

Plan de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica

Descripción Resumida Del Plan

SEPTIEMBRE 1, 2014

**Que estuviera en vigor en marzo 23 del 2010, incluyendo sus Modificaciones con el fin de Mantener el
Estatus de los Derechos Adquiridos en Virtud de la Ley de Atención Asequible**

INTRODUCCIÓN

Estimados Empleados Elegibles:

El Plan de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica ("Plan") se mantiene gracias al Fondo del Fideicomiso de los Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica ("Fondo"). El Fondo fue creado en 1953, como resultado de negociaciones colectivas entre los empleadores y el predecesor de UNITE HERE Local No. 11. Los empleadores contribuyen con el Fondo como lo exigen los Convenios de Negociación Colectiva así como el Convenio y la Declaración del Fideicomiso que estipula el Fondo ("Convenio de Fideicomiso"). La Junta de Fideicomisarios del Fondo, designada por la Unión y los Empleadores, diseña, administra y mantiene el Plan.

En el marco del Plan, los Empleados elegibles y sus Dependientes tienen derecho a obtener beneficios médicos, de medicamentos prescritos, dentales, de visión, del seguro de vida y muerte accidental, así como de la amputación de miembros. Nos complace darle la bienvenida a nuestro Plan. Le pedimos ponerse en contacto con nuestra Oficina Administrativa si tiene alguna duda o necesita cualquier tipo de ayuda.

Atentamente,

**JUNTA DE FIDEICOMISARIOS DEL
Fondo del Fideicomiso de los Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica**

Oficina Administrativa:

Administración de Programas de Beneficio
13191 Crossroads Pkwy North, Suite 205
City of Industry, California 91746-3434
(866) 345-5189 ó (562) 463-5075

La información importante, formatos y documentos se encuentran disponibles a través de Internet:

www.santamonicauniteherefunds.org

AVISO IMPORTANTE PARA EMPLEADOS Y DEPENDIENTES

Periódicamente, la Oficina Administrativa puede hacerle llegar, por correo, material actualizado con el fin de informar a usted y a sus Dependientes acerca de cualquier cambio en los beneficios. Es importante que archive toda la documentación que reciba con el presente folleto y que tenga en cuenta las secciones afectadas.

Los Fideicomisarios tienen derecho exclusivo, poder y autoridad, a su única y absoluta discreción, para administrar, aplicar e interpretar cualquiera de las disposiciones del Plan, esta Descripción Resumida del Plan, y otros documentos del Plan, así como para resolver todos los asuntos que surjan en relación con la operación o administración del Plan. Sin perjuicio de lo anterior, los Fideicomisarios tendrán la autoridad discrecional única y absoluta:

1. Para tomar acciones y decisiones con respecto a la elegibilidad para obtener los beneficios en el marco del Plan;
2. Para formular, interpretar y aplicar normas y políticas con el fin de administrar el Plan de acuerdo a sus términos; y
3. Para resolver y/o aclarar ambigüedades, inconsistencias y/u omisiones que surjan en el marco del Plan u otros documentos de éste.

De acuerdo con los términos del Convenio de Fideicomiso, los Fideicomisarios se reservan el derecho de dar por terminado el Plan, o de modificarlo, en cualquier momento. Dichas modificaciones pueden dar por resultado las reducciones en los beneficios, o los cambios en la elegibilidad para los mismos. Adicionalmente, el Plan se puede terminar a partir de la no renovación de todos los convenios de negociación colectiva celebrados entre UNITE HERE Local 11 y los empleadores, exigiendo a dichos empleadores que realicen las contribuciones al Fondo Fiduciario.

En caso de que surja cualquier discrepancia o ambigüedad, el contenido de cualquier contrato o póliza de seguro en virtud de los cuales se proporcionen los beneficios del Plan, prevalecerá sobre las disposiciones de la presente Descripción Resumida del Plan.

El Plan EHS EPO, el Plan Kaiser HMO, así como los Beneficios de Medicamentos Prescritos que se describen en la presente DRP, entraron en vigor el 23 de marzo del 2010. Las modificaciones que entraron en vigencia posteriormente al 23 de marzo del 2010 han sido realizadas de manera que mantengan el estatus de los Planes como Planes de Derechos Adquiridos en virtud de La Ley de Atención Asequible. Con vigencia a partir del 1° de enero del 2015, el Plan Kaiser HMO deja de ser un Plan de Derechos Adquiridos. Las descripciones en la presente DRP incluyen todas las modificaciones hechas desde el 23 de marzo del 2010 y que entraron en vigor en, o antes del 1° de julio del 2014.

I. DEFINICIONES GENERALES

Cuando se utilizan los siguientes términos en el presente folleto, tienen el significado que se describe a continuación:

1. **Dependiente.**

(1) Su cónyuge legal;

(2) Sus hijos (as), incluyendo al hijo (a) adoptivo (a), legalmente adoptado (a) (incluyendo al menor que ha sido legalmente puesto a cargo suyo para su adopción), o el menor para el que usted ha sido designado como tutor legal, que son menores de 26 años;

(3) Su Sociedad Doméstica como se define en el marco del Plan;

(4) los hijos de su Sociedad Doméstica.

2. **Sociedad Doméstica.** Una Sociedad Doméstica del mismo sexo o del sexo opuesto de un empleado elegible puede ser elegible para los beneficios en el marco del Plan. Para calificar, tanto el empleado como la Sociedad Doméstica deben remitir un Formulario de Declaración completado, el cual se puede obtener en la Oficina Administrativa. Entre otras cosas, la Declaración requiere que ambas personas declaren que son mayores de 18 años, se presenten ante terceros como en una relación de compromiso, hayan vivido juntos por lo menos por un periodo de seis meses, vivan juntos actualmente y planeen hacerlo por tiempo indefinido, no hayan tenido otro cónyuge u otra Sociedad Doméstica durante los últimos seis meses, no estar vinculados al tal grado que les impida contraer matrimonio, y haber registrado su unión de manera oficial si la jurisdicción en la que viven contempla dicho registro.

Si desea inscribir una Sociedad Doméstica para la obtención de beneficios, favor de ponerse en contacto con la Oficina Administrativa para pedir una Solicitud, un Formulario de Declaración de Sociedad Doméstica, así como información adicional sobre los requisitos de inscripción.

3. **Convenio de Negociación Colectiva.** Es un convenio laboral entre la Unión y un Empleador, que exige que el Empleador contribuya con el Fondo, y mediante el cual el Empleador se compromete a estar obligado por los términos del Convenio de Fideicomiso; y cualquiera de las extensiones, modificaciones y renovaciones de dicho convenio laboral.

4. **Emergencia:** Significa la aparición repentina de una enfermedad que se manifieste mediante un dolor severo u otros síntomas agudos de suficiente gravedad, de tal manera, que razonablemente se podría esperar que la falta de atención médica inmediata pusiera en peligro la salud del Empleado o Dependiente, ocasionando otras consecuencias médicas serias, el deterioro severo de las funciones corporales, o la disfunción grave y permanente de cualquier órgano o parte del cuerpo.

5. **Empleado:** Una persona que trabaja en un puesto que está cubierto por un Convenio de Negociación Colectiva.

6. **Empleador o Empleador Participante.** Cualquier empleador que haya celebrado un Convenio de Negociación Colectiva o un Convenio de Participación.

7. **Fondo.** Fondo del Fideicomiso de los Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica.
8. **Horas Trabajadas u Horas.** Cada hora trabajada por, o pagada a cada Empleado para el que se exigen las contribuciones en virtud del Convenio de Negociación Colectiva entre la Unión y el Empleador y que efectivamente sean recibidas por el Fondo.
9. **Convenio de Participación.** Un convenio, independiente del Convenio de Negociación Colectiva, en virtud del cual al Empleador se le exige que realice las contribuciones al Fondo, y en el que se compromete a estar obligado por los términos del Convenio de Fideicomiso.
10. **Plan.** Plan de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica.
11. **Convenio de Fideicomiso.** El Convenio y la Declaración del Fideicomiso que estipula el Fondo del Fideicomiso de los Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica.
12. **Fideicomisarios.** Los Fideicomisarios del **Fondo del Fideicomiso de Beneficios de Salud UNITE HERE**
13. **Unión.** UNITE HERE, Local No. 11, AFL-CIO.

II. REGLAS DE ELEGIBILIDAD

1. CÓMO VOLVERSE ELEGIBLE

Usted y sus Dependientes se volverán elegibles para obtener los beneficios, el primer día del tercer mes posterior a su inicio como trabajador para un Empleador en un puesto que esté cubierto por un Convenio de Negociación Colectiva, por lo menos 60 Horas en cada uno de los tres (3) meses consecutivos anteriores y el Empleador haya hecho las contribuciones necesarias al Fondo.

Por ejemplo, si usted comenzó a trabajar en noviembre y trabajó por lo menos 60 Horas en noviembre, diciembre y enero, usted y sus Dependientes se volverían elegibles para obtener los beneficios el 1° de abril.

Otras reglas de elegibilidad pueden aplicar si:

- A. Está trabajando para un Empleador en el momento en que firma su primer Convenio de Negociación Colectiva.
- B. Usted fue elegible anteriormente en el marco de otro plan de salud y bienestar de la Unión UNITE HERE.
- C. Se convierte en discapacitado antes de llegar a ser elegible, y su discapacidad está cubierta por una póliza de Indemnización Laboral del Empleador Participante.

Los **Dependientes** necesitan estar inscritos en la Oficina Administrativa completando la tarjeta de inscripción y enviándola junto con el acta de matrimonio (para un cónyuge), documentos de la Sociedad Doméstica, o un acta de nacimiento para hijos (as) elegibles menores de 26 años. Los Dependientes deben estar enumerados en su tarjeta de inscripción que se encuentra en los archivos en la Oficina Administrativa con el fin de evitar demoras en el trato con los proveedores de servicios EHS, Kaiser, o United Concordia, o en la farmacia. Notifique a la Oficina Administrativa inmediatamente de cualquier cambio que suceda en su situación familiar (nuevos hijos, matrimonio, divorcio, muerte) o su inscripción en Medicare.

Si tiene alguna duda con respecto a su elegibilidad o sobre cómo obtener sus beneficios, llámé por teléfono a la Oficina Administrativa del Plan de Beneficios de Salud al (866) 345-5189 ó (562) 463-5075

2. INSCRIPCIÓN INICIAL

Usted recibirá materiales de inscripción en la Oficina Administrativa después de que haya sido reportado al Fondo como Empleado. Con el fin de inscribirse o inscribir a sus Dependientes para obtener los beneficios, debe devolver sus materiales de inscripción antes del primer día del primer mes en el que usted (y cualquiera de sus Dependientes) se vuelvan elegibles para obtener los beneficios. Por ejemplo, si estableció su elegibilidad en el mes de enero, debe devolver los materiales de inscripción el 1° de abril para poder ser inscrito y que el mes de abril sea el primer mes en el que usted sea elegible para obtener los beneficios.

En caso de que no devuelva los materiales de inscripción el primer día de su primer mes de elegibilidad, sus beneficios (y los beneficios de sus Dependientes) se pueden retrasar.

3. CÓMO CONTIÚA SU ELEGIBILIDAD

Una vez que su elegibilidad se establece, permanecerá siendo elegible siempre y cuando continúe teniendo 60 o más Horas Trabajadas cada mes para uno o más Empleadores, y que el Empleador o Empleadores realicen sus contribuciones al Fondo como lo exige el Convenio de Negociación Colectiva. Las Horas trabajadas durante cada mes determinan la elegibilidad para el tercer mes siguiente, tal como se muestra en la siguiente Tabla de Elegibilidad:

TABLA DE ELEGIBILIDAD

**Si Trabaja 60 o Más Horas y
Las Contribuciones se Hacen para el Mes de**

**Será
Elegible Para obtener los Beneficios Durante**

Enero
Febrero
Marzo
Abril
Mayo
Junio
Julio
Agosto
Septiembre
Octubre
Noviembre
Diciembre

Abril
Mayo
Junio
Julio
Agosto
Septiembre
Octubre
Noviembre
Diciembre
Enero
Febrero
Marzo

4. CUÁNDO TERMINA SU ELEGIBILIDAD

Su elegibilidad, establecida en virtud de las Secciones 1 y 3 del presente Artículo II, terminará el último día del segundo mes posterior al mes en el que haya trabajado menos de 60 Horas para un Empleador que haya efectuado las contribuciones necesarias en virtud de un Convenio de Negociación Colectiva.

Por ejemplo:

Si Trabajó Menos de 60 Horas Horas en el Mes de

Enero
Febrero
Marzo
Abril
Mayo
Junio
Julio
Agosto
Septiembre
Octubre
Noviembre
Diciembre

Su Elegibilidad y los Beneficios Terminarán En

Marzo 31
Abril 30
Mayo 31
Junio 30
Julio 31
Agosto 31
Septiembre 30
Octubre 31
Noviembre 30
Diciembre 31
Enero 31
Febrero 28 ó 29

Usted y sus dependientes pueden ser elegibles para continuar con la cobertura a través de auto-pagos COBRA (Artículo X) o de las prestaciones por discapacidad (sección 8 de este Artículo II). Adicionalmente a estas opciones para continuar con la cobertura en el marco del Plan, usted puede ser elegible para inscribirse en una cobertura de salud individual a través de un intercambio de seguros médicos. También puede ser elegible para inscribirse en Medi-Cal. Para mayor información acerca de dichas opciones, visite www.coveredca.com o llame al (800) 300-1506.

5. CÓMO SE RESTABLECE SU ELEGIBILIDAD

Si su elegibilidad termina, usted volverá a calificar si vuelve a trabajar 60 horas o más Horas en uno de los cuatro meses naturales posteriores al mes en el que trabajó por última vez 60 o más Horas. Su elegibilidad renovada comenzará el primer día del tercer mes natural que precede al mes en el que volvió a trabajar 60 o más Horas. Si no trabaja 60 o más Horas en uno de los cuatro periodos de los meses naturales anteriormente mencionados, debe volver a calificar como nuevo empleado con 60 o más Horas en cada uno de los tres meses consecutivos (consulte la sección 1 “Cómo volverse Elegible”).

Ejemplos: Finalización y Restablecimiento de la Elegibilidad

- A. María, una Empleada inscrita en el Plan, tenía 60 o más horas en enero, pero trabajó menos de 60 horas en febrero y marzo. Después, ella trabajó por lo menos 60 horas en abril.

Resultado: Mará es elegible para obtener los beneficios durante abril ya que trabajó 60 horas o más en enero. María no es elegible para obtener los beneficios durante mayo y junio, ya que no trabajó 60 horas o más en febrero y marzo. María se reincorpora para ser elegible para obtener los beneficios en julio, al tercer mes posterior a abril, ya que tiene 60 horas o más en uno de los cuatro meses naturales (febrero, marzo, abril, mayo) después de enero, el último mes en el que tuvo 60 horas o más.

- B. Franklin, un Empleado inscrito en el Plan, tuvo 60 horas o más en diciembre, pero trabajó menos de 60 horas de enero a abril. Franklin volvió a trabajar más de 60 horas por mes en mayo, junio, julio y agosto.

Resultado: La elegibilidad de Franklin terminó el último día de marzo. Franklin no tiene más de 60 horas en ninguno de los cuatro meses posteriores a diciembre, el último mes en el que tuvo 60 horas o más (enero, febrero, marzo, abril). Por consiguiente, Franklin necesita restablecer la elegibilidad en virtud de la sección 1. Ya que Franklin tiene 60 horas o más en tres meses consecutivos (mayo, junio, julio), es nuevamente elegible para obtener los beneficios iniciando el 1° de octubre. Adicionalmente, ya que Franklin trabaja más de 60 horas en agosto, continuará siendo elegible en noviembre, en virtud de la sección 2.

6. APERTURA DE INSCRIPCIONES

Por lo menos una vez al año, usted recibirá un aviso acerca del periodo de Apertura de Inscripciones para el Plan. Durante la Apertura de Inscripciones, los Empleados pueden realizar los siguientes cambios:

- Un empleado que es elegible para obtener los beneficios, pero que no se inscribió durante el periodo inicial de inscripciones, se puede inscribir durante la Apertura de Inscripciones y también puede inscribir a cualquiera de sus Dependientes.
- Un Empleado que no inscribió a sus Dependientes durante el periodo inicial de inscripciones puede inscribir a cualquiera de ellos en este periodo.
- Un Empleado (y sus Dependientes) que está inscrito en el Plan EHS EPO se puede inscribir en el Plan Kaiser HMO, si el Empleado es elegible para elegir dicho plan (consulte el Artículo III, 1C).

