

SANTA MONICA UNITE HERE HEALTH BENEFIT TRUST FUND

Administered By: Benefit Programs Administration
Telephone • (866) 345-5189 • (562) 463-5075 • FAX (562) 463-5894
www.santamonicauniteherefunds.org

Febrero 2022

Para: Todos los Empleados activos, sus Dependientes y los beneficiarios de COBRA en el Programa MLK del Fondo de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica

De: Fondo de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica

Este Resumen de Modificaciones Materiales ("SMM", por sus siglas en inglés) describe los cambios que se han realizado en el Programa de Atención Médica Comunitaria Martin Luther King (el "Programa MLK") del Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica (el "Fondo"), en vigor a partir del 1 de enero de 2022.

Los cambios descritos en este SMM reemplazan cualquier disposición contraria de la descripción resumida del plan y del documento del plan del Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica (en vigor a partir del 1 de julio de 2021) (el "SPD", por sus siglas en inglés). Además, este SMM modifica las definiciones de "Emergencia", "Situación de Emergencia Médica" y "Servicios de Emergencia" contenidas en el Artículo IV, Sección 10 (página 42) del SPD.

Lea este aviso detenidamente y guárdelo con los materiales importantes del plan.

Excepto cuando el contexto indique lo contrario, en este SMM, "usted" en general hace referencia a cualquier persona elegible e inscrita para recibir beneficios del Programa MLK, ya sea como Empleado o como Dependiente de un Empleado.

SECCIÓN 1:

**PROTECCIONES CONTRA FACTURAS MÉDICAS SORPRESA
DE PROVEEDORES EXTERNOS A LA RED
VIGENTE A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2022**

Esta sección del SMM describe ciertas circunstancias limitadas por las cuales el Programa MLK cubrirá los servicios proporcionados por Proveedores Externos a la Red, de manera que usted estará protegido ante facturas médicas inesperadas. Lea esta sección atentamente.

Recuerde: El Programa MLK no cubre servicios de Proveedores Externos a la Red, excepto los Servicios de Emergencia. Además, generalmente necesitará una remisión y una autorización previa para la mayoría de los servicios que no sean una visita con su Médico de Atención Primaria (u otro Médico de Atención Primaria disponible dentro del Grupo Médico Comunitario MLK). Este SMM describe excepciones limitadas a esta regla general.

A. Explicación general

A partir del 1 de enero de 2022, el Programa MLK cubrirá ciertos servicios proporcionados por Proveedores Externos a la Red como si los servicios los hubiera brindado un proveedor de la red. Esto significa que, por los servicios sujetos a estas reglas, usted pagará el mismo costo compartido (por ejemplo, copagos) que si hubiera utilizado un Proveedor de la Red, y no se le puede facturar el saldo de dichos servicios. Además, sus copagos por dichos servicios contarán para su gasto máximo de bolsillo anual.

Tenga en cuenta: Para obtener las definiciones de los términos en mayúscula utilizados en esta Sección 1, “Protecciones contra facturas médicas inesperadas de un Proveedor Externo a la Red”, consulte la Subsección E, a continuación.

Hay tres categorías de servicios sujetos a estas nuevas reglas, como se explica con más detalle a continuación, y estas nuevas reglas se aplican de forma general solo a los servicios que de otro modo están cubiertos por el Programa MLK. Las tres categorías de servicios a los que se aplican estas protecciones contra facturas médicas inesperadas son:

1. servicios de Emergencia proporcionados por Proveedores Externos a la Red;
2. servicios No de Emergencia brindados por Profesionales de Atención Médica Externos a la Red en un Centro de Salud de la Red; y
3. servicios de Ambulancia Aérea proporcionados por Proveedores Externos a la Red.

Estas nuevas reglas se aplican a un conjunto limitado de circunstancias. La mayoría de los servicios de Proveedores Externos a la Red no estarán cubiertos. Lea atentamente esta sección para obtener información detallada.

B. Protecciones para Servicios de Emergencia Externos a la Red

El Programa MLK no cubre servicios de Proveedores Externos a la Red, excepto los de emergencia.

Si recibe Servicios de Emergencia de un Proveedor Externo a la Red, lo máximo que el proveedor puede facturarle es el monto de su participación en los costos dentro de la red (como su copago) por los servicios que recibió. No **se le** puede facturar el saldo de estos Servicios de Emergencia. Además, sus gastos de bolsillo (p. ej. su copago) por los servicios de emergencia se tendrán en cuenta para el gasto máximo de bolsillo anual.

Como se explica a continuación en la subsección E, en la definición de Servicios de Emergencia, estos incluyen ciertos servicios que recibe después de ser estabilizado, a menos que brinde su consentimiento informado por escrito para renunciar a sus protecciones y no recibir una factura del saldo de estos servicios de post-estabilización o pueda viajar utilizando transporte no médico o transporte médico que no sea de emergencia hasta un Proveedor o Centro de la Red disponible dentro de una distancia razonable.

Recuerde: No es necesario que obtenga una derivación o una autorización previa para los servicios de emergencia. *(Esto no es un cambio respecto al funcionamiento actual del Plan).*

El límite del plan de \$100,000 por hospitalización no se aplica a los servicios de emergencia recibidos de un Centro de Salud Externo a la Red.

C. Protecciones para ciertos Servicios que No son de Emergencia brindados por un Profesional de Atención Médica Externo a la Red en un Centro de Salud de la Red

Si recibe servicios que no son de emergencia en un centro de salud perteneciente a la red (es decir, un hospital de la red o un centro quirúrgico ambulatorio), es posible que determinados Profesionales de la Salud no formen parte de la red. En esta situación, si recibiera artículos y servicios que de otro modo estarían cubiertos por el Programa MLK, lo máximo que pueden facturarle los Profesionales de Atención Médica Externos a la Red es el monto de su participación en los costos dentro de la red (por ejemplo, sus Copagos), y no **se le** puede facturar el saldo, a menos que haya otorgado un consentimiento informado por escrito para renunciar a las protecciones de los costos compartidos y de la

facturación del saldo con respecto a dichos servicios. Además, sus copagos y/o coseguro para dichos servicios contarán para su gasto máximo de bolsillo anual.

Sin embargo, existe una excepción a esta regla. No puede dar su consentimiento informado para renunciar a las protecciones de costos compartidos y facturación del saldo (es decir, siempre estará protegido de la facturación del saldo) para lo siguiente:

- (i) artículos y servicios relacionados con la medicina de emergencia, anestesiología, patología, radiología y neonatología, ya sea que los proporcione un médico o un profesional no médico;
- (ii) artículos y servicios proporcionados por cirujanos asistentes, hospitalistas e intensivistas;
- (iii) servicios de diagnóstico, incluidos los servicios de laboratorio y de radiología;
- (iv) artículos y servicios proporcionados por un Proveedor Externo a la Red si no había ningún Proveedor de la Red que pudiera proporcionar el artículo o servicio en el Centro de salud; y
- (v) artículos o servicios proporcionados como resultado de necesidades médicas urgentes e imprevistas que surgieron en el momento en que se proporcionó el artículo o servicio.

Nunca estará obligado a renunciar a sus protecciones de Facturación del Saldo. Tampoco es necesario que reciba atención Fuera de la Red. Puede elegir un Proveedor o Instalación Perteneiente a la Red del Programa MLK.

Ejemplo: Si un participante del Programa MLK tiene una cirugía cubierta en el Miller Children's Hospital (un Hospital de la Red), pero el médico que administra la anestesia al participante no pertenece a la red, esta regla protegerá al participante de recibir facturas médicas inesperadas del Anestesiólogo Externo a la Red. El participante será responsable únicamente de su costo compartido dentro de la red (es decir, copago de cero dólares para la cirugía) y no se le podrá facturar el saldo.

D. Protecciones para Servicios de Ambulancia Aérea Externos a la Red

Si recibe Servicios de Ambulancia Aérea de un Proveedor Externo a la Red que está cubierto por el Programa MLK, lo máximo que el Proveedor puede facturarle es su monto de costo compartido dentro de la red (es decir, copagos), y no **se le** puede facturar el saldo. Además, como se describe arriba, su copago contará para sus gastos máximos de bolsillo anuales.

Los servicios de ambulancia aérea están cubiertos por el programa MLK solo para una Situación de Emergencia Médica y cuando sean médicamente necesarios.

E. Definiciones

Los términos que aparecen con inicial mayúscula en la Sección 1 de este SMM tienen los significados que se muestran a continuación. Si un término que aparece con inicial mayúscula en este SMM no se define en esta Subsección E, tendrá el mismo significado que en el Artículo IV, Sección 10 (páginas 40-47) de la SPD.

Además, las definiciones de “Emergencia”, “Situación de Emergencia Médica” y “Servicios de Emergencia” contenidas en el Artículo IV, Sección 10 (página 42) de la SPD se reemplazan por la presente con las definiciones de los mismos términos a continuación.

Servicios de Ambulancia Aérea significa el transporte médico de pacientes en una ambulancia aérea de ala giratoria o de ala fija, como se define en las regulaciones aplicables en 42 CFR 414.605.

Emergencia. El término Emergencia tiene el mismo significado que Situación de Emergencia Médica (ver a continuación).

Situación de Emergencia Médica. Una enfermedad, incluida una enfermedad de salud mental o desorden por uso de sustancias, que se manifiesta con síntomas agudos de una gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) para que un lego prudente, que tenga conocimientos básicos de salud y medicina, pudiera razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata genere alguno de los siguientes casos: (1) poner en grave riesgo la salud del paciente (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer); (2) deterioro grave de las funciones corporales; o (3) disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo. El trabajo de parto activo se considera una Situación de Emergencia Médica. "Trabajo de parto activo" significa que una mujer embarazada está teniendo contracciones y: (1) no hay tiempo suficiente para un traslado seguro a otro hospital antes del parto; o (2) un traslado plantea una amenaza para la salud y la seguridad de la Participante o del hijo por nacer.

Servicios de Emergencia

- (a) Con respecto a una Situación de Emergencia Médica, Servicios de Emergencia significa un examen de reconocimiento médico apropiado que está dentro de la capacidad del departamento de emergencias de un Hospital o un Departamento de Emergencias Autónomo Independiente, según corresponda, incluidos los servicios

auxiliares disponibles rutinariamente para el departamento de emergencias para evaluar tales afecciones de emergencia médica, junto con los exámenes y tratamientos médicos adicionales que se requieran para estabilizar al paciente (independientemente del departamento del Hospital en el que se proporcionen dichos exámenes o tratamientos adicionales).

- (b) Los servicios de emergencia también incluyen los servicios normalmente cubiertos por el programa MLK que sean proporcionados por un Profesional de Atención Médica Externo a la Red o un Centro de Emergencias Externo a la Red (independientemente del departamento del Hospital en el que se proporcionen dichos artículos o servicios) después de que el paciente se estabilice y como parte de la observación ambulatoria o de una estancia hospitalaria o ambulatoria con respecto a la visita en la que se proporcionaron los servicios iniciales por una Situación de Emergencia Médica en dicha Instalación de Emergencia Externa a la Red o por dicho Profesional de Atención Médica Externo a la Red, a menos que (1) el paciente pueda viajar usando transporte no médico o transporte médico que no sea de emergencia hasta un proveedor o instalación de la red disponible dentro de una distancia de viaje razonable (según lo determine el Médico de emergencia que lo atiende o el Profesional de Atención Médica tratante), (2) el paciente o el representante autorizado del paciente otorguen al Proveedor Externo a la Red un consentimiento informado por escrito para renunciar a las protecciones de costos compartidos y Facturación del Saldo para estos servicios, y (3) el Proveedor o la Instalación satisfaga cualquier requisito o prohibición adicional de la Ley Sin Sorpresas o los reglamentos emitidos al amparo de esa ley.
- (c) "Estabilizar" significa, en el contexto de los párrafos (a) y (b) y en relación con una afección médica de emergencia, proporcionar el tratamiento médico que sea necesario que asegure, dentro de una probabilidad médica razonable, que no se produzca un deterioro sustancial de la afección como resultado de o durante el traslado de la persona desde un establecimiento (o, en una afección de emergencia que involucre a una mujer embarazada con contracciones, dar a luz a un niño, incluida la placenta).

Centro de Emergencias Externo a la Red significa un departamento de emergencias de un hospital, un Departamento de Emergencia Autónomo Independiente o, con respecto a los servicios descritos en el párrafo (b) de la definición de Servicios de Emergencia, un Hospital, que no tenga una relación contractual directa o indirecta con el Fondo para el suministro de un artículo o servicio bajo el Programa MLK.

Centro de Salud. En el contexto de los Servicios que No son de Emergencia, un Centro de Salud es cada uno de los siguientes: (a) un Hospital, (b) un departamento para pacientes

ambulatorios de un Hospital; (c) un hospital de acceso crítico; y (d) un centro quirúrgico ambulatorio.

Departamento de Emergencias Autónomo Independiente significa un centro de atención médica que (1) está geográficamente separado y es distinto y tiene licencia por separado de un hospital según la ley estatal aplicable, y (2) proporciona cualquier Servicio de Emergencia según se define en el párrafo (a) de la definición de Servicios de Emergencia descrito anteriormente.

F. Disponibilidad de Revisión externa para Reclamos de Salud Denegados

De acuerdo con el Proceso de Revisión Externa del Programa MLK, que se establece en el Artículo IV, Sección 11.J. de su SPD (a partir de la página 56), la Revisión Externa de un Reclamo de Salud Denegado estará disponible para una denegación que implique la consideración de si el Programa MLK está cumpliendo con las protecciones de facturación sorpresa y costos compartidos descritas anteriormente (aplicable a los Servicios de Emergencia de un Proveedor Externo a la Red, ciertos servicios que no son de emergencia brindados por un Profesional de Atención Médica Externo a la Red en un Centro de Salud que es un Proveedor de la Red, o Servicios de Ambulancia Aérea proporcionados por un Proveedor Externo a la Red). Todos los demás requisitos para revisión externa permanecen sin cambios y continúan siendo de aplicación.

G. Pago del Plan al Proveedor.

Para las tres categorías de servicios sujetos a estas nuevas reglas, como se describe en las Subsecciones B, C y D anteriores, el pago del Fondo al Proveedor se determinará de conformidad con los requisitos de la Ley Sin Sorpresas.

<p style="text-align: center;">SECCIÓN 2: REGLAS DE CUIDADO CONTINUADO VIGENTE A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2022</p>

A partir del 1 de enero de 2022, si está recibiendo un tratamiento con un proveedor de la red y hay un cambio en la Red del Programa MLK y su proveedor deja de ser un proveedor de la red (o si su proveedor no puede continuar brindando el tratamiento debido a un cambio en los términos del contrato entre el proveedor y el Programa MLK),

tiene derecho a continuar el tratamiento con ese proveedor por hasta 90 días en virtud de los mismos términos y condiciones que antes, si califica como Paciente de Atención Continuada. Según esta nueva regla, solo se le permite recibir atención de transición continuada por el Proveedor para la enfermedad que lo convierte en un Paciente de atención continuada.

Usted califica como paciente de atención continuada con respecto a un proveedor, y puede optar por recibir atención continuada de transición con su proveedor si:

1. está recibiendo un ciclo de tratamiento para una "enfermedad grave y compleja" (como se define a continuación) del Proveedor;
2. está recibiendo un ciclo de atención institucional u hospitalaria del Proveedor;
3. tiene fecha programada para someterse a una cirugía no selectiva (incluida la recepción de atención posoperatoria) del Proveedor;
4. está embarazada y se somete a un tratamiento del Proveedor para el embarazo; O
5. usted tiene o se determinó que padece una enfermedad terminal (según se determina en la sección 1861 (dd) (3) (A) de la Ley del Seguro Social) y está recibiendo tratamiento para dicha enfermedad por el Proveedor.

Una "enfermedad grave y compleja" significa:

- En el caso de una enfermedad aguda, una condición que sea lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico especializado para evitar la posibilidad razonable de muerte o daño permanente; O
- En el caso de una enfermedad o afección crónica, una enfermedad que (i) es potencialmente mortal, degenerativa, potencialmente incapacitante o congénita, y (ii) requiere atención médica especializada durante un período prolongado.

Para continuar recibiendo atención médica de su Proveedor si ya no forma parte de la red, debe completar un formulario, proporcionado por el Fondo, en el que elige continuar la atención con su Proveedor. Si se determina que califica como Paciente de Atención Continuada, puede continuar recibiendo atención médica del Proveedor, para la enfermedad que lo convierte en un Paciente de Atención Continuada, hasta lo que ocurra antes: (i) que transcurran 90 días a partir de la fecha en que se le proporcione un aviso del derecho a elegir la atención continuada de transición con el Proveedor, o (ii) la fecha en la que deje de ser un Paciente de Atención Continuada con respecto al Proveedor.

Si califica o puede calificar como un "Paciente de Atención Continuada" con respecto a un Proveedor que sea eliminado de la Red del Programa MLK, se le enviará un aviso con más información sobre cómo solicitar continuar el tratamiento con su Proveedor por hasta 90 días.

SECCIÓN 3:
DIRECTORIO DE PROVEEDORES
VIGENTE A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2022

A partir del 1 de enero de 2022, si recibe atención médica de un Proveedor Externo a la Red porque el Plan o el Administrador del Plan (DBA, por sus siglas en inglés) le informó incorrectamente (ya sea a través de su sitio web, directorio de proveedores, remisión de otro médico o por llamada telefónica) de que el Proveedor Externo a la Red era un proveedor perteneciente a la red, entonces usted solo debe pagar el Copago o Coseguro correspondiente dentro de la red para esa atención médica y su costo compartido (es decir, su Copago o Coseguro) contará para su gasto máximo de bolsillo anual.

En <http://www.MLKCHplan.com> tendrá disponible sin cargo una lista de los proveedores de la red del programa MLK, o puede llamar a DBA, el Administrador de reclamaciones, al 833-961-3021. **Recuerde, si bien hay algunas excepciones, generalmente necesita una remisión y una autorización previa para recibir atención/servicios médicos de un proveedor en la red extendida o la red terciaria.**

* * * *

De conformidad con los requisitos de información de ERISA, esta notificación sirve como Resumen de Modificaciones Sustanciales ("SMM") del Resumen del Plan Descriptivo y Documento del Plan del Fondo Fiduciario de Beneficios de Salud UNITE HERE de Santa Mónica (en vigor desde el [escribir fecha]) ("SPD"). Guarde este SMM con su SPD y otros materiales del plan para poder consultar fácilmente todas las disposiciones del Plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina del Fondo.

La recepción de este aviso no determina su elegibilidad. Si desea verificar su elegibilidad, o si tiene alguna pregunta con respecto a los cambios descritos en este SMM, comuníquese con la Oficina del Fondo.