedio de salud y medicina, es quien deberá determinar si su tratamiento se considera atención urgente o no. Toda reclamación que un **proveedor** con conocimiento de su enfermedad determine que es una reclamación de atención urgente se deberá tratar automáticamente como tal.

No necesita presentar apelaciones de atención urgente por escrito. Debe llamar al revisor de reclamaciones tan pronto como sea posible para apelar una solicitud de beneficios de atención urgente. Un **proveedor de atención médica** con conocimiento de su condición médica, o alguien a quien usted haya autorizado, puede actuar como representante autorizado. Consulte la sección Designación de un representante autorizado en la página 106 para conocer los detalles.

Tipo de solicitud de beneficios	Momento
Reclamaciones de atención urgente presentadas correctamente	
Si usted (o su representante autorizado) presentan una reclamación de atención urgente, se le informará de la determinación de beneficios:	<i>lo antes posible, teniendo en cuenta emergencias médicas, pero a más tardar 72 horas</i> después de la recepción de su reclamación.
Reclamaciones de atención urgente presentadas incorrectamente	
Si no cumple los procedimientos del Plan para presentar una reclamación de atención urgente, se le notificará:	<i>dentro de un plazo de 24 horas</i> 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 dirección actual, la condición o síntoma médicos específicos y un tratamiento, servicio o producto específicos para el que se solicita aprobación.

Tipo de solicitud de beneficios	Momento
Reclamaciones de atención urgente incompletas	
Si su solicitud de beneficios está incompleta (por ejemplo, no entregó 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:	<i>dentro de un plazo de 24 horas.</i>
Luego, tendrá:	<i>hasta 48 horas, teniendo en cuenta las circunstancias, para proporcionar la información específica al revisor de reclamaciones.</i>
Luego se le notificará la determinación de beneficios:	<i>dentro de un plazo de 48 horas después:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

Reclamaciones simultáneas al servicio

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 estadía en el **hospital** como paciente internado, certificada originalmente para cinco días, que se revisa a los tres días para determinar si sería adecuado agregar 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.

Tipo de solicitud de beneficio	Momento
Normalmente, usted recibirá una decisión en cuanto a su reclamación posterior al servicio:	<i>dentro de un plazo de 30 días</i> a partir de la recepción de la reclamación.
Este período se puede extender:	<i>una vez por hasta 15 días</i> si es necesario debido a motivos extraordinarios fuera del control del Plan.

Tipo de solicitud de beneficio	Momento
Si es necesaria una extensión, se le notificará:	<i>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.</i>
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:	<i>tendrá 45 días desde la recepción de la notificación para presentar la información adicional. Si la información no se proporciona dentro de dicho plazo, se rechazará su reclamación.</i>
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:	<i>durante 45 días o hasta la fecha en que el revisor de la reclamación reciba su respuesta a la solicitud (lo que ocurra antes).</i> <i>Dentro de un plazo de 15 días después del vencimiento de este período, se le informará de la decisión</i>

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 al Fondo 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 a su beneficiario.

Reclamaciones de beneficios del seguro de vida y del seguro de AD&D

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

3. Aviso de la decisión

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

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

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

Para reclamaciones de atención urgente 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 106 a 110.

4. Apelación de reclamaciones rechazadas

Una apelación es una solicitud que usted (o su representante autorizado) presenta para que se revise y reconsidere una determinación adversa de beneficios (una reclamación rechazada).

Existen diferentes procesos de apelación para 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 cuidado de la vista). Para obtener información sobre cómo presentar apelaciones para reclamaciones rechazadas del seguro de vida y AD&D, 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.

Una reclamación administrativa de servicios de salud, de farmacia o de fertilidad es una reclamación 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 servicio no era un servicio cubierto.

Tipo de reclamación rechazada	Apelación de primera instancia	Apelación de segunda instancia
Reclamaciones de servicios de salud (juicio médico)	Anthem BlueCross BlueShield	Organización de revisión independiente (IRO)
Reclamaciones de servicios de salud (administrativas)	Anthem BlueCross BlueShield	Junta de fideicomiso (esta instancia de apelación es voluntaria)
Reclamaciones de servicios de salud auxiliares:		
• Farmacia (juicio médico)	OptumRx	Organización de revisión independiente (IRO)
• Farmacia (administrativas)	OptumRx	Junta de fideicomiso*
• Dentales (juicio médico y administrativas)	Delta Dental	Junta de fideicomiso*

Tipo de reclamación rechazada	Apelación de primera instancia	Apelación de segunda instancia
Reclamaciones de servicios de salud auxiliares: (continuación)		
• Cuidado de la vista (juicio médico y administrativas)	Davis Vision	Junta de fideicomiso*
Fertilidad (juicio médico)	Progyny	Organización de revisión independiente (IRO)
Fertilidad (administrativas)	Progyny	Junta de fideicomiso*
Vida/AD&D	MetLife Insurance Company	No corresponde
Beneficio por muerte del pensionado	Junta de fideicomiso	No corresponde

* Esta instancia de apelación es voluntaria.

Presentación de una apelación

Para las reclamaciones de servicio de salud (hospitalarias, médicas de salud del comportamiento y de abuso de sustancias), las reclamaciones de medicamentos con receta, las reclamaciones de fertilidad y las reclamaciones dentales y del cuidado de la vista, 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.

Para las reclamaciones de farmacia que requieren una autorización previa que ha sido rechazada, 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.

Para las reclamaciones de seguro de vida, AD&D y muerte del pensionado, tiene *180 días* a partir de la fecha de la carta de rechazo inicial 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 y así lo solicita, se le proporcionará gratuitamente acceso a todos los documentos, registros u otra información relacionada con su apelación, o bien, a copias de ellos.

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

- el revisor de reclamaciones se basó en ello para tomar la decisión,
- se presentó, se consideró o se generó durante la toma de la decisión (ya sea que la decisión se haya basado en ello o no),

- demuestra que cumple con los procesos administrativos del revisor de reclamaciones para garantizar la toma de decisiones coherente,
- constituye una declaración de la póliza del Plan acerca del servicio o tratamiento rechazado.

Usted (o su representante autorizado) puede presentar asuntos, comentarios, documentos 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 cualquier recurso legal.

Dónde presentar una apelación de primera instancia

Beneficio	Escriba a:	O llame al
Beneficios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias)	Anthem BlueCross BlueShield P.O. Box 1407 Church Street Station New York, NY 10008-1407 o inicie sesión en Anthem.com para presentarla en línea	1-866-316-3394 Si una apelación es urgente, debe solicitar una apelación acelerada.
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.
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 urgente, solo se aceptan por escrito. También se puede presentar una apelación por una reclamación de atención dental de urgencia llamando a Delta Dental al 1-800-589-4627.
Fertilidad (juicio médico)	appeals@npua.com	1-866-960-3596
Fertilidad (administrativas)	Envíe un mensaje de correo electrónico a su Defensor de atención del paciente personal.	1-866-960-3601

Beneficio	Escriba a:	O llame al
Beneficio por muerte del pensionado	<p>Board of Trustees' Appeals Committee c/o Building Service 32BJ Pension Fund 25 West 18th Street New York, NY 10011-4676</p> <p>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 por escrito.</p>	Solo se aceptan apelaciones por escrito.
Beneficios del seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales	<p>MetLife Insurance Company Group Life Claims P.O. Box 6100 Scranton, PA 18505-6100 Fax: 1-570-558-8645</p>	Solo se aceptan apelaciones por escrito.

5. Plazos para las decisiones sobre apelaciones

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

Apelaciones aceleradas por reclamaciones de atención urgente	
Descripción del proceso de apelación	Momento
<p>Si su reclamación incluye atención urgente para servicios de salud (beneficios médicos, hospitalarios, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias) o medicamentos con receta, 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.</p> <p>Una apelación para atención urgente puede presentarse por escrito o llamando a los números que figuran en la tabla de la sección Dónde presentar una apelación de primera instancia en la página anterior. Puede analizar la determinación del revisor e intercambiar cualquier información necesaria por teléfono, por fax o por medio de cualquier otra forma rápida de intercambio.</p>	
Recibirá una respuesta:	<i>dentro de un plazo de 72 horas desde su solicitud.</i>

Apelación de reclamaciones anteriores o simultáneas al servicio para servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias), servicios de salud auxiliares o servicios de fertilidad

Descripción del proceso de apelación	Momento
Si presenta una apelación por una reclamación anterior al servicio (cuando todavía no se recibió el servicio) o una atención simultánea al servicio (mientras se recibe el servicio) que no incluye atención urgente, se tomará una decisión y se le notificará:	<i>dentro de un plazo de 30 días</i> a partir de la recepción de su apelación.
Se decidirá una apelación de una reclamación de atención simultánea al servicio (por el cese o reducción de un beneficio aprobado anteriormente):	<i>lo antes posible</i> , pero, en cualquier caso, se hará antes del cese o reducción del beneficio.

Apelación de reclamaciones posteriores o simultáneas al servicio para servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias), servicios de salud auxiliares o servicios de fertilidad

Descripción del proceso de apelación	Momento
Si presenta una apelación por una reclamación posterior al servicio, se le notificará la decisión de su apelación:	<i>dentro de un plazo de 60 días</i> a partir de la recepción de su apelación.

6. Apelación externa para reclamaciones que involucran juicio médico

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

Si no está totalmente satisfecho con la decisión de la apelación interna del **administrador de reclamaciones** 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 su revisión. La IRO está compuesta por personas que no trabajan para el **administrador de reclamaciones** 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 del **administrador de reclamaciones**. Como se indicó anteriormente, **juicio médico** significa una determinación basada, de manera no taxativa, en 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 de investigación. 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 al **administrador de reclamaciones** (la información se puede encontrar en la sección Información de contacto al final de este documento) *dentro de un plazo de cuatro meses* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación interna del **administrador de reclamaciones**. El **administrador de reclamaciones** le enviará entonces el archivo a la IRO. Una vez que reciba su información, la IRO le notificará si su solicitud es elegible y aceptada para una revisión externa. Una vez que reciba esta carta, tendrá 10 días hábiles para presentar por escrito información adicional que la IRO tomará en consideración en su revisión. La IRO proporcionará un aviso por escrito de su decisión *dentro de un plazo de 45 días*.

Cuando se solicite, y si un retraso pudiera perjudicar su condición médica, según lo determine el revisor **médico del administrador de reclamaciones**, 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 del **administrador de beneficios de farmacia** de una reclamación que involucró **juicio médico**, puede solicitar que le envíen la apelación a una IRO para su revisión.

La IRO está compuesta por personas que no trabajan para el **administrador de beneficios de farmacia**, 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 del **administrador de beneficios de farmacia**. Como se indicó anteriormente, **juicio médico** significa una determinación basada, de manera no taxativa, en 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 de investigación. 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 al **administrador de beneficios de farmacia** *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. El **administrador de beneficios de farmacia** le enviará entonces el archivo a la IRO. La IRO proporcionará un aviso por escrito de su decisión *dentro de un plazo de 45 días*.

Cuando se solicite, y si un retraso perjudica su condición médica, según lo determine el especialista médico independiente del **administrador de beneficios de farmacia**, la revisión de la Organización de revisión independiente (IRO) se completará *dentro de un plazo de 72 horas*.

Reclamaciones de fertilidad

Si no está totalmente satisfecho con la decisión de la apelación de primera instancia de Progyny respecto de una reclamación que involucró **juicio médico**, puede solicitar que se envíe la apelación a una Organización de revisión independiente (IRO) para su revisión. La IRO está compuesta por personas que no trabajan para Progyny 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 Progyny.

Como se indicó anteriormente, **juicio médico** significa una determinación basada, de manera no taxativa, en 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 de investigación. 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 Progyny *dentro de un plazo de cuatro meses* a partir de la fecha de la carta de rechazo de la apelación de primera instancia de Progyny. Progyny le enviará entonces el archivo a la IRO. La IRO proporcionará un aviso por escrito de su decisión *dentro de un plazo de 45 días*.

7. Nivel voluntario de apelación para reclamaciones de salud administrativas, reclamaciones de farmacia o reclamaciones de fertilidad, y apelación de primera instancia para reclamaciones dentales o de cuidado de la vista

Una vez que recibe oportunamente* el aviso del rechazo de la apelación interna de una reclamación administrativa de servicios de salud, de farmacia o de fertilidad, o una apelación en primera instancia de servicios dentales o de cuidado de la vista, ha agotado todas las opciones requeridas de

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

apelaciones internas y puede presentar una apelación de nivel voluntario. Tenga en cuenta que no existen apelaciones aceleradas para reclamaciones posteriores al servicio o para reclamaciones de salud, de farmacia y de fertilidad que involucren el **juicio médico** conforme al procedimiento de apelaciones voluntarias.

Si no está de acuerdo con la decisión inicial de la apelación interna, puede iniciar una acción civil de acuerdo con la Sección 502(a) de la Employee Retirement Income Security Act of 1974, ERISA (Ley de Seguridad de los ingresos jubilatorios de los empleados de 1974), según sus enmiendas. 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 tomar una decisión definitiva. **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; para ello, debe seguir los procedimientos descritos en esta sección.

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 114. Las apelaciones voluntarias se tratan en las reuniones del Comité de Apelaciones programadas de manera regular. Sin embargo, si su solicitud se recibe con menos de 30 días de anticipación respecto de la próxima reunión programada regularmente, se revisará su apelación en la segunda reunión después de la fecha de recepción de su solicitud. En 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.

La instancia voluntaria de apelación está disponible solo después de que usted (o su representante autorizado) haya cumplido el proceso de apelación obligatoria correspondiente que exige el Plan, como se describió anteriormente. Esta instancia de apelación es *completamente voluntaria*, es decir, no la exige el Plan y solo está disponible si usted (o su representante autorizado) la solicita. El Plan no alegará la falta de agotamiento de los recursos administrativos en caso de que usted elija presentar una reclamación ante los tribunales en vez de hacerlo por medio de la instancia voluntaria de apelación. El Plan no le impondrá 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 disputa por beneficios en la instancia voluntaria de apelación no tendrá efecto sobre sus derechos a cualquier otro beneficio

cubierto conforme al Plan. Si lo solicita, el Plan le proporcionará a usted (o a su representante) información suficiente para que decida si desea presentar 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.

Aviso de la decisión de la apelación

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. El aviso de la decisión de la apelación incluirá toda la información estipulada en la sección Aviso de la decisión en las páginas 110 y 111.

8. Apelación de reclamaciones del beneficio por muerte del pensionado

Si presenta una apelación por una reclamación 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 respecto de la próxima reunión programada regularmente, se revisará su apelación en la segunda reunión después de la fecha de recepción de su solicitud. En 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. El aviso de la decisión de la apelación incluirá toda la información estipulada en la sección Aviso de la decisión en las páginas 110 y 111.

9. Acciones posteriores

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

Usted no puede iniciar una demanda para obtener beneficios hasta que haya terminado el proceso de apelación obligatoria y se haya llegado a una decisión definitiva, o hasta que se hayan cumplido los plazos correspondientes descritos en este folleto desde la fecha en la cual presentó la apelación y aún no haya recibido una decisión definitiva o aviso de que se necesita una extensión del plazo para tomar una decisión definitiva. **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 revisor 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 145. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación o para obtener asistencia, puede comunicarse con la Employee Benefits Security Administration llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.askebsa.dol.gov.

B. Incompetencia

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

C. 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.

D. Dirección de correo

Es importante que le notifique a Member Services 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.

E. Coordinación de beneficios*

1. Introducción

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 substraen 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 ganar beneficios si el otro plan tiene mejor cobertura en alguna área.

* Existen normas diferentes de coordinación de beneficios aplicables a los beneficios dentales, los cuales se describen en las páginas 89 y 90.

2. Otros planes de salud

Excepto por los casos como Medicare y TRICARE, que se describen en las páginas 123 y 124, y por los beneficios dentales, que se describen en las páginas 89 y 90, las normas para determinar cuál es el plan principal son las siguientes:

- Si el otro plan no tiene una disposición sobre la coordinación de beneficios con respecto al gasto en particular, ese plan siempre es el principal.
- El plan que cubre al paciente como empleado activo es el principal y el que cubre al paciente como dependiente es secundario.
- Si el paciente está cubierto como empleado activo (o como dependiente de un empleado activo) y como cesante que ha sufrido un despido o está retirado, el plan como empleado activo es el principal. Sin embargo, si el otro plan no tiene esta norma y ambos planes no concuerdan en cuanto a cuál de ellos es el principal, no se aplicará esta norma.
- 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 “norma del cumpleaños”, ese plan es el principal a menos que se haya determinado antes el plan principal por alguna de las normas 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 o madre que tiene la custodia se vuelve a casar, el plan de ese padre o madre es el principal, el plan del padrastro o madrastra es el secundario y el plan del padre o madre 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 normas 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.

3. Medicare

Si está cubierto por este Plan y Medicare, se aplican las siguientes normas

- 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 en este Plan (el cónyuge puede cancelarla cuando cumpla los 65 años). La cancelación de su cobertura no afecta la obligación de su **empleador** cubierto de continuar realizando contribuciones al Plan en su nombre. Si usted (o su dependiente) decide tener cobertura de este Plan y de Medicare, este Plan será el principal y Medicare será el secundario siempre que permanezca en un **empleo cubierto**. Si cancela su cobertura conforme a este Plan, no puede volver a elegir este Plan. Además, si cancela su cobertura conforme a este Plan, el Plan no podrá ofrecerle ningún beneficio que pudiera complementar los beneficios de Medicare. Cuando cancela su cobertura conforme a este Plan, se cancela toda la cobertura de beneficios, incluidos los beneficios hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y abuso de sustancias, medicamentos con receta, atención dental, cuidado de la vista y seguro de vida y seguro en caso de muerte y mutilación accidentales, beneficio por muerte del pensionado e incapacidad a corto 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 corto plazo [Short-Term Disability, STD]) 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 miembro de la familia 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 sus dependientes no se inscriben 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 sus dependientes se hubiesen inscrito adecuadamente en la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare. Aquellos miembros de la familia cubiertos 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 de forma permanente en el pagador principal. Tenga en cuenta que este Plan pagará como plan secundario después del período de 30 meses, aunque usted (o sus dependientes) no se inscriba en la Parte B de Medicare.

4. TRICARE

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

5. 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 médica deben ser reembolsados primero por la compañía de seguros del seguro sin culpa. El reclamante tendrá derecho a recibir beneficios de atención médica conforme a este Plan solo cuando haya agotado sus beneficios de atención médica 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 y otras disposiciones del Plan. 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.

6. 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.

7. Indemnización por accidentes y enfermedades laborales

Este Plan no proporciona beneficios por gastos cubiertos por las leyes de indemnización por accidentes y enfermedades laborales o enfermedades ocupacionales. 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 126 a 129).

F. 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 reembolsa, 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 reembolso. Si no está seguro si su **proveedor** tiene uno de estos acuerdos por escrito aprobado previamente, puede comunicarse con Member Services al 1-800-551-3225 para obtener asistencia.

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

G. 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 montos de dinero provengan directamente de su propia compañía de seguros, de otra persona o de la compañía de seguros de ésta, 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 nombre.

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 o a sus dependientes de las indemnizaciones de cualquier pago, obligación, acuerdo, fallo judicial o sentencia, en la medida que lo permita la ley,
- que las indemnizaciones de cualquier contrato, acuerdo, fallo o sentencia que reciba de un tercero, de una compañía de seguros o de cualquier otra fuente que se le paguen directamente a usted (o a otra persona o entidad), las retendrá usted (o dicha persona o entidad) en un fideicomiso implícito para el Fondo. (Se aplican las mismas normas 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 o su abogado en una acción que busque 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 asistencia. 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 norma 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 respecto de 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 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 deberles a usted o a sus dependientes por reclamaciones anteriores o futuras, hasta el momento en que el embargo a beneficio del Fondo se cancele o levante.

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

Carelon Subrogation
P.O. Box 659940
San Antonio, TX 78265

H. 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 médica, 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.

I. Cobertura de salud colectiva continuada

1. 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 a Member Services para obtener información sobre la cobertura durante una licencia FMLA.

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

Esta cobertura continua funciona del mismo modo que COBRA. (Consulte las páginas 13 a 15 y las páginas 131 a 136 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 124).

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 a partir de la fecha de baja, si el período de servicio militar es de 31 días o más, pero menor que 180 días,
- 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 Member Services para obtener más detalles.

3. Conforme a COBRA

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

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

Si usted está incapacitado y recibe (o tiene aprobación para recibir) beneficios conforme al beneficio por incapacidad a corto plazo o la indemnización por accidentes y enfermedades laborales, el Plan proporciona cobertura de extensión de salud pagada por el Fondo por incapacidad por hasta seis meses desde el último día que trabajó, siempre y cuando siga discapacitado, no pueda trabajar y solicite la cobertura.

Si su **empleador** lo despide y su despido pasa a arbitraje para intentar obtener 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 de COBRA se reduce con cada período en que recibe la extensión de salud pagada por el Fondo.

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

Continuación de cobertura de COBRA

La cobertura puede continuar para:	Un evento que califica (que tiene como resultado la pérdida de la cobertura de salud)	Vigencia máxima de la cobertura:
Usted y sus dependientes elegibles	Su empleo cubierto termina debido a otras causas que no sean una falta grave.	18 meses En ciertas circunstancias, los beneficiarios calificados con derecho a 18 meses de cobertura continua pueden tener derecho a una extensión por incapacidad de 11 meses adicionales (para un máximo total de 29 meses). Consulte la sección <i>Eventos múltiples que califican</i> en la siguiente página para obtener detalles.
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 En ciertas circunstancias, los beneficiarios calificados con derecho a 18 meses de cobertura continua pueden tener derecho a una extensión por incapacidad de 11 meses adicionales (para un máximo total de 29 meses). Consulte la sección <i>Eventos múltiples que califican</i> en la siguiente página para obtener detalles.
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.

* Este es un requisito de continuación de USERRA, no COBRA, y podrían aplicarse normas diferentes. Comuníquese con Member Services si tiene preguntas.

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 de COBRA, con los mismos términos que se aplican a los participantes activos. Las mismas normas sobre la condición de dependiente y los cambios que califican en la situación familiar que se aplican a los

participantes activos se aplicarán a usted y 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 o durante cualquier período de inscripción abierta que pueda aplicarse.

Licencia FMLA. Si no vuelve al empleo activo después de su licencia FMLA, se vuelve elegible para la continuación de 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 de 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, se divorcia, se anula civilmente su matrimonio o muere.

La cobertura continua hasta por 29 meses a partir de la fecha del evento inicial puede estar disponible para quienes, durante los primeros 60 días de cobertura continua, queden totalmente incapacitados en el sentido expresado en el *Título II o XVI de la Social Security Act*. Estos 11 meses adicionales están disponibles para usted y para sus dependientes elegibles si se proporciona un aviso de incapacidad al Fondo en un plazo de 60 días después de que se emita la determinación de incapacidad 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 de COBRA a la que tiene derecho, comuníquese con Member Services cuando ocurra algo que determine su elegibilidad o la de sus dependientes para la cobertura de COBRA.

Notificación al Fondo sobre un evento que califica. Según la ley, para tener derecho a elegir la cobertura de COBRA, usted o sus dependientes son responsables de notificar a Member Services si se separa legalmente o se divorcia, incluida la anulación civil, si un hijo 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 el miembro de su familia) debe notificar a Member Services 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:

- fecha del evento que califica, y
- tipo de evento que califica. (Consulte la tabla de Eventos que califican en la página 132).

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, o a sus dependientes elegibles, un aviso de COBRA *dentro de 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 a Member Services dentro un plazo de 60 días después de la fecha en que perdería la cobertura de salud conforme al 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 de 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 de COBRA, o durante un período de inscripción abierta si corresponde. Si elige la cobertura individual, solo podrá convertirla en cobertura familiar si se casa, tiene o adopta un hijo, o durante un período de inscripción abierta si corresponde.

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 de COBRA debe notificar inmediatamente a Member Services acerca de los cambios de dirección.

Pago de la cobertura de COBRA. Si usted o sus dependientes eligen continuar la cobertura, usted o ellos deben pagar el costo total de la cobertura elegida. Se le permite al Fondo cobrarle el costo total de la cobertura para 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 Member Services para obtener información sobre el costo de su cobertura de COBRA.

Si no le notifica a Member Services sobre su decisión de elegir la cobertura continua de COBRA o si no realiza el pago exigido, terminará su cobertura en el Plan (y no se puede restituir).

Lo que proporciona la cobertura de 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 de AD&D 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 de COBRA, cambian los beneficios de salud del Plan para los empleados activos, los mismos cambios se aplicarán a los beneficiarios de COBRA.

Cuándo termina la cobertura de COBRA. La cobertura de COBRA normalmente termina después del período máximo de cobertura que se muestra en la tabla de la página 132. Terminará antes del término del período máximo en alguna de las siguientes circunstancias:

- un beneficiario de COBRA deja de realizar puntualmente los pagos exigidos 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, o
- 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 a Member Services en un plazo de 30 días después de dicha determinación definitiva.

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

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

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN GENERAL

A. Otra información del Plan de salud que debe saber

1. 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 satisfará 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 106.

2. 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 QMCSO es una orden que emite un tribunal u organismo estatal que exige a un empleado que proporcione cobertura en planes de salud grupales a un hijo.

Una QMCSO generalmente resulta de un divorcio o separación legal. Siempre que Member Services recibe una QMCSO, 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 a la ley federal. Para obtener más información sobre las QMCSO, u obtener una copia sin costo de los procedimientos del Plan sobre estas, comuníquese con Member Services del Fondo en la contraportada de este documento.

3. Exención de responsabilidad por la práctica médica

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

4. Privacidad de la información de salud protegida

La Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA (Ley de responsabilidad y transferibilidad del seguro médico de 1996) es una ley federal que impone ciertas obligaciones de confidencialidad y seguridad al Fondo respecto de las historias clínicas y de otra información de salud que lo identifique como individuo usada o divulgada por el Fondo. La ley HIPAA también le otorga derechos respecto de su información de salud, lo que incluye algunos derechos para recibir copias de dicha información de salud 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 normas 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 145.

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 145.

5. 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 de salud (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 o de AD&D.

B. Información general

1. Contribuciones del empleador

El Plan recibe contribuciones conforme a los acuerdos colectivos de trabajo entre Realty Advisory Board on Labor Relations, Inc., u otros **empleadores**, y su unión. Estos acuerdos colectivos de trabajo estipulan que los **empleadores** realicen contribuciones al Fondo en nombre de cada empleado cubierto. Los

empleadores que han suscrito estos acuerdos colectivos de trabajo también pueden participar en el Fondo en nombre de empleados que no son parte del acuerdo colectivo de trabajo, si es aprobado por los Agentes fiduciarios, mediante la firma de un acuerdo de participación. Otros **empleadores** determinados (como la misma Local 32BJ, los 32BJ Benefit Funds y Realty Advisory Board) participan en el Fondo en nombre de sus empleados mediante la firma de un acuerdo de participación.

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

2. 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 de Member Services, o
- cobra los cheques dentro de los 18 meses de la fecha de emisión. A menos que se indique lo contrario, 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. El **administrador dental** revertirá los cheques no cobrados por beneficios dentales al estado después de que haya transcurrido el tiempo exigido desde el punto de vista legal. Usted podría ser capaz de recuperar del estado cualquier cheque no cobrado por beneficios dentales que se hubiera revertido al estado. Comuníquese con el **administrador dental** si tiene alguna pregunta sobre los cheques por beneficios dentales no cobrados.

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 de COBRA, como se describe en las páginas 13 a 15 y en las páginas 131 a 136).

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 126 a 129 y la sección Pagos en exceso en la página 129).

3. 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 federal vigente. Siempre se deberá interpretar el Plan de manera que se cumplan estos reglamentos, normas y leyes. Generalmente, las leyes federales tienen prioridad sobre las leyes estatales. En la medida en que se aplique la ley estatal, el Plan se interpretará de conformidad con las leyes del estado de New York.

4. Enmienda o cancelación del Plan

La Junta pretende mantener el Plan de forma indefinida, pero se reserva el derecho de enmendarlo o cancelarlo a su absoluta discreción. Si el Plan se cancela o enmienda 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 enmienda.

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 aplica tanto para los retirados como para los empleados activos. Por lo tanto, la Junta puede cancelar o enmendar los beneficios, incluidos los beneficios para los retirados, en cualquier momento a su absoluta discreción.

5. 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 y dependientes cubiertos, 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 completamente asegurados. La Junta rige este Plan conforme a un Acuerdo y declaración de fideicomiso. La Junta o sus designados debidamente autorizados tienen el derecho, la facultad y la autoridad exclusivos, a su 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 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 éste,
- formular, interpretar y aplicar las reglas, reglamentos y políticas necesarias para administrar el Plan de acuerdo con los términos del Plan,
- decidir todos los asuntos, incluidos los asuntos legales o de hecho, relativos al cálculo y pago de beneficios conforme al Plan,
- resolver 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 normas sobre exclusiones de beneficios, y
- determinar el nivel de prueba requerido en cada caso.

Todas las determinaciones e interpretaciones hechas por la Junta o sus designados debidamente autorizados serán definitivas y 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. Member Services puede responder la mayoría de sus preguntas cotidianas. Si desea comunicarse con la Junta, escriba a la siguiente dirección:

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

6. Declaración de derechos según la Employee Retirement Income Security Act of 1974, con sus enmiendas

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

- Examinar sin costo, en la Oficina de cumplimiento, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500) presentado por el Plan ante el U.S. Department of Labor y disponible en el salón de información de la Employee Benefits Security Administration (“EBSA”).
- Obtener, mediante solicitud por escrito a la Oficina de cumplimiento, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluidos los contratos de seguros, los acuerdos colectivos de trabajo, los acuerdos de participación y el último informe anual (Formulario serie 5500), así como una SPD 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 le proporcione a cada participante una copia de este resumen del informe anual.

Continuación de la cobertura de salud colectiva

Puede continuar recibiendo la cobertura de salud colectiva para usted, su cónyuge o dependientes si existe una pérdida de cobertura en virtud del Plan como resultado de un evento que califica. Es posible que usted o sus

dependientes deban pagar por dicha cobertura. Consulte este folleto (vea las páginas 13 a 15 y las páginas 131 a 136 para obtener información sobre COBRA) y los documentos que rigen el Plan para conocer las normas que regulan los derechos de continuación de COBRA.

Acciones prudentes de los Agentes fiduciarios del Plan

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

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

Si se rechaza o se ignora su reclamación de beneficios, ya sea en forma total o parcial, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal después de agotar el proceso de apelación del Plan. Si los fiduciarios del Fondo hacen uso indebido del dinero del Fondo o si sufre algún tipo de discriminación por ejercer sus derechos, puede pedir ayuda al U.S. Department of Labor o presentar una demanda ante un tribunal federal. No puede presentar una demanda hasta que haya seguido los procedimientos de apelación descritos en las páginas 102 a 119. El tribunal decidirá quién deberá pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si usted obtiene un fallo favorable, el tribunal puede ordenarle a la parte demandada que

pague dichos costos y honorarios. Si el fallo es desfavorable, el tribunal puede ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios si, por ejemplo, se considera que su reclamación carece de fundamentos.

Ayuda con sus preguntas

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

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

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

C. Información del Plan

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

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

1. Financiamiento de los beneficios y tipo de administración

Autofinanciado, excepto MetLife, que asegura los beneficios del seguro de vida y el seguro de AD&D, y Guardian Life Insurance Company of America que asegura los beneficios por incapacidad a corto plazo.

Las contribuciones realizadas al Fondo de fideicomiso son realizadas por los **empleadores contribuyentes** al Plan conforme a sus acuerdos por escrito, y por los beneficiarios calificados de COBRA. Los beneficios son administrados por las organizaciones enumeradas en la tabla de la página 113.

2. Patrocinador y administrador del Plan

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

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

3. Empleadores participantes

La Oficina de cumplimiento le proporcionará, cuando lo solicite por escrito, la información 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

4. 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.

D. Glosario

Administrador de beneficios de farmacia (PBM) se refiere a OptumRx. OptumRx es el administrador externo contratado por la Junta de fideicomiso para procesar las reclamaciones de medicamentos con receta, así como también para administrar la **red** de farmacias, que incluye OptumRx Home Delivery (conocida como programa o farmacia de pedido por correo) y Optum® Specialty Pharmacy (conocida como farmacia especializada).

Administrador de fertilidad se refiere a Progyny. Progyny es el administrador externo contratado por la Junta de fideicomiso para procesar las reclamaciones de fertilidad, así como también para administrar la **red** de fertilidad. Los **proveedores dentro de la red** de Progyny son aquellos que tienen un contrato con Progyny para brindar servicios, suministros y medicamentos con receta a una tarifa negociada previamente.

Administrador dental se refiere a Delta Dental. Delta Dental es el administrador externo contratado por la Junta de fideicomiso para procesar las reclamaciones dentales, así como también para administrar la **red** dental.

Administrador de reclamaciones se refiere a Anthem Blue Cross Blue Shield. Anthem es el administrador externo contratado por la Junta de fideicomiso para procesar las reclamaciones de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias), así como también para administrar la **red hospitalaria** y médica. Anthem administra la **red** para los participantes que residen dentro del área de servicio de New York, New Jersey y Connecticut, la cual se denomina **red** Blue Cross Blue Shield Direct Point-of-Service, (Punto de servicio, POS). Anthem también administra la **red** para aquellos participantes que residen fuera del área de servicio de New York, New Jersey y Connecticut, la cual se denomina **red** Preferred Provider Organization (Organización de proveedores preferidos, PPO).

Atención médica en el hogar hace referencia a los servicios y suministros que incluyen la atención de un enfermero registrado (registered nurse, RN) o enfermero práctico con licencia (licensed practical nurse, LPN) y los servicios de asistentes de atención médica en el hogar.

Centro: Un hospital; centro ambulatorio o centro quirúrgico ambulatorio; centro de maternidad; centro de diálisis; **centro** de rehabilitación; **centro de enfermería especializada**; centro de atención para pacientes con enfermedades terminales; agencia de atención médica en el hogar o agencia de servicios de atención médica en el hogar que cuenten con licencia y operen conforme a las leyes aplicables del estado donde se encuentra ubicado el **centro**.

Para los servicios de salud del comportamiento, que incluyen los cargos por habitación y comida, la definición incluye **centros** que cuenten con licencia y operen conforme a las leyes aplicables del estado donde se encuentra ubicado el **centro** para diagnosticar y tratar trastornos de salud mental o abuso de sustancias, e incluye cuidado residencial y para pacientes internados, hospitalización parcial y programas intensivos para **pacientes ambulatorios**, y centros de atención integral para trastornos alimentarios. Los centros para el tratamiento de abuso de sustancias **fuera de la red** en New York deben contar con la certificación o licencia de la Office of Alcoholism and Substance Abuse Services.

Todos los **centros fuera de la red** en todos los demás estados deben contar con la certificación de una agencia estatal similar y con la acreditación de The Joint Commission. La cobertura para **centros** de hospitalización parcial, tratamiento intensivo para **pacientes ambulatorios** y tratamiento residencial, y los centros de atención integral para trastornos alimentarios, incluyendo los cargos por habitación y comida, se limita al diagnóstico y tratamiento de trastornos de salud del comportamiento (salud mental y abuso de sustancias).

La fisioterapia se cubre **dentro de la red** únicamente en **hospitales** o **centros** dentro de la **red**. En tal caso, la definición de **centro** incluye un **centro** que cuenta con un certificado operativo emitido por el New York State Department of Health para brindar servicios de fisioterapia, y participa en la **red** POS o PPO si los servicios se reciben fuera del área de servicio de Anthem New York. En otros estados, el **centro** debe contar con un certificado operativo emitido por el estado mediante el uso de criterios similares a los de New York.

El tratamiento de diálisis renal se cubre **dentro de la red** únicamente en **hospitales** o **centros** dentro de la **red**. En tal caso, la definición de **centro** incluye un **centro** que cuenta con un certificado operativo emitido por el New York State Department of Health para brindar servicios de diálisis, y participa en la **red** POS o PPO si los servicios se reciben fuera del área de servicio de Anthem New York. En otros estados, el **centro** debe contar con un certificado operativo emitido por el estado mediante el uso de criterios similares a los de New York.

En el caso de los servicios de embarazo y parto, la definición de **centro** incluye cualquier centro de maternidad que se encuentre **dentro de la red** para la **red** POS o PPO si los servicios se reciben fuera del área de servicio de Anthem New York.

Centro de enfermería especializada es una institución certificada (o una sección de un **hospital**) que se dedica principalmente a proporcionar atención continua de enfermería y servicios relacionados a pacientes que necesitan atención médica, atención de enfermería o servicios de rehabilitación. Los **centros de enfermería especializada** son útiles si no se necesita el nivel de atención que brinda un **hospital**, pero no está lo suficientemente bien como para recuperarse en el hogar.

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**.

Cirugía ambulatoria o para pacientes ambulatorios (que incluye los procedimientos diagnósticos invasivos) es aquella que no requiere una hospitalización nocturna en un **hospital** o **centro** y:

- es realizada en un **hospital** o **centro, ambulatorio** o **para pacientes ambulatorios**, que cuenta con una licencia otorgada por la agencia regulatoria estatal correspondiente para brindar servicios quirúrgicos y médicos relacionados de manera **ambulatoria**,
- requiere el uso de quirófanos y salas de recuperación postoperatoria,
- no requiere una admisión de como paciente internado, y
- justificaría una admisión como paciente internado si no existiera un programa para **pacientes ambulatorios**.

Copago es la tarifa fija en dólares que paga por ciertos servicios, incluidas visitas al consultorio, radiología de alta tecnología, visitas al **hospital** como **paciente ambulatorio**, visitas a la sala de emergencias, admisiones al **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**.

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**.

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

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

Emergencia significa una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) que una persona promedio prudente, que posee conocimientos promedio de salud y medicina, podría razonablemente esperar que, ante la ausencia de atención médica inmediata, resultaría en una condición que podría poner la salud del individuo (o, en lo que respecta a una persona embarazada, la salud de la persona o de su hijo por nacer):

- en grave peligro, o
- ocasionaría un grave deterioro de las funciones corporales, o
- ocasionaría una grave interrupción en el funcionamiento de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Empleador (consulte **Empleador contribuyente**).

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

Equipo médico duradero y prótesis se refiere a los equipos y **prótesis** que:

- están diseñados y destinados para uso repetido,
- son principal y habitualmente utilizados con fines médicos,
- por lo general, no son útiles para una persona que no presenta una enfermedad o lesión,
- son apropiados para su uso en el hogar, y
- deben ser solicitados por un **proveedor de atención médica**.

Equipo médico no duradero y suministros se refiere a suministros que:

- son habitualmente desechables por naturaleza y tienen una vida útil limitada,
- no soportan el uso repetido,
- se utilizan principal y habitualmente utilizados con fines médicos,
- por lo general, no son útiles para una persona que no presenta una enfermedad o lesión, o
- deben ser solicitados o recetados por un **proveedor de atención médica**.

Experimental o *de investigación* se refiere a un tratamiento que, por un diagnóstico o tratamiento en particular de la condición del paciente, 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 condición de una persona inscrita. El **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 Medicamentos (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 condición o diagnóstico en particular, el uso para otro diagnóstico o condición puede requerir que se cumpla ese criterio adicional;
- el material publicado, revisado por pares, debe concluir que la tecnología tiene un efecto positivo definitivo en los resultados de salud;
- la evidencia médica publicada debe indicar que el tratamiento mejora los resultados de salud con el tiempo (por ejemplo, los efectos beneficiosos son superiores a los efectos dañinos); y
- las pruebas publicadas deben indicar que el tratamiento al menos mejora los resultados de salud en la práctica médica estándar o que se puede usar en situaciones médicas adecuadas donde no se pueda usar el tratamiento establecido.

Farmacias participantes son aquellas farmacias que tienen un contrato con el **administrador de medicamentos con receta** para suministrar medicamentos con receta a una tarifa negociada previamente.

Hospital: Un **hospital** de atención general, aguda y a corto plazo que:

- se dedica principalmente a proporcionar a pacientes, a través de médicos o bajo su supervisión continua, servicios de diagnóstico y terapéuticos para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas,

- cuenta con departamentos organizados de medicina y cirugía mayor; requiere que todos los pacientes estén bajo el cuidado de un médico o dentista,
- brinda servicio de enfermería las 24 horas por parte o bajo la supervisión de un enfermero profesional registrado (RN),
- si se encuentra ubicado en el estado de New York, cuenta con un plan de revisión de hospitalizaciones aplicable a todos los pacientes que cumple o supera los estándares establecidos en la sección 1395x(k) del Título 42 del U.S.C.,
- cuenta con la licencia otorgada por la agencia responsable de emitir licencias para dichos **hospitales**, y
- no es, salvo incidentalmente, un lugar de descanso, un lugar principalmente para el tratamiento de la tuberculosis, un lugar para ancianos, un lugar para drogadictos o alcohólicos, o un lugar para cuidados convalecientes, de custodia, educativos o de rehabilitación.

Hospital no significa centros de bienestar, spas o enfermerías en escuelas o campamentos.

Hospitales y centros no preferidos dentro de la red (hospitales y centros no preferidos) son aquellos **hospitales** y **centros dentro de la red** que no han sido designados por el **administrador de reclamaciones** como **hospitales** y **centros preferidos**. Los **centros** y **hospitales no preferidos** tienen **copagos** más altos y los costos son más altos que los **centros** y **hospitales preferidos**.

Hospitales y centros preferidos dentro de la red (hospitales y centros preferidos) son aquellos **hospitales** y **centros dentro de la red** que han sido designados por el **administrador de reclamaciones** como **hospitales** y **centros preferidos**. Los **hospitales** y **centros preferidos** tienen los **copagos** y costos más bajos.

Juicio médico hace referencia a las opiniones o determinaciones de un **proveedor de atención médica** que afectan directamente la asignación de recursos de atención médica en el diagnóstico, el tratamiento y el manejo de la condición médica de un paciente. El **juicio médico** se desarrolla a través de la práctica, experiencia, conocimiento y continuo análisis crítico, y se utiliza para guiar a los **proveedores** en la toma de decisiones adecuadas.

Monto permitido es el monto máximo que el Fondo pagará por un servicio cubierto. Cuando se atiende **dentro de la red**, el **monto permitido** es el monto que el **administrador de reclamaciones** y el **proveedor dentro de la red** han acordado mediante un contrato. Cuando se atiende **fuera de la red**, el **monto permitido** es el monto pagado por un servicio médico en un área geográfica y se basa en las tasas promedio del condado para los centros y en la tasa PPO **dentro de la red** para **proveedores de atención médica**.

Medicamento necesario o **necesidad médica**, según lo determinan el **administrador de reclamaciones**, el **administrador de beneficios de farmacia**, el **administrador dental**, el **administrador de cuidado de la vista**, **administrador de fertilidad** o el Fondo, se refiere a los servicios, suministros o equipos que satisfacen todos los criterios siguientes:

- los proporciona un **proveedor de atención médica, 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 establecidos según las pautas de política médica aplicables del **administrador**,
- 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 atención médica dentro de la red o fuera de la red** haya recetado, recomendado o aprobado un servicio, suministro o equipo no lo convierte, de por sí, en **medicamento necesario**.

Proveedor fuera de la red (no participante) se refiere a un **proveedor de atención médica, farmacia, dentista** u otro **proveedor profesional** o proveedor de **equipo médico duradero, atención médica en el hogar** o infusión en el hogar que no pertenece a la **red** del plan para brindar servicios de salud (hospitalarios, médicos, de salud del comportamiento y de abuso de sustancias), medicamentos con receta, servicios de cuidado de la vista y dentales, o servicios de fertilidad. **Beneficios fuera de la red** son beneficios para **servicios cubiertos** proporcionados por **proveedores fuera de la red** en casos en que los beneficios proporcionados por **proveedores fuera de la red o no participantes** están cubiertos conforme al Plan. Los **proveedores** para el tratamiento de abuso de sustancias **para pacientes ambulatorios fuera de la red** en New York deben contar con la certificación o licencia de la Office of Alcoholism and Substance Abuse Services. Los **proveedores fuera de la red** en todos los demás estados deben contar con la certificación de una agencia estatal similar y con la acreditación de The Joint Commission.

Proveedor de atención médica o proveedor hace referencia a un **proveedor** calificado y con la licencia, registro o certificación apropiados (por ejemplo, MD, DO, DC o DPM, enfermero practicante, quiropráctico, partera, etc.) 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, los hermanos (biológicos o por matrimonio) o hijo del paciente.

Proveedores dentro de la red (o participantes) son aquellos que tienen un contrato con el Fondo, el **administrador de reclamaciones**, el **administrador de medicamentos con receta**, el **administrador dental**, el **administrador de cuidado de la vista**, el **administrador de fertilidad**, o con cualquier otro administrador que esté contratado por el Fondo para proveer servicios y suministros a una tarifa negociada previamente. Los servicios prestados deben estar dentro del ámbito de las licencias profesionales individuales.

Proveedores de cuidado de la vista participantes son aquellos que tienen un contrato con el **administrador de cuidado de la vista** para brindar servicios del cuidado de la vista a una tarifa negociada previamente.

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

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

Servicios de emergencia, en relación con una **emergencia**, se refiere a alguno de los siguientes:

- un examen médico de detección adecuado que se realiza dentro del rango de servicios del departamento de **emergencias** de un **hospital**, lo que incluye servicios auxiliares (anestesiología, patología, radiología y neonatología), que se encuentra disponible de forma rutinaria en el departamento de **emergencias** para evaluar la condición de **emergencia**,
- exámenes médicos y tratamiento adicionales según se requieran para estabilizar al paciente (independientemente del departamento del **hospital** en el que se realice dicho examen o tratamiento adicional), o
- servicios posteriores a la estabilización después de una **emergencia** en la medida en que la ley aplicable lo exija.

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.

Esta página se dejó intencionalmente en blanco.