En general, los cambios hechos en la Apertura de Inscripciones entran en vigor el 1° de enero del año posterior en el que tiene lugar el periodo de Apertura de Inscripciones, siempre y cuando usted continúe siendo elegible para obtener los beneficios. En cada comunicado del Fondo acerca de la Apertura de Inscripciones se proporcionan detalles importantes, incluyendo las fechas de dicho periodo.

7. INSCRIPCIÓN ESPECIAL

La Inscripción Especial le permite inscribirse e inscribir a sus Dependientes fuera de la Apertura de Inscripciones, aun si Usted no se inscribió, o no inscribió a sus Dependientes en el Plan cuando fueron elegibles inicialmente. La Inscripción Especial se encuentra disponible en las siguientes circunstancias:

- Usted rechazó su inscripción o la de sus Dependientes debido a que Usted o sus Dependientes tenían otra cobertura médica grupal, y tanto Usted como sus Dependientes pierden la elegibilidad para dicha cobertura (o, en el caso de una cobertura médica grupal proporcionada por el empleador, el empleador dejara de pagar sus contribuciones para el costo de la cobertura).

Los Derechos Especiales de Inscripción aplican para la pérdida de la elegibilidad para otra cobertura médica grupal a través del divorcio o la separación legal, el cese de la condición de dependiente (tal como alcanzar la edad máxima para ser elegible como hijo dependiente en virtud de la cobertura), la muerte de un empleado, la terminación del empleo, la reducción en el número de horas laborales, así como el agotamiento de la continuidad de la cobertura COBRA que está disponible a través de otro plan médico grupal. Los derechos de la Inscripción Especial *no aplican* a la pérdida de elegibilidad por otra cobertura debido a la falta del pago oportuno de las primas, ni a la terminación de la cobertura por causa justificada (tal como hacer una reclamación fraudulenta o una tergiversación intencional de un hecho material relacionado con el plan).

En el caso de la Inscripción Especial para la pérdida de la elegibilidad en otra cobertura, Usted debe solicitar la inscripción en la Oficina del Fondo del Fideicomiso en un plazo de 30 días posteriores a la fecha de la pérdida de elegibilidad.

- Usted adquiere un nuevo Dependiente como resultado de un matrimonio o de una Sociedad Doméstica, un nacimiento, adopción, o la entrega en adopción de un menor.

En el caso de la Inscripción Especial para un matrimonio o una Sociedad Doméstica, debe ponerse en contacto con la Oficina del Fondo del Fideicomiso para inscribir a su cónyuge o Sociedad Doméstica como Dependiente en un plazo de 30 días posterior a la celebración del matrimonio o al inicio de la relación de Sociedad Doméstica, con el fin de inscribir a su cónyuge o sociedad doméstica como Dependiente, lo que será efectivo el primer día del mes. En el caso de la Inscripción Especial para un nacimiento, adopción, o la entrega en adopción de un menor, la cobertura del Dependiente entrará en vigor a partir de la fecha de nacimiento del infante, o en el caso de adopción, la fecha de adopción o de la entrega en adopción.

- Usted o su Dependiente pierden la elegibilidad para la cobertura en el marco de Medi-Cal (u otro programa de Medicaid) o en el marco de la cobertura del Programa de Seguros de Salud de Niños del Estado (CHIP, *por sus siglas en inglés*), o Usted y su Dependiente se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia premium en el marco de la cobertura de Medi-Cal (u otro programa Medicaid) o CHIP.

En el caso de la Inscripción Especial por la pérdida de la elegibilidad para obtener los beneficios de Medi-Cal o CHIP, usted debe solicitar la inscripción en el Fondo del Fideicomiso en un plazo de 60 días posteriores de la fecha de la pérdida de la elegibilidad.

8. ELEGIBILIDAD EXTENDIDA PARA LOS PAGOS POR INCAPACIDAD

Si, después de volverse elegible no le es posible trabajar 60 Horas por mes debido a alguna lesión o enfermedad, según lo certificado por su médico, se le proporcionará un pago por incapacidad por cada mes que se encuentre incapacitado hasta cuatro (4) meses si la lesión o enfermedad ocurrió fuera del área laboral, o hasta seis (6) meses si ésta ocurrió mientras trabajaba. El pago por incapacidad se considera igual que las 60 Horas Trabajadas en un mes, y su elegibilidad continuará para el tercer mes después del mes para el cual los pagos por incapacidad sean efectuados. Si se encuentra trabajando para un Empleador que tiene 50 empleados o más cuando se incapacite, usted puede calificar para una extensión de la cobertura en virtud de la Ley federal de Licencia Familiar y Médica. Para obtener mayor información acerca de la Ley de Licencia Familiar póngase en contacto con su empleador o con la Oficina Administrativa. La continuidad de la cobertura COBRA también está disponible con auto-pagos. Para obtener más detalles en lo que se refiere a COBRA, consulte el Artículo X.

9. SI USTED MUERE

Si usted muere, la cobertura para sus Dependientes continuará hasta el final del periodo para el cual haya ganado la elegibilidad. Entonces ellos serán elegibles para la continuidad de la cobertura COBRA efectuando los pagos pertinentes.

10. EMPLEADOS NO SUJETOS A NEGOCIACIÓN

La cobertura en el marco del Plan de Beneficios de Salud también se puede obtener para los empleados sujetos a un Convenio de Participación, pero que no estén cubiertos por un Convenio de Negociación Colectiva, siempre que el Fideicomisario lo apruebe.

11. RESCISIÓN DE LA COBERTURA

Si usted, o sus Dependientes, realizan una tergiversación de hechos intencional que se relacione con los requisitos del presente Plan, o con la elegibilidad en el marco del mismo; o cometen cualquier acto fraudulento con respecto al Plan, éste rescindirá la cobertura de la persona que haya realizado dichos actos. Si el Plan rescinde la cobertura, el resultado será que el Empleado y/o los Dependientes serán considerados como si nunca hubiesen contado con la cobertura del Plan, y deberán volver a pagar a éste la cantidad total pagada por todos los beneficios siempre y cuando se trate del resultado de la tergiversación o el fraude.

III. PERFIL DE LOS BENEFICIOS DEL PLAN

1. Beneficios Médicos

A. Para Todos los Empleados y sus Dependientes: Plan EHS EPO. Después de que su elegibilidad se establece, usted podrá inscribirse e inscribir a sus dependientes en el Plan EHS EPO para obtener beneficios médicos. Consulte la descripción del Plan EHS EPO, Artículo IV de la presente Descripción Resumida del Plan.

Plan EHS EPO: El Plan EHS EPO es proporcionado por Employee Health Systems Medical Group, Inc. (“EHS”, *por sus siglas en inglés*). Esta es una Organización de Prestadores Exclusivos (EPO, *por sus siglas en inglés*) que requiere que usted vaya al médico, hospital u otros centros médicos que hayan sido contratados para participar en la red EHS. **NO** existen beneficios para proveedores fuera de la red, con excepción de los beneficios limitados para un tratamiento de Emergencia así como para algunos otros cuidados pre-autorizados. Todos los arreglos para las hospitalizaciones deben hacerse a través de su proveedor de servicios médicos EHS, excepto en el caso de una Emergencia, en cuyo caso, EHS debe ser contactado dentro de las 24 horas siguientes a partir del inicio del tratamiento de Emergencia. Todos los Empleados y Dependientes inscritos en el Plan EHS EPO tienen acceso a servicios de consultoría en relación con una amplia gama de problemas en el marco del Programa de Asistencia para Miembros (MAP, *por sus siglas en inglés*). Los beneficios previstos en el Plan EHS EPO están sujetos a los términos y condiciones de un convenio entre EHS Medical Group, Inc., y el Fondo del Fideicomiso.

B. Para los Empleados, con Empleadores que Realizan los Aportes Obligatorios, y sus Dependientes: El Plan Kaiser HMO. Una vez que haya estado cubierto en el marco del Plan EHS EPO al menos por 6 meses consecutivos, usted puede ser elegible para escoger la cobertura médica ya sea del Plan de Salud de la Fundación Kaiser o EHS durante el siguiente periodo de Apertura de Inscripciones. Para contar con dicha opción, el porcentaje de la aportación de su Empleador al Fondo, no debe de ser menor a la cantidad mínima por hora, tal como lo establecen los Fideicomisarios.

Plan Kaiser HMO: El Plan Kaiser HMO se proporciona a través del Plan de Salud de la Fundación Kaiser. Para inscribirse en el Plan Kaiser HMO, usted debe ser elegible para éste y también vivir a una distancia de 30 millas, o menor, de las instalaciones de un grupo médico Kaiser Permanente o de un centro. En el marco del Plan Kaiser HMO, la mayoría de los servicios con cobertura serán proporcionados sin cargo alguno o requerirán de un pequeño copago. En general, ninguno de los beneficios se pagará si los servicios son proporcionados fuera de la red Kaiser HMO, excepto en caso de Emergencia. Los servicios que están cubiertos, los copagos, y los detalles sobre los procedimientos que se deben seguir para obtener dichos servicios y/o para el examen de las reclamaciones por los servicios denegados, todos o en parte, se explican por separado en un folleto impreso por Kaiser. El folleto le será facilitado por la Oficina Administrativa si usted elige inscribirse en Kaiser.

Cuando se inscribe en Kaiser, debe recibir los servicios en los centros asociados con Kaiser Permanente. La Oficina Administrativa le facilitará una lista de los centros de Kaiser. Si usted no recibe los servicios en los centros autorizados por Kaiser, será responsable al 100% de los cargos (excepto en el caso de una Emergencia, en cuyo caso Kaiser determinará el monto a pagar). Los beneficios proporcionados por Kaiser están sujetos a los términos y condiciones de un convenio con el Plan de Beneficios de Salud.

C. Seleccionado entre EHS y Kaiser: Si tiene la opción de elegir entre el Plan EHS EPO y el Plan Kaiser HMO, debe realizar su selección cuidadosamente ya que sólo le será permitido cambiarla una vez por año, durante la apertura de inscripciones (consulte el Artículo II, sección 6). Ambos planes son diferentes. Por ejemplo, en el marco del Plan Kaiser HMO usted efectuará un copago de \$15 por visita al médico, sin embargo, en el marco del Plan EHS EPO las visitas al médico están exentas de pago. En caso de que seleccione EHS, usted está limitado a \$75,000 de cobertura hospitalaria por enfermedad o accidente. El Plan Kaiser HMO no tiene límite en la cobertura hospitalaria. En caso de que seleccione Kaiser, usted debe utilizar a los proveedores de Kaiser y si selecciona el Plan EHS EPO debe utilizar a los proveedores de éste último. EHS limita los beneficios para los servicios de Emergencia recibidos fuera de la red EHS EPO a \$15,000, sin embargo, Kaiser no tiene un límite similar sobre los beneficios para los servicios de Emergencia recibidos fuera de la Red Kaiser HMO.

Usted recibirá un Resumen de los Beneficios y la Cobertura para el Plan Kaiser HMO, así como para el Plan EHS EPO, con la descripción más detallada de cada Plan.

D. Apertura de Inscripciones. Los Empleados que son elegibles para elegir entre el Plan EHS EPO y el Plan Kaiser HMO pueden tomar su decisión únicamente durante la Apertura de Inscripciones (consulte el Artículo II, sección 6). La Apertura de Inscripciones se realiza cada año, generalmente durante los meses de noviembre – diciembre. Además de la inscripción de Empleados y Dependientes, como se describe en el Artículo II, la elección del plan médico debe ser enviada por escrito a la Oficina del Fondo Fiduciario, previamente a la finalización del periodo de Apertura de Inscripciones. Los cambios que se hagan durante la Apertura de Inscripciones entrarán en vigor a partir del 1° de enero del año posterior a dicho periodo. La elección que haga durante la Apertura de Inscripciones no se puede cambiar hasta el próximo periodo de la misma.

2. Beneficios en Medicamentos Prescritos

El plan de medicamentos prescritos descrito en la presente DRP es proporcionado por Express Scripts para Empleados elegibles y Dependientes. Usted cuenta con los mismos beneficios en medicamentos prescritos de Express Scripts, ya sea que esté inscrito en el Plan EHS EPO o en el Plan Kaiser HMO. Debe utilizar los servicios de la farmacia contratada con Express Scripts para surtir su receta. Una lista de la red de farmacias de Express Scripts le será facilitada sin ningún cargo, si así lo solicita. El plan de medicamentos prescritos de Express Scripts se describe en el artículo V.

3. Beneficios Dentales

Todos los Empleados y Dependientes cuentan con los mismos beneficios dentales, ya sea que estén inscritos en el Plan EHS EPO o en el Plan Kaiser HMO. Los beneficios dentales son proporcionados por el Plan Dental Prepagado de United Concordia cuando usted utiliza los servicios de un dentista de United Concordia. Los beneficios se describen en un folleto por separado, que le será proporcionado por la Oficina Administrativa, así como en el Artículo VII. Una lista de Proveedores del Plan Dental Prepagado de United Concordia también le será facilitada por la Oficina Administrativa.

4. Beneficios de Visión

Todos los Empleados y Dependientes que estén inscritos en el Plan EHS EPO cuentan con los beneficios del Plan Visual que proporciona el Grupo Médico EHS. Dichos beneficios se describen en el Artículo IV-E. Los Empleados y Dependientes que estén inscritos en el Plan Kaiser HMO cuentan con los Beneficios de Visión que proporciona Kaiser. Dichos beneficios se encuentran descritos en los documentos proporcionados por Kaiser.

5. Beneficios de Seguro de Vida, Muerte Accidental y Amputación de Miembros.

Los beneficios de Seguro de Vida así como por Muerte Accidental y por Amputación de Miembros son proporcionados de forma autofinanciada como se describe en los Artículos VII y VIII.

IV. PLAN DEL GRUPO MÉDICO EPO DE LOS SISTEMAS PARA LA SALUD DEL EMPLEADO

(Debe Utilizar los Centros de EHS Autorizados)

Internet (información acerca de proveedores y centros de EHS)
<http://www.ehsmd.com/unions/members/>

NÚMEROS TELEFÓNICOS DE LA LÍNEA DIRECTA Y GRATUITA LAS 24 HORAS
(310) 641-1997 ó (800) 231-1407

1. Acerca del Plan EHS EPO

El Plan EHS EPO ("Organización de Prestadores Exclusivos"), es ofrecido por Employee Health Systems Medical Group, Inc. En general, el Plan EHS EPO proporciona beneficios únicamente para servicios médicos brindados o referidos por los Proveedores de EHS, es decir, un médico, enfermera u otro profesional de la medicina en una clínica u hospital EHS, o cualquier otro centro contratado con EHS. Las excepciones específicas aplican para la atención médica en caso de Emergencia, con la cobertura como se describe en el Artículo IV-B, que se mencionan a continuación; así como la atención médica no disponible a través de EHS, con la cobertura descrita en el Artículo IV-A.

2. Citas en el Consultorio Médico

Usted puede seleccionar un Médico de EHS de la lista de Médicos de Atención Primaria para los Miembros de la Unión (en el sitio Web de EHS) para que sea su médico personal de EHS. Sin embargo, usted no tiene que elegir un médico personal de EHS para solicitar una cita. Por favor, llame con por lo menos 48 horas de anticipación para solicitar una cita de rutina y que no sea de emergencia, y con dos o tres semanas de anticipación para las evaluaciones anuales de salud.

3. Citas el Mismo Día/Servicios de Atención Urgente

En caso de presente una enfermedad, dolor, tos severa, u otra enfermedad o lesión repentina, que requiera de atención inmediata y su médico personal de EHS no esté disponible, usted debe hacer una cita con otro médico en el Sistema de Grupo Médico EHS. Los pacientes sin previa cita en los consultorios médicos regulares de EHS serán atendidos a la mayor brevedad posible de acuerdo con la urgencia de su padecimiento. No obstante, los servicios sin previa cita no están aprobados, por lo que se les solicita a todos los miembros que en la medida de lo posible, llamen con antelación para solicitar una cita.

Usted también puede utilizar los servicios médicos de urgencia y sin previa cita en el Centro de Atención de Urgencia del Grupo Médico EHS.

Para encontrar un Centro de Atención de Urgencia del Grupo Médico EHS, visite <http://www.ehsmd.com/unions/members/urgent-care/> o llame a EHS a los teléfonos 310-641-1997 ó 800-231-1407.

No se requiere de ningún copago en los consultorios médicos regulares ni en el Centro de Atención de Urgencia de EHS.

4. Servicios Hospitalarios

EHS ofrece Hospitales Contratados para los Empleados y Dependientes en el Sur de California. Para encontrar un Hospital Contratado, o confirmar que el hospital que usted está utilizando, o que planea utilizar, es un Hospital Contratado por EHS, visite <http://www.ehsmd.com/unions/members/hospitals/> o llame a EHS a los teléfonos 310-641-1997 ó 800-231-1407.

5. BENEFICIOS MÉDICOS

El Plan EHS EPO cubre la mayoría de servicios médicos en su totalidad. Algunos de los servicios pueden requerir que usted pague un copago y/o un coaseguro. La Tabla de Beneficios describe los servicios y los copagos y/o coaseguros, si existe alguno.

A. Autorización previa para los Servicios de un Especialista

El Plan no pagará por servicios de especialistas, a menos que dichos servicios estén previamente y por escrito autorizados por EHS.

B. Deducible

No existe deducible en el marco del Plan, excepto un deducible de \$50 por los servicios de Emergencia fuera de la

red.

C. Cantidades Máximas de Beneficios y Limitaciones

El Plan cubrirá el costo de la hospitalización hasta por \$75,000 por enfermedad o accidente. También existen limitaciones en los servicios recibidos por atención de Emergencia.

IV-A. TABLA DE BENEFICIOS DEL PLAN EHS EPO

El Plan EHS EPO proporciona servicios a través de médicos familiares (médicos personales de EHS), así como mediante los especialistas y consultores necesarios que se describen a continuación. Favor de consultar el Artículo IV-C para conocer las Exclusiones y Limitaciones Principales sobre los Beneficios.

El Plan no pagará por servicios de especialistas, a menos que dichos servicios estén autorizados previamente y por escrito por EHS.

BENEFICIO	PAGO DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE
A. VISITA EN EL CONSULTORIO MÉDICO Sin límite, incluyendo especialistas.	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
B. VISITAS AL MÉDICO DEL HOSPITAL En el hospital aprobado por EHS, incluyendo especialistas.	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
C. PRUEBAS DE LABORATORIO Y RAYOS - X Con propósitos de diagnóstico. Deben estar autorizados previamente por EHS.	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
D. DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES (TC/TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES/RESONANCIA MAGNÉTICA) Con propósitos de diagnóstico. Deben estar autorizados previamente por EHS.	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
E. ATENCIÓN DE URGENCIA (Ver la descripción en la página 14) Únicamente en las Clínicas de Atención de Urgencia de EHS.	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
F. MEDICAMENTOS INYECTABLES Incluyendo antígenos para alergias, vacunas e inmunizaciones.	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
G. SERIE DE PRUEBAS PARA ALERGIAS, MEDICAMENTOS	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
H. RADIACIÓN, TERAPIA DE COBALTO Y RADIOISÓTOPO	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
I. TERAPIA FÍSICA, DEL HABLA Y OCUPACIONAL Para las condiciones determinadas por el médico de EHS y que estarán sujetas a una mejoría a través de dicha terapia en un periodo de sesenta (60) días si se proporciona en la Clínica del Grupo Médico EHS y en un periodo de seis (6) visitas en caso de que se proporcione en otro sitio. (Consulte las Exclusiones y Limitaciones).	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
J. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN Para pacientes hospitalizados o en un centro de rehabilitación con licencia según lo prescrito y autorizado por un médico contratado por EHS con el fin de permitir que el paciente alcance su potencial físico máximo de manera razonable después de haber padecido cualquier enfermedad u ocurrencia traumática. El miembro tiene derecho a sesenta (60) días por año natural.	15% de coaseguro con base en las tarifas permisibles de EHS contratadas.
K. SERVICIOS DE PODIATRÍA Servicios de un podiatra cuando lo autorice EHS.	Sin cargo por consulta si es referido por EHS. Los materiales especializados serán facturados al paciente al costo real para EHS, más el 5%.
L. SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD Los exámenes físicos anuales optativos que incluyen rayos-x y pruebas de laboratorio, revisión pediátrica, inmunizaciones para niños y adultos así como pruebas periódicas de Papanicolaou (pap).	Sin cargo. Cubierto en su totalidad. (Para la escuela y / o exámenes físicos laborales, etc. puede existir un cargo por completar la declaración de salud.)
M. TRATAMIENTO PARA LA DEPENDENCIA DE DORGAS Y ALCOHOL El tratamiento para la dependencia de drogas y alcohol, que incluye la desintoxicación, en un centro contratado por EHS y debidamente	<i>Servicios Ambulatorios:</i> Sin cargo. Cubierto en su totalidad. <i>Servicios para pacientes hospitalizados:</i> Cubierto en su totalidad, sujeto a un límite de \$75,000 por accidente o

BENEFICIO	PAGO DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE
autorizado. Requiere autorización previa.	enfermedad.
N. SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL/ASESORAMIENTO EN EL TEMA DE MATRIMONIO/FAMILIA	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
Visitas de pacientes externos con un profesional de salud mental incluyendo el asesoramiento en el tema de matrimonio/familia cuando sean referidos por un Médico de Atención Primaria de EHS.	
O. SERVICIOS DE URGENCIAS – PROVEEDOR CONTRATADO POR EHS	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
P. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA en un HOSPITAL CONTRATADO POR EHS	Sin cargo. Cubierto en su totalidad, sujeto a un límite de \$75,000 por accidente o enfermedad.
Q. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA en un HOSPITAL Y SALA DE URGENCIAS NO CONTRATADOS POR EHS	Cargos considerables debido a la cobertura Limitada. Consulte el Artículo IV-B, 1-2.
R. BENEFICIOS QUIRÚRGICOS	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
Cirujano, asistente del cirujano y anestesiólogo; incluye cirugía reconstructiva después de una mastectomía (en el seno afectado y en el otro seno para lograr una apariencia simétrica, según lo determinen el médico y el paciente); incluye otro tipo de cirugía reconstructiva que sea necesaria por indicación médica.	
S. BENEFICIOS HOSPITALARIOS	Sin cargo, cubierto en su totalidad, hasta un beneficio máximo de \$75,000 por hospitalización, por accidente o enfermedad, en un Hospital Contratado por EHS. No existe cobertura para el mismo accidente o enfermedad después de que el beneficio máximo se haya pagado. Después del máximo, el Empleado paga el 100% de la Tarifa del Contrato que EHS tiene con el hospital.
Todas las hospitalizaciones, excepto de Emergencia o por alumbramiento, requieren ser autorizadas previamente por EHS o no serán cubiertas.	
Cargos, cuando se autoricen con antelación por EHS, para la atención hospitalaria. Los cargos que están cubiertos incluyen: alojamiento y comida en una habitación semi-privada (donde esté disponible), incluyendo las unidades de terapia intensiva y atención cardíaca, atención general de enfermería, enfermería especial, comidas y dietas especiales. Servicios de laboratorio de diagnóstico y rayos-x. Uso del quirófano e instalaciones relacionadas. Cargos misceláneos del hospital para la atención y tratamiento que sean necesarios.	
T. SERVICIOS DE AMBULANCIA	15% de coaseguro.
U. BENEFICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (disponibles para el Empleado y su cónyuge legal o Sociedad Doméstica).	
Inserción del Dispositivo Intrauterino	\$60 de copago
Vasectomía (esterilización masculina)	\$200 de copago
Ligadura tubárica (esterilización femenina)	\$400 de copago
Interrupción de embarazo inducida (no necesaria desde el punto de vista médico)	\$200 de copago
Aborto terapéutico (necesario desde un punto de vista médico)	Cubierto de la misma forma que cualquier otra afección.
V. BENEFICIOS DE ALUMBRAMIENTO (La atención de maternidad está disponible únicamente para Empleados elegibles o el cónyuge legal o Sociedad Doméstica de los Empleados)	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
Hospitales y médicos del Grupo Médico EHS, incluyendo posibles complicaciones del embarazo, así como la atención médica de la madre y del recién nacido en un hospital de EHS.	

BENEFICIO	PAGO DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE
En virtud de las leyes federales, los beneficios no pueden ser restringidos para ningún periodo de estancia hospitalaria en relación con el parto para la madre o el recién nacido por menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. <i>No obstante, las leyes federales generalmente no prohíben que el proveedor a cargo de la madre y del recién nacido, después de haberlo consultado con la madre, pueda solicitar el alta de la madre o del recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según sea pertinente).</i> En cualquiera de los casos, el Plan no podrá exigir, en virtud de las leyes federales, que EHS obtenga autorización de éste para la prescripción de una duración de estancia que no exceda de 48 horas (o de 96 horas).	
W. SERVICIOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD Instrucción en las medidas de cuidado personal de la salud, información acerca de los servicios de EHS.	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
X. ATENCIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO Cirugía ambulatoria en un hospital, centro de cirugía ambulatoria, o en centros similares. <i>Requiere autorización previa de EHS o queda sin cobertura.</i>	Sin cargo. Cubierto en su totalidad.
Y. ATENCIÓN SANITARIA EN EL HOGAR Servicios proporcionados en el hogar del Empleado o Dependientes, donde sea necesario desde un punto de vista médico y con previa autorización de un médico de EHS. Éstos incluyen servicios de diagnóstico y tratamiento que puedan ser facilitados en casa de una manera razonable, realizados por una enfermera autorizada, un asesor o terapeuta y proporcionados por una agencia de salud en el hogar contratada por EHS. Este beneficio no cubre cuidado custodial. El Empleado o Dependiente tienen derecho a sesenta (60) visitas de salud en casa por año natural.	15% de coaseguro, con base en las tarifas permisibles de EHS contratadas.
Z. SERVICIOS QUIROPRACTICOS Los Servicios Quiroprácticos son proporcionados exclusivamente a través de: Centro Médico Culver Bridgitte Rozenburg DC 12568 W. Washington #202 Culver City, CA 90066 (310- 842-9113 15710 ½ Vanowen St Van Nuys, CA 91406 (818- 901-1505	\$5 de copago para hasta 15 visitas por año natural. Las visitas adicionales, que sobrepasen 15 por cada año natural, se proporcionan con un copago de \$ 25 por visita.
AA. PRÓTESIS AUDITIVA Limitado a una (1) prótesis auditiva por oído cada dos años. El beneficio cubre lo siguiente cuando esté previamente autorizado: unidad básica detrás de la oreja o dentro del oído, los procedimientos del diagnóstico (servicios profesionales) para las pruebas y la evaluación de la prótesis. La (s) cuota (s) para los servicios profesionales incluyen los ajustes, la orientación de la prótesis, las visitas posteriores a la adaptación y de seguimiento directamente relacionadas a la reparación de la prótesis auditiva. En caso del que el Empleado o el Dependiente elija mejorar la unidad u obtener otros servicios sin cobertura, éste será responsable por el resto del total de gastos con un descuento del 20% sobre los cargos usuales y habituales. El descuento se basará en el tipo de modelo de la unidad seleccionada.	Proveedor de EHS: \$25 de copago para los servicios y los dispositivos con cobertura No Proveedor de EHS: Beneficio máximo de \$500 menos \$25 de deducible

BENEFICIO	PAGO DEL EMPLEADO/DEPENDIENTE
BB. Referencia a un Hospital No Contratado Las lesiones o enfermedades para las que los tratamientos no estén disponibles en el hospital Contratado por EHS, y que no sean emergencias, y en las que EHS los refiera a un Hospital No Contratado.	Reembolso máximo de \$750.00 por día, hasta un beneficio máximo de \$10,000.00

TRATAMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA URGENTE

Su usted o un Dependiente presenta enfermedad, dolor, tos severa u otra enfermedad o lesión repentina que requiera de atención inmediata:

1. Llame al número de Emergencia disponible las 24 Horas **(310) 641-1997 Ó (800) 231-1407** o al número del consultorio de su centro EHS e infórmeles que usted es miembro EHS y proporcione el nombre de su Médico EHS personal, si ha elegido alguno.
2. Indique “esta es una emergencia” y describa su padecimiento.
3. Siga las instrucciones de primeros auxilios, si las hubiera.
4. Si se lo aconsejan, vaya a un Hospital Contratado por EHS, Centro de Atención de Urgencia EHS, otra instalación EHS, o Sala de Urgencias.

Usted también puede utilizar los servicios médicos de urgencia y sin previa cita disponibles a través de un Centro de Atención de Urgencia del Grupo Médico EHS.

Los ejemplos de situaciones de atención de urgencia incluyen:

1. Esguinces, distensiones
2. Cortes y heridas serias
3. Huesos rotos
4. Quemaduras menores
5. Vómito excesivo
6. Dolor de estómago severo
7. Diarrea prolongada
8. Glándulas inflamadas
9. Fiebre alta
10. Erupciones, hiedra venenosa

Si necesita atención de urgencia cuando esté fuera de Los Ángeles o del Condado de Orange:

1. Vaya al servicio de atención de urgencia, hospital, o médico más cercano para recibir tratamiento.
2. Notifique al Grupo Médico EHS inmediatamente para verificar los beneficios para los servicios. Su médico puede disponer su transferencia a un hospital participante tan pronto como sea posible desde un punto de vista médico.

IV-B. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y BENEFICIOS EN EL MARCO DEL PLAN EHS EPO

1. EMERGENCIA

Una emergencia se define como un ataque inesperado y repentino de una enfermedad que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor severo repentino e inesperado) que sin atención médica inmediata podría, razonablemente, dar lugar a cualquier evento que se menciona a continuación: (a) poner en peligro grave la salud del paciente, (b) el deterioro grave de las funciones corporales, (c) otras consecuencias médicas graves, o (d) la disfunción grave y/o permanente de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Las Emergencias Médicas incluyen:

1. Síntomas de ataque cardíaco, tal como el dolor de pecho
2. Quemaduras mayores
3. Dificultades respiratorias graves
4. Conmoción
5. Lesiones de la médula espinal
6. Pérdida del conocimiento
7. Sangrado incontrolable
8. Envenenamiento

2. QUÉ HACER EN CASO DE UNA EMERGENCIA

En caso de emergencia, llame a los paramédicos o acuda a la sala de urgencias del hospital más cercano. NOTIFIQUE SIEMPRE AL GRUPO MÉDICO LO MÁS PRONTO POSIBLE DURANTE LAS 24 HORAS SIGUIENTES.

Si está involucrado en un accidente y no tiene control sobre el sitio al que será trasladado después de éste, **notifique siempre a EHS lo más pronto posible, en un periodo de tiempo de 24 horas.**

3. BENEFICIOS DE EMERGENCIA Y CUADRO TARIFARIO

- a. **Tratamiento en un centro contratado por EHS.** Todas la emergencias tratadas en un centro aprobado por EHS serán pagaderas con las tarifas del Plan de beneficios, sujetas a la limitación sobre Beneficios Hospitalarios (Consulte IV-A, O y P).
- b. **Tratamiento en un centro no contratado por EHS.** Los siguientes límites de pago de beneficios aplican para los servicios de Emergencia prestados dentro de los EE.UU. en Hospitales no contratados por EHS.

- (i) Los servicios de Emergencia en Hospitales no contratados por EHS se reembolsarán de la siguiente manera:

Hospital Por Día	\$580.00
Hospital UCI o UAC.....	\$740.00
Quirúrgico – valor por unidad	\$132.00 (CRVS 1974)
Medicina – valor por unidad	\$5.50 (CRVS 1974)
Lab – valor por unidad (incluye componente profesional)	\$1.10 (CRVS 1974)
Rayos-X – valor por unidad (incluye componente profesional)	\$11.00 (CRVS 1974)
Anestesia – valor por unidad	\$28.00 (CRVS 1974)

- (ii) Deducible para la Sala de Urgencias:

El Empleado o Dependiente paga primero \$50.00 por los cargos de la sala de urgencias

PLAN EHS EPO

con cobertura en donde el Empleado o Dependiente no sea admitido para ingresar en un hospital de agudos como paciente hospitalizado.

- (iii) Los cargos máximos pagaderos en la Sala de Urgencias son \$3,000, después de pagar el deducible de \$50.00
- (iv) El total máximo pagadero (incluye los cargos de la Sala de Urgencias y servicios de Emergencia menores (i) es de \$15,000 por ocurrencia, en pagos totales en los centros que no pertenecen a EHS.

Limitaciones: EHS debe ser notificado durante las primeras 24 horas de cualquier admisión hospitalaria y tiene el derecho de transferir al miembro a un centro contratado en base a la condición de éste y a buen juicio médico. El Empleado o Dependiente tiene derecho a la atención de Emergencia fuera del área únicamente cuando viaje de manera temporal fuera de Los Ángeles o del Condado de Orange. Para los servicios en Los Ángeles o el Condado de Orange, el paciente debe presentar una emergencia que amenace su vida para ser elegible para el beneficio de ingresar a un centro no contratado por EHS.

2. Emergencia fuera de los 50 Estados Unidos:

Los siguientes beneficios de Emergencias aplicarán para Empleados y Dependientes que se encuentren temporalmente fuera de casa y de los 50 Estados Unidos (más el Distrito de Columbia):

- a. Cargos hospitalarios – el beneficio máximo es \$250.00
Servicios profesionales - el beneficio máximo es \$150.00
- b. No requiere copago.

IV-C. PRINCIPALES EXCLUSIONES Y LIMITACIONES SOBRE LOS BENEFICIOS

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES:

Las siguientes condiciones, servicios y productos no están cubiertos por el Plan EHS:

1. Todos los servicios médicos y hospitalarios, excepto en caso de Emergencia (consulte la descripción de los beneficios de Emergencia expuestos anteriormente), que no estén autorizados por un médico disponible del Grupo Médico EHS así como todo el tratamiento que no esté especificado en el marco de la Descripción de Servicios con Cobertura, Artículo IV-A.
2. El tratamiento o los servicios que no sean Necesarios desde un Punto de Vista Médico. El tratamiento o los servicios son necesarios desde un punto de vista médico sólo si se determina que:
 - a. Es adecuado y necesario para los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento de la afección.
 - b. Hace posible el diagnóstico o la atención directa así como el tratamiento de la afección.
 - c. Está dentro de los estándares de las buenas prácticas médicas dentro de la comunidad médica organizada;
 - d. No se suministra primordialmente para la conveniencia del Empleado o Dependiente, el médico a cargo u otro proveedor de servicios; y
 - e. Son el suministro o el nivel de servicio más adecuados que se pueden proporcionar con seguridad.
3. Los servicios fuera de la red (otros que no sean los servicios de Emergencia) están sujetos a las siguientes limitaciones:
 - a. Sin autorización previa, ninguno de los beneficios es pagadero para los servicios fuera de la red a menos que se trate de una Emergencia.
 - b. Con autorización previa, los beneficios para los servicios fuera de la red y que no son una emergencia se encuentran limitados a un beneficio máximo de \$10,000 por accidente o enfermedad.
 - c. Los cargos son reembolsables sólo hasta \$750.00 por día para un centro quirúrgico ambulatorio o para la hospitalización del paciente.
4. La cirugía cosmética, a menos que EHS la determine como necesaria desde un punto de vista médico.

Los siguientes servicios tienen cobertura cuando se ha llevado a cabo la mastectomía:

 - a. reconstrucción del seno en el que la mastectomía se ha realizado;
 - b. cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica; y
 - c. las prótesis y el tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo los linfedemas.
5. Procedimientos y productos experimentales médicos, quirúrgicos o del cuidado de la salud.
6. Servicios de acupuntura.
7. Cirugía Bariátrica y programas para la pérdida de peso.
8. Enfermería privada y atención de enfermería especializada.
9. La atención de rehabilitación a largo plazo, incluyendo la fisioterapia, así como los programas educativos especiales para las discapacidades del desarrollo. (Largo plazo se define como más de 60 días continuos por enfermedad o lesión si el tratamiento puede ser proporcionado en una clínica del Grupo Médico EHS, y más de seis (6) visitas por enfermedad o lesión si el tratamiento debe ser proporcionado en otro sitio.)

PLAN EHS EPO

10. Atención custodial, domiciliaria o de descanso en el hogar, o atención a largo plazo, hospitalización a largo plazo, hogar de ancianos calificado, o cuidados intermedios, salvo lo dispuesto en la Tabla de Prestaciones.
11. Servicios de Hospicio.
12. Servicios de habilitación.
13. Tratamiento para la infertilidad.
14. Cirugía Intersexual (transexual) operaciones o complicaciones que surjan de ello.
15. Visitas a domicilio hechas por un médico.
16. Habitaciones de hospital privadas, a menos que el Grupo Médico EHS los considere necesario desde un punto de vista médico.
17. Sangre entera, plasma y especialmente los derivados procesados.
18. Banco de sangre sin costo.
19. Ayudas personales o de confort.
20. Servicios dentales y cirugía maxilofacial. (Consulte el Artículo VII para la descripción de la cobertura dental que proporciona United Concordia.)
21. Fármacos, medicamentos, prescripciones y suministros para la atención ambulatoria. (El Beneficio de Medicamentos Prescritos es proporcionado por Express Scripts, Artículo VI).
22. Los servicios profesionales o materiales relacionados con la pérdida o el robo de prótesis auditivas o accesorios, tales como baterías, cables, etc.
23. Ayudas artificiales, aparatos correctivos o artículos para llevar a casa y equipo durable, salvo lo dispuesto para una mastectomía.
24. Cualesquiera de los servicios o suministros que son proporcionados por, o pagaderos en el marco de cualquier plan o en virtud de la ley de cualquier Gobierno (Federal o Estatal, de Dominio o Provincial) así como sus subdivisiones políticas.
25. Cualquiera de los servicios que estén cubiertos por la Compensación para Trabajadores o por la ley enfermedad profesional.
26. Cualquier servicio médico que se proporcione fuera de los 50 Estados Unidos (más el Distrito de Columbia), excepto como se indica en Emergencias Fuera de los 50 Estados Unidos.
27. Lesiones o enfermedades que resulten de la participación en algún acto ilícito, a no ser que dicha lesión sea el resultado de un acto de violencia doméstica o una enfermedad (incluyendo enfermedades tanto físicas como mentales); salvo lo dispuesto en el Programa de Asistencia para Miembros (MAP).

IV-D. OTROS BENEFICIOS Y PAGOS A TERCEROS

En el caso de que el Empleado o Dependiente reciba los servicios que tienen cobertura en el marco del Plan EHS EPO mientras esté cubierto en el marco de otra cobertura médica grupal que también cubra dichos servicios, aplicará la siguiente coordinación de reglas de beneficios:

- a. En el caso de un Empleado, el Plan EHS EPO será primario, a menos que el Empleado haya tenido otra cobertura por más tiempo que el Plan EHS EPO
- b. En el caso de un Dependiente que esté cubierto en el marco de otra cobertura médica grupal proporcionada por el empleador de dicho Dependiente, el Plan EHS EPO será secundario. El Plan EHS EPO pagará la suma, si existe alguna, por la que el beneficio para dicho servicio en el marco del Plan EHS EPO exceda al beneficio para dicho servicio en el marco de otra cobertura médica grupal.

Adicionalmente, para recibir atención hospitalaria, médica y quirúrgica del Grupo Médico EHS, los Empleados o Dependientes que sufran una lesión a partir de un tercero que es responsable del costo de los servicios hospitalarios, médicos o quirúrgicos, debe asignar a EHS el costo de los servicios hospitalarios, médicos o quirúrgicos proporcionados por EHS en el tratamiento de la lesión en una suma que no exceda a la pagada por dicho tercero.

IV-E. BENEFICIOS DE VISIÓN PROPORCIONADOS A TRAVÉS DEL GRUPO MÉDICO EHS

Los beneficios del cuidado de la visión se proporcionan como parte del Plan EHS EPO. Este beneficio sólo está disponible para los empleados y sus dependientes que estén cubiertos en el marco del plan médico EHS.

Llame para pedir una cita al (310) 641-1997 ó (800) 231-1407.

Los exámenes, cristales o acrílicos y armazones se proporcionan sin costo alguno de la siguiente manera:

Examen de la Vista:	Cada 12 meses
Cristales o acrílicos:	Cada 24 meses, sólo si es necesario
Armazones:	Cada 24 meses, sólo si es necesario

Lentes de Contacto

Un Empleado o Dependiente puede elegir usar lentes de contacto en lugar de anteojos. Para los lentes de contacto, habrá un deducible de \$20, después del cual EHS pagará un máximo de \$100 por año natural.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Costo Extra

El plan está diseñado para cubrir sus necesidades visuales más que como materiales cosméticos. Habrá un cargo extra para cualquiera de los siguientes elementos:

1. lentes bifocales;
2. lentes de gran tamaño;
3. lentes multifocales progresivos;
4. lentes fotosensibles o lentes polarizados que no sea Rosa #1 ó #2;
5. lentes con revestimiento;
6. lentes laminadas; o
7. un armazón que cueste más de lo autorizado por el plan.

Por favor, póngase en contacto con el Grupo Médico EHS para preguntar acerca de la autorización del Plan para armazones y lentes.

Sin Cobertura

No existe beneficio para los servicios profesionales o materiales relacionados con:

1. Ortóptica o entrenamiento de la visión, así como cualquier prueba suplementada relacionada.
2. Lentes planos.
3. Dos pares de lentes en lugar de bifocales.
4. Los lentes y los armazones proporcionados en este programa que se pierdan o se rompan no serán reemplazados excepto en intervalo normal de 24 meses para Cristales o Acrílicos.

IV-F. PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MIEMBROS (MAP)

Teléfono: 1-(888) 475-1997

El Programa de Asistencia para Miembros (MAP) del Plan EHS EPO proporciona tres (3) sesiones de asesoría gratuitas y de manera confidencial por año para Empleados y Dependientes que estén cubiertos por el Plan médico EHS.

Este es el intento de los Fideicomisarios para brindar a usted y a sus Dependientes un servicio que consta de servicios de asesoramiento, consultoría, y referencia confidenciales* en un amplio rango de áreas, tales como:

- Problemas laborales
- Problemas Familiares
- Estrés
- Problemas de crianza de los hijos
- Problemas con Supervisores
- Auto-estima
- Ansiedad
- Fatiga
- Divorcio y separación
- Abuso físico
- Problemas de comunicación
- Depresión
- Envejecimiento de los Padres
- Cambios de vida
- Enfermedad o discapacidad

MAP proporciona una valoración confidencial y ayuda a resolver problemas de dependencia química y brinda asistencia para encontrar un tratamiento para los miembros. MAP también puede ofrecer una variedad de asesorías en áreas tales como: estrés laboral, manejo de conflictos, afrontar el cambio, trato con clientes difíciles, asertividad, incertidumbre laboral, habilidades de comunicación, trabajo en equipo, sensibilización acerca del alcoholismo y la farmacodependencia.

Los servicios de MAP son completamente voluntarios y confidenciales*. Nada de lo que usted diga será discutido sin su permiso específico. El Programa de Asistencia para Miembros se hace a través de:

Sistemas de Salud para el Empleado
1600 Corporate Center Dr.
Monterey Park, California 91754

Para mayor información o para concertar una cita, llame al Programa de Asistencia para Miembros al (888) 475-1997.

* Las declaraciones de los pacientes no serán privadas en caso de que el paciente u otras personas se encuentren en peligro o si describen abuso infantil o a personas mayores.

IV-G. PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES POR BENEFICIOS y PRESENTACIÓN DE APELACIONES Y REPORTE DE RECLAMACIONES

Si usted tiene una pregunta o algún problema en lo que se refiere a los beneficios o servicios, o cree que éstos le fueron negados injustamente, en el marco del Plan EHS EPO, puede presentar un formulario en el centro EHS participante, o puede llamar o escribir al Director Médico de Grupo Médico EHS:

Grupo Médico EHS
1600 Corporate Center Dr.
Monterey Park, California 91754
(310) 641-1997 ó (800) 231-1407

Si usted es referido por EHS a un hospital o a algún médico externo y después recibe la factura de dichos servicios, debe informar inmediatamente al Grupo Médico EHS en la dirección antes mencionada.

Usted puede autorizar que un representante actúe en su nombre para reclamar los beneficios, reportar una queja, o apelar la negación de un beneficio en el marco del Plan EHS EPO

PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES POR BENEFICIOS

En la mayoría de los casos, su médico personal de EHS, u otro personal médico de EHS, le brindará la atención de manera directa, o mediante la autorización previa para la atención necesaria. Sin embargo, EHS mantiene procedimientos para que usted presente una reclamación si cree que requiere de cierta atención, o si ha recibido atención fuera de la red.

Adicionalmente, EHS está obligado a cumplir con ciertos plazos para responder las reclamaciones por servicios prestados. En general, EHS debe responder en un plazo de 15 días posteriores, en el caso de los servicios con autorización previa; en un plazo de 30 días, en el caso de reclamaciones por servicios; sin embargo, en un plazo de 72 horas en el caso de reclamaciones que se identifiquen como reclamaciones de atención de urgencia. Las *reclamaciones de atención de urgencia*, son reclamaciones hechas para autorización previa o para los servicios en los que la falta de una respuesta rápida podría poner en riesgo su vida, su salud, o su capacidad de recuperar sus funciones al máximo, o que lo hayan sometido a un dolor severo que no se pueda manejar adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es el objeto de la reclamación.

Reclamaciones durante la Atención de Urgencia y Emergencias. En el caso de una reclamación que esté relacionada a una atención de urgencia, EHS le notificará acerca de la decisión sobre dicha reclamación de beneficios tan pronto como sea posible, tomando en cuenta las exigencias médicas, mas en un plazo no mayor de 72 horas posteriores a la recepción de la reclamación. Sin embargo, si usted no proporciona la información suficiente para determinar si, o hasta qué grado, los beneficios en cuestión entran en la cobertura o son pagaderos en el marco del Plan EHS EPO, EHS le notificará acerca de la información que sea necesaria para completar la reclamación en un plazo de 24 horas posteriores a la recepción de la reclamación. Usted contará con una cantidad de tiempo razonable, que no sea menor de 48 horas, para proporcionar la información necesaria. EHS le notificará acerca de la determinación de beneficios tan pronto como sea posible, pero en ningún caso después de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación o queja, o 48 horas después de haber recibido la información solicitada por EHS.

Atención Concurrente: Cambio en el Plan del Tratamiento. Si usted ha sido aprobado para un plan de tratamiento continuo que será suministrado durante un periodo de tiempo o cierto número de tratamientos, EHS le notificará acerca de cualquier reducción o terminación de dicho plan de tratamiento antes de que termine el periodo de tiempo o el número de tratamientos aprobados originalmente. EHS le notificará a la vez con suficiente antelación acerca de la reducción o la terminación para permitir que el demandante apele y obtenga una determinación sobre la apelación previa a la reducción o terminación del tratamiento.

Atención Concurrente: Expansión del Plan del Tratamiento. Usted puede solicitar que EHS extienda el plan de tratamiento más allá del periodo de tiempo o del número de tratamientos especificados originalmente. En el caso de una reclamación que se relacione con la atención de urgencia, su solicitud se decidirá a la mayor brevedad posible, tomando en consideración las exigencias médicas, y usted recibirá la notificación de la determinación de beneficios en un plazo de 24 horas posterior a la recepción de su solicitud. En otros casos, su solicitud para la prolongación será considerada como una apelación no urgente.

Reclamaciones relacionadas con la Autorización Previa. En el caso de una solicitud de autorización previa, EHS le notificará acerca de su determinación de beneficios en un plazo de tiempo razonable adecuado a las circunstancias médicas, pero no mayor de 15 días posteriores a la recepción de la solicitud de autorización previa. Dicho plazo podrá ser extendido una sola vez por un máximo de 15 días. En el caso de dicha extensión, EHS le notificará, antes de la expiración del período inicial de 15 días, acerca de las circunstancias por las que se requiere la extensión del período, así como la fecha en la que EHS espera tener una decisión. Si dicha extensión es necesaria debido a la falta de información que se requiere para tomar una decisión acerca de la reclamación, la notificación de la extensión describirá específicamente la información que se requiere, y usted contará con un plazo de 45 días a partir de la recepción de dicha notificación para proporcionar la información que se especifica.

Reclamaciones que no se relacionan con la Autorización Previa o la Atención de Urgencia. Si su reclamación no se relaciona con la autorización previa para el tratamiento o los servicios, como, por ejemplo, en el caso de una reclamación de beneficios relacionada con servicios que ya haya recibido, EHS le notificará si su reclamación es denegada dentro de un periodo de tiempo razonable, que no sea mayor de 30 días posteriores a la recepción de dicha reclamación. Dicho plazo podrá ser extendido una sola vez por un máximo de 15 días. Si dicha extensión se hace necesaria debido a que usted no envió la información necesaria para tomar una decisión acerca de la reclamación, la notificación de la prolongación describirá específicamente la información que se requiere, y usted contará con un plazo de 45 días a partir de la recepción de dicha notificación para proporcionar la información que se especifica.

APELACIONES Y RECLAMACIONES

Una vez que haya recibido la notificación de que su reclamación de beneficios ha sido denegada, usted cuenta con 180 días para hacer una apelación a EHS.

Puede remitir a EHS, por escrito, comentarios, documentos, registros y otra información, que se relacionen con su reclamación de beneficios. Adicionalmente, EHS le proporcionará, previa petición y de forma gratuita, copias de todos los documentos, registros y cualquier otra información relevante para su reclamación de beneficios, incluyendo todos los documentos remitidos, considerados, o generados en el curso de la determinación de beneficios, así como cualquier declaración de políticas o directrices que se relacionen con el plan y que sean concernientes a los beneficios denegados. Además, EHS identificará a expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se haya obtenido con respecto a la determinación de beneficios adversa, sin tomar en cuenta si el asesoramiento se utilizó para hacer la determinación de beneficios.

Al hacer la revisión de su apelación o reclamación, EHS tomará en consideración todos los comentarios, documentos, registros y otra información que usted envíe, sin tomar en cuenta si dicha información fue remitida o considerada en la determinación de beneficios inicial.

Su apelación o reclamación será revisada por una o más personas, que no sea ni la persona que haya hecho la determinación de beneficios adversa de su reclamación, ni un subordinado de ésta.

Para decidir acerca de una apelación de cualquier denegación que esté basada en un juicio médico, incluyendo las determinaciones, de si un tratamiento, fármaco, o elemento en particular, es experimental, investigacional o no es necesario o adecuado desde un punto de vista médico, EHS consultará con un profesional médico adecuadamente capacitado y que cuente con experiencia en el campo de la medicina que se relacione con el juicio médico. Cualquier profesional médico que haya sido consultado para dicho propósito no debe ser una persona que haya sido consultada previamente en relación con la reclamación, objeto de la apelación, ni un subordinado de dicha persona.

En el caso de una reclamación que involucre la atención de urgencia, usted puede solicitar, de manera escrita o verbal, una apelación acelerada; y toda la información necesaria, incluyendo la determinación de beneficios del plan en revisión, se transmitirá entre el plan y el demandante, de manera electrónica, por teléfono, facsímil, u otro método expedito similar disponible.

Notificación de la Decisión sobre una Apelación. En general, usted recibirá notificación de la decisión tomada acerca de su apelación en un periodo de tiempo razonable, que no exceda de 60 días posteriores a la recepción de su apelación o del envío de su reclamación. En el caso de que EHS determine que se requiere una extensión de tiempo, se le notificará por escrito acerca de dicha extensión previamente a la terminación del periodo inicial de 60 días. La notificación de la extensión indicará las circunstancias por la que se requiere dicha extensión, así como la fecha en la cual se espera que su apelación sea resuelta.

PLAN EHS EPO

En el caso de que su apelación sea denegada, la notificación de dicha denegación incluirá la siguiente información:

- (1) La razón específica o las razones de la denegación;
- (2) La referencia a las disposiciones específicas en las que se basa la decisión.
- (3) Una descripción de sus derechos para apelaciones posteriores y/o acciones legales en contra del Plan;
- (4) Una declaración o descripción de cualquier reglamentación, lineamiento, protocolo, u otro criterio similar que se haya utilizado en la decisión de la apelación, así como una declaración de que una copia der reglamentación, lineamiento, protocolo, u otro criterio similar le será proporcionada siempre que se solicite y de manera gratuita.
- (5) Si la denegación se basa en una necesidad médica o un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, ya sea una explicación del juicio científico o clínico de la determinación, aplicando los términos del plan a sus circunstancias médicas, o una declaración de dicha explicación, se le proporcionarán siempre que se solicite y de manera gratuita; y
- (6) La siguiente declaración: “Usted y su plan pueden tener otras opciones para la resolución alternativa de conflictos de manera voluntaria, como una mediación. Una manera de averiguar lo que puede ser disponible es poniéndose en contacto con la Oficina del Ministerio de Trabajo de EE.UU. de su localidad, así como con su organismo regulador de seguros del Estado.”

Para obtener información acerca de otras reglamentaciones relacionadas con apelaciones en el marco del Plan de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica, consulte el Artículo XII del Plan.

V. PLAN KAISER HMO

Los beneficios y las reglamentaciones del Plan Kaiser HMO se describen en la Evidencia de Cobertura Kaiser Permanente. La Evidencia de Cobertura, proporcionada a los Empleados que se inscriben en el Plan Kaiser HMO y sus Dependientes, describe los beneficios médicos y de visión, así como los copagos y otros requisitos del Plan Kaiser HMO.

La Evidencia de Cobertura Kaiser Permanente es parte de la presente Descripción Resumida del Plan, que le será proporcionada por separado si está inscrito en el Plan Kaiser HMO.

La información relevante acerca del Plan Kaiser HMO también se encuentra disponible en el Resumen de Beneficios y Cobertura, en la Oficina Administrativa.

VI. PLAN DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS PROPORCIONADO A TRAVÉS DE EXPRESS SCRIPTS

El Plan tiene un contrato con Express Scripts para que éste proporcione los medicamentos prescritos para usted y sus Dependientes.

Las prescripciones deben ser surtidas en las farmacias que tienen contrato con Express Scripts con el fin de que sean cubiertas por el Plan. Una lista de farmacias contratadas en su área se puede encontrar en el sitio Web de Express Scripts, <http://www.express-scripts.com>. Cualquier prescripción obtenida a través de una farmacia no contratada por Express Scripts no será cubierta, con excepción de que sea una Emergencia.

Programa de Farmacias Minoristas

IMPORTANTE: Si está tomando un medicamento de mantenimiento (que se toma por más de 45 días) debe utilizar el programa de Selección de Entrega a Domicilio de Express Scripts a través de pedidos por correo después de surtir la prescripción por segunda vez en la farmacia de venta al por menor, a menos que se ponga en contacto con Express Scripts y éste le otorgue un permiso para suministros subsecuentes en una farmacia minorista.

Para asegurar el uso adecuado de ciertos fármacos, algunos medicamentos ahora requerirán autorización previa antes de que puedan ser surtidos. En caso de que se requiera la autorización previa, su médico o la farmacia pueden ponerse en contacto con Express Scripts para determinar si la prescripción cumple con los lineamientos establecidos para los beneficios del Fondo.

Para que su prescripción sea surtida en una farmacia minorista, usted debe hacer lo siguiente:

1. Ir a la tienda de la cadena de farmacias de su vecindario (como por ejemplo CVS o Rite Aid) o a cualquier otra farmacia contratada por Express Scripts en el marco de su Red Selecta. El sitio Web de Express Scripts, <http://www.express-scripts.com>, le proporcionará más información acerca de las farmacias contratadas por éste.
2. Identificarse como elegible para los beneficios de prescripción presentando su tarjeta de identificación de Express Scripts al farmacéutico. El Plan da cobertura únicamente a usted y a sus Dependientes como se enumeran en su tarjeta.
3. El farmacéutico verificará su elegibilidad con Express Scripts.
4. El farmacéutico puede también ponerse en contacto con Express Scripts en relación con la autorización previa. Si esto ocurre después del horario laboral normal, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente día hábil para surtir su prescripción.
5. Si la prescripción se requiere de manera inmediata, usted puede pagar por ella y remitir un formato de solicitud de reembolso directo.
7. De acuerdo con su programa de beneficios de medicamentos, para los fármacos que se compran en una farmacia minorista, su copago por prescripción es:

Venta al por menor: (suministro límite de 30 días)

Medicamento genérico – copago de \$3.00

Medicamento de marca – copago de \$6.00

El farmacéutico le proporcionará un medicamento genérico como sustitución, en el caso de que esté disponible y un médico lo permita. El farmacéutico le informará cuando haya hecho la sustitución por el medicamento genérico. Si usted no desea la sustitución por el medicamento genérico, o si su médico ordena que debe ser un medicamento de marca el que se suministre como está escrito, aun cuando existe un genérico equivalente, el medicamento de marca será suministrado,

pero usted tendrá que pagar la diferencia total en el costo que existe entre el medicamento de marca y el genérico, más el copago aplicable.

Programa de Farmacia con Pedidos por Correo

Si usted está tomando medicamentos de mantenimiento (fármacos que espera tomar regularmente por un periodo de tiempo de 45 días o mayor) debe utilizar el plan de pedidos por correo. Su Beneficio de Prescripción con Pedidos por Correo se proporciona mediante el programa de Selección de Entrega a Domicilio de Express Scripts, diseñado para permitir que los miembros reciban cantidades mayores de medicamentos de mantenimiento (por ejemplo, medicamentos para el corazón, la presión arterial, diabetes, etc.).

Cuando se le prescriba un medicamento de mantenimiento por primera vez, usted puede surtir la prescripción inicial, y la subsecuente en una farmacia local contratada. En lo sucesivo, a menos que Express Scripts esté de acuerdo en que continúe utilizando una farmacia local, usted debe utilizar el programa de Selección de Entrega a Domicilio de Express Scripts. Para hacer esto, usted o su médico deben enviar su prescripción a Express Scripts. Puede llamar a la Oficina Administrativa para obtener información adicional, así como las hojas de pedido, o iniciar sesión en <http://www.express-scripts.com>.

Su copago cuando compre medicamentos de mantenimiento mediante pedidos por correo será:

Pedidos por Correo: (suministro para 90 días)

Medicamentos genéricos – copago de \$3.00

Medicamentos de marca – copago de \$5.00

Usted puede obtener un suministro de su prescripción hasta de 90 días, si su médico le prescribe dicha cantidad. El costo para usted está limitado al copago, a menos que su médico le prohíba una sustitución genérica (una prescripción de “prepárese como está escrito”), o que usted elija el medicamento de marca en lugar de su equivalente genérico. En dichos casos usted será responsable de pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y su genérico equivalente.

Usted debe obtener una nueva prescripción por parte de su médico cuando ésta expire, para continuar recibiendo los medicamentos de mantenimiento mediante el programa de Selección de Entrega a Domicilio de Express Scripts. Llame a su médico a la brevedad para asegurar que usted tenga la nueva prescripción cuando así lo requiera. En general, usted debe enviar la renovación de la (las) prescripción (es) a Express Scripts con quince (15) días de anticipación a la fecha en que necesite el medicamento para que reciba la prescripción antes que la prescripción anterior o el segundo suministro se haya terminado. Después de la primera orden, si su prescripción incluye los suministros subsecuentes, usted puede ordenarlo por teléfono.

ELEMENTOS CON COBERTURA:

- Fármacos con Advertencia Federal
- Fármacos Restringidos en el Estado
- Prescripciones preparadas
- Insulina
- No-Fármacos con Advertencia Federal
- Jeringas, Agujas y Dispositivos
- Isotretinoína, únicamente hasta 24 años de edad
- Tretinoína, edades de 19 a 24 únicamente

REGLAMENTACIONES ESPECIALES PARA LOS FÁRMACOS PREPARADOS:

Para que los fármacos preparados cuenten con cobertura en el marco del Plan, deben satisfacer ciertos requisitos. Adicionalmente de ser necesarios desde un punto de vista médico y no ser experimentales o investigativos, los fármacos preparados no deben contener ningún ingrediente que se indique en la lista de ingredientes excluidos. Dicha lista se puede obtener en Express Scripts. Además, el costo del compuesto debe ser determinado por Express Scripts para que sea razonable (por ejemplo, si el costo de cualquier ingrediente se ha incrementado más de un 5% cada dos semanas o más de un 10% anual), el costo no será considerado como razonable.

Cualquier denegación de cobertura de un fármaco preparado se puede apelar de la misma manera que cualquier otra denegación de reclamación de medicamentos en el marco del Plan.

EXCLUSIONES:

- Fármacos con Advertencia No Federal, No Fármacos con Advertencia No Federal
- Equipo Médico Duradero
- Agentes Hematopoyéticos
- Parches de Nicotina
- Medicamento Abortivos (incluyendo Mifeprex)
- Isotretinoína (mayores de 24 años)
- Agentes de Despigmmentación
- Cosméticos Inyectables
- Agentes para el Crecimiento del Cabello de Leyenda
- Dispositivos Anticonceptivos, Implantes Anticonceptivos, DIU
- Impotencia - Yohimbina
- Reguladores de la Fertilidad
- Agentes Promotores del Crecimiento
- Botox
- Alergenos
- Sueros, Toxoides, Vacunas
- Prescripciones con cobertura sin cargo en virtud de programas Federales, Estatales o Locales, para incluir la Indemnización del Trabajador.
- Cualquier cargo por la administración de un fármaco o Insulina
- Fármacos investigacionales o experimentales
- Suministros no autorizados
- Medicamentos mientras se encuentre confinado en un hospital, casa de reposo, asilo de ancianos, sanatorio, centro de atención prolongada, o en una entidad similar.
- Cualquier artículo por el que el cargo común y prevaleciente sea menor que el copago en el marco del Plan.
- Cualquier cargo que sea superior al común y prevaleciente, al precio anunciado o publicado, el que sea menor que la cantidad prevista.

VII. PLAN DE CUIDADOS DENTALES A TRAVÉS DE UNITED CONCORDIA

Sus cuidados dentales son proporcionados por United Concordia. Este beneficio está disponible para todos los Empleados y sus Dependientes.

Los beneficios y las reglamentaciones del Plan de Cuidados Dentales a través de United Concordia Dental se describen en la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Divulgación, así como en la Tabla de Beneficios, la cual describe los servicios y procedimientos dentales que cuentan con cobertura, así como los copagos aplicables. El Plan de Cuidados Dentales cubre únicamente los servicios y procedimientos que se encuentran en la Tabla de Beneficios, cuando sean proporcionados por un proveedor dental participante identificado en el Directorio de Proveedores Dentales Participantes DHMO de Concordia Plus.

La Evidencia de Cobertura y el Formulario de Divulgación así como en la Tabla de Beneficios, proporcionados por United Concordia, son parte de la Descripción Resumida del Plan.

Si tiene dudas acerca de sus beneficios dentales, por favor, llame al Departamento de Servicio al Cliente de United Concordia, sin costo alguno al (800) 937-6432, o visite el sitio Web de United Concordia:

<https://www.unitedconcordia.com/dental-insurance/member/>.

VIII. SEGURO DE VIDA

El Seguro de Vida del Empleado es proporcionado directamente por el Plan de Beneficios de Salud por una suma de \$10,000. Será recibido cuando su muerte sea comprobada, la suma del Seguro de Vida se paga a su beneficiario designado.

El Seguro de Vida del Dependiente también lo proporciona directamente el Plan de Beneficios de Salud en las siguientes cantidades:

Cónyuge Legal y Sociedad Doméstica	\$10,000
Hijos (as).....	\$5,000

Únicamente los Empleados elegibles y sus Dependientes, tal como se define el en Artículo II, están cubiertos por el Seguro de Vida. La cobertura del Seguro de Vida termina cuando termina la elegibilidad en virtud del Artículo II, excepto cuando la elegibilidad para el Seguro de Vida no continúe durante la elegibilidad en virtud del Artículo II, sección 8. El Seguro de Vida no puede continuar en virtud de una Incapacidad o en el marco de COBRA.

Cuando se recibe la comprobación de la muerte de un Dependiente, el Beneficio del Seguro de Vida del Dependiente se paga al Empleado.

BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA DEL EMPLEADO

Usted puede nombrar o cambiar cualquier beneficiario en cualquier momento presentando una notificación por escrito en la Oficina Administrativa. Cualquier cambio entrará en vigor posteriormente a su recepción, a condición que los beneficios no se hayan pagado antes de que éste fuera recibido.

Si usted nombra más de un beneficiario, mas no establece las sumas u orden de pago, los beneficios se dividirán equitativamente.

Si usted nombra más de un beneficiario y uno de ellos muere antes que usted, su participación se repartirá equitativamente entre los demás beneficiarios, o será para el único beneficiario que sobreviva.

Si no ha nombrado un beneficiario en el momento de su muerte, o si los nombró pero todos murieron antes que usted, los beneficios serán pagados a los miembros de la primera clase sobreviviente de la siguiente manera:

1. Cónyuge Legal y Sociedad Doméstica
2. Sus Hijos (as) y sus hijos (as) de la Sociedad Doméstica inscrita que estén cubiertos
3. Sus Padres
4. Sus Hermanos y Hermanas
5. Su Estado

Si no existen beneficiarios, hasta \$1,000 de los beneficios pueden ser pagados a cualquier persona que pague por su enfermedad final o funeral. Cualquier pago que el Plan de Beneficios de Salud efectúe de buena fe en virtud de estas disposiciones eximirá a éste de la responsabilidad en la medida del pago.

IX. BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL Y AMPUTACIÓN DE MIEMBROS

El Seguro por Muerte Accidental y Amputación de Miembros es proporcionado directamente por el Plan de Beneficios de Salud por una suma de \$10,000. La presente cobertura no aplica para Dependientes. Únicamente los Empleados elegibles, en virtud del Artículo II (sin tomar en cuenta la sección 8), están cubiertos por Muerte Accidental y Amputación de Miembros. Los Beneficios por Muerte Accidental y Amputación de Miembros pueden no continuar en virtud de una Incapacidad o en el marco de COBRA.

Cuando el comprobante de su muerte se reciba, la suma del Seguro por Muerte Accidental y Amputación de Miembros se paga a su beneficiario asignado. Usted puede nombrar o cambiar cualquier beneficiario en cualquier momento presentando una notificación por escrito en la Oficina Administrativa. Si usted no ha nombrado un beneficiario al momento de su muerte, los beneficios se pagarán como se muestra en el marco del Seguro de Vida (Artículo VIII).

Cuando, dentro de los 90 días posteriores y como resultado directo de una lesión accidental, usted sufra una de las pérdidas que se incluyen a continuación, un beneficio de amputación de miembros le será pagado. El beneficio por muerte accidental, si procede, se pagará a su beneficiario designado.

Un beneficio de \$10,000 será pagado en caso de la pérdida de lo siguiente:

1. Vida
2. Ambas manos y ambos pies
3. Vista de los dos ojos
4. Una mano y un pie
5. Una mano y la vista de un ojo
6. Un pie y la vista de un ojo

Un beneficio de \$5,000 será pagado en caso de la pérdida de lo siguiente:

1. Una mano y un pie
2. La vista de un ojo

Únicamente un beneficio, en las mayores cantidades pagaderas, se pagará como resultado de todas las lesiones o pérdidas sufridas en cualquier accidente.

Pérdida significa, con respecto a las manos y los pies, la separación real en o por encima de la articulación de la muñeca o el tobillo, con respecto a los ojos, la pérdida de la vista completa e irrecuperable.

EXCLUSIONES

Este beneficio no cubre lo siguiente:

1. La pérdida ocasionada por la guerra o por cualquier acto de guerra, las pérdidas que ocurran durante un viaje aéreo, suicidio o cualquier intento de suicidio; así como las pérdidas cuando ocurran mientras la persona cubierta esté cometiendo un delito mayor.
2. Las pérdidas debido a una enfermedad o infección bacteriana (excepto por la infección con formación de pus que ocurra en una herida por un accidente sufrido); las pérdidas como consecuencia de diabetes o de cualquier enfermedad que se pueda atribuir a ésta.
3. Las pérdidas como consecuencia de la inyección, inhalación o ingestión de cualquier sustancia, que se realiza con fines distintos a los prescritos por un médico.

X. COBERTURA PROLONGADA PARA LA COBERTURA DENTAL Y DE SALUD

LEY ÓMNIBUS CONSOLIDADA DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA (COBRA, *por sus siglas en inglés*)

De acuerdo con la ley federal conocida como Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA), cada "beneficiario calificado" tendrá derecho a la cobertura COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura de salud en el marco del Plan con tarifas grupales cuando dicha cobertura concluyere debido a un evento de vida conocido como "evento calificante." Los eventos calificantes específicos se muestran en la siguiente tabla.

Posteriormente que ocurre el evento calificante y que cualquier notificación necesaria de dicho evento se proporciona oportunamente a la Oficina Administrativa, la cobertura COBRA debe ser ofrecida a cada persona que pierde la cobertura del Plan y que sea "beneficiario calificado". Dependiendo del evento calificante, los beneficiarios calificados pueden incluir al empleado que está cubierto, el cónyuge del empleado que está cubierto o la Sociedad Doméstica, así como a los hijos (as) del empleado que está cubierto. Los beneficiarios calificados que elijan la cobertura COBRA deben pagar por ella.

La cobertura COBRA es la misma cobertura de salud que brinda el Plan para los empleados y dependientes que están cubiertos que no reciben COBRA. Cada beneficiario calificado que elija la cobertura COBRA tendrá los mismos derechos que en el marco del Plan como empleado y dependiente con una cobertura activa en el marco del Plan, incluyendo la apertura de inscripción y los derechos especiales de inscripción. Sin embargo, los beneficiarios calificados no se considerarán "participantes" del Plan (es decir, Empleados o Dependientes) durante un periodo de la cobertura COBRA.

La siguiente tabla muestra todos los eventos calificantes que pueden ocurrir en el marco de este Plan. También muestra a los beneficiarios calificados que tienen derecho de elegir COBRA, así como el periodo máximo de cobertura COBRA, para cada tipo de evento calificante.

Evento Calificante	Beneficiario Calificado (si está cubierto según el plan)	Periodo Máximo de Cobertura COBRA
1. Reducción de las horas de empleo del empleado que está cubierto	Empleado, Cónyuge/Sociedad Doméstica e hijos (as)	18 meses a partir de la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificante
2. Terminación del empleo del empleado que está cubierto (por razones que no sean la mala conducta del empleado)	Empleado, Cónyuge/Sociedad Doméstica e hijos (as)	18 meses a partir de la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificante
3. Muerte del empleado que está cubierto	Cónyuge/Sociedad Doméstica e hijos (as)	36 meses a partir de la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificante
4. Divorcio o separación legal del empleado que está cubierto o cesación de la condición de Sociedad Doméstica en el Plan	Cónyuge/Sociedad Doméstica e hijos (as)	36 meses a partir de la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificante
5. Pérdida de la condición de menor en el marco del Plan (por ejemplo, si el menor cumple 26 años)	Menor afectado	36 meses a partir de la fecha en que se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificante

Cómo Afecta la Cobertura Activa Prolongada a la Cobertura COBRA

El periodo máximo de cobertura COBRA de 18, 29, ó 36 meses no se reducirá mediante meses de cobertura gratuita o subvencionada proporcionada por el Plan en el caso de incapacidad (Consulte el Artículo II).

Alternativa Para COBRA: Cobertura del Mercado

Además de la cobertura COBRA del Plan, usted y los miembros de su familia pueden contar con opciones de seguro médico en virtud de la Ley Atención Asequible disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos (también conocido como el Intercambio). Comprar una cobertura de un seguro médico en el Mercado es una alternativa para la cobertura COBRA.

- La cobertura del seguro médico adquirido través del Mercado puede costar menos que la cobertura COBRA, y puede haber más opciones de cobertura disponibles para usted, incluyendo las opciones con costos erogados más bajos. La cobertura del Mercado puede proporcionar beneficios más bajos o más altos que la cobertura COBRA. Asegúrese de comparar lo beneficios y las primas.
- En el Mercado, usted podría ser elegible para una nueva clase de crédito fiscal que disminuye sus primas mensuales y las reducciones de costos compartidos (sumas que disminuyen los costos erogados para deducibles, coaseguros y copagos) de manera inmediata, y usted puede ver lo que serán sus primas, deducibles y costos erogados antes de que decida inscribirse. El ofrecimiento de la cobertura COBRA no limitará su elegibilidad para el crédito fiscal a través del Mercado, aunque usted no será elegible para la cobertura o los créditos fiscales en el Mercado mientras esté inscrito en COBRA (vea la siguiente viñeta para obtener información acerca de la cobertura del Mercado después de elegir la cobertura COBRA).
- Generalmente, se debe inscribir en la cobertura de Mercado durante los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura del Plan o durante un periodo de apertura de inscripciones anual del Mercado. En caso de que se inscriba en COBRA, no puede inscribirse en la cobertura del Mercado hasta el siguiente periodo de apertura de inscripciones anual del Mercado, o tras el agotamiento de su cobertura COBRA (es decir, después de que termine el periodo máximo de cobertura COBRA de 18, 29 ó 36 meses), o mediante algo llamado un “periodo de inscripción especial” si tiene un evento calificante tal como un matrimonio o un nacimiento.
- Las exclusiones por condiciones preexistentes están prohibidas en virtud de la Ley de Atención Asequible y la cobertura del Mercado.

Para mayor información acerca de las opciones de seguros médicos disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos en California o para aplicar para alguna cobertura, vaya a www.coveredca.com.

Si usted vive fuera de California, la información adicional de las opciones de seguros médicos se encuentra disponible en www.healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596..

Requisitos de Notificación

El Plan ofrecerá la cobertura COBRA a cada beneficiario calificado únicamente después de que la Oficina Administrativa haya sido notificada oportunamente de que el evento calificante ha ocurrido.

Su Obligación de Notificar a la Oficina Administrativa: Usted o sus Dependientes son los responsables de notificar a la Oficina Administrativa acerca de un evento calificante que puede ser el divorcio, la separación legal, cesación de la condición de Sociedad Doméstica, o la pérdida de la condición de menor. La notificación debe hacerse por escrito y ser entregada durante los 60 días posteriores a la fecha de la pérdida de la cobertura del Plan debido al evento calificante. Su notificación escrita debe contener la siguiente información: (i) el nombre del Plan; (ii) el nombre del empleado; (iii) el (los) nombre (s) del (los) Dependiente (s) del empleado; (iv) el (los) domicilio (s) y número (s) telefónico (s) del empleado y de su (s) Dependiente (s); y (v) la fecha y la naturaleza del evento calificante. La Oficina Administrativa puede requerir también la presentación de documentación de apoyo, tal como un acta de divorcio. Si la notificación requerida no se remite oportunamente a la Oficina Administrativa, usted y/o sus Dependientes perderán el derecho de elegir le cobertura COBRA.

Usted o sus Dependientes son también responsables de notificar, por escrito, a la Oficina Administrativa de un segundo evento calificante, determinación de incapacidad, o del final de la incapacidad (se explica con más detalles a continuación en el marco de las “Extensiones de la Cobertura COBRA”).

Finalmente, usted debe notificar a la Oficina Administrativa acerca de su retiro o el cambio de domicilio para usted o sus Dependientes, así como de los cambios de estatus marital o de la Sociedad Doméstica. Debe conservar copias de cualquier notificación que envíe a la Oficina Administrativa para sus registros.

La Obligación del Empleador de Notificar a la Oficina Administrativa: Su empleador es responsable de informar a la Oficina Administrativa de la muerte de un empleado. A su empleador también se le solicita que remita mensualmente a la Oficina Administrativa los reportes de las horas trabajadas, que permitirán a dicha oficina determinar si ha ocurrido un evento calificante que es la terminación de un empleo o la reducción de las horas de trabajo. Sin embargo, para asegurar ser notificado oportunamente de sus derechos de COBRA, usted o su dependiente también deben notificar a la Oficina Administrativa con prontitud y por escrito si cualquiera de estos eventos ocurren para evitar la confusión sobre el estado de su cobertura de atención médica en el evento de que exista una demora u omisión en la transmisión de información del empleado a la Oficina Administrativa.

Elección de la Cobertura COBRA

En un plazo de 14 días posteriores a que la Oficina Administrativa reciba la notificación oportuna de un evento calificante ésta proporcionará una notificación de la elección de COBRA, así como un formulario de elección para los beneficiarios calificados afectados. Dicha notificación contendrá información detallada concerniente a la cobertura COBRA y su costo.

A cada beneficiario calificado se le ofrecerá elegir entre el plan de beneficios Core-Only (médico y medicamentos recetados) y el plan de beneficios Core-Plus Only (médico, medicamentos recetados y dental). Todos los beneficiarios calificados en una unidad familiar pueden elegir diferentes planes de beneficios. Sin embargo, los beneficios estarán en el marco del mismo plan médico (Plan Médico de Indemnización o Kaiser) en el cual el beneficiario calificado era elegible un día antes de la ocurrencia del evento calificante. A cada beneficiario calificado se le permitirá cambiar de planes médicos sobre la misma base que los empleados y dependientes con la cobertura activa del Plan (por ejemplo, durante la apertura de inscripciones).

Para elegir la cobertura COBRA, usted o su Dependiente deben completar el formulario de elección y remitirlo a la Oficina Administrativa de acuerdo a las instrucciones del mismo y en un plazo de 60 días posteriores a:

1. Que la cobertura actualizada en el marco del Plan se pierda a causa del evento calificante, o
2. La fecha en que la Oficina Administrativa envíe la notificación de elección.

Una elección se considera como hecha en la fecha en que el formulario de elección completado y firmado se envía a la Oficina Administrativa. Si la cobertura COBRA no es elegida dentro de este periodo de elección de 60 días, se perderá el derecho para elegir dicha cobertura.

Si un beneficiario calificado rechaza la cobertura COBRA antes de la fecha en la que el formulario de elección se haya vencido, puede cambiar de opinión siempre y cuando envíe el formulario de elección completado y firmado a la Oficina Administrativa antes de la fecha de vencimiento. Sin embargo, si el beneficiario calificado cambia de opinión tras rechazar primero la cobertura COBRA, su cobertura COBRA iniciará en la fecha en que el formulario de elección completado y firmado se envíe a la Oficina Administrativa.

Cada beneficiario calificado tiene un derecho independiente (es decir, por separado) para elegir la cobertura COBRA. Por ejemplo, su cónyuge o Sociedad Doméstica puede elegir COBRA, aunque usted no lo haga. La cobertura COBRA puede ser elegida sólo para uno, para varios o para todos los hijos (as) Dependientes que sean beneficiarios calificados. Usted puede elegir la cobertura COBRA a nombre de su Cónyuge/Sociedad Doméstica, y los padres pueden elegir la cobertura COBRA en representación de sus hijos (as).

Al considerar si debe elegir la cobertura COBRA, debe tomar en consideración que usted tiene derechos de inscripción especiales en virtud de las leyes federales. Tiene el derecho de solicitar una inscripción especial en otro plan de salud grupal para el que usted sea elegible (tal como un plan patrocinado por el empleador de su cónyuge o Sociedad Doméstica) en un plazo de 30 días posteriores a la terminación de la cobertura de salud grupal por motivo del evento calificante enumerado anteriormente. También tendrá derecho a una inscripción especial al finalizar la cobertura COBRA, si obtiene la cobertura COBRA durante el tiempo máximo disponible para usted.

Si la Oficina Administrativa recibe una notificación en relación con un evento calificador o una determinación de incapacidad con respecto a un empleado, cónyuge/Sociedad Doméstica, menor Dependiente, u otra persona, y determina que dicha persona no tiene derecho a la cobertura COBRA, la Oficina Administrativa proporcionará a dicha persona una notificación de denegación por escrito conteniendo la razón para tal denegación.

Adición de Dependientes a la Cobertura COBRA

Un menor que nace con, o que es adoptado o colocado en adopción con, el empleado durante un período de cobertura de COBRA se convierte en un beneficiario calificado con derecho a COBRA por derecho propio. Dicho menor sería, por ejemplo, elegible para la cobertura extendida por hasta 36 meses si el empleado que está cubierto muere durante el periodo inicial de COBRA de 18 meses.

En contraste, el nuevo cónyuge/Sociedad Doméstica, o un menor que no es recién nacido o un nuevo adoptado del empleado pueden ser inscritos en el marco de COBRA, mas no es un beneficiario calificado con derechos de COBRA independientes. Si la cobertura COBRA del empleado que está cubierto termina por cualquier razón, la cobertura COBRA del nuevo cónyuge/Sociedad Doméstica o menor Dependiente también terminará.

Para añadir un Dependiente a la cobertura COBRA, el inscrito a COBRA debe notificar a la Oficina Administrativa por escrito en un plazo de 30 días, el nacimiento, adopción, matrimonio, registro de Sociedad Doméstica, u otro evento que conduzca a la adquisición de un nuevo Dependiente. Se le puede solicitar que envíe una comprobación de la dependencia por escrito a la Oficina Administrativa.

Requerimientos de Pago

Cada beneficiario calificado debe pagar el costo total de la cobertura COBRA mediante el pago de una prima mensual a la Oficina Administrativa. El costo de la cobertura COBRA se basa en las leyes federales. Las tarifas de COBRA serán el 102% (ó 150% en el caso de una extensión de la cobertura COBRA debido a la incapacidad) del costo de la cobertura grupal para empleados activos.

El primer pago de COBRA debe ser timbrado en un plazo de 45 días posteriores a la fecha de envío de la elección de COBRA (esta es la fecha en que el formulario de elección de COBRA completado y firmado es timbrado, si es enviado por correo). El primer pago de COBRA debe incluir los meses retroactivos a la fecha de terminación de la cobertura del Plan. Usted es el responsable de asegurarse que la suma del primer pago sea la correcta. Puede ponerse en contacto con la Oficina Administrativa para confirmar la suma correcta para el primer pago. La cobertura COBRA no entrará en vigor hasta que el primer pago haya sido recibido.

Los pagos subsecuentes deben hacerse mensualmente y son exigibles el primer día de cada mes para el que se desea la cobertura de COBRA (por ejemplo, el pago es exigible el 1° de enero para la cobertura COBRA del mes de enero). Si el pago mensual se realiza en o antes del primer día del mes para el que aplica, la cobertura COBRA continuará por dicho mes sin ninguna pausa. La Oficina Administrativa no enviará facturas mensuales ni notificaciones de alerta de los pagos vencidos para dichos periodos de cobertura. Es su responsabilidad o de sus Dependientes enviar los pagos requeridos cuando éstos sean exigibles.

Existe un periodo de gracia de 31 días para efectuar cada pago mensual de COBRA. Esto quiere decir que cada mes el pago de COBRA debe ser timbrado en un plazo de 31 días anteriores a la fecha de vencimiento. La cobertura COBRA será proporcionada cada mes siempre y cuando el pago para dicho mes se efectúe antes de la finalización del periodo de gracia.

Todos los pagos para la cobertura COBRA deben efectuarse con cheque personal, cheque de caja, o giro postal pagadero al Fondo de Beneficios de UNITE H.E.R.E. de Santa Mónica y remitido a la Oficina Administrativa.

Ningún reclamo de beneficios será aceptado a menos que el pago requerido para el periodo en el cual incurra el reclamo haya sido enviado oportunamente. Favor de tener en cuenta que si cualquier proveedor de servicios médicos, tal como un médico o una farmacia, solicita informes acerca de su elegibilidad, la ley exige que el Plan haga una divulgación completa, ya sea que el periodo de elección de COBRA haya expirado o no, o que COBRA haya sido elegida, pero aún no se haya efectuado el pago de la misma.

Si el pago de la cobertura COBRA no se efectúa de manera oportuna y total, usted perderá los derechos para dicha cobertura en el marco del Plan a partir del final del último mes en el que un pago de COBRA se realizó adecuadamente.

Extensión de la Cobertura COBRA

Existen tres maneras en las que un periodo máximo de cobertura COBRA de 18 meses se puede extender.

Derecho a Medicare: Cuando el evento calificante conlleva a la terminación de un empleo o a la reducción de horas, y el empleado adquirió el derecho a Medicare en menos de 18 meses previos al evento calificante, el periodo máximo de cobertura COBRA para beneficiarios calificados que no sean empleados es de 36 meses posteriores a la fecha de su acreditación en Medicare. Por ejemplo, si un empleado está cubierto y adquiere del derecho de Medicare 8 meses antes de la fecha en la que termina su empleo, la cobertura COBRA para su cónyuge/Sociedad Doméstica e hijos (as) puede durar hasta 36 meses posteriores a la fecha de su acreditación en Medicare, lo que equivale a 28 meses posteriores a la fecha del evento calificante (36 meses menos 8).

Incapacidad: Si, durante el periodo máximo de cobertura COBRA, un beneficiario calificado es determinado por la Administración de Seguro Social (SSA, *por sus siglas en inglés*) como incapacitado, el beneficiario calificado (y los miembros de su familia que hayan elegido COBRA) pueden tener derecho a recibir hasta 11 meses adicionales de la cobertura COBRA, por un periodo máximo de 29 meses. Cada beneficiario calificado que haya elegido la cobertura COBRA tendrá derecho a la extensión de 11 meses por incapacidad si alguno de ellos califica. La incapacidad tuvo que haber dado inicio en algún momento anterior al 60° día de la cobertura COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del periodo inicial de 18 meses de la cobertura COBRA. Las primas de COBRA durante este periodo de extensión por incapacidad se incrementarán al 150% del costo de la cobertura grupal. Con la finalidad de calificar para dicha extensión, usted o su Dependiente deben notificar a la Oficina Administrativa por escrito acerca de la determinación de la SSA en un plazo de 60 días posteriores a la fecha de dicha determinación (o si el beneficiario ya está incapacitado, en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la pérdida de la cobertura debido al evento calificante), pero antes de la terminación del periodo máximo de cobertura COBRA inicial de 18 meses. Esta notificación por escrito debe contener la siguiente información: (i) el nombre del Plan; (ii) el nombre del empleado; (iii) el (los) nombre (s) del (los) Dependiente (s) del empleado; (iv) el (los) domicilio (s) y número (s) telefónico (s) del empleado y de su (s) Dependiente (s); y (v) la fecha de la determinación de incapacidad hecha por la SSA; y (vi) una copia de la carta de determinación de la SSA. Dicha extensión de incapacidad terminará si la SSA emite una determinación final diciendo que el beneficiario calificado ya no está incapacitado antes de la terminación del periodo de extensión por incapacidad de 11 meses. Si este es el caso, usted o su Dependiente debe notificar a la Oficina Administrativa por escrito en un plazo de 30 días posteriores a la fecha de la determinación final de la SSA. La notificación debe contener la información que se enlista en el párrafo anterior.

Segundo Evento Calificante: Si, durante un periodo máximo de cobertura COBRA de 18 meses, ocurre un segundo evento calificante que sea la muerte, divorcio o separación legal, cese del estatuto de Sociedad Doméstica, o la pérdida de la condición de menor en el marco del Plan del ex empleado, la cobertura COBRA para el cónyuge, Sociedad Doméstica y/o menor que se haya visto afectado puede extenderse a 36 meses. Dichos eventos pueden ser un segundo evento calificante únicamente si ocasionaron que el cónyuge/Sociedad Doméstica o el menor perdieran la cobertura del Plan en caso de que esto no hubiera ocurrido en el primer evento calificante. Para poder calificar para dicha extensión, usted o su Dependiente deben notificar a la Oficina Administrativa por escrito acerca del segundo evento calificante en un plazo de 60 días posteriores a la fecha en que ocurrió dicho evento. Esta notificación por escrito debe contener la siguiente información: (i) el nombre del Plan; (ii) el nombre del empleado; (iii) el (los) nombre (s) del (los) Dependiente (s) del empleado; (iv) el (los) domicilio (s) y número (s) telefónico (s) del empleado y de su (s) Dependiente (s); y (v) la fecha y la naturaleza del evento calificante. La Oficina Administrativa puede requerir también la remisión de documentación de apoyo, tal como un acta de divorcio.

Terminación Anticipada de la Cobertura COBRA

La Cobertura COBRA terminará antes de que expire el periodo máximo de 18, 29 ó 36 meses de la misma, si ocurriera alguno de los siguientes eventos:

1. El pago de la cobertura COBRA solicitado no fue remitido oportunamente a la Oficina Administrativa (es decir, el monto total no fue timbrado el día 31° después de la fecha de vencimiento del pago).
2. Un beneficiario calificado obtiene cobertura, después de elegir COBRA, en el marco de otro plan de salud grupal que no le impone ninguna condición de exclusión preexistente para una condición preexistente del beneficiario calificado (nota: existen limitaciones sobre la imposición de condiciones preexistentes de

exclusión de los planes y dichas exclusiones quedarán prohibidas a partir del inicio del 2014 en virtud de la Ley de Atención Asequible).

3. Un beneficiario calificado adquiere el derecho a Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas) después de haber elegido la cobertura COBRA (la cobertura COBRA, para cualquier miembro de la familia que no esté cubierto por Medicare, no se verá afectada).
4. El empleador del empleado deja de hacer las contribuciones al Fondo, pero proporciona a sus empleados otra cobertura de un plan de salud grupal.
5. La Administración del Seguro Social (SSA) determina que un beneficiario calificado ya no está incapacitado. Usted debe informar a la Oficina Administrativa en un plazo de 30 días de dicha determinación hecha por la SSA, en cuyo caso el periodo extendido de cobertura COBRA terminará, para todos los beneficiarios calificados cuya cobertura extendida derive de la incapacidad, al finalizar el mes en el que la SSA emita la determinación.
6. Este Plan termina.

Asimismo, la cobertura COBRA puede terminar por cualquier motivo y el Plan dará por terminada la cobertura de un empleado o dependiente que no reciba la cobertura COBRA (como por fraude).

Una vez que la cobertura COBRA termine por cualquier razón, no podrá ser restablecida. Asimismo, las reclamaciones en las que se incurra después de la fecha de terminación de la cobertura COBRA no serán pagadas por el Plan.

En caso de que la cobertura COBRA se termine antes de la expiración de periodo máximo de cobertura COBRA de 18, 29 ó 36 meses, la Oficina Administrativa enviará al beneficiario calificado afectado una notificación de terminación por escrito tan pronto como sea razonablemente posible después de que ésta determine que la cobertura COBRA terminará. Dicha notificación debe contener la siguiente información: (i) la razón de la terminación anticipada; (ii) la fecha de terminación; y (iii) los derechos que el beneficiario calificado pudiera tener en el marco del Plan o en virtud de la ley aplicable para elegir una cobertura grupal o individual alternativa, tal como un derecho de conversión.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA EN VIRTUD DE LA LEY DE REEMPLAZO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE CALIFORNIA (CAL-COBRA) ÚNICAMENTE MIEMBROS DE KAISER

Si usted es un miembro de COBRA que está cubierto en el marco del Plan Kaiser, esta ley de California es parte complementaria de COBRA federal al exigir al Plan de Salud de la Fundación Kaiser que ofrezca una extensión de la cobertura del plan de salud grupal hasta por 18 meses bajo ciertas circunstancias. Esto significa que usted puede recibir hasta 36 meses de cobertura continuada a partir de la fecha en la que inició la cobertura COBRA federal.

Esta extensión Cal-COBRA únicamente está disponible para los miembros de COBRA que están cubiertos en el marco de Kaiser, quienes:

- Comenzaron recibiendo la cobertura COBRA federal en o después del 1° de enero del 2013.
- Cuentan con un periodo máximo de cobertura COBRA federal de menos de 36 meses; y
- Hayan agotado dicha cobertura COBRA federal.

La cobertura Cal-COBRA únicamente incluye beneficios médicos y hospitalarios. Asimismo, la cobertura Cal-COBRA está sujeta al pago de primas directamente para el Plan de Salud de la Fundación Kaiser y puede costar hasta un 110% (150% para la extensión por incapacidad) de la tarifa grupal aplicable. Usted debe ponerse en contacto con el Plan de Salud de la Fundación Kaiser para el pago de la prima requerida con el fin de continuar con su cobertura en el marco de Cal-COBRA. Todos los demás términos y condiciones que aplican a la cobertura COBRA federal aplican para la cobertura Cal-COBRA. La cobertura Cal-COBRA no estará disponible si su cobertura COBRA federal termina antes de que finalice el periodo de 18 ó 29 meses o si usted y/o su cónyuge o ex cónyuge fueran elegibles, pero no eligieran COBRA federal. Usted debe elegir la cobertura Cal-COBRA notificando a Kaiser por escrito en un plazo de 30 días naturales previos a la fecha en la que su cobertura COBRA federal está prevista para finalizar.

Para mayor información, consulte el folleto de Evidencia de Cobertura Kaiser relacionado con Cal-COBRA, que está

incluyendo la información detallada sobre lo que usted tiene que hacer para inscribirse en esta extensión especial. Si tiene dudas acerca de la cobertura Cal-COBRA, póngase en contacto directamente con Kaiser.

CONVERSIÓN MÉDICA

Su usted y/o sus Dependientes están cubiertos en el marco del Plan de Kaiser HMO, usted y/o sus Dependientes que están cubiertos pueden tener derecho de convertir su Plan de Beneficios de Salud grupal en una póliza individual como se establece en la disposición de conversión médica de la póliza grupal cuando termina el seguro médico continuado. Si usted desea esta cobertura de conversión, póngase en contacto con el Plan de Salud de la Fundación Kaiser inmediatamente después de la terminación de su cobertura continuada, ya que sólo cuenta con un tiempo limitado para aplicar. La conversión médica no está disponible en el marco del Plan EHS EPO.

XI. OTROS DERECHOS Y OBLIGACIONES EN EL MARCO DEL PLAN

LEY DE LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA (FMLA, *por sus siglas en inglés*)

La Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) generalmente solicita a los empleadores que están cubiertos que permitan a los empleados elegibles tomar hasta 12 semanas de licencia con protección de empleo no remunerado cada año (26 semanas en ciertas circunstancias). La licencia se debe tomar por una de las varias razones especificadas por la ley. Los detalles concernientes a la FMLA se encuentran disponibles con su empleador. Las solicitudes de la licencia FMLA deben estar dirigidas a su empleador; la Oficina Administrativa no puede determinar si usted califica o no.

En la medida requerida por la FMLA, su empleador debe continuar pagando por su cobertura médica en el marco del Plan durante cualquier licencia FMLA que sea aprobada. Si su cobertura cesa durante la licencia FMLA (por ejemplo, porque usted optó por no continuar con la cobertura o debido a la falta de pago de su parte de las primas), puede reanudar su cobertura a su regreso de la licencia en los mismos términos que aplicaron antes de que la tomara.

Usted no tendrá derecho a la cobertura COBRA simplemente por haber tomado la licencia FMLA. Sin embargo, si usted no regresa a trabajar después de tomar la licencia FMLA, puede tener los derechos de COBRA, aun cuando se niegue a continuar con su cobertura médica en el marco del Plan o deje de pagar la prima de dicha cobertura durante la licencia.

En caso de que surja una controversia entre usted y su empleador que se relacione con su elegibilidad para la licencia FMLA, se le permitirá continuar con su cobertura médica en el marco de COBRA. Si la controversia se resuelve a su favor, la Oficina Administrativa obtendrá las contribuciones de su empleador que la FMLA requiere y le devolverá los pagos de las primas de COBRA correspondientes. En caso de que su empleador continúe su cobertura en el marco del Plan durante la licencia FMLA y usted no regrese a trabajar, se le exigirá que usted pague de nuevo al empleador todas las contribuciones que fueron pagadas al Plan por su cobertura médica durante la licencia.

SERVICIO MILITAR (USERRA, *por sus siglas en inglés*)

En virtud de la ley federal llamada Ley de Derechos del Empleo y Recontratación de Uniformados en Servicio (USERRA) los empleados que estén cubiertos pueden pagar por una extensión temporal de la cobertura médica en el marco del Plan en tarifas grupales para ellos y los miembros de su familia que estén cubiertos, en caso de que ellos, de otro modo, pudieran perder dicha cobertura debido a los servicios uniformados del empleado.

Dicha extensión de la cobertura ("cobertura USERRA") puede durar hasta 24 meses, dando inicio en la fecha de la ausencia del trabajador a su empleo con el fin de realizar los servicios uniformados.

A una persona que elige la cobertura USERRA se le exigirá que pague dicha cobertura, toda o en parte. Si usted realiza el servicio en los servicios uniformados por menos de 31 días, pagará la cantidad que paga normalmente por dicha cobertura. Si su servicio excede de 30 días, el importe exigido no puede exceder del 102% del costo del Plan para brindarle la cobertura.

La cobertura USERRA puede terminar antes de que expire el periodo de cobertura de 24 meses, si:

1. El empleado no paga a tiempo las primas requeridas.
2. El empleado no regresa a trabajar o solicita la recontratación de manera oportuna después de la finalización del servicio uniformado.
3. El empleado pierde los derechos de USERRA como resultado de cierto tipo de conducta indeseable, incluyendo la corte marcial y la baja deshonrosa.
4. El empleador ya no proporciona seguro médico grupal a ninguno de sus empleados.

Los empleados que estén cubiertos tienen el derecho de tener su cobertura médica en el marco del Plan restablecido, si: (1) dicha cobertura se terminó como resultado del servicio uniformado; (2) los empleados son recontratados después de haber terminado dicho servicio; y (3) cumple con otros requisitos.

Para mayor información acerca de la cobertura USERRA, incluyendo cómo elegir dicha cobertura, los montos de los pagos y las fechas límite, póngase en contacto con la Oficina Administrativa.

**COBERTURA PARA LOS TRABAJADORES Y DEPENDIENTES
QUE SON ELEGIBLES PARA MEDICARE
(No Afecta la Cobertura de Prescripción de Medicamentos ni Dental)**

Su usted se encuentra en alguna de las siguientes categorías, la ley federal exige que el Plan le ofrezca la opción de dicho Plan o Medicare como su proveedor Primario.

1. Empleados activos que son elegibles para Medicare y tengan 65 años o más.
2. El cónyuge o Sociedad Doméstica de cualquier empleado, dónde el cónyuge tenga 65 años o más.

En caso de que elija este plan como primario, Medicare le proporcionará cobertura adicional o secundaria. Si selecciona Medicare como primaria, los beneficios de Hospital, Médicos y Quirúrgicos descritos en la presente Descripción Resumida del Plan **NO** estarán disponibles para usted en su totalidad.

SI USTED DESEA QUE MEDICARE SEA SU COBERTURA PRIMARIA. DEBE ENVIAR UNA DECLARACIÓN POR ESCRITO AL PLAN, RECHAZANDO SU COBERTURA EN EL MARCO DEL MISMO.

ORDEN MÉDICA DE SOSTENIMIENTO DE MENORES CALIFICADOS (QMCSO, *por sus siglas en inglés*)

La ley Federal exige que el Plan, bajo ciertas circunstancias, honre los términos de Orden Médica de Sostenimiento de Menores Calificados (QMCSO) proporcionando cobertura de atención médica continuada a sus hijos (as). Una QMCSO es una orden, decreto, resolución o notificación administrativa (incluyendo un convenio de liquidación) emitido por un tribunal de relaciones domésticas u otro tribunal de jurisdicción competente, o a través de un proceso administrativo establecido en virtud la ley estatal, con fuerza y efecto de ley en dicho estado, que cumple con los requisitos de la sección 609 de la Ley para la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado (ERISA, *por sus siglas en inglés*).

Si el Plan recibe una QMCSO, el (los) menor (es) identificado (s) será (n) incluido (s) para la cobertura como su dependiente elegible. El padre custodio, el tutor legal del menor, o una agencia estatal pueden hacer la solicitud de la cobertura, aun si usted no lo hace.

Cualquier pago para los beneficios hecho por el Plan en virtud de la QMCSO como reembolso de gastos pagados ya sea por el menor o por el padre custodio o el tutor legal de éste, debe ser pagado al destinatario alternativo o al padre custodio de dicho menor o a su tutor legal. Cualquiera de dichos pagos realizados al padre custodio o al tutor legal o a un funcionario de un Estado o a su subdivisión política (cuyo nombre y domicilio se utilizan como domicilio de un destinatario alternativo) será tratado como el pago de los beneficios para el receptor suplente.

Si tiene alguna duda en lo que respecta a estos requisitos, póngase en contacto con la Oficina Administrativa.

XII. APELACIONES ANTE LA JUNTA DE FIDEICOMISARIOS

Apelaciones por Reclamaciones Médicas, de Visión, Dentales y de Medicamentos Prescritos

Si usted piensa que se le ha negado un beneficio injustamente, o que ha recibido un beneficio de un modo menor al que tiene derecho, en el marco de los siguientes beneficios, usted debe seguir los procedimientos relacionados con dicho beneficio:

Plan EHS EPO
Plan Kaiser HMO
Beneficio de Medicamentos Prescritos de Express Scripts
Plan Dental de United Concordia

Únicamente en el caso del Plan EHS EPO, usted puede apelar por ciertas decisiones de EHS ante la Junta de Fideicomisarios, utilizando los procedimientos que se describen a continuación. No obstante, la Junta de Fideicomisarios no puede tomar en consideración ninguna apelación que se base, toda o en parte, en un juicio médico, incluyendo las determinaciones con respecto a si un tratamiento, medicamento, u otro elemento en particular, es necesario o apropiado desde un punto de vista médico.

Apelaciones que se Relacionan con la Elegibilidad para Inscribirse para obtener los Beneficios Apelaciones por el Seguro de Vida y Beneficios por Muerte Accidental y Amputación de Miembros

Si piensa que a usted o a sus Dependientes se les ha negado indebidamente la inscripción para obtener cualquier beneficio en el marco del Plan, debe apelar ante la Junta de Fideicomisarios.

Si usted piensa que se le ha negado la obtención de un beneficio indebidamente, o ha recibido un beneficio de un modo menor al que tiene derecho, por el Seguro de Vida o Muerte Accidental o Amputación de Miembros, usted tiene el derecho de apelar ante la Junta de Fideicomisarios.

Fecha límite para Solicitar la Apelación Usted tiene por lo menos 180 días para apelar ante la Junta de Fideicomisarios, a partir de la recepción de la notificación que contiene la negación para la inscripción o la obtención de beneficios.

Cuándo serán Consideradas las Apelaciones. Las apelaciones serán consideradas en la Junta de Fideicomisarios inmediatamente después de la presentación de ésta, a menos que la apelación sea enviada dentro de los 30 días anteriores a la fecha de dicha reunión. En ese caso, la apelación será considerada en la segunda junta después de que el plan la reciba. Si circunstancias especiales requieren de una prórroga adicional de tiempo para el procedimiento, usted recibirá una notificación por escrito de dicha extensión, describiendo las circunstancias especiales y la fecha en la que dicha apelación será considerada, previamente al inicio de la extensión.

Derechos y Procedimientos de la Apelación Usted puede autorizar a un representante para actuar en su nombre para presentar una apelación ante la Junta de Fideicomisarios. Puede remitir, comentarios, documentos, registros y otra información, por escrito, que se relacione con su reclamación a la Junta de Fideicomisarios. Previa solicitud y de forma gratuita, se le proporcionarán copias de todos los documentos, registros y cualquier otra información relevante para su reclamación de beneficios, incluyendo todos los documentos remitidos, considerados, o generados en el curso de la preparación de la determinación de beneficios, así como cualquier declaración de políticas o directrices que se relacionen con el plan y que sean concernientes a los beneficios denegados.

Cuándo Recibirá Notificación de la Decisión sobre la Apelación Usted recibirá notificación acerca de la decisión de la Junta de Fideicomisarios sobre la apelación a la mayor brevedad, pero a más tardar 5 días después de la reunión de la Junta de Fideicomisarios en la que se decidió la apelación.

Autoridad del Fideicomisario: La Junta de Fideicomisarios tiene el derecho absoluto, a su entera discreción, para hacer determinaciones fácticas en relación con reclamaciones de beneficios, así como para interpretar los términos del presente Plan.

XIII. INFORMACIÓN CONCERNIENTE A LA ADMINISTRACIÓN DEL PLAN

1. Nombre del Plan

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

2. Nombre y Domicilio de la Junta de Fideicomisarios

La Junta de Fideicomisarios del **Plan de Beneficios de Salud UNITE HERE** de Santa Mónica por medio de la Administración de Programas de Beneficios, 13191 Crossroads Pkwy North, Suite 205, City of Industry, California 91746-3434. (866) 345-5189 ó (562) 463-5075. Sitio Web del Fondo: www.santamonicauniteherefunds.org.

Una lista completa de los empleadores y de las organizaciones de empleados que patrocinan el plan, o la información en cuanto a si un empleador en particular o una organización de empleados es un patrocinador del plan (y, en caso afirmativo, el domicilio del patrocinador) se puede obtener previa solicitud por escrito al Administrador del Plan.

3. Número de Identificación Patronal

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

4. Tipo de Plan

El Plan es un plan de bienestar que proporciona beneficios médicos, dentales, de seguro de vida, muerte accidental y amputación de miembros, cuidados de la visión y beneficios de medicamentos prescritos.

5. Tipo de Administración

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

Los beneficios del Plan se proporcionan a través de un contrato o seguro con los siguientes prestadores de servicios:

Para Beneficios Médicos, MAP y de Visión

Employee Health Systems Medical Group (EHS)
1600 Corporate Center Dr.
Monterey Park, California 91754
(310) 641-1997 ó (800) 231-1407

Para Beneficios Médicos y de Visión

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

Para Beneficios Dentales

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

Para Beneficios de Medicamentos Prescritos

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

Para Beneficios de Medicamentos Prescritos Pedidos por Correo

Express Scripts, Inc.

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

6. **Nombre, Domicilio y Número Telefónico del Administrador del Plan**
Junta de Fideicomisarios del **Plan de Beneficios de Salud UNITE HERE**
por medio de la Administración de Programas de Beneficio
13191 Crossroads Pkwy North, Suite 205,
City of Industry, California 91746-3434.
(866) 345-5189 ó (562) 463-5075

7. **Nombre y Domicilio del Agente para el Servicio de Proceso**
La Junta de Fideicomisarios ha nombrado a Richard D. Sommers, Esq., Schwartz, Steinsapir, Dohrmann & Sommers, 6300 Wilshire Blvd., Suite 2000, Los Ángeles, California 90048-5204, como su agente para el servicio de documentos legales.

8. **Nombres y Domicilios de los Fideicomisarios**

Fiduciarios del Empleador

Sra. Teri Serrano
8639 Lincoln Ave
Los Ángeles, CA 90045

Sr. Jerry Katzman (Fiduciario Suplente)
525 N. Sepulveda Blvd.
El Segundo, CA 90245

Fideicomisarios de la Unión

Sr. Tom Walsh
464 S. Lucas Avenue, Suite 201
Los Ángeles, CA 90017

Sr. Austin Lynch
464 S. Lucas Avenue, Suite 201
Los Ángeles, CA 90017

Sra. Kristin Reeg (Fiduciario Suplente)
464 S. Lucas Avenue, Suite 201
Los Ángeles, CA 90017

Sr. Jef Eatchel (Fiduciario Suplente)
654 Euclid Lane
El Cajón, CA 92019

9. **Convenios de Negociación Colectiva**

El Plan se mantiene en conformidad con uno o más convenios de negociación colectiva. Previa solicitud por escrito, la Oficina Administrativa notificará a un Empleado o Dependiente si un empleador en particular ha celebrado un convenio de negociación colectiva que exija contribuciones para el Plan. Las copias de cualquier convenio de negociación colectiva pueden ser obtenidas por los Empleados y sus

Dependientes previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, y están disponibles en la oficina de éste para ser examinadas por los Empleados y sus Dependientes.

10. Fuente de las Contribuciones

El Plan está financiado por contribuciones de los empleadores, como se especifica en los Convenios de Negociación Colectiva. Los Empleados y sus Dependientes pueden pagar primas según se requiera para la Continuidad de la cobertura.

11. Medio del cual provienen los Fondos

Todos los activos del Plan se mantienen en el Fondo del Fideicomiso de los Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica. El Plan Kaiser HMO y el Beneficio Dental de United Concordia se proporcionan a través de contratos de seguros.

12. Año del Plan

Los registros del Plan se mantienen sobre una base de año natural. El año del Plan finaliza el 31 de diciembre.

13. Declaración de los Derechos ERISA de Participantes y Beneficiarios

Los que participan en el Plan (Empleados y Dependientes inscritos para una cobertura) tienen derecho a ciertos derechos y protecciones en virtud de la Seguridad del Ingreso de Jubilación del Empleado de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

Recibir Información Acerca de Su Plan y Beneficios

- a. Examinar, sin cargo alguno, en la Oficina Administrativa durante el horario laboral habitual, todos los documentos que rigen el Plan, incluyendo los contratos de seguros, convenios con proveedores de servicios, el Contrato de Negociación Colectiva en virtud de los cuales un participante está cubierto, así como la copia del último reporte anual (Formulario de la serie 5500) presentado por el Plan ante el Ministerio de Trabajo de los EE.UU., y que están disponibles en la Sala de Declaraciones Públicas de la Administración de Protección de Prestaciones Laborales.
- b. Obtener copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluyendo los contratos de seguros y los convenios de negociación colectiva, así como las copias del último reporte anual (Formulario de la serie 5500) y un resumen actualizado de la descripción del plan, previa solicitud por escrito al Administrador del Plan, quien puede hacer un cargo razonable por las copias.
- c. Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley exige que el Administrador del Plan proporcione a cada participante una copia de dicho resumen del informe anual.

Cobertura del Plan de Salud Grupal Continua

Cobertura de atención médica continua para usted o sus Dependientes si existe una pérdida de cobertura en el marco del plan como resultado de un evento calificador. Usted o sus Dependientes pueden tener que pagar por dicha cobertura. Revise la presente Descripción Resumida del Plan y los documentos que rigen el plan acerca de las reglamentaciones que rigen sus derechos de cobertura COBRA continuada.

Acciones Prudentes Llevadas a cabo por los Fideicomisarios del Plan

Además de la creación de derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su plan, llamados “fideicomisarios” del plan, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en interés de usted y los demás participantes y beneficiarios del plan.

Nadie, incluyendo su empleador, su unión, ni ninguna otra persona pueden despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para evitar que usted obtenga un beneficio de plan o que pueda ejercer sus derechos en virtud de la ley ERISA.

Haga Valer sus Derechos

Si su reclamación por un beneficio de bienestar es denegada, toda o en parte, tiene el derecho de saber el motivo de dicha denegación, para obtener copias de los documentos relacionados con la decisión de forma gratuita, y para apelar a cualquier denegación, todo dentro de ciertos plazos.

En virtud de ERISA, existen pasos que puede seguir para hacer valer los derechos antes mencionados. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del plan o del último informe anual del plan y no la recibe en un plazo de 30 días, puede interponer una demanda en un juzgado Federal. En dicho caso, el juzgado puede solicitar al administrador del plan que le proporcione los materiales y que le pague \$110 por día hasta que usted reciba dichos materiales, a menos que éstos no fueran enviados por razones que vayan más allá del control del administrador. Si tiene una reclamación por beneficios que le hayan sido denegados o ignorados, todos o en parte, usted puede interponer una demanda en un juzgado federal y estatal. Adicionalmente, si no está de acuerdo con la decisión del plan o la falta de ella concerniente al estado calificado de una orden de relaciones domésticas o una orden de manutención infantil médica, usted puede interponer una demanda en un juzgado Federal. Si sucediera que los fiduciarios del plan hicieran uso indebido del dinero del plan, o si es usted discriminado por hacer valer sus derechos, usted puede solicitar la ayuda del Ministerio del Trabajo de EE.UU., o usted puede interponer una demanda en un juzgado Federal. El juzgado decidirá quién debe pagar los costos judiciales y honorarios legales. Si tiene éxito, el juzgado puede ordenar que la persona que usted haya demandado pague dichos costos y honorarios. Si pierde, el juzgado puede ordenar que sea usted el que pague dichos costos y honorarios (por ejemplo, si encuentra que su reclamo es frívolo).

Si tiene dudas acerca de su plan, debe ponerse en contacto con el Administrador del Plan. Si tiene preguntas acerca de la presente declaración o acerca de sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita ayuda para la obtención de documentos que se encuentran en poder del Administrador del Plan, usted debe ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Protección de Prestaciones Laborales, el Ministerio del Trabajo de EE.UU., que se encuentra enlistado en su directorio telefónico, o la División de Asistencia Técnica y Consultas, de la Administración de Protección de Prestaciones Laborales, el Ministerio del Trabajo de EE.UU., 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando al centro de atención telefónica de publicaciones de la Administración de Protección de Prestaciones Laborales.

NOTIFICACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE DERECHOS ADQUIRIDOS

El Fondo piensa que los planes médicos que se ofrecen (el plan EHS EPO y el plan Kaiser HMO) son “planes de salud de derechos adquiridos” en virtud de la Protección del Paciente y la Ley de Atención Asequible (Ley de Atención Asequible). En vigor a partir del 1° de enero del 2015, el Plan Kaiser HMO no es más un Plan de Derechos Adquiridos.

Como lo permite la Ley de Atención Asequible, un plan de salud de derechos adquiridos, puede preservar cierta cobertura de salud básica que estaba ya en vigencia cuando esa ley fue promulgada. Que sea un plan de salud de derechos adquiridos significa que el plan no puede incluir ciertas protecciones de la Ley de Atención Asequible al consumidor, que aplican para otros planes, por ejemplo, el requisito de la prestación de servicios de salud preventivos sin compartimiento de gastos. Sin embargo, los planes de salud de derechos adquiridos deben cumplir con algunas otras protecciones al consumidor en la Ley de Atención Asequible, por ejemplo, la eliminación de límites de por vida sobre los beneficios.

Las preguntas con respecto a cuáles protecciones aplican y cuáles no aplican en un plan de salud de derechos adquiridos y lo que ocasionaría que el plan cambiara su condición de plan de salud de derechos adquiridos, se pueden dirigir por escrito o vía telefónica al Administrador del Plan en la Junta de Fideicomisarios del **Plan de Beneficios de Salud UNITE HERE** de Santa Mónica por medio de la Administración de Programas de Beneficios, 13191 Crossroads Pkwy North, Suite 205, City of Industry, California 91746-3434. (866) 345-5189 ó (562) 463-5075. También puede ponerse en contacto con la Administración de Protección de Prestaciones Laborales, Ministerio de Trabajo de EE.UU., llamando al 1-866-444-3272 ó www.dol.gov/ebsa/healthreform. Este sitio Web cuenta con una tabla que resume las protecciones que aplican y no aplican para los planes de salud de derechos adquiridos.

LEY DE SALUD DE LA MUJER Y DERECHOS DE PACIENTES DE CÁNCER DE 1998

Si usted ha tenido o va a tener una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Salud de la Mujer y Derechos de Pacientes de Cáncer de 1998 (WHCRA, *por sus siglas en inglés*). Para personas que reciben los beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura será proporcionada de una manera determinada previa consulta con el médico tratante y la paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el que la mastectomía se ha realizado;
- La cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica;
- La prótesis; y
- El tratamiento de las complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, incluyendo los linfedemas.

Dichos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos estipulados en el presente plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al Administrador del Plan.