



Long Beach/Orange County

Plan Unit 278



Descripción Resumida del Plan

Sus beneficios de salud y bienestar

UNITE HERE HEALTH

Descripción resumida del plan Long Beach/Orange County Plan Unit 278

Efectivo a partir del 1 de octubre de 2023

Esta Descripción Resumida del Plan sustituye y reemplaza todos los materiales emitidos anteriormente.

Este folleto contiene un resumen en inglés de sus derechos y beneficios de su plan bajo UNITE HERE HEALTH. Si usted tiene problemas entendiendo cualquier parte de este folleto, usted puede llamar a UNITE HERE HEALTH al (855) 844-5262 (TTY: (855) 386-3889 o (855) FUNDTTY) para asistencia.

Índice

Cómo utilizar este libro	A-1
¿Cómo puedo obtener ayuda?	A-4
¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?	A-5
Resumen de beneficios	B-1
Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO.....	C-1
Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY DHMO.....	D-1
Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY dental PPO	D-3
Beneficios de la visión.....	D-13
Beneficios del seguro de vida y de AD&D	D-17
Beca John Wilhelm.....	D-25
Exclusiones y limitaciones generales	E-1
Subrogación.....	F-1
Elegibilidad para cobertura.....	G-1
Terminación de cobertura.....	G-13
Cómo restablecer la elegibilidad	G-17
Continuación de cobertura de COBRA	G-21
Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones.....	H-1
Otra información importante.....	I-1
Sus derechos en virtud de ERISA.....	I-7
UNITE HERE HEALTH Junta de Fideicomisarios	I-11

Cómo utilizar este libro

Conozca:

- Qué es UNITE HERE HEALTH.
- Qué es este libro y cómo usarlo.

Por favor, tómese un tiempo para revisar este libro.

Si tiene dependientes, comparta esta información con ellos y hágales saber dónde es que guarda este libro, de tal forma que usted y su familia puedan usarlo como referencia en el futuro.

¿Qué es UNITE HERE HEALTH?

UNITE HERE HEALTH (el Fondo) fue creado para brindar beneficios para usted y sus dependientes cubiertos. UNITE HERE HEALTH atiende a participantes que trabajan para empleadores en la industria hotelera y se rige por una Junta de Fideicomisarios compuesta por igual cantidad de miembros del sindicato y fideicomisarios del empleador. Cada empleador contribuye a UNITE HERE HEALTH de acuerdo con un contrato específico, llamado Acuerdo de Negociación Colectiva (CBA), entre el empleador y el sindicato, o un Acuerdo de Participación (PA) entre el empleador y UNITE HERE HEALTH.

Su cobertura se ofrece bajo Plan Unit 278 (Long Beach/Orange County), que ha sido adoptada por los Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH para brindar beneficios médicos y otros beneficios de salud y bienestar a través del Fondo. Otros SPD explican los beneficios para otras Unidades del Plan, incluyendo la Plan Unit 178 (Los Ángeles).

¿Qué es este libro y por qué es importante?

Este libro es su Descripción Resumida del Plan (SPD, por sus siglas en inglés). Su SPD lo ayuda a comprender cuáles son sus beneficios y cómo usarlos. Es un resumen de las reglas y regulaciones del Plan y describe:

- Cuáles son sus beneficios.
- Cómo es que se vuelve elegible para recibir cobertura.
- Cuándo sus dependientes están cubiertos.
- Limitaciones y exclusiones.
- Cómo presentar reclamos.
- Cómo apelar reclamos que han sido denegados.

En caso de conflicto entre esta Descripción Resumida del plan y el Documento del plan que rige el Plan, regirá el Documento del plan.

El empleador no contribuyente, la asociación de empleadores, el sindicato o cualquier persona empleada por una de estas organizaciones tiene la autoridad para responder preguntas o interpretar cualquier disposición de esta Descripción Resumida del Plan en nombre del Fondo.

¿Cómo uso mi SPD?

Esta SPD está dividida en secciones. Puede obtener más información sobre diferentes temas al leer cuidadosamente cada sección. Se muestra un resumen de los temas al comienzo de cada sección. Cuando tenga preguntas, usted debe comunicarse con el Fondo al **(855) 844-5262**. El Fondo puede ayudarle a comprender cómo funcionan sus beneficios.

Lea su SPD para obtener información importante sobre cuáles son sus beneficios, cómo se pagan sus beneficios y qué reglas debe cumplir. Puede encontrar más información acerca de un beneficio específico en la sección aplicable. Por ejemplo, puede obtener más información acerca de sus beneficios médicos en la sección titulada “Beneficios Kaiser”. Si desea saber más sobre sus beneficios del seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés), lea la sección titulada “Beneficios del seguro de vida y AD&D”.

¿Cómo puedo obtener ayuda?

UNITE HERE HEALTH
(855) 844-5262 o (855) 386-3889 (TTY)
www.uhh.org

Llame al Fondo:

- Cuando tenga alguna pregunta sobre sus beneficios.
- Cuando tenga preguntas sobre su elegibilidad para inscripción o beneficios.
- Cuando tenga preguntas sobre los autopagos.
- Para actualizar su dirección.
- Para informar cambios en su estado familiar, como divorcio o un nuevo hijo.
- Para solicitar tarjetas de identificación nuevas.
- Para obtener formularios o una SPD nueva.

¡Descargue la aplicación móvil del Portal de Miembros de UHH! ¡Obtenga acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a sus beneficios y más!

Para descargar la aplicación, escanee el código QR o busque "UHH Member Portal" en su tienda de aplicaciones.

iPhone



Androide



Este folleto contiene un resumen en inglés de sus derechos y beneficios de su plan bajo UNITE HERE HEALTH. Si usted tiene problemas entendiendo cualquier parte de este folleto, usted puede llamar a UNITE HERE HEALTH al (855) 844-5262 (TTY: (855) 386-3889 o (855) FUNDTTY) para asistencia.

¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?

Conozca:

- Por qué debería tener un proveedor de atención primaria.
- Por qué debería recibir atención médica preventiva.
- Cómo reducir sus costos de atención de urgencia.
- Por qué debería obtener autorización previa para su atención.
- Cómo usar proveedores de la red para ahorrar tiempo y dinero.

¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?

Consiga un proveedor de atención primaria

Usted y cada uno de sus dependientes deben tener un proveedor de atención primaria (también conocido como “PCP”). Debe conocer a su PCP para que él o ella puedan ayudarlo a mejorar su salud y mantenerse saludable. Su PCP puede ayudarlo a encontrar problemas potenciales lo antes posible y coordinar su atención especializada.

Su PCP también le ayuda a realizar un seguimiento de cuándo necesita atención médica preventiva.

- ✓ Llame a Kaiser para obtener ayuda para encontrar un PCP.

Obtenga atención médica preventiva

Ciertos tipos de atención médica preventiva están cubiertos al 100% cuando utiliza proveedores de la red. Recibir atención médica preventiva lo ayuda a mantenerse saludable al detectar signos de afecciones médicas graves. Si la atención médica preventiva o las pruebas muestran que hay un problema, cuanto antes le diagnostiquen, antes podrá comenzar el tratamiento. **Asegúrese de utilizar un proveedor de la red.** No se pagarán beneficios por atención médica preventiva si utiliza un proveedor fuera de la red.

Reconsidere la atención en la sala de emergencias

¿Realmente es una emergencia? Si no necesita servicios de emergencia, es posible que pague menos cuando acuda a un centro de atención de urgencia o a su PCP.

- ✓ Si necesita atención de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.

Obtenga autorización previa para su cuidado

Su proveedor debe obtener autorización previa antes de que usted reciba ciertos tipos de atención.

- ✓ Llame a Kaiser al (800) 464-4000.

Utilice proveedores de la red

Reduzca sus costos con un proveedor de la red

Según Kaiser HMO y LIBERTY Dental HMO, los beneficios generalmente solo se pagarán si utiliza un proveedor de la red. Si los proveedores fuera de la red están cubiertos, generalmente pagará menos de su bolsillo si elige un proveedor de la red que si elige atención fuera de la red. Solo tiene que pagar la diferencia entre la tarifa con descuento del proveedor de la red (el cargo permitido) y lo que se paga por sus servicios cubiertos. El proveedor de la red no puede cobrarle la diferencia entre el cargo permitido y sus cargos reales por sus gastos cubiertos (a veces llamado facturación del saldo).

¿Cómo me mantengo dentro de la red médica?

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de la red, consulte la parte de su SPD que explica sus beneficios de atención médica específicos. La información en esa parte de su SPD le indicará cómo permanecer en la red. También puede visitar www.uhh.org para obtener enlaces a sus redes de proveedores.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios u opciones de beneficios, llame al Fondo al **(855) 844-5262**.

Programas que lo ayudarán

El Fondo puede, de vez en cuando, ofrecer ciertos programas educativos o informativos. Estos programas estarán disponibles a discreción exclusiva del Fondo y solo podrán ofrecerse a ciertos participantes. El Fondo enviará información sobre los programas según esté disponible.

Resumen de beneficios

Resumen de beneficios

Por favor llame al Fondo si tiene preguntas sobre sus beneficios: **(855) 844-5262**

Beneficios médicos y de medicamentos recetados de HMO

Ver página B-2 para obtener más información sobre sus beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO.

Si elige la opción LIBERTY DHMO

Consulte su hoja de cargos del paciente de LIBERTY DHMO y su Evidencia de cobertura (EOC) para obtener más información sobre sus beneficios de LIBERTY DHMO, incluido su costo compartido (vea página D-1).

Si elige la opción LIBERTY Dental PPO — lo que paga

Descripción de Servicios	LIBERTY Dental Proveedor PPO	Proveedor fuera de la red
Servicios dentales		
Beneficio máximo pagadero cada año calendario <i>tratamiento sin ortodoncia</i>	\$1,500/persona no aplica a exámenes para menores de 19 años.	
Deducible por año calendario	\$50/Persona y \$150/familia	
	Lo que usted paga por la atención dental	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (No hay deducible)	30% (No hay deducible)
Servicios de emergencia <i>incluso para tratar el dolor intenso</i>		
Servicios de diagnóstico por rayos X		
Servicios restaurativos menores	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios periodontales		
Servicios de endodoncia		
Cirugía Oral	50% después del deducible	60% después del deducible
Servicios restaurativos principales		
Servicios y reparaciones de prostodoncia		
Servicios de ortodoncia		
Servicios de ortodoncia	50% (sin deducible) <i>Beneficios del plan limitados a un máximo de por vida de \$2,500/persona</i>	

B

B-2

Resumen de beneficios

B

Beneficios de la vista — lo que usted paga

Descripción de los Servicios <i>Cubierto una vez cada 24 meses *</i>	Proveedor de UnitedHealthcare	Proveedor fuera de la red
Examen de la vista	\$15 de copago	\$0 copago; \$40 máximo
Lentes	\$10 copago; \$130 máximo para marcos <i>Las lentes están completamente cubiertas.</i>	\$0 de copago Los máximos son: \$40 para lentes monofocales \$50 para lentes bifocales \$80 para lentes trifocales \$50 para lentes progresivos
Monturas		\$0 copago; máximo \$45
Lentes de contacto electivos en vez de anteojos	\$10 copago; \$105 máximo para contactos no estándar como lentes tóricos y permeables al gas <i>El copago no se aplica a contactos no estándar.</i>	\$0 copago; \$105 máximo
Lentes de contacto médicamente necesarios	\$10 copago	\$0 copago; \$210 máximo
* Ver página D-14 para excepciones a este límite de 24 meses.		

Beneficio de vida y AD&D: lo que paga el plan

Seguro de vida

Empleados

Empleados	\$20,000
-----------	----------

Dependientes

Cónyuge	\$20,000
Menor – desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad	\$3,000
Menor – 6 meses y mayores	\$20,000

Seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés):

Sólo empleados (monto total)	\$20,000
------------------------------	----------

B-3

Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO

Conozca:

- Cómo utilizar sus beneficios de Kaiser HMO.
- Obtener más información sobre su Kaiser HMO.
- Conozca cómo presentar quejas, reclamos y apelaciones.

Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO

UNITE HERE HEALTH tiene un contrato con Kaiser Permanente del Sur de California (Kaiser) para proporcionar los beneficios médicos y de medicamentos recetados de la HMO. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Kaiser HMO, cómo elegir a un proveedor de atención primaria o si tiene alguna pregunta sobre cómo funcionan sus beneficios, comuníquese con Kaiser.

Kaiser Permanente

www.kp.org

(800) 464-4000 (Servicios a los miembros)
(833) 574-2273 (833-KP4CARE) (enfermera asesora)

Kaiser administra sus beneficios de acuerdo con la ley estatal y federal aplicable. Usted recibirá un documento detallado que brinda información sobre sus costos compartidos y las reglas que rigen sus beneficios de Kaiser. El contrato con Kaiser rige la forma en que se pagan sus beneficios; sin embargo, UNITE HERE HEALTH sigue siendo quien determina quién es elegible y quién no. Debe comunicarse con el Fondo si tiene alguna pregunta sobre elegibilidad o inscripción. Sin embargo, si tiene alguna pregunta sobre cómo funcionan sus beneficios de Kaiser HMO, por favor, comuníquese con Kaiser.

Cómo utilizar sus beneficios de Kaiser HMO

Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP). Puede elegir a cualquier proveedor de Kaiser. También puede elegir a un pediatra de Kaiser como el PCP de un hijo.

Su PCP lo ayudará a recibir atención a través de Kaiser. Por ejemplo, si necesita una referencia para ciertos tipos de atención, su PCP debe brindarle las referencias que necesita. No necesita una referencia o autorización previa para recibir atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de Kaiser especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el proveedor de atención médica puede tener que cumplir ciertos procedimientos, incluido obtener autorización previa para ciertos servicios, seguido de un plan de tratamiento aprobado previamente o cumplir los procedimientos para obtener referencias.

Excepto en casos de emergencia, por lo general usted debe acudir a un proveedor, hospital o centro de Kaiser a fin de recibir beneficios bajo la opción de HMO. Por lo general, Kaiser no pagará beneficios por atención que reciba de un proveedor fuera de la red, —usted tendrá que pagar la totalidad del costo por su cuenta y gasto.

Puede obtener más información sobre cómo funcionan sus beneficios leyendo la descripción de sus beneficios. Puede obtener una descripción de sus beneficios comunicándose con Kaiser o UNITE HERE HEALTH.

Usando este SPD

El contrato entre UNITE HERE HEALTH y Kaiser Permanente regirá sobre cómo se pagarán y administrarán los beneficios de Kaiser. Si hubiera alguna discrepancia entre la información sobre

Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO

los beneficios de Kaiser provista por UNITE HERE HEALTH y el contrato de Kaiser, registrará el contrato de Kaiser. La descripción de beneficios de Kaiser que recibe al momento de su inscripción le explicará las reglas que aplican a sus beneficios.

Las siguientes secciones de esta SPD no aplican a los beneficios que brinda Kaiser (pero pueden aplicar a otros beneficios que ofrece el Plan):

- Exclusiones y limitaciones generales
- Subrogación
- Disposiciones generales de reclamos

Obteniendo más información

Recibirá un documento conteniendo información más detallada sobre sus beneficios de Kaiser. Este documento le brinda detalles sobre sus beneficios de Kaiser HMO, por ejemplo, cuál es su costo compartido, qué está cubierto, qué está excluido y cómo usar sus beneficios. Si necesita una copia de este documento, puede solicitarla comunicándose con Kaiser o UNITE HERE HEALTH, o visitando www.uhh.org/library.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y las Madres

En virtud de la ley federal, los planes de salud colectivos y los emisores de seguros de salud por lo general no pueden restringir beneficios de estadía hospitalaria en relación con el parto para la madre o un recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. Esta protección bajo la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y la Madres (NMHPA, por sus siglas en inglés) también significa que sus beneficios no están restringidos durante el período de 48 horas (o el período de 96 horas, según corresponda). Sin embargo, NMHPA no prohíbe que su proveedor de atención (o el de su recién nacido) le den de alta a usted o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda), después de consultar con usted primero.

Arbitraje

A menos que haya una excepción (consulte el siguiente párrafo), cualquier disputa entre usted, sus herederos, familiares u otras partes asociadas por un lado y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica o administrador contratado, así como cualquier otra parte asociada por el otro lado, por una presunta violación de cualquier obligación que surja de o se relacione con la membresía en KFHP, incluido cualquier reclamo de mala praxis médica u hospitalaria (un reclamo en el que los servicios médicos eran innecesarios, no estaban autorizados o fueron provistos de manera inapropiada, negligente o incompetente) en cuanto a las obligaciones del centro o en relación con la cobertura o provisión de servicios o artículos,

independientemente de la teoría legal, debe decidirse mediante arbitraje en virtud de la ley de California y no mediante demanda o recurso de un proceso ante el tribunal, excepto según estipule la ley aplicable en cuanto a revisiones judiciales o procesos judiciales.

Las excepciones a las reglas de arbitraje vinculante de Kaiser son: reclamos sujetos a las disposiciones de procedimientos de reclamos de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), un procedimiento de apelación de Medicare y cualquier otro reclamo que no pueda estar sujeto a un arbitraje vinculado en virtud de la ley aplicable. Puede encontrar mayor explicación sobre el arbitraje vinculante, así como sus derechos y obligaciones de uso de arbitraje vinculante en su evidencia de cobertura.

Quejas, reclamos y apelaciones

- ✓ *Este es un resumen de sus derechos a la fecha en que se imprimió esta SPD. Por favor, tome en cuenta que Kaiser puede cambiar sus procedimientos, los cuales reemplazan este resumen. Comuníquese con Kaiser o visite cualquier oficina de servicios a los miembros para obtener más información sobre sus derechos o para recibir ayuda.*

www.kp.org

(800) 464-4000 (TTY: 711)

Los proveedores de Kaiser siempre pueden presentar un reclamo por usted. Sin embargo, es posible que usted tenga que presentar un reclamo por los proveedores que no sean de Kaiser. Usted debe incluir, facturas, recibos, registros médicos o cualquier otra información relacionada. Kaiser puede solicitar información adicional; si no desea brindarla, Kaiser tomará la decisión final con la información que tiene. Usted puede revisar, sin cargo alguno, una copia de toda la información relevante que tiene Kaiser sobre su queja, reclamo o apelación.

Si, después de que Kaiser paga su reclamo, usted recibe una factura de un proveedor que no pertenece a Kaiser, por cargos que no sean sus costos compartidos, por favor, llame a Kaiser.

Otra persona, como un amigo, familiar o abogado, puede presentar un reclamo, apelación o queja por usted (usted debe informar a Kaiser por escrito quién lo representará). Usted puede presentar quejas, reclamos y apelaciones por sus hijos menores de edad.

Cómo presentar reclamos y quejas

Reclamos son por servicios que ya ha recibido, como servicios de urgencia o emergencia fuera del plan o fuera del área, servicios de ambulancia, atención posterior a la estabilización o servicios que no fueron autorizados por Kaiser. Presente estos ante Kaiser tan pronto como sea posible.

Quejas son por cualquier expresión de insatisfacción, incluidas denegaciones de autorización previa, solicitudes de medicamentos que no están en el formulario, servicios que su médico determina que no son médicamente necesarios, servicios que no están cubiertos, servicios que no han recibido o cobertura continua de planes de tratamiento en curso. Preséntelas dentro de los 180 días posteriores al incidente o acción.

Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO

Presentación inicial		
Quejas	Reclamaciones por servicios de emergencia de proveedores que no pertenecen a Kaiser, atención posterior a la estabilización, atención de urgencia fuera del área o servicios de ambulancia por emergencia	Todos los otros servicios
- Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visite www.kp.org O Quejas no urgentes: Envíe por correo o lleve su queja a cualquier oficina de servicios para miembros* Quejas urgentes: Enviar por correo postal a: Kaiser Foundation Health Plan Inc. Expedited Review Unit P.O. Box 23170 Oakland, CA 94623-0170	Envíe su reclamo por correo postal a: Kaiser Foundation Health Plan Claims Administration–SCAL P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004	- Envíe su reclamo por correo postal o llévelo a cualquier oficina de servicios a los miembros* - Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visite www.kp.org

* Consulte su folleto de inscripción o visite www.kp.org para encontrar un directorio.

- Para quejas por medicamentos recetados que no se encuentran en el formulario, Kaiser le notificará sobre la decisión dentro de las 72 horas (24 horas en caso de una solicitud urgente).
- Para quejas urgentes, recibirá aviso verbal tan pronto como lo requiera su condición clínica, pero dentro de las 72 horas. Comuníquese con Kaiser para obtener información sobre cuándo es que la queja es urgente.

A menos que presente una queja urgente o una queja por medicamentos recetados que no están en el formulario, Kaiser le dará su decisión por escrito dentro de los 30 días de recibida su presentación inicial, pero puede solicitar 15 días más debido a circunstancias que escapen a su control. Kaiser tomará una decisión dentro de esos 15 días adicionales.

Cómo presentar apelaciones

Usted puede apelar la denegación de una queja o reclamo en su totalidad o en parte dentro de los 180 días de recibida la denegación de Kaiser. Kaiser enviará la decisión final dentro de los 30 días después de recibir su apelación.

Cómo presentar una apelación		
Apelación de quejas	Cómo apelar servicios de emergencia, atención posterior a la estabilización, atención de urgencia fuera del área o servicios de ambulancia por emergencia por parte de proveedores que no pertenecen a Kaiser.	Apelación de todos los otros servicios
- Envíe su apelación por correo postal o llévela a cualquier oficina de servicios a los miembros* - Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visite www.kp.org	- Envíe su apelación por correo postal a: Kaiser Foundation Health Plan Special Services Unit P.O. Box 23280 Oakland, CA 94623 - Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visite www.kp.org	- Envíe su apelación por correo postal o llévela a cualquier oficina de servicios a los miembros* - Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) - Visite www.kp.org

*Consulte su folleto de inscripción o visite www.kp.org para encontrar un directorio.

Revisiones de la organización de revisión interna (IRO, por sus siglas en inglés) de medicamentos recetados que no se encuentran en el formulario

Usted puede solicitar una revisión de la IRO de un medicamento denegado que no se encuentra en el formulario dentro de los 180 días de recibir la denegación.

- Llame al **(888) 987-7247 (TTY: 711)** o fax: **(888) 987-2252**
- Visite cualquier oficina de servicios a los miembros (consulte su folleto de inscripción o visite www.kp.org para encontrar un directorio).
- Complete un formulario de queja en www.kp.org
- Envíe una solicitud por correo postal a:
Kaiser Foundation Health Plan Inc.
Expedited Review Unit
P. O. Box 23170
Oakland, CA 94623-0170

Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO

Usted recibirá una decisión dentro de las 72 horas para revisiones no urgentes (24 horas para revisiones urgentes). Si la IRO no decide a su favor, puede solicitar una revisión médica independiente o presentar una queja al Departamento de Atención Médica Administrada de California.

Revisión médica independiente

La revisión médica independiente está disponible si usted considera que Kaiser denegó, modificó o retrasó los servicios o el pago de servicios de manera inapropiada, y que (1) la denegación se basó en la conclusión de que los servicios no eran médicamente necesarios; o (2) por condiciones gravemente debilitantes o de riesgo para la vida, se denegó el tratamiento solicitado como experimental o de investigación. Asimismo, si presenta una queja y después necesita ayuda con ella debido a que su queja es una emergencia, no se ha resuelto a su satisfacción o no se resuelve después de 30 días, puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California al número de llamada gratuita **(888) HMO-2219** y a la línea de TDD **(877) 688-9891** para recibir asistencia para personas con discapacidades auditivas y del lenguaje.

Derechos de apelación adicionales

Puede tener derechos adicionales más allá de sus apelaciones internas y externas de Kaiser. Comuníquese con Kaiser para obtener más información.

Kaiser
(800) 464-4000 (TTY: 711)
www.kp.org

Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia o una queja no resuelta después de 30 días, comuníquese con el Departamento de Atención Médica Administrada de California:

California Department of Managed Health Care
(888) HMO-2219 TDD: (877) 688-9891
www.dmhca.ca.gov

Beneficios dentales bajo la opción *LIBERTY DHMO*

Conozca:

- Lo que usted paga por su atención dental.
- Qué tipos de atención dental están cubiertos.
- Qué tipos de atención dental no están cubiertos.

*Esta sección solo aplica para usted si elige la opción de **LIBERTY DHMO**.
Si elige **LIBERTY dental PPO**, consulte la sección que comienza en la página **Página D-3** para obtener información sobre sus beneficios dentales.*

Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY DHMO

Los jubilados y sus dependientes **no** son elegibles para recibir beneficios dentales.

UNITE HERE HEALTH (el Fondo) tiene un contrato con LIBERTY Dental Plan (LIBERTY) para brindarle beneficios dentales de DHMO a usted y sus dependientes si elige esta opción de beneficio. Esta parte de la SPD resume sus beneficios dentales. Usted recibirá un documento detallado que también enumera cualquier otro tipo de dependientes que usted puede inscribir en la cobertura dental, además de los dependientes enumerados en este SPD. Las reglas sobre quién es su dependiente bajo LIBERTY DHMO solo se aplican a los beneficios dentales y no se aplican a ningún otro beneficio ofrecido bajo el Plan. Llame al fondo al **(855) 844-5262** si necesita ayuda para comprender qué dependientes son elegibles para la cobertura dental de LIBERTY DHMO, ya que el Fondo toma todas las decisiones de elegibilidad.

Si existe algún conflicto entre este SPD y los documentos de LIBERTY, los cuales contienen ciertas reglas específicas del estado sobre beneficios y costos compartidos, regirán los términos de los documentos de LIBERTY. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios dentales, por favor comuníquese con LIBERTY. LIBERTY le enviará una copia de la evidencia de cobertura (EOC) que describe cómo funciona su DHMO, su costo compartido para su atención dental y otra información importante. Este EOC generalmente reemplaza la información de DHMO en este SPD. However, your SPD explains your correct eligibility rules.

LIBERTY Dental Plan

(888) 442-4585

8 a. m. – 5 p. m. (hora del Pacífico) de lunes a viernes;

Servicios de emergencia disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana

libertydentalplan.com/uhh

Beneficios dentales bajo la opción *LIBERTY* dental PPO

Conozca:

- Lo que usted paga por su atención dental.
- Qué tipos de atención dental están cubiertos.
- Qué tipos de atención dental no están cubiertos.

*Esta sección solo aplica para usted si elige la opción de Liberty dental PPO.
Si elige una opción de beneficios de LIBERTY DHMO, por favor, consulte la sección que comienza en la página
Página D-1 para obtener información sobre sus beneficios dentales.*

Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY dental PPO

Los jubilados y sus dependientes no son elegibles para recibir beneficios dentales.

UNITE HERE HEALTH (el Fondo) tiene un contrato con LIBERTY Dental Plan (LIBERTY) para administrar los beneficios dentales para usted y sus dependientes.

Si elige la opción LIBERTY Dental PPO: lo que paga

Descripción de Servicios	LIBERTY Dental Proveedor PPO	Proveedor fuera de la red
Servicios dentales		
Beneficio máximo pagadero cada año calendario <i>tratamiento sin ortodoncia</i>	\$1,500/persona <i>no aplica a exámenes para menores de 19 años.</i>	
Deducible por año calendario	\$50/Persona y \$150/familia	
	Lo que usted paga por la atención dental	
Servicios preventivos y de diagnóstico	\$0 (No hay deducible)	30% (No hay deducible)
Servicios de emergencia incluso para tratar el dolor intenso		
Servicios de diagnóstico por rayos X		
Servicios restaurativos menores	20% después del deducible	40% después del deducible
Servicios periodontales		
Servicios de endodoncia		
Cirugía Oral	50% después del deducible	60% después del deducible
Servicios restaurativos principales		
Servicios y reparaciones de prostodoncia		
Servicios de ortodoncia		
Servicios de ortodoncia	50% (sin deducible) Beneficios del plan limitados a un máximo de por vida de \$2,500/persona	

Proveedores de la red

El Plan paga beneficios en base a si usted recibe tratamiento de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red. Para encontrar proveedores de la red, comuníquese con:

LIBERTY Dental Plan

(888) 442-4585

8 a. m. – 5 p. m. (hora del Pacífico) de lunes a viernes;

Servicios de emergencia disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana

libertydentalplan.com/uhh

Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY dental PPO

Lo que usted paga

Debe pagar los montos de su deducible y coseguro por su parte de los gastos cubiertos. También debe pagar cualquier gasto que no se considere gasto cubierto, incluido cualquier monto que exceda el cargo permitido cuando utilice proveedores fuera de la red.

Deducibles

Su deducible se aplica a la atención dental tanto dentro como fuera de la red. El deducible no aplica a atención diagnóstica o preventiva, tratamiento paliativo de emergencia, servicios de diagnóstico por rayos X ni a ortodoncia.

Solo tiene que pagar el deducible una vez al año. Una vez que haya pagado su deducible (a veces llamado "cubrir su deducible"), no tiene que hacer más pagos contra su deducible durante el resto de ese año. La misma regla se aplica si dos o más miembros de su familia satisfacen el deducible de \$150. Una vez que se ha cubierto su deducible familiar, nadie más en su familia tiene que pagar deducibles durante el resto de ese año.

Sus deducibles individuales de \$50 y familiares de \$150 solo se aplican a los beneficios LIBERTY dental PPO.

Los montos que usted paga por atención médica, medicamentos recetados o atención de la vista no se aplicarán a los deducibles dentales de \$50 y \$150.

Beneficios máximos

Cuidado dental sin ortodoncia

El Plan paga hasta \$1,500 por persona cada año por atención dental combinada dentro y fuera de la red. Una vez que el Plan pague \$1,500 por su atención dental durante un año, no se pagarán más beneficios por su atención dental durante el resto de ese año.

El beneficio máximo por año calendario para atención dental sin ortodoncia no se aplica a exámenes dentales para personas menores de 19 años.

Cuidado de ortodoncia

El Plan paga hasta un máximo de por vida de \$2,500 por persona por atención de ortodoncia dentro y fuera de la red combinada. Una vez que se alcance el máximo vitalicio de \$2,500, no se pagarán más beneficios por su cuidado de ortodoncia.

D

D-5

Curso de Tratamiento Alternativo

Si hay un tipo diferente de tratamiento que por lo menos sería tan efectivo como su tratamiento dental, pero con un costo más bajo, el cargo permitido será basado en el tipo de tratamiento alternativo de menos costo. Esta regla aplica si el tipo de tratamiento alternativo dental es:

- Se utiliza comúnmente para tratar su afección, según lo determine LIBERTY.
- Reconocido por la mayoría de los dentistas como apropiado según las prácticas dentales nacionales actuales.

Qué está cubierto

Puede haber límites sobre la frecuencia con la que se cubren ciertos servicios y suministros. Si el período de tiempo en cualquiera de las limitaciones que se muestran a continuación no ha transcurrido desde la última vez que se proporcionó el servicio o suministro, es posible que deba pagar el costo total. Siempre puede comunicarse con LIBERTY para averiguar cuándo fue la última vez que obtuvo beneficios por un determinado servicio o suministro. Si necesita un servicio o suministro que no figura a continuación, comuníquese con LIBERTY para averiguar si existen límites aplicables.

- **Servicios y procedimientos de diagnóstico** y preventivos para evaluar condiciones existentes y/o prevenir anomalías o enfermedades dentales, incluidos, entre otros, exámenes, limpiezas y consultas con un dentista no tratante.
 - Limpieza de rutina (profilaxis) y limpieza periodontal: dos cada 12 meses.
 - Exámenes orales: dos cada 12 meses.
 - Radiografías de mordida: 2 series cada 12 meses.
 - Radiografía de boca completa, que incluye radiografías de mordida: una vez cada 36 años. Radiografías panorámicas (incluida de mordida) son consideradas una radiografía de boca completa.
 - Aplicación tópica de flúor si es menor de 19 años: una cada 6 meses.
 - Selladores para el primer y segundo molar permanente si es menor de 16 años: una aplicación durante su vida. Los selladores se cubren sólo en el primer o segundo molar, y sólo si el diente no tiene caries y no ha tenido una restauración.
- **Cuidados paliativos de emergencia**, incluido el tratamiento para aliviar temporalmente el dolor y el malestar.
- **Radiografías de diagnóstico** para diagnosticar una condición específica.
- **Cirugía oral**, extracciones y otros procedimientos quirúrgicos, incluidos cuidados preoperatorios y postoperatorios, y anestesia general.

Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY dental PPO

- **Servicios y procedimientos de endodoncia** para tratar dientes con nervios enfermos o dañados (por ejemplo, endodoncias).
 - Los beneficios del tratamiento de conducto en dientes temporales se limitarán a los beneficios proporcionados por una pulpotomía.
- **Servicios de periodoncia** para tratar enfermedades de las encías y los dientes.
 - Cirugía periodontal, incluyendo el legrado subgingival, una vez por cuadrante cada 24 meses.
 - Si tiene inflamación gingival, el raspado periodontal (limpieza profunda) se pagará lo mismo que una limpieza regular (profilaxis).
 - Limpieza profunda (raspado periodontal y alisado radicular): una limpieza profunda de toda la boca cada 24 meses; no más de dos cuadrantes realizados en la misma visita o el mismo día.
 - Mantenimiento periodóntico: dos cada 12 meses.
 - Desbridamiento bucal completo: uno cada 24 meses.
- **Servicios de restauración** para reconstruir, reparar o reformar los tejidos de los dientes, incluidos, entre otros:
 - Servicios restaurativos menores como amalgama, porcelana sintética o restauraciones de resina.
 - Restauración de amalgama o resina: una por diente por superficie cada 12 meses.
 - Los beneficios de las restauraciones de resina se limitan a los de las restauraciones de amalgama si las radiografías muestran caries en el molar o premolar sobre el que se coloca la restauración de resina.
 - Los beneficios de múltiples restauraciones en el mismo diente se limitarán a los beneficios proporcionados por una restauración de múltiples superficies.
 - Servicios restaurativos principales, como coronas, chaquetas y restauraciones de oro, si el diente no se puede restaurar con otro empaste.
 - Coronas, incrustaciones, onlays y puentes: uno por diente cada 60 meses.
 - Los beneficios de las incrustaciones se limitarán a los beneficios proporcionados por restauraciones de amalgama comparables.
 - Los beneficios de incrustaciones de 4 superficies se limitarán a los beneficios proporcionados por incrustaciones de 3 superficies.
 - Los beneficios de las restauraciones coladas con componentes cosméticos (optativos) se limitarán a los beneficios proporcionados para las restauraciones de metal colado.
 - Los beneficios para los dientes que no pueden tener restauraciones enyesadas debido a

Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY dental PPO

caries o falta de estructura dental en menos de 4 superficies se limitan a los beneficios proporcionados para las restauraciones de amalgama o resina.

- **Servicios de prótesis** y aparatos que reemplazan los dientes naturales faltantes, incluidos puentes, dentaduras postizas parciales y dentaduras postizas completas.
 - Rebase o rebasado de dentaduras postizas: una vez por arco en un período de 24 meses consecutivos.
 - Ajustes de la dentadura postiza: una vez por arco en un período de 6 meses consecutivos.
 - Dentadura postiza completa o dentadura postiza parcial: una vez por arco cada 60 meses, a menos que la dentadura postiza parcial existente no pueda funcionar debido a la pérdida de dientes naturales.
 - Los beneficios para una dentadura postiza parcial fija colocada en un arco dental al que le faltan tres o más dientes se limitan a los beneficios proporcionados para las dentaduras postizas removibles. Sin embargo, este límite no se aplica a una dentadura postiza parcial fija preexistente que se considera cubierta.
 - Los beneficios de los pónicos se limitan al beneficio de un pónico si el espacio entre los dientes creado por un diente faltante es mayor que el tamaño del diente original.
 - Los beneficios para la personalización de dentaduras postizas, accesorios de precisión, interruptores de estrés o técnicas especializadas se limitan a los beneficios proporcionados para las dentaduras postizas convencionales.
- **Reparaciones protésicas** y rebases de aparatos protésicos.
- **Servicios de ortodoncia** incluyendo radiografías, pruebas de diagnóstico, yesos y tratamientos, y aparatos fijos o removibles, incluidos aparatos de retención. Sólo se cubrirá un aparato por persona para orientación dental o control de hábitos nocivos. Cada mes de tratamiento activo es un servicio independiente.

Lo que no está cubierto

Además de los gastos relacionados con cualquier exclusión o limitación del Plan general, los siguientes tipos de tratamientos, servicios y suministros no están cubiertos:

- Fluoruros de aplicación tópica para personas de 19 años o más.
- Mantenedores de espacio a menos que se utilicen como aparato pasivo porque se han perdido los dientes primarios.
- Reparación o recementación de mantenedores de espacio por parte de la misma oficina dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial.
- Terapia de conducto radicular cuando las radiografías muestran conductos llenos de manera

Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY dental PPO

D

incompleta, patología periapical no resuelta o conductos llenos con material no aprobado para terapia de endodoncia por la Asociación Dental Estadounidense.

- Tratamiento de endodoncia de un diente en el que anteriormente se realizaron servicios de endodoncia en el mismo consultorio.
- Tratamiento de endodoncia realizado en conjunto con aparatos de prótesis removibles.
- Alveolectomía/alveoloplastia realizada junto con extracciones.
- Reemplazo de una restauración escayolada dentro de los 60 meses posteriores a la colocación inicial de una restauración existente.
- Acumulación de corona cuando las radiografías muestran evidencia de una altura vertical suficiente para soportar una restauración escayolada.
- Recementado de inlays, onlays o coronas por el mismo consultorio dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Cirugía o terapia periodontal en ausencia de evidencia radiográfica de pérdida ósea.
- Injertos o gingivectomías realizadas conjuntamente con cirugía ósea.
- Regeneración guiada de tejidos.
- Alargamiento de la corona o gingivoplastia, si no se realiza al menos 4 semanas antes de la preparación de la corona.
- Procedimientos de mantenimiento periodontal realizados dentro de los 3 meses posteriores a la terapia periodontal activa.
- Reemplazo de un aparato protésico existente dentro de los 60 meses posteriores a la colocación inicial.
- Aparatos protésicos relacionados con implantes.
- Realineado o recentrado de un dispositivo existente dentro de los 6 meses después a la colocación inicial.
- Prótesis fija para menores de 16 años.
- Acondicionamiento de tejidos.
- Un pónctico cuando el espacio entre los dientes creado por un diente faltante es inferior al 50% del tamaño del diente original.
- Recementado de prótesis parciales fijas por el mismo consultorio dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Servicios por lesiones o condiciones por las cuales usted podría recibir beneficios bajo las leyes de Compensación de Trabajadores o Responsabilidad del Empleador.
- Servicios que están disponibles en:

D-9

Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY dental PPO

- Cualquier agencia gubernamental federal o estatal, distintos de los programas proporcionados por Medicaid.
- Cualquier municipio, condado u otra subdivisión política.
- Cualquier agencia comunitaria, fundación o entidad similar.
- Servicios diseñados para corregir malformaciones del desarrollo.
- Cirugía estética u odontología por motivos estéticos.
- Servicios o aparatos, incluyendo, entre otros, prostodoncia (incluidas coronas y puentes), completados antes de que usted quedara cubierto por el Plan. Aunque el tratamiento de ortodoncia realizado antes de que usted sea elegible no estará cubierto, el tratamiento de ortodoncia continuo puede estar cubierto después de que usted sea elegible.
- Medicamentos recetados o su administración.
- Servicios de anestesistas o anesthesiólogos.
- Servicios realizados en segundos o terceros molares si no hay diente antagonista.
- Servicios realizados en un diente cuando menos del 40% de la raíz está soportada por hueso.
- Servicios realizados en un diente temporal cuando el diente está a punto de perderse.
- Cargos por completar formularios.
- Selladores para personas de 16 años o más.
- Servicios:
 - Que no sean necesarios y/o habituales según lo determinen los estándares de la práctica odontológica generalmente aceptada.
 - Para los cuales no se puede demostrar una necesidad dental válida (según lo determine LIBERTY).
 - Que sean experimentales o de investigación.
 - De lo contrario limitado o excluido según los procedimientos desarrollados por LIBERTY.
- Aparatos, procedimientos quirúrgicos y restauraciones para:
 - Alteración de la dimensión vertical.
 - Reemplazar la pérdida de estructura dental resultante del desgaste, abrasión o erosión.
 - Corrección de malformaciones congénitas o del desarrollo.
 - Fines estéticos o cosméticos.
 - Técnicas de implantología o realce de crestas desdentadas.

Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY dental PPO

- Anticipación de futuras fracturas.
- Tratamiento por parte de un individuo que opera fuera del alcance de su licencia.
- Aparatos, restauraciones o servicios para el diagnóstico o tratamiento de alteraciones de la articulación temporomandibular (TMI por sus siglas en inglés).
- Servicios realizados como componente de otro procedimiento.
- Servicios o trámites temporales.
- Procedimientos de control de infecciones y tarifas asociadas a las normas de la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA, por sus siglas en inglés).
- Colocación de un aparato adicional en la misma arcada dental menos de 60 meses después de la colocación del aparato inicial.
- Servicios cubiertos bajo los beneficios médicos.
- Servicios o suministros proporcionados con más frecuencia de la permitida según el contrato con LIBERTY.

Predeterminación de beneficios dentales

Si su dentista recomienda cuidado dental que se estima que cuesta \$300 o más, puede pedirle a LIBERTY que lo ayude a determinar cuánto pagará el plan. Este es un programa voluntario, pero comunicarse con LIBERTY antes de realizar un trabajo dental complejo o costoso lo ayudará a usted y a su dentista a comprender lo que el Plan pagará por su atención propuesta. Al comunicarse con LIBERTY con anticipación, tendrá una mejor idea de cuánto será su parte de los costos para que no reciba facturas sorpresivas.

Si aprovecha este programa, LIBERTY revisará los registros de su dentista y le proporcionará a usted y a su dentista una estimación de lo que usted debe pagar y de lo que pagará el Plan. La determinación previa de beneficios no garantiza qué beneficios pagará el Plan o si se pagará algún beneficio por el tratamiento dental o los servicios brindados. Como siempre, cualquier decisión de tratamiento es entre usted y su dentista. Todas las reglas del Plan se aplicarán a cualquier reclamo dental que usted presente.

Beneficios dentales después de que finalice la elegibilidad

Si su cobertura finaliza, los beneficios del Plan solo se pagarán por los cargos permitidos incurridos por los gastos cubiertos antes de que finalice su cobertura. Comuníquese con LIBERTY si tiene preguntas sobre el tratamiento dental en curso si pierde la elegibilidad antes de finalizar el tratamiento.

Si la cobertura termina debido a que el Plan termina, en totalidad o en parte, ningún beneficio estará disponible para reclamos presentados después del término de la cobertura.

Beneficios de la visión

Conozca:

- Por qué los proveedores de la red pueden ahorrarle dinero.
- Lo que usted paga por su cobertura de atención oftalmológica.
- Lo que paga el Plan.
- Qué tipos de atención oftalmológica están cubiertos.
- Qué tipos de atención oftalmológica no están cubiertos.

Beneficios de la visión

Los jubilados y sus dependientes no son elegibles para recibir beneficios de la vista.

UNITE HERE HEALTH (el Fondo) tiene un contrato con UnitedHealthcare para brindarle beneficios de la vista a usted y sus dependientes. Esta parte de la SPD resume sus beneficios de la visión.

Si existe algún conflicto entre esta SPD y el contrato de UnitedHealthcare, regirán los términos del contrato de UnitedHealthcare. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la vista, comuníquese con UnitedHealthcare.

Beneficios de la visión — lo que usted paga

Descripción de los Servicios <i>Cubierto una vez cada 24 meses *</i>	Proveedor de UnitedHealthcare	Proveedor fuera de la red
Examen de la vista	\$15 de copago	\$0 copago; \$40 máximo
Lentes	\$10 copago; \$130 máximo para marcos <i>Las lentes están completamente cubiertas.</i>	\$0 copago Los máximos son: \$40 para lentes monofocales \$50 para lentes bifocales \$80 para lentes trifocales \$50 para lentes progresivos
Monturas		\$0 copago; máximo \$45
Lentes de contacto electivos en vez de anteojos	\$10 copago; \$105 máximo para contactos no estándar como lentes tóricos y permeables al gas <i>El copago no se aplica a contactos no estándar.</i>	\$0 copago; \$105 máximo
Lentes de contacto médicamente necesarios	\$10 copago	\$0 copago; \$210 máximo

Los servicios están cubiertos una vez cada 24 meses, independientemente de si utiliza un proveedor de la red o fuera de la red. Sin embargo, puede obtener los siguientes beneficios adicionales si está (1) embarazada o (2) un niño menor de 13 años:

- Un segundo examen de la vista durante el período de beneficio de 24 meses. (Se aplicará el copago del examen de la vista que se muestra en la tabla anterior).
- Un nuevo par de anteojos (monturas y lentes) si su graduación cambia en 0.5 dioptrías o más durante el período de beneficios de 24 meses. (Se aplicará el copago por monturas/lentes que se muestra en la tabla anterior).

Proveedores de la red versus proveedores fuera de la red

Los beneficios se pagan en función de si recibe tratamiento de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red. Para localizar un proveedor de red cerca de usted, comuníquese con:

UnitedHealthcare Vision
número gratuito: **(800) 638-3120**
www.myuhcvision.com

Si utiliza un proveedor de la red, es posible que también pueda obtener descuentos en actualizaciones de lentes y otros servicios que el Plan no cubre.

Lo que usted paga

Usted paga cualquier copago indicado en el gráfico al inicio de esta sección. También paga por cualquier gasto que no esté cubierto, incluidos los costos que superen una asignación o beneficio máximo determinado.

Beneficio máximo:

Este Plan solo paga hasta el beneficio o asignación máximo que se muestra en la tabla *en la página D-14* para su tipo particular de atención de la vista (usted paga cualquier cargo que exceda los máximos).

Qué está cubierto

Los beneficios están disponibles una vez cada 24 meses.

- Exámenes, consultas o tratamientos realizados por un profesional de la vista autorizado (incluyendo la dilatación cuando esté indicada profesionalmente).
- Lentes estándar, incluidos monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares.
 - Si utiliza un proveedor de la red, los lentes con revestimiento estándar resistente a rayones, revestimiento ultravioleta, lentes de moda, de sol o de color degradado y lentes de policarbonato están cubiertos para niños menores de 19 años sin costo adicional.
- Monturas
- Lentes de contacto electivas (blandas, de uso diario, desechables o de reemplazo planificado) en lugar de anteojos.
 - Se cubrirán cuatro cajas de paquetes múltiples desechables de lentes de contacto si utiliza un proveedor de la red.
 - Si utiliza un proveedor de la red, el llenado/evaluación y hasta dos visitas de seguimiento están cubiertos solo para los contactos del formulario. Si elige contactos que no figuran en el formulario, la asignación de la red no incluye cargos por adaptación y evaluación.
- Contactos médicamente necesarios, con autorización previa de UnitedHealthcare.

Lo que no está cubierto

El contrato con UnitedHealthcare determina qué está cubierto y qué no está cubierto. Los siguientes tipos de tratamientos, servicios y suministros son ejemplos de lo que no está cubierto:

- La adaptación o evaluación de lentes de contacto si utiliza un proveedor fuera de la red.
- Artículos sin receta (excepto si están específicamente cubiertos por el contacto con UnitedHealthcare).
- Cualquier tipo de lentes, marcos, servicios, suministros u opciones que no estén específicamente enumerados como cubiertos según el contrato con UnitedHealthcare.
- Servicios no realizados realmente.
- Dos o más pares de anteojos durante el mismo período de beneficio de 24 meses en lugar de bifocales o trifocales.
- Lentes de contacto y anteojos durante el mismo período de beneficios de 24 meses.
- Reemplazo o reparación de lentes o marcos perdidos o rotos antes del comienzo de un período de beneficios de 24 meses.
- Servicios para baja visión.
- Dispositivos tecnológicos como teléfonos inteligentes o tabletas utilizados como ayudas ópticas para la baja visión.
- Tratamiento médico/quirúrgico para enfermedades oculares que requiere los servicios de un médico.
- Cargos por citas perdidas.
- Impuesto sobre las ventas aplicable que se cobra sobre los servicios.
- Cualquier examen de la vista requerido por un empleador como condición de empleo, en virtud de un acuerdo laboral, un organismo o agencia gubernamental.
- Servicios o suministros que sean cosméticos, distintos de los lentes de contacto electivos.
- Ortóptica o entrenamiento de la visión.
- Malformaciones malignas o congénitas del ojo.
- Servicios que pueden estar cubiertos por la Compensación al Trabajador o una ley similar de responsabilidad del empleador.
- Servicios obtenidos sin costo a través de cualquier organización o programa gubernamental.
- Servicios que sean experimentales o de investigación.
- Lentes intraoculares.

Beneficios del seguro de vida y de AD&D

Conozca:

- Cuál es el beneficio del seguro de vida para usted y sus dependientes.
- Cómo puede continuar su cobertura si está discapacitado.
- Cómo convertir su seguro de vida en una póliza individual si pierde cobertura.
- Cuál es su beneficio AD&D (muerte accidental y desmembramiento).
- Cómo informarle al Fondo quién deberá recibir el beneficio si usted muere.
- Beneficios adicionales bajo los beneficios de vida y AD&D.

Beneficios del seguro de vida y de AD&D

Los beneficios AD&D son solo para empleados. Los dependientes no son elegibles para los beneficios de AD&D.

Beneficio de vida y AD&D: lo que paga el plan	
Seguro de vida	
Empleados	
Empleados	\$20,000
Dependientes	
Cónyuge	\$20,000
Menor – desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad	\$3,000
Menor – 6 meses y mayores	\$20,000
Seguro de vida por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	
Sólo empleados (monto total)	\$20,000

Los beneficios de seguro de vida y AD&D se brindan bajo una póliza de seguro grupal emitida para UNITE HERE HEALTH por Dearborn Life Insurance Company, con la marca Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL). Los términos y condiciones de su cobertura de seguro de vida y AD&D y la de sus dependientes están contenidos en un certificado de seguro. El certificado describe, entre otras cosas:

- Cuánta cobertura del seguro de vida y AD&D está disponible.
- Cuándo es que los beneficios son pagaderos.
- Cómo se pagan los beneficios si usted no nombra a un beneficiario o si un beneficiario muere antes que usted.
- Cómo presentar un reclamo.

Los términos del certificado se resumen más abajo. Si hay un conflicto entre este resumen y el certificado de seguro, rige el certificado. Puede solicitar una copia del certificado de seguro sin costo contactando a UNITE HERE HEALTH.

Beneficio del seguro de vida

El beneficio de su seguro de vida es de \$20,000 y se pagará a su(s) beneficiario(s) si usted fallece mientras sea elegible para cobertura o dentro del período de 31 días inmediatamente después de haber terminado la cobertura.

Además, un beneficio de seguro de vida está disponible para sus dependientes inscritos. El monto del beneficio se muestra en la tabla anterior. Si su dependiente muere mientras es elegible para la cobertura (o dentro del período de 31 días inmediatamente posterior a la fecha en que finaliza la cobertura), se le pagará el monto del seguro de vida. Dependientes no reciben beneficios de AD&D o beneficios para enfermedades terminales.

Continuación si queda totalmente discapacitado

Si queda totalmente discapacitado antes de los 62 años y mientras sea elegible para la cobertura, su beneficio vitalicio continuará si proporciona prueba satisfactoria de su discapacidad total. Sus beneficios continuarán hasta la primera de las siguientes fechas:

- Su discapacidad total termina.
- No cumple con brindar una prueba satisfactoria de discapacidad continua.
- Se niega a ser examinado por el médico elegido por UNITE HERE HEALTH.
- Su cumpleaños número 70.

Con el fin de continuar sus beneficios del seguro de vida, usted está totalmente discapacitado si se espera que una lesión o enfermedad le impida desempeñar cualquier ocupación para la cual está razonablemente calificado por educación, capacitación, o experiencia durante al menos 12 meses.

Debe proporcionar una solicitud de beneficios completa más una declaración del médico estableciendo su discapacidad total. El formulario y la declaración del médico deben entregarse a UNITE HERE HEALTH dentro de los 12 meses posteriores al inicio de su discapacidad total. (Los formularios están disponibles en el Fondo).

UNITE HERE HEALTH debe aprobar esta declaración y su formulario de discapacidad. También debe proporcionar una declaración escrita del médico cada 12 meses o con tanta frecuencia como sea razonablemente necesaria en base a la naturaleza de la discapacidad total. Durante los primeros dos años de su discapacidad, UNITE HERE HEALTH tiene derecho de que un médico de su elección lo examine con tanta frecuencia como sea razonablemente requerida. Después de dos años, los exámenes pueden tener mayor frecuencia que una vez al año.

Conversión a cobertura de seguro de vida individual

Si su cobertura de seguro (o la de su dependiente) finaliza y no califica para la continuación de incapacidad que se acaba de describir, es posible que pueda convertir su cobertura de vida grupal en una póliza individual de seguro de vida total presentando una solicitud completa y la prima requerida a BCBSIL dentro de los 31 días posteriores a la fecha de finalización de su cobertura bajo el Plan. Incluso si decide elegir COBRA para sus beneficios de salud, el plazo de 31 días también aplica para usted.

Las primas para la cobertura convertida se basan en su edad y el monto de seguro que seleccione. La cobertura de conversión entra en vigencia al día siguiente al período de 31 días durante el cual puede solicitar la conversión, si paga la prima requerida antes de esa fecha. Si cree que podría querer convertir su seguro de vida grupal en una póliza individual que usted mismo paga, visite www.uhh.org/conversion para obtener el formulario "Solicitud para convertir un seguro de vida grupal". Puede obtener un formulario llamando a Servicios a los Miembros Para obtener más información sobre la conversión de cobertura, comuníquese con BCBSIL:

Beneficios del seguro de vida y de AD&D

BCBSIL

701 E. 22nd St., Suite 300

Lombard, IL 60148

(800) 348-4512

Beneficio por enfermedad terminal

Si tiene una enfermedad terminal (una enfermedad tan severa que usted tiene una expectativa de vida de 24 meses o menos o si usted está continuamente confinado a una institución elegible según lo definido por BCBSIL por causa de una condición médica y se espera que usted permanezca allí hasta su muerte) su seguro de vida paga una suma global en efectivo de hasta el 75% del beneficio por muerte vigente el día en que le diagnosticaron una enfermedad terminal. La parte restante de su beneficio por muerte se pagará a sus beneficiarios nombrados después de su muerte. Pueden aplicar ciertas excepciones. Consulte su certificado o llame a BCBSIL para más detalles.

Beneficios por muerte accidental y desmembramiento

Si usted fallece o sufre de una pérdida cubierta durante el transcurso de 365 días de ocurrido un accidente mientras usted es elegible para cobertura, se pagarán los beneficios de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) como se muestra a continuación. Sin embargo, el monto total pagadero por todas las pérdidas resultantes de un accidente es su monto total (la cantidad que recibiría su beneficiario si usted muriera).

Su beneficio AD&D por una pérdida (muerte o desmembramiento) dentro de los 365 días de un accidente		
Evento	Beneficio	Quién recibe
Muerte	\$20,000	Su beneficiario
Pérdida de ambas manos o pies		Usted
Pérdida de la vista en ambos ojos		
Pérdida de una mano y un pie		
Pérdida de una mano y vista en un ojo		
Pérdida de una mano o un pie	\$ 10,000	
Pérdida de la vista en un ojo		
Pérdida del dedo índice y pulgar en la misma mano	\$ 5,000	

Beneficios del seguro de vida y de AD&D

Exclusiones de AD&D

Los beneficios de AD&D no cubren pérdidas resultantes o causadas por:

- Cualquier enfermedad o debilidad mental o corporal, y cualquier tratamiento médico o quirúrgico de la misma.
- Cualquier infección, excepto una infección de una herida accidental.
- Cualquier lesión auto infligida intencionalmente.
- Suicidio o intento de suicidio ya sea durante estado de cordura o demencia.
- Mientras está bajo la influencia de narcóticos u otras sustancias controladas, gases o humos.
- Un resultado directo de su intoxicación.
- Su participación activa en una revuelta o insurrección
- Guerra o un acto de guerra mientras sirve en el ejército, si muere mientras está en el ejército o dentro de los 6 meses posteriores a su servicio en el ejército.

Consulte su certificado para obtener mayores detalles.

Beneficios adicionales del seguro por muerte accidental y desmembramiento

Los beneficios adicionales del seguro descritos más abajo se han agregado a sus beneficios de AD&D. Los términos y condiciones completos de estos beneficios de seguro adicionales están contenidos en un certificado puesto a disposición por Dearborn National. Si hay un conflicto entre estos aspectos destacados y el certificado, regirá el certificado.

- **Beneficio Educativo**—Si tiene hijos en la universidad al momento de su fallecimiento, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio equivalente al 3% del monto de su beneficio de seguro de vida, con un máximo de \$ 3,000 cada año. Los beneficios se pagarán por hasta cuatro años por hijo. Si tiene hijos en la escuela primaria o secundaria al momento de su muerte, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio único de \$1,000.
- **Beneficio del cinturón de seguridad:** si usted estaba usando el cinturón de seguridad al momento de un accidente que resulta en su muerte, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio equivalente al 10 % del monto de su beneficio de seguro de vida, con un beneficio mínimo de \$1,000 y un beneficio máximo de \$25,000. Si no está claro si llevaba puesto el cinturón de seguridad al momento del accidente, su cobertura adicional de AD&D solo pagará un beneficio de \$1,000.
- **Beneficios de la bolsa de aire:** si usted estaba usando el cinturón de seguridad al momento de un accidente que resulta en su muerte y se despliega una bolsa de aire, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio equivalente al 5 % del monto de su beneficio de seguro de vida, con un beneficio mínimo de \$1,000 y un beneficio máximo de \$5,000. Si no está claro si la bolsa de aire se desplegó, su cobertura adicional de AD&D solo pagará un beneficio de \$1,000.

Beneficios del seguro de vida y de AD&D

- **Beneficio de transporte:** si usted muere a más de 75 millas de su casa, su cobertura adicional de AD&D paga hasta \$5,000 para transportar sus restos a una morgue.

Nombramiento de un beneficiario

Su beneficiario es la persona o personas que desea que BCBSIL pague si usted fallece. Los formularios de designación de beneficiarios están disponibles en www.uhh.org o llamando al Fondo. Puede nombrar a quien desee y puede cambiar de beneficiarios en cualquier momento. Sin embargo, las designaciones de beneficiarios solo serán efectivas cuando se reciba un formulario completo.

Si usted no nombra a un beneficiario, los beneficios por muerte serán pagados a sus familiares sobrevivientes en el siguiente orden: su cónyuge; sus hijos en partes iguales; sus padres en partes iguales; sus hermanos y hermanas en partes iguales; o su patrimonio. Sin embargo, BCBSIL podrá pagar beneficios hasta cualquier límite aplicable, a cualquier persona que pague los gastos de su entierro. El resto se pagará en el orden descrito anteriormente.

Si un beneficiario no es legalmente competente para recibir el pago, BCBSIL puede realizar pagos al representante legal de esa persona.

Servicios adicionales

Además de los beneficios descritos anteriormente, BCBSIL también ha puesto a disposición los siguientes servicios. Estos servicios no son parte de los beneficios asegurados provistos a UNITE HERE HEALTH por BCBSIL pero están disponibles a través de organizaciones externas que han contratado con BCBSIL. Estos no tienen ninguna relación con UNITE HERE HEALTH o con los beneficios que proporciona.

Servicios de recursos para viajes

Los beneficios de su seguro de vida incluyen programas de asistencia de emergencia médica y de emergencia en viajes cuando viaja a 100 millas o más de su hogar.

- **Asistencia de emergencia médica:** lo ayuda, a usted y a sus dependientes, a recibir atención y apoyo durante una emergencia médica. Ejemplos de servicios que se ofrecen actualmente incluyen:
 - Referencias médicas.
 - Monitoreo médico.
 - Evacuación médica.
 - Asistencia de admisión a hospitales extranjeros.
 - Asistencia con recetas.

Beneficios del seguro de vida y de AD&D

- **La Asistencia de emergencia para viajes** le ayuda a usted y a sus dependientes a obtener asistencia si tiene una emergencia mientras viaja. Ejemplos de servicios que se ofrecen actualmente incluyen:
 - Viaje para que un acompañante lo acompañe si está hospitalizado solo.
 - Cuidado de niños de emergencia para menores si usted se lesiona.
 - Transporte para un acompañante si necesita ser transportado para recibir atención médica.
 - Transporte para su cuerpo si usted fallece.
 - Otros servicios, incluida la devolución de su vehículo, referencias legales e intérpretes, coordinación de efectivo de emergencia y fianza, e información de planificación previa al viaje.

Assist America

(800) 872-1414 (llamada gratuita en EE.UU.)

(609) 986-1234 (fuera de los EE.UU.)

medservices@assistamerica.com

Número de referencia: 01-AA-TRS-12201

También puede obtener la aplicación móvil.

Todos los servicios deben ser organizados por Assist America y pueden aplicarse límites.

Servicios de recursos para beneficiarios

Servicios de recursos para beneficiarios brinda asesoría de duelo, preparación de testamentos en línea, ayuda para planificar un funeral y otros servicios para sus beneficiarios (y para usted si es elegible para el beneficio de enfermedad terminal). Los servicios se brindan por teléfono, contacto en persona, en línea o mediante referencias a recursos locales. Límites pueden aplicar a ciertos servicios. Los recursos del beneficiario son provistos por Morneau Shepell.

Morneau Shepell

(800) 769-9187

www.beneficiaryresource.com

(nombre de usuario: beneficiary)

Beca John Wilhelm

Conozca:

- Qué es la beca John Wilhelm.
- Quién puede aplicar.
- Cómo aplicar.

Beca John Wilhelm

El beneficio de beca John Wilhelm Endowed (Beca John Wilhelm) le ayuda a usted o a sus dependientes a obtener una licenciatura en el campo de las ciencias de la salud en la Universidad de Nevada, Las Vegas (UNLV).

Quién es elegible.

Usted o sus dependientes deben cumplir con las siguientes reglas para ser elegible para solicitar la beca.

Debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Elegibilidad del Fondo. Usted debe ser:
 - Un empleado actual, ambos actualmente elegibles bajo el Fondo y haber sido elegibles durante al menos 36 meses continuos. (Puede cumplir con esta regla según los meses en los que fue elegible bajo cualquier plan o fondo que se fusione con UNITE HERE HEALTH).
 - Un dependiente elegible de un empleado actual que cumpla con la regla anterior.
 - Ser admitido en la UNLV y obtener una licenciatura en Salud Pública, Enfermería u otra especialización dentro de la Facultad de Ciencias de la Salud Afines.
 - Tener un promedio de calificaciones acumulativo (GPA) de 3.0 o más.
 - Estar matriculado como estudiante a tiempo parcial o completo y tener un nivel de clase de junior o mas alto.

Cómo aplicar

- Puede solicitar la beca a través de la oficina de becas y ayuda financiera de la UNLV completando la Solicitud gratuita de ayuda federal para estudiantes (FAFSA) y cualquier otro material requerido. Comuníquese con la UNLV para obtener ayuda para obtener o completar los materiales de solicitud requeridos, o para obtener información sobre las fechas límite de solicitud.
- Debe solicitar la beca cada año, incluso si la ha recibido en el pasado. Puede volver a presentar la solicitud cada año, incluso si no la recibió en años anteriores.

Decisiones de becas

Con base en numerosos factores, el Fondo determinará la cantidad y el número de becas, si las hubiera, otorgadas para cada año académico. El Fondo también determinará si usted cumple con el requisito de elegibilidad del Fondo descrito anteriormente. Las determinaciones con respecto al requisito de elegibilidad se harán a discreción única e independiente del Fondo y serán definitivas y vinculantes para todas las personas que soliciten la beca.

La UNLV seleccionará a los beneficiarios finales de las becas y les dará preferencia según la necesidad financiera y la recepción anterior de la beca. Todas las decisiones relacionadas con los destinatarios se tomarán a discreción única e independiente de la UNLV y serán definitivas y vinculantes para todas las personas que presenten la solicitud.

Otra información importante

- La beca solo se puede utilizar para matrícula en la UNLV. No puede utilizar la beca para tarifas de inscripción, tarifas de estudiantes, tarifas de actividades, libros, suministros, equipos, herramientas, comidas, alojamiento, estacionamiento o transporte.
- La beca no se puede aplicar a títulos de posgrado.
- Las becas no están garantizadas cada año y no pueden otorgarse en ningún año en particular.
- Los montos de las becas se aplicarán a la matrícula solo después de que se haya aplicado toda otra ayuda financiera, como asistencia financiera pública o privada, becas o subvenciones.

Derechos de apelación

Si usted o sus dependientes no reciben el beneficio de la beca porque no cumplen con el requisito de elegibilidad del Fondo descrito en “Quién es elegible”, puede apelar la denegación dentro de los 60 días posteriores a la recepción del aviso de denegación. Envíe su apelación a:

The Appeals Subcommittee (El Subcomité de apelaciones)
UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Dr.
Aurora, IL 60504-4197

Ver página H-6 para obtener más información sobre la revisión de su apelación por parte del subcomité y cuándo se le notificará la decisión del Subcomité de Apelaciones.

Exclusiones y limitaciones generales

Conozca:

- Los tipos de atención que no están cubiertos por el Plan.

Exclusiones y limitaciones generales

Esta sección solo se aplica a los beneficios proporcionados bajo LIBERTY dental PPO.

Además de la lista de tipos de tratamiento, servicios y suministros que no están cubiertos en la sección LIBERTY dental PPO (*vea página D-3*), no se pagarán beneficios según el Plan por cargos incurridos o resultantes de cualquiera de los siguientes:

- Cualquier lesión corporal o enfermedad por la cual la persona para quien se hace un reclamo no se encuentre bajo atención de un proveedor de atención médica.
- Cualquier lesión, enfermedad o tratamiento dental o de la vista que surja de o en el curso de cualquier ocupación o empleo, o por el cual usted haya obtenido o tenga derecho a recibir beneficios según una ley de compensación laboral o enfermedad ocupacional, ya sea que usted ha solicitado o han sido aprobados para dichos beneficios.
- Cualquier tratamiento, servicio o suministro:
 - Por el cual no se realice cargo.
 - Por el cual usted, su cónyuge o hijo no deban pagar.
 - El cual sea provisto por o pagadero en virtud de algún plan o ley de una entidad gubernamental federal o estatal, provisto por un hospital parroquial, municipal o del condado en el que no exista requerimiento legal de pago por tal tratamiento, servicio o suministro.
- Cualquier cargo que sea superior al cargo permitido por el Plan.
- Tratamiento, servicios o suministros no recomendados o aprobados por su proveedor de atención médica o que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de la lesión o enfermedad según lo define UNITE HERE HEALTH.
- Tratamiento experimental o tratamiento que no cumple con los estándares médicos o dentales profesionales generalmente aceptados según lo define UNITE HERE HEALTH.
- Atención preventiva, a menos que se considere específicamente atención médica preventiva o que se indique lo contrario como cubierta. Si no cumple con los criterios de atención médica preventiva que el Plan cubre, es posible que no esté cubierta por el Plan.
- Cualquier gasto o cargo por no cumplir con presentarse a una cita de acuerdo con lo programado, cargo por la compleción de un formulario de reclamo o cargos financieros.
- Cualquier tratamiento, servicio o suministro provisto por una persona relacionada por sangre o matrimonio con usted, su cónyuge o su hijo, o quien normalmente viva en su casa.
- Cualquier tratamiento, servicio o suministro comprado o provisto fuera de los Estados Unidos (o sus territorios), a menos que se haya debido a una emergencia. La decisión de la Junta de Fideicomisarios de determinar si existió una emergencia será final.
- Cualquier gasto o cargo de una casa de reposo, asilo o residencia de ancianos.

Exclusiones y limitaciones generales

- Cualquier cargo incurrido mientras estuvo confinado en un hospital, residencia de ancianos, así como otro centro o institución (o parte de tales centros) los cuales sean principalmente para educación, capacitación o atención de custodia.
- Cualquier tratamiento, servicio o suministro para, o en relación con el embarazo de una hija dependiente, excepto por servicios de atención médica preventiva. Por ejemplo, cargos por ultrasonidos, tratamiento asociado con un embarazo de alto riesgo, atención no preventiva y parto no cubiertos con respecto al embarazo de una hija dependiente.
- Cargos hospitalarios por artículos de comodidad personal, incluido, entre otros, teléfonos, televisores, cosméticos, bandejas para invitados, revistas, así como camas o cunas para familiares u otros invitados.
- Suministros o equipos de higiene personal, comodidad o conveniencia, a modo de ejemplo, pero no limitado a aire acondicionado, humidificador, equipos de acondicionamiento físico y ejercicios, camas solares o camas de agua.
- Construcción de vivienda por cualquier motivo.
- Tratamiento para o en relación con la infertilidad, que no sea para servicios de diagnóstico.
- Programas o tratamientos para bajar de peso, excepto para tratar la obesidad mórbida si el programa está bajo la supervisión directa de un proveedor de atención médica, o si se indica específicamente que está cubierto (por ejemplo, educación sobre diabetes o asesoramiento nutricional).
- Cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo para dejar de fumar que le ayude a dejar de fumar o consumir tabaco, que no sean servicios de atención médica preventiva o que se indique lo contrario como cubiertos.
- Cualquier cambio incurrido por tratamiento, servicios o suministros como resultado de una guerra declarada o no declarada, o cualquier acto de la misma; o cualquier pérdida, gasto o cargo incurrido mientras una persona se encuentra en servicio activo o en entrenamiento en las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o la Reserva de cualquier estado o en cualquier país.
- Cualquier procedimiento electivo (que no sea esterilización o aborto, o que sea de otra forma específicamente indicado como cubierto) que no sea para corrección o cura de una lesión corporal o enfermedad.
- Procedimientos para revertir una esterilización voluntaria.
- Cualquier lesión o enfermedad que resulte de participar en una insurrección o revuelta, o de su participación en la comisión de un acto delictivo o agresión.
- Cualquier tratamiento dental de los dientes o sus estructuras de soporte, o servicios o suministros asociados con dicho tratamiento, a menos que se indique específicamente como cubierto.

Exclusiones y limitaciones generales

- Exámenes de la vista o exámenes de la audición, a menos que se indiquen específicamente como cubiertos, o para el diagnóstico o tratamiento de lesiones corporales.
- Anteojos, lentes de contacto o audífonos, a menos que se indiquen específicamente como cubiertos.
- Masoterapia, método Rolfing, digitopuntura o capacitación en biorretroalimentación.
- Naturopatía o naprapatía.
- Entrenamiento atlético.
- Educación o capacitación, a menos que se indique específicamente que está cubierta.
- Servicios provistos por, o a través de una escuela, distrito escolar o programa educativo o de intervención comunitario o estatal, incluido pero no limitado a cualquier parte de un Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus sigla en inglés).
- Tratamiento de cualquier tipo ordenado o dispuesto por el Tribunal, incluido cualquier tratamiento de otra forma cubierto por este Plan cuando tal tratamiento se ordene como parte de algún litigio o sentencia ordenada por un tribunal, o penalidad.
- Tratamiento, terapia o medicamentos diseñados para corregir hábitos dañinos o potencialmente dañinos en vez de tratar una enfermedad específica, que no sean servicios o suministros específicamente indicados como cubiertos.
- Terapia de megavitaminas, terapia primaria, psicodrama o carboxiterapia.
- Ciencia Cristiana.
- Servicios Cosméticos.
- Servicios, tratamiento o suministros proporcionados por un proveedor fuera de la red cuando los beneficios del Plan solo se pagan si el servicio, tratamiento o suministro es proporcionado por un proveedor de la red.
- Un servicio o ítem no cubierto bajo las pautas de procesamiento de reclamos del Plan o cualquier otra regla, pauta, protocolo o criterio similar interno en el que depende el Plan.
- Cualquier gasto que supere los beneficios máximos del Plan o cualquier gasto incurrido antes del inicio de la elegibilidad para cobertura o después que termine la elegibilidad, a menos que se estipule específicamente en el Plan.
- Cargos o reclamos incurridos como resultado, en totalidad o en parte, de fraude, información falsa o engaños.

Subrogación

Conozca:

- Sus responsabilidades y los derechos del Plan si sus gastos son de un accidente o un acto causado por otra persona.

Esta sección no se aplica a los reclamos de beneficios proporcionados a través de las HMO o de los beneficios de la visión.

El derecho del Plan de recuperar pagos

Cuando la lesión es causada por otra persona.

En algunas ocasiones, usted o su dependiente sufren lesiones e incurren en gastos como resultado de un accidente o acto por el cual alguien más que no sea UNITE HERE HEALTH es financieramente responsable. Para los fines de reembolso de beneficios, "subrogación" se refiere a que UNITE HERE HEALTH asume los mismos derechos legales para cobrar daños monetarios que tenía un participante.

Ejemplos típicos incluyen lesiones sufridas:

- En un accidente de vehículo de motor o de transporte público.
- Por negligencia médica.
- Por responsabilidad de productos.
- En la propiedad de alguien.

En estos casos, es posible que otro seguro tenga que pagar total o parcialmente las facturas resultantes, aunque los beneficios por los mismos gastos puedan ser pagados por el Plan. Al aceptar los beneficios pagados por el Plan, usted acepta pagar al Plan si recupera algo de un tercero.

Declaración de Hechos y acuerdo de reembolso

Para determinar los beneficios por una lesión causada por otra parte, UNITE HERE HEALTH puede requerir una Declaración de Hechos firmada. Este formulario solicita información específica sobre la lesión y le pregunta si tiene intención de emprender acciones legales o no. Si recibe una Declaración de hechos, debe enviar una copia completa y firmada a UNITE HERE HEALTH antes de que se paguen los beneficios.

Junto con la Declaración de Hechos, recibirá un Acuerdo de Reembolso. Si decide emprender acciones legales o presentar un reclamo en relación con el accidente, usted y su abogado (si se retiene uno) también deben firmar un Acuerdo de reembolso antes de que UNITE HERE HEALTH pague los beneficios. Si decide iniciar una acción legal o presentar un reclamo, el Acuerdo de Reembolso ayuda al plan a hacer cumplir su derecho a ser reembolsado y le otorga el primer reclamo a UNITE HERE HEALTH si compensaciones, a cualquier dinero que usted o sus dependientes recuperen de un tercero, tales como:

- La persona responsable de la lesión;
- La compañía de seguros de la persona responsable de la lesión.
- Su propia compañía de seguros de responsabilidad civil.

El Acuerdo de Reembolso también le permite a UNITE HERE HEALTH intervenir o iniciar en su nombre una demanda para recuperar beneficios pagados por, o en relación con la lesión.

Cómo conciliar su reclamo

Antes de resolver su reclamo con un tercero, usted o su abogado deben comunicarse con UNITE HERE HEALTH para obtener el monto total de las facturas pagadas. Luego de la liquidación, UNITE HERE HEALTH tiene derecho a un reembolso por el monto de los beneficios que ha pagado o el monto total de la liquidación u otra recuperación que usted o un dependiente reciba, lo que sea menor.

Si no se reembolsa a UNITE HERE HEALTH los beneficios futuros pueden aplicarse a los montos adeudados, incluso si esos beneficios no están relacionados con la lesión. Si esto ocurre, no se pagarán beneficios en su nombre o su dependiente (si corresponde) hasta que la cantidad adeudada a UNITE HERE HEALTH es satisfecha.

Si el Plan, sin saberlo, paga beneficios resultantes de una lesión causada por una persona que puede tener responsabilidad financiera de cualquier gasto médico asociado con esa lesión, su aceptación de esos beneficios se considera su acuerdo de cumplir con la regla de subrogación del Plan, incluidos los términos descritos en el Acuerdo de Reembolso.

Aunque UNITE HERE HEALTH espera un reembolso total, puede haber ocasiones en que la recuperación total no sea posible. La Junta de Fideicomisarios puede reducir la cantidad que usted debe pagar si existen circunstancias especiales, como la necesidad de reemplazar salarios perdidos, discapacidad en curso o consideraciones similares.

Cuando se resuelva su reclamo, si cree que la cantidad a la que UNITE HERE HEALTH tiene derecho debería reducirse, envíe su solicitud por escrito a:

Subrogation Coordinator
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

Elegibilidad para cobertura

Conozca:

- Quién es elegible para la cobertura (quién se considera dependiente).
- Cómo se inscribe usted y sus dependientes.
- Cómo y cuándo es elegible para cobertura.
- Cómo se mantiene elegible para cobertura.
- Cuándo es que sus dependientes se vuelven elegibles.

Elegibilidad para cobertura

Usted establece y mantiene la elegibilidad trabajando para un empleador obligado a realizar contribuciones a UNITE HERE HEALTH en su nombre. Puede haber un período de espera antes de que su empleador deba comenzar a realizar esas contribuciones. Es posible que también tengas que cumplir otras reglas o

requisitos de elegibilidad antes de que su empleador deba contribuir en su nombre. Cualquier hora que trabaje durante un período de espera o antes de cumplir con todos los criterios de elegibilidad antes de que su empleador deba comenzar a hacer contribuciones para usted no cuenta para establecer su elegibilidad bajo UNITE HERE HEALTH. Si tiene alguna pregunta sobre cuándo su empleador comenzará a hacer contribuciones por usted, hable con su empleador o representante sindical.

Las reglas de elegibilidad descritas en esta sección no aplicarán a usted hasta que, y a menos que, su empleador deba comenzar a hacer contribuciones en su nombre.

Los Fideicomisarios pueden cambiar o modificar las reglas de elegibilidad en cualquier momento.

¿Quién es elegible para recibir cobertura?

Empleados

Usted es elegible para recibir cobertura si cumple todas las siguientes reglas:

- Usted trabaja para un empleador requerido por un CBA de contribuir a UNITE HERE HEALTH en su nombre.
- Las contribuciones requeridas por un CBA son recibidas por UNITE HERE HEALTH. Las contribuciones incluyen cualquier monto que usted deba pagar para cubrir su parte de la cobertura.
- Usted cumple las reglas de elegibilidad del Plan.

Si se le exige realizar algún pago para cubrir el costo de brindar cobertura a su familia, debe acordar con su empleador realizar esos pagos mediante una deducción de nómina. Si su empleador no permite deducciones de nómina, debe presentar cualquier pago adeudado a UNITE HERE HEALTH. Los pagos vencen el día 15 del mes anterior al mes de cobertura para el cual usted realiza un pago por cuenta propia.

UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6557
Aurora, IL 60598-0557

Dependientes

Si usted tiene dependientes cuando se vuelve elegible para cobertura, también puede inscribir a sus dependientes para cobertura durante su período de inscripción inicial. La cobertura de sus

dependientes no puede comenzar antes que su cobertura. No puede declinar cobertura para usted e inscribir a sus dependientes.

Si no inscribe a su dependiente o no realiza ningún pago requerido por su parte de la cobertura de dependiente, el Plan no pagará beneficios para esa persona.

Quiénes son sus dependientes

Su **dependiente** es cualquiera de los siguientes, siempre que usted demuestre su parentesco con ellos.v

- Su **cónyuge** legal.
- Mientras esté inscrito en Kaiser HMO, su pareja de hecho puede ser considerada su cónyuge si proporciona una copia de la Declaración de pareja de hecho del estado de California. Cualquier hijo de su pareja doméstica también puede considerarse un dependiente si él o ella cumple con la definición de “hijo” indicada más abajo.
- Sus **hijos** menores de 26 años, incluyendo cualquiera de los siguientes:
 - Hijos biológicos.
 - Hijastros.
 - Hijos adoptados o niños colocados con usted para adopción y de los cuales usted es legalmente responsable de mantener hasta que se finalice la adopción.
 - Niños de quienes usted es el tutor legal o sobre quienes tiene custodia exclusiva de acuerdo con una ley estatal de relaciones domésticas.
 - Hijos que tengan derecho a cobertura en virtud de una Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés).
- ✓ La ley federal exige que UNITE HERE HEALTH cumpla las Órdenes de Manutención Infantil Médica Calificada. UNITE HERE HEALTH ha establecido procedimientos para determinar si un decreto de divorcio o una orden de manutención cumple los requisitos federales y para la inscripción de cualquier hijo nombrado en la Orden de Manutención Infantil Médica Calificada. Para obtener una copia de estos procedimientos sin costo alguno o para obtener más información, comuníquese con el Fondo.

Si su hijo tiene más de 26 años de edad y está discapacitado, su cobertura puede continuar bajo el plan. Para continuar la cobertura, su hijo debe haber sido diagnosticado con una discapacidad física o mental, no debe ser capaz de mantenerse a sí mismo y debe continuar dependiendo de su apoyo. La cobertura para un niño con una discapacidad continuará siempre que se cumplan todas las siguientes reglas:

- Usted (el empleado) sigue siendo elegible.

Elegibilidad para cobertura

- La discapacidad del niño comenzó antes de los 19 años.
- El plan cubrió a su hijo el día anterior a su cumpleaños número 19.

Debe brindar prueba de la discapacidad mental o física dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que finalizaría la cobertura debido a que su hijo(a) cumple 26 años de edad. El Fondo también podrá exigirle que presente periódicamente pruebas de la discapacidad. Comuníquese con el Fondo para obtener más información sobre cómo continuar la cobertura para un hijo con una discapacidad grave.

Requisitos de inscripción

Empleados

Usted o su empleador deben proporcionar al Fondo cualquier información requerida antes de que se paguen los beneficios en su nombre. Debe brindar la información requerida antes del término de su periodo de inscripción inicial. UNITE HERE HEALTH le indicará cuándo se debe presentar esta información.

Dependientes

- ✓ No puede optar por cubrir solo a sus dependientes. Sólo puede cubrir a sus dependientes si también está inscrito para la cobertura.

Para inscribir a sus dependientes, debe proporcionar cualquier información solicitada sobre ellos a UNITE HERE HEALTH durante su período de inscripción inicial. UNITE HERE HEALTH le indicará cuándo se debe presentar esta información.

Ver página G-8 para obtener información sobre cuándo comienza la cobertura para sus dependientes.

Debe demostrar que cada dependiente que inscriba cumple con la definición de dependiente del Fondo. Debe brindar al menos uno de los siguientes para cada uno de sus dependientes:

- Una copia certificada de su acta de matrimonio.
- Una conmemoración del matrimonio de una denominación generalmente reconocida de religión organizada.
- Una copia certificada de la partida de nacimiento.
- Un certificado de bautizo.
- Registros hospitalarios de nacimiento.

- Prueba escrita de adopción o tutela legal.
- Decretos judiciales que requieren que brinde beneficios médicos para un hijo dependiente.
- Copias de su declaración de impuestos federales más reciente (Formulario 1040 o sus equivalentes).
- Documentación de condición de dependiente emitida y certificada por el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS, por sus siglas en inglés).
- Documentación de condición de dependiente emitida y certificada por una embajada extranjera.
- Si se está inscribiendo en una HMO y tiene una pareja de hecho, debe proporcionar al Fondo una copia de su Declaración de pareja de hecho de California para poder inscribir a su pareja de hecho.

Su nombre o el de su cónyuge debe figurar en el documento de prueba como padre o tutor legal del hijo dependiente.

No se pagarán beneficios de ningún tipo a sus dependientes hasta que estén debidamente inscritos.

La cantidad de dependientes que inscriba, si corresponde, no afecta el monto de cualquier pago que deba realizar por su parte del costo de la cobertura.

Elegibilidad

Cuando comienza su cobertura (Elegibilidad inicial)

Su cobertura comienza a las 12:01 a.m. del primer día del período de cobertura correspondiente al primer período de trabajo para el cual se requieren contribuciones en su nombre. También debe realizar cualquier pago requerido por su parte de su cobertura. También debe cumplir con los requisitos de elegibilidad cada mes del período de trabajo.

A los efectos de establecer la elegibilidad inicial:

- **Período de trabajo** significa el período de 3 meses calendario durante el cual su empleador debe realizar contribuciones a UNITE HERE HEALTH en su nombre, incluido cualquier monto que deba contribuir según los términos de su Acuerdo de negociación colectiva, ay por el cual se le acredita el número mínimo de horas requeridas que se muestran en la *en la página G-7*. Debe cumplir con los requisitos de elegibilidad cada mes del período de trabajo.
- **Período de demora** (Lag period) significa el período de un mes calendario entre el final de un período de trabajo y el inicio del período de cobertura correspondiente.

Elegibilidad para cobertura

- **Período de cobertura** significa el período de 2 meses calendario en el que obtiene cobertura de beneficios (según el período de trabajo relacionado).

Ejemplo: Establecimiento de elegibilidad inicial		
Periodo laboral	Período de demora (Lag Period)	Período de cobertura
Julio, Agosto, Septiembre	Octubre	Noviembre, Diciembre

Supongamos que se requieren contribuciones patronales para cada uno de los meses de julio, agosto y septiembre. Su cobertura comienza el 1 de noviembre y continúa durante todo el mes de noviembre y diciembre.

Continuación de elegibilidad

Una vez que establezca su elegibilidad, seguirá siendo elegible siempre que su empleador deba realizar contribuciones en su nombre, como se explica en su convenio colectivo.

Para propósitos de elegibilidad continua:

- **Período de trabajo** significa un mes calendario durante el cual su empleador debe realizar contribuciones a UNITE HERE HEALTH en su nombre, incluido cualquier monto que deba contribuir según los términos de su Acuerdo de negociación colectiva, y por el cual se le acredita la cantidad mínima de horas requeridas que se muestran en la *en la página G-7*.
- **Período de demora** (Lag period) significa el período de 2 meses calendario entre el final de un período de trabajo y el inicio del período de cobertura correspondiente.
- **Período de cobertura** significa el mes calendario en el que obtiene cobertura de beneficios (según el período de trabajo relacionado).

Ejemplo: Continuación de elegibilidad		
Periodo laboral	Período de demora (Lag Period)	Período de cobertura
Octubre	Noviembre y diciembre	Enero
Noviembre	Diciembre y enero	Febrero
Diciembre	Enero y febrero	Marzo

Supongamos que obtuvo cobertura del 1 de noviembre al 31 de diciembre porque su empleador debía realizar contribuciones en su nombre durante el período laboral de julio, agosto y septiembre (y usted realizó cualquier pago requerido por su parte de cobertura). Si se requiere una contribución en su nombre para octubre, su cobertura continúa durante enero. Un aporte de

noviembre continúa tu cobertura de febrero, diciembre continuará tu cobertura de marzo, y así sucesivamente.

Requisito de horas para la elegibilidad inicial y continua

La cantidad de horas que se le deben acreditar cada mes para obtener la elegibilidad inicial o continua depende de si su empleador es un hotel o no.

- Si su empleador está en la industria hotelera, se le deben acreditar al menos 90 horas cada mes durante el período de trabajo.
 - Sin embargo, si usted es camarero de banquetes de hotel o bartender de banquetes de hotel (empleado de banquetes), se le deben acreditar al menos 70 horas cada mes. Si no se le acreditan al menos 70 horas por mes como empleado de banquetes, sus horas de banquete cuentan para las 90 horas necesarias para ser elegible como empleado de la industria hotelera.
 - Si gana horas tanto en la industria hotelera como en la no hotelera, se aplican las reglas para empleados que trabajan en más de una industria.
- Si su empleador no está en la industria hotelera, se le deben acreditar al menos 80 horas cada mes durante el período de trabajo.

Si trabaja en más de una industria

Estas reglas se aplican si:

- Trabaja tanto para un empleador en la industria hotelera como para un empleador que no está en la industria hotelera.
- Trabaja en la industria hotelera, pero trabaja algunas horas como camarero de banquetes de hotel o bartender de banquetes, y algunas horas no como camarero de banquetes de hotel o bartender de banquetes.

Sus requisitos de elegibilidad se basarán en el empleador para el que trabajó la mayor cantidad de horas. Por ejemplo, si se le acreditan 60 horas cada mes para un empleador en la industria hotelera durante julio, agosto y septiembre, y 30 horas cada mes para un empleador que no está en la industria hotelera, se considerará que trabaja para el empleador en la industria hotelera durante los tres meses. Será elegible durante el período de cobertura de noviembre a diciembre porque se le acreditan al menos 90 horas cada mes, cumpliendo con la regla de 90 horas que se aplica a los empleadores de la industria hotelera.

Si trabaja exactamente la misma cantidad de horas durante un período de trabajo tanto para un empleador hotelero como para un empleador no hotelero, se le deben acreditar al menos 80 horas para continuar con su cobertura.

Ver página G-9 para obtener información sobre el uso de horas de vacaciones para continuar con su elegibilidad si no trabaja ninguna hora durante un período de trabajo.

Elegibilidad para cobertura

Ver página G-9 para obtener información sobre cómo se aplican las horas de vacaciones cuando trabaja regularmente tanto para un empleador hotelero como para un empleador no hotelero.

Cobertura de dependientes

La cobertura de sus dependientes no puede comenzar antes que su cobertura. Sus dependientes seguirán cubiertos mientras usted siga siendo elegible y sigan cumpliendo con la definición de dependiente. La cobertura de dependientes no puede continuar después de que finalice su cobertura (excepto en ciertas circunstancias limitadas, *vea página G-21*). No hay ningún costo para usted para cubrir a sus dependientes, pero debe inscribirlos antes de que el Plan pague los beneficios (*vea página G-4*).

Sus dependientes tendrán la misma cobertura que usted. Por ejemplo, si elige la opción LIBERTY DHMO, sus dependientes también tendrán la opción LIBERTY DHMO. Si elige la opción dental LIBERTY PPO, sus dependientes también estarán cubiertos por la opción dental LIBERTY PPO.

Una vez que esté inscrito, puede inscribir a un dependiente existente en cualquier momento. La cobertura del dependiente comenzará el primer día del mes durante el cual usted proporcione toda la información que UNITE HERE HEALTH necesita para inscribir al dependiente. Por ejemplo, si UNITE HERE HEALTH recibe toda la información requerida sobre la inscripción de su hijo el 10 de octubre, su hijo será elegible el 1 de octubre. (*Ver página G-9* para las reglas especiales de inscripción para excepciones.)

Self-payments (autopagos)

Autopagos durante remodelación o restauración

Si su lugar de trabajo cierra total o parcialmente porque está siendo remodelado o restaurado, puede realizar autopagos para continuar su cobertura hasta que su lugar de trabajo vuelva a abrir. Sin embargo, solo podrá realizar autopagos hasta por 18 meses a partir de la fecha de cierre de su lugar de trabajo.

Sin embargo, si el centro no se vuelve a abrir, si no lo retiran o si rechaza el retiro, no se aceptarán más pagos por cuenta propia para continuar con su cobertura. Su cobertura terminará el último día del mes en el que se aceptó el último pago. Sin embargo, usted puede ser elegible para la cobertura COBRA (*vea página G-22*).

Autopagos durante una huelga

Usted también puede realizar autopagos para continuar la cobertura si se cumplen todas las siguientes reglas:

- Su CBA ha expirado.

- Su empleador está involucrado en negociaciones colectivas con el sindicato y se ha llegado a un punto muerto.
- El sindicato certifica que se están tomando acciones afirmativas para continuar la relación de negociación colectiva con el empleador.

Usted puede realizar auto-pagos para continuar con su cobertura hasta por 12 meses, siempre y cuando no participe en la conducta inconsistente con las acciones que está tomando el sindicato

Horas de vacaciones

El hecho de que gane o no horas de vacaciones depende de su convenio colectivo. Las horas de vacaciones se aplicarán automáticamente para ayudarle a mantener su elegibilidad durante los períodos de cobertura en los que tenga pocas horas de trabajo.

- Las horas de vacaciones no se pueden utilizar para continuar con la elegibilidad durante los períodos de cobertura antes de que se ganaran las horas.
- Perderá las horas de vacaciones que no utilice dentro de los 12 meses.

Si trabaja regularmente tanto para un empleador hotelero como para un empleador no hotelero, pero no se le acredita ninguna hora durante un período de trabajo, necesitará 80 horas de vacaciones para continuar su cobertura durante el período de cobertura relacionado.

Comuníquese con UNITE HERE HEALTH si tiene preguntas sobre las horas de vacaciones.

Períodos de inscripción

Períodos de inscripción abierta

Los períodos de inscripción abierta le brindan la oportunidad de inscribirse, agregar dependientes (que no sean los que se muestran *en la página G-8*) o cambiar sus opciones de beneficios dentales. Debe hacer arreglos para realizar los pagos requeridos por su parte del costo de la cobertura. Si desea inscribir a sus dependientes, debe proporcionar toda la información de inscripción requerida. Sus materiales de inscripción abierta describirán los plazos para la inscripción y cuándo comenzará la cobertura.

Períodos especiales de inscripción

En algunas circunstancias especiales, no necesita esperar hasta el período de inscripción abierta para inscribirse, agregar dependientes (que no sean los que se muestran *en la página G-8*) ni cambiar sus opciones de beneficios dentales. Puede realizar estos cambios dentro de los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes eventos:

- Terminación de otra cobertura médica que usted (o su dependiente) tenía cuando ya era elegible para cobertura (o su dependiente era elegible para cobertura por primera vez). Si su

Elegibilidad para cobertura

otra cobertura (o la de su dependiente) era COBRA, tiene un derecho de inscripción especial solo si usted (o su dependiente) ha agotado el período máximo de continuación de COBRA.

- Su matrimonio.
- El nacimiento de un hijo(a).
- La adopción o colocación para adopción de un(a) menor de 26 años de edad.
- Un dependiente que vivía en otro país viene a Estados Unidos y comparte la residencia con usted.
- Su dependiente o usted pierden elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP).
- Cuando usted o un dependiente es elegible para recibir ayuda financiera del estado bajo Medicaid o CHIP para ayudar a pagar el costo de cobertura de dependientes de UNITE HERE HEALTH.

Siempre que se inscriba dentro de los 60 días y comience a realizar los pagos requeridos por su parte del costo de la cobertura, su cobertura, la cobertura de su nuevo dependiente o su nueva opción de beneficio dental entrarán en vigencia:

- el primer día del mes siguiente a su matrimonio o terminación de otra cobertura.
- la fecha del evento para todos los demás eventos de inscripción especiales.

Si tiene preguntas sobre los períodos de inscripción especiales o cuándo entrará en vigencia su cambio, comuníquese con UNITE HERE HEALTH.

Si no aprovecha un período de inscripción especial, debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta o período de inscripción especial para cambiar su opción de beneficio dental. (*Ver página G-8* para obtener información sobre cómo agregar un dependiente fuera de los períodos de inscripción abierta o especial).

Elegibilidad de jubilados

Los beneficios para jubilados se brindan solo a los empleados jubilados que solicitaron y calificaron según los beneficios para jubilados ofrecidos a través de las reglas del Fondo de Beneficios de Salud de Long Beach y el condado de Orange de UNITE HERE el 31 de julio de 2012 o antes. Los empleados jubilados también podrán cubrir a sus cónyuges.

Los beneficios médicos que se ofrecen a los empleados jubilados son los mismos beneficios médicos que se ofrecen a los empleados activos (los beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO). Los empleados jubilados no tienen derecho a beneficios dentales, beneficios de visión o beneficios de seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento.

Si realizó pagos mensuales al Fondo de Beneficios de Salud del Condado de Orange y Long Beach de UNITE HERE para su elegibilidad de jubilado, debe continuar realizando pagos para su elegibilidad de jubilado bajo UNITE HERE HEALTH. Los pagos mensuales vencen el día 15 del mes

Elegibilidad para cobertura

anterior al período de cobertura. En el momento en que se imprimió este libro, el monto del pago mensual era de \$250. Comuníquese con UNITE HERE HEALTH para obtener información sobre el monto del pago mensual o si tiene preguntas sobre sus beneficios.

Envíe su pago mensual a:

UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6557
Aurora, IL 60598-0557

Si no se le solicitó realizar pagos mensuales a UNITE HERE Long Beach y al Fondo de Beneficios de Salud del Condado de Orange para su elegibilidad como jubilado, no necesita realizar pagos para su elegibilidad como jubilado bajo UNITE HERE HEALTH.

Si no realiza ningún pago mensual requerido antes del día 15 del mes anterior al período de cobertura, su elegibilidad terminará. No podrá realizar autopagos para la cobertura de jubilados en el futuro.

Si es un empleado jubilado (y cumple con las reglas para obtener cobertura para jubilados), puede continuar con sus beneficios hasta su muerte. Si usted muere, la elegibilidad de su cónyuge dependiente terminará el último día del mes en que usted fallezca. Él o ella no podrá continuar con la cobertura.

Los beneficios de los jubilados no se adquieren

Los beneficios para jubilados proporcionados a través del Fondo no son beneficios adquiridos ni acumulados. Esto significa que no se garantiza que los beneficios para jubilados continúen indefinidamente. Los Fideicomisarios tienen autoridad total y exclusiva para cambiar o terminar los beneficios y los requisitos de elegibilidad en cualquier momento.

G-12

Terminación de cobertura

Conozca:

- Cuándo termina su cobertura y la de sus dependientes.

Terminación de cobertura

Su cobertura y la de sus dependientes continúan siempre que mantenga su elegibilidad como se describe *en la página G-6* y realiza los pagos requeridos para su parte de la cobertura de sus dependientes. Sin embargo, su cobertura termina si ocurre uno de los eventos descritos a continuación. Si su cobertura finaliza, usted puede ser elegible para hacer pagos a fin de continuar su cobertura (llamado continuación de cobertura de COBRA). *Ver página G-22.*

Si usted (el empleado) se ausenta del empleo cubierto debido a un servicio uniformado, puede elegir continuar la cobertura de atención médica bajo el Plan para usted mismo y sus dependientes por hasta 24 meses a partir de la fecha en la que se ausente debido a que comienza el servicio uniformado. Para obtener más información, incluido el efecto de esta elección sobre sus derechos de COBRA, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al **(855) 844-5262**.

Cuándo finaliza la cobertura del empleado

Su cobertura (la del empleado) finaliza en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha de finalización del Plan.
- El último día del período de cobertura correspondiente al período de trabajo por el cual su empleador estaba obligado a hacer una contribución en su nombre y a usted se le acreditó la cantidad mínima de horas requeridas para mantener la elegibilidad durante el período de trabajo correspondiente, siempre que haya realizado cualquier pago requerido por su parte del costo de su cobertura.
- El último día del período de cobertura por el cual realizó el último pago por cuenta propia a tiempo, si se le permite hacerlo.

Si renuncia a la cobertura de este Plan para inscribirse en el plan de su empleador, su cobertura terminará a partir de la fecha en que quede cubierto por el plan de su empleador.

Ver página G-15 para conocer las reglas especiales que se aplican si el convenio colectivo de su empleador vence. *Ver página G-10* para reglas especiales que se aplican a los empleados jubilados.

Cuándo finaliza la cobertura de dependientes

La cobertura de dependientes finaliza en la primera de las siguientes fechas:

- La fecha de finalización del Plan.
- La fecha en que finaliza su cobertura (del empleado).
- La fecha en que el dependiente ingresa a cualquier división de los servicios uniformados.
- El último día del mes en que su dependiente ya no cumple con la definición del Plan como dependiente.

También puede pedirle al Fondo que deje de cubrir a su dependiente (o dependientes). Comuní-

quese con el Fondo al **(855) 844-5262** para obtener más información sobre cómo dejar de cubrir a un dependiente o cómo volver a inscribir a un dependiente si cambia de opinión.

El efecto de contribuciones del empleador en mora severa

La Junta de Fideicomisarios puede terminar la elegibilidad para los empleados de un empleador cuyas contribuciones al Fondo se encuentren en mora severa. La cobertura para los empleados afectados finalizará a partir del último día del período de cobertura correspondiente al último período de trabajo para el cual el Fondo otorga elegibilidad al procesar el informe de trabajo del empleador. El informe de trabajo refleja el historial laboral de un empleado, lo que le permite al Fondo determinar su elegibilidad.

La Junta de Fideicomisarios tiene autoridad exclusiva para determinar cuándo las contribuciones de un empleador se encuentran en mora severa. Sin embargo, debido a que los participantes generalmente no tienen conocimiento sobre el estado de las contribuciones de su empleador al Fondo, ellos recibirán una notificación previa de la terminación planificada de cobertura.

Reglas especiales de terminación

Su cobertura bajo el Plan finalizará si ocurre alguna de las siguientes:

Si: Ya no se requiere que su empleador contribuya debido a la descertificación, descargo de interés del Sindicato o un cambio en su representante de negociación colectiva.

Entonces: Su cobertura finaliza el último día del mes durante el cual se determina que ha ocurrido la descertificación, renuncia de interés o cambio en su representante de negociación colectiva.

Si: El Acuerdo de Convenio Colectivo de su empleador vence, no se establece un nuevo Acuerdo de Convenio Colectivo y su empleador no hace las contribuciones requeridas a UNITE HERE HEALTH,

Entonces: Su cobertura finaliza el último día del período de cobertura correspondiente al último período de trabajo por el cual se recibieron las contribuciones.

Si: El Acuerdo de Convenio Colectivo de su empleador vence, no se establece un nuevo Acuerdo de Convenio Colectivo, y su empleador continúa haciendo las contribuciones requeridas a UNITE HERE HEALTH,

Entonces: Su cobertura finaliza el último día del duodécimo mes después de que expire el Acuerdo de Convenio Colectivo, a menos que los Fideicomisarios aprueben una extensión.

Si: Su empleador se retira total o parcialmente de UNITE HERE HEALTH.

Entonces: Su cobertura finaliza el último día del mes para el cual su empleador tiene la obligación de hacer contribuciones a UNITE HERE HEALTH.

Terminación de cobertura

Siempre debe mantenerse informado sobre las negociaciones de su sindicato y cómo estas negociaciones pueden afectar su elegibilidad para recibir beneficios.

Certificado de cobertura acreditable

Usted o su dependiente puede solicitar un certificado de cobertura acreditable dentro de los 24 meses inmediatamente posteriores a la fecha en que finaliza su cobertura o la de sus dependientes. El certificado indica las personas cubiertas por el Fondo y la duración de la cobertura aplicable a cada uno. El Fondo solo enviará un certificado de cobertura acreditable si usted o su dependiente lo solicitan.

Comuníquese con el Fondo cuando tenga preguntas sobre los certificados de cobertura acreditable.

Cómo restablecer la elegibilidad

Conozca:

- Cómo puede restablecer su elegibilidad y la de sus dependientes.
- Se aplican reglas especiales si se encuentra bajo licencia para ausentarse debido a la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés).
- Se aplican reglas especiales si se encuentra bajo licencia para ausentarse debido a una llamada al servicio militar activo.

Cómo restablecer la elegibilidad

Portabilidad

Si está cubierto por una unidad de plan de UNITE HERE HEALTH cuando finaliza su empleo, pero comienza a trabajar para un empleador que participa en otra unidad de plan de UNITE HERE HEALTH dentro de los 90 días posteriores a la terminación de su empleo con el empleador original, usted será elegible bajo la nueva unidad de plan el primer día del mes para el cual su nuevo empleador deba realizar contribuciones en su nombre.

- A fin de calificar bajo esta regla, dentro de los 60 días posteriores a que comience a trabajar para su nuevo empleador, usted, el sindicato o el nuevo empleador deben enviar un aviso por escrito a UNITE HERE HEALTH indicando que su elegibilidad debe brindarse bajo las reglas de portabilidad. Su elegibilidad bajo la nueva unidad de plan se basará en las reglas de esa unidad de plan para determinar la elegibilidad de los empleados de empleadores contribuyentes nuevos (elegibilidad inmediata).
- Si no se brinda un aviso por escrito dentro de los 60 días después de comenzar a trabajar para su nuevo empleador, su elegibilidad bajo la nueva unidad de plan se basará en las reglas de esa unidad de plan para determinar la elegibilidad de los empleados de empleadores contribuyentes actuales.

Ley de Ausencia Familiar y Médica

El Fondo cumple con la ley federal que rige las licencias según la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés), incluyendo la continuación de su cobertura y la de sus dependientes durante su licencia y el restablecimiento de su cobertura después de su licencia. Es posible que su empleador aún deba realizar contribuciones en su nombre, y es posible que usted aún deba realizar los pagos correspondientes para su cobertura o la de sus dependientes. Comuníquese con su empleador si tiene preguntas sobre los permisos de ausencia FMLA.

El efecto de las fuerzas armadas

El Fondo cumple con la ley federal que rige las licencias militares según la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA). Siempre que su regreso al trabajo esté de acuerdo con la ley federal y realice los pagos correspondientes para su cobertura o la de sus dependientes, su cobertura y la de sus dependientes se restablecerán inmediatamente después de su regreso al empleo cubierto (no se aplicará ningún período de espera).

Restablecimiento de la elegibilidad perdida por otras razones

Restablecimiento de la elegibilidad para los empleados

Si pierde la elegibilidad y su pérdida de elegibilidad es menos de 12 meses consecutivos, puede restablecer su elegibilidad cumpliendo con las reglas de elegibilidad continua del Plan

(*vea página G-6*). Si su pérdida de elegibilidad dura 12 meses o más, debe volver a cumplir con las reglas de elegibilidad iniciales del Plan (*vea página G-5*).

Restablecimiento de la elegibilidad para dependientes

Si sigue siendo elegible pero la cobertura de dependientes termina porque deja de realizar los pagos requeridos, no podrá volver a inscribir a sus dependientes hasta el próximo período de inscripción especial o el próximo período de inscripción abierta (*vea página G-9*), lo que ocurra primero.

Si la cobertura de dependientes termina porque usted pierde la elegibilidad por razones distintas a la terminación del empleo, la cobertura de dependientes se restablecerá cuando se restablezca su cobertura (la del empleado).

Continuación de cobertura de COBRA

Conozca:

- Cómo puede realizar pagos para continuar con su cobertura.

Continuación de cobertura de COBRA

El derecho a la continuación de cobertura de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan, fue creado en virtud de una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés). La continuación de cobertura de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud colectiva de otra forma terminaría. **Esta parte de su SPD explica la continuación de la cobertura COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.**

Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe leer este SPD o comunicarse con el Fondo.

¿Qué es la continuación de cobertura de COBRA?

La continuación de cobertura de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, finalizaría debido a un evento de vida. Esto también se conoce como “evento que califica”. Los eventos que califican específicos se enumeran más abajo en esta sección. Después de un evento que califica, la continuación de cobertura de COBRA debe ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario que califica”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que califican si pierden la cobertura bajo el plan debido a un evento que califica. Según el Plan, los beneficiarios que califican que eligen la continuación de cobertura de COBRA deben pagar la misma.

La continuación de cobertura es la misma cobertura que el Plan brinda a otros participantes o beneficiarios del Plan que no reciben la continuación de cobertura, excepto que usted no puede continuar con el seguro de vida, muerte accidental y desmembramiento. Cada beneficiario que califica que elija la continuación de cobertura tendrá los mismos derechos bajo el Plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el Plan, incluidos los derechos de inscripción abierta y de inscripción especial.

Si es un empleado, se convertirá en beneficiario que califica si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Se reducen sus horas de trabajo;
- Su empleo termina por cualquier razón que no sea un mal comportamiento grave; o
- Su empleador se retira de UNITE HERE HEALTH.

Si usted es cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario que califica si pierde su cobertura bajo el Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Su cónyuge muere.
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge.
- El empleo de su cónyuge termina por cualquier razón que no sea un mal comportamiento grave.

Continuación de cobertura de COBRA

- El empleador de su cónyuge se retira de UNITE HERE HEALTH.
- Su cónyuge adquiere el derecho de recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); o
- Usted se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que califican si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos que califican:

- Muerte del padre que es el empleado;
- Se reducen las horas de trabajo del padre empleado;
- El empleo del padre empleado termina por cualquier razón que no sea una mala conducta grave.
- El empleador del padre empleado se retira de UNITE HERE HEALTH;
- El padre empleado adquiere el derecho de recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El hijo deja de ser elegible para recibir cobertura bajo el Plan como "hijo dependiente".

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura de COBRA?

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a los beneficiarios que califican solo después de que el administrador del Plan haya sido notificado de que ha ocurrido un evento que califica. El empleador debe notificar al administrador del Plan sobre los siguientes eventos que califican:

- La terminación de empleo o reducción de horas de trabajo;
- Fallecimiento del empleado; o
- El empleado tiene derecho de recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas).

UNITE HERE HEALTH utiliza sus propios registros para determinar cuándo finaliza la cobertura de un participante en virtud del Plan.

Para todos los demás eventos que califican (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente para recibir cobertura como hijo dependiente), debe notificar al administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a la ocurrencia del evento que califica. Debe enviar este aviso a:

Continuación de cobertura de COBRA

UNITE HERE HEALTH
Attn: COBRA Department
P. O. Box 6557
Aurora, IL 60589-0557

Debe usar los formularios del Fondo para notificar cualquier evento que califica, si la Administración del Seguro Social determina que usted o un dependiente están discapacitados, o si ya no lo están. Puede obtener un formulario llamando al Fondo al **(855) 844-5262**.

¿Cómo se brinda la continuación de cobertura de COBRA?

Cuando el administrador del Plan recibe un aviso de que ha ocurrido un evento que califica, se determinará si usted o sus dependientes tienen derecho de recibir la continuación de cobertura de COBRA.

- Si usted o sus dependientes no tienen derecho de recibir la continuación de cobertura de COBRA, recibirán a un aviso por correo postal, dentro de los 14 días después de que se le haya notificado a UNITE HERE HEALTH sobre el evento que califica. El aviso explicará por qué la continuación de cobertura de COBRA no está disponible.
- Si usted o sus dependientes tienen derecho de recibir la continuación de cobertura de COBRA, se le enviará una descripción de sus derechos de continuación de cobertura de COBRA por correo postal, así como los formularios de elección correspondientes. La descripción de los derechos de continuación de cobertura de COBRA y los formularios de elección serán enviados por correo postal dentro de los 45 días después de que se le haya notificado a UNITE HERE HEALTH sobre el evento que califica. Estos materiales se enviarán por correo postal a quienes tengan derecho de recibir continuación de cobertura, a la dirección más reciente conocida en su expediente.

Se ofrecerá la continuación de cobertura de COBRA a cada uno de los beneficiarios que califican. Cada beneficiario que califica tendrá un derecho independiente de elegir la continuación de cobertura de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegir la continuación de cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

Debe completar un formulario de elección de continuación de cobertura de COBRA y enviarlo dentro de los 60 días posteriores a la última de las siguientes fechas:

- La fecha en la que la cobertura del Plan de otra forma finalizaría.
- La fecha en la que el Fondo envía el formulario de elección y una descripción de los derechos, así como de los procedimientos de continuación de cobertura de COBRA del Plan.

Si su formulario de elección o el de sus dependientes se recibe dentro del período de elección de 60 días, a usted o a sus dependientes se les enviará un aviso de prima que indica el monto adeudado por la continuación de cobertura de COBRA. El monto cobrado por la continuación de cobertura de COBRA no será mayor que el monto permitido por la ley federal.

Continuación de cobertura de COBRA

- UNITE HERE HEALTH debe recibir el primer pago dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que recibe su formulario de elección. El primer pago debe ser igual a las primas adeudadas desde la fecha de finalización de la cobertura hasta el final del mes en que se realiza el pago. Esto significa que su primer pago puede ser por más de un mes de continuación de cobertura de COBRA.
- Después del primer pago, los pagos adicionales vencen el primer día de cada mes durante el cual se continuará la cobertura. Para continuar la cobertura, cada pago mensual debe tener fecha de franqueo a más tardar 30 días después del plazo de pago.

Los pagos para la continuación de cobertura de COBRA pueden hacerse mediante cheque o giro postal (u otro método aceptable para UNITE HERE HEALTH), pagaderos a nombre de UNITE HERE HEALTH y enviados por correo postal a:

UNITE HERE HEALTH
Attn: COBRA Department
P. O. Box 809328
Chicago, IL 60680-9328

Por lo general, la continuación de cobertura de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que dura hasta 18 meses debido a la terminación de empleo o la reducción de horas de trabajo. Ciertos eventos que califican o un segundo evento que califica durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas de extender este período de 18 meses de continuación de cobertura de COBRA.

Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o cualquier miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y usted notifica al administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho de recibir hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento el o antes del día 60 de la continuación de cobertura de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de la continuación de cobertura. Para calificar para esta cobertura extendida especial de COBRA, la persona debe enviar (o llevar) a la Oficina del Fondo la determinación de discapacidad del Seguro Social antes de que expiren los 18 meses iniciales de continuación de cobertura. Después de que el Plan reciba una copia de la determinación de discapacidad, se le notificará sobre cualquier aumento en el costo necesario para continuar con la cobertura de COBRA durante el período extendido (el período entre 18 y 29 meses). Cada beneficiario que califica que haya elegido la continuación de cobertura tendrá derecho a la extensión por discapacidad de 11 meses si uno de ellos califica. Si se determina que el beneficiario calificado ya no está discapacitado bajo la SSA, debe notificar al Plan sobre ese hecho dentro de los 30 días posteriores a esa determinación.

Segunda extensión del período de 18 meses de continuación de cobertura por evento que califica

Si su familia experimenta otro evento que califica durante los 18 meses de la continuación de

Continuación de cobertura de COBRA

cobertura de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden recibir hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento que califica.

Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado muere; adquiere el derecho de recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento que califica hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente pierdan cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento que califica.

¿Cuándo finalizará la continuación de cobertura de COBRA?

La continuación de cobertura de COBRA finalizará cuando usted haya alcanzado el período de tiempo máximo durante el cual se puede continuar la cobertura. Sin embargo, la continuación de cobertura terminará antes si ocurre alguna de las siguientes:

- El final del mes por el cual se pagó una prima por última vez, si usted o sus dependientes no pagan ninguna prima requerida a su vencimiento.
- La fecha en que termina el Plan.
- La fecha en que la cobertura de Medicare entra en vigencia si comienza después de la elección de COBRA de la persona (la cobertura de Medicare significa que tiene derecho de recibir cobertura de Medicare; ha solicitado o se ha inscrito para esa cobertura, si la solicitud es necesaria; y su cobertura de Medicare es efectiva).
- La fecha en que se cumplen nuevamente los requerimientos de elegibilidad del plan.
- El final del mes ocurre 30 días después de la fecha en que finaliza la discapacidad según la Ley de Seguridad Social, si esa fecha ocurre después de que hayan expirado los primeros 18 meses de continuación de la cobertura.
- La fecha en que comienza cobertura bajo cualquier otro plan de salud colectivo.

Si la terminación de la continuación de cobertura finaliza por alguno de los motivos mencionados anteriormente, se le enviará un aviso de terminación anticipada por correo postal después de que finalice la cobertura. El aviso especificará la fecha en que finalizó la cobertura y el motivo.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la continuación de cobertura de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través de autopagos (si tiene esa opción), o Healthcare Insurance Marketplace, en Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP,

Continuación de cobertura de COBRA

por sus siglas en inglés), u otras opciones de cobertura de planes de salud colectivos (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA.

Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.HealthCare.gov.

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura de COBRA y elegir la cobertura más conveniente para usted. Por ejemplo, si se cambia a otra cobertura, es posible que pague más en gastos de bolsillo de lo que pagaría con COBRA porque la nueva cobertura puede imponer un nuevo deducible.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de cobertura de COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, comenzando en el primero de:

- El mes posterior al término de su empleo.
- El mes posterior al término de cobertura del plan de salud colectivo en base al empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y elige la continuación de cobertura de COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte B y puede tener un vacío en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de cobertura de COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia en la fecha de elección de COBRA o antes, la cobertura de COBRA no puede interrumpirse debido al derecho de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de cobertura de COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de cobertura de COBRA como en Medicare, por lo general Medicare pagará primero (pagador principal) y la continuación de cobertura de COBRA pagará segundo. Algunos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tiene preguntas

Las preguntas acerca de su Plan o sus derechos de continuación de cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o a los contactos identificados más abajo. Para obtener más información sobre sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados

Continuación de cobertura de COBRA

(ERISA, por sus siglas en inglés), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud colectivos, comuníquese con la oficina regional o distrital más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y distritales de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre Marketplace, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga a su Plan informado sobre cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de la familia. Usted también debería guardar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

UNITE HERE HEALTH
Attn: COBRA Department
P. O. Box 6557
Aurora, IL 60589-0557
(855) 844-5262

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

Conozca:

- Qué debe hacer para presentar un reclamo.
- El plazo para presentar un reclamo.
- Cuándo obtendrá una decisión sobre su reclamo.
- Cómo apelar si se rechaza su reclamo.
- Cuándo recibirá una decisión sobre su apelación.
- Su derecho a una revisión externa del reclamo.

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

Esta sección no se aplica a los reclamos de beneficios proporcionados a través de las HMO.

Ver página C-4 para obtener más información sobre la presentación de reclamos, apelaciones y quejas de Kaiser (incluido su derecho a apelaciones externas en algunos casos).

Consulte su EOC de LIBERTY DHMO para obtener más información sobre la presentación de reclamos y las apelaciones de LIBERTY DHMO.

Presentando un reclamo de beneficios

Su reclamo de beneficios debe incluir toda la siguiente información:

- Su nombre.
- Su número de Seguro Social o número de identificación de miembro.
- Una descripción de la lesión, enfermedad, síntomas u otra condición en la que se basa su reclamo.

Un reclamo de beneficios de atención médica debe incluir cualquiera de la siguiente información que aplique:

- Diagnósticos.
- Fecha de servicio(s).
- Identificación de los servicios específicos prestados.
- Cargos incurridos por cada servicio.
- Nombre y dirección del proveedor.
- Cuando corresponda, el nombre de su dependiente, su número de Seguro Social y su parentesco con el paciente.

Los reclamos de beneficios de vida o AD&D pueden requerir una copia certificada del certificado de defunción. Todos los reclamos de beneficios deben hacerse como se muestra más abajo. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, comuníquese con el Fondo al **(855) 844-5262**.

Reclamos dentales de LIBERTY PPO

Los dentistas de LIBERTY generalmente presentarán reclamos dentales por usted. Sin embargo, es posible que deba presentar un reclamo si elige un dentista fuera de la red. Envía tu reclamo, con toda la información que LIBERTY necesita, a:

LIBERTY Dental Plan
Claims Department
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

Reclamos de visión

Generalmente, si utiliza un proveedor de la vista de UnitedHealthcare, no necesita presentar un reclamo por atención de la vista porque los proveedores de la vista de UnitedHealthcare presentarán el reclamo en su nombre. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo porque utilizó un proveedor que no está en la red de visión de UnitedHealthcare, envíelo a UnitedHealthcare. Deberá incluir su número único de servicio para miembros, además del nombre y fecha de nacimiento del paciente en todos los reclamos. Si tiene reclamos por servicios o materiales comprados en fechas diferentes, deberá presentar el reclamo al mismo tiempo.

UnitedHealthcare
ATTN: Claims Department
P.O. Box 30978
Salt Lake City, UT 84130
Fax: **(248) 733-6060**

Todos los demás reclamos

Todos los reclamos de vida o AD&D o cualquier reclamo rechazado porque usted no es elegible deben enviarse por correo a:

UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
(855) 844-5262

Si está presentando un reclamo de beneficios de vida o AD&D, después de haberse comunicado con el Fondo sobre la muerte o desmembramiento de un empleado, BCBSIL se comunicará con usted para completar el proceso de presentación del reclamo.

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

Plazos para presentar un reclamo de beneficios

Solo se considerarán para el pago aquellos reclamos de beneficios que se presenten de manera oportuna. Se aplican los siguientes plazos:

Fecha límite para presentar un reclamo	
Tipo de reclamo	Fecha límite para presentar
Reclamos de LIBERTY dental PPO	365 días siguientes a la fecha en que se produjo el reclamo
Reclamos de la visión	12 meses después de la fecha en que se produjo el reclamo
Seguro de vida	Dentro de un plazo razonable
Seguro AD&D	- Se debe recibir un <i>aviso</i> por escrito dentro de los 31 días posteriores a la pérdida (o lo antes posible). - El <i>comprobante de pérdida</i> por escrito debe recibirse dentro de los 90 días de la pérdida (o lo antes posible). Es posible que se apliquen otros plazos a sus beneficios de seguro AD&D adicionales: su certificado de seguro proporciona más información.
Todos los demás reclamos: Incluyendo reclamos rechazados porque no es elegible	18 meses después de la fecha en que se produjo el reclamo

Si no presenta un reclamo de beneficios dentro de la fecha límite correspondiente, su reclamo será rechazado a menos que pueda demostrar que no fue razonablemente posible para usted cumplir con los requisitos de presentación del reclamo y que presentó su reclamo tan pronto después de la fecha límite como fue razonablemente posible.

Personas que pueden presentar un reclamo de beneficios

Usted, un proveedor de atención médica (bajo ciertas circunstancias) o un representante autorizado que actúe en su nombre pueden presentar un reclamo de beneficios según el Plan.

¿Quién es un representante autorizado?

Puede otorgarle a otra persona la autoridad para actuar en su nombre para presentar un reclamo de beneficios o apelar una denegación de reclamo. Si desea que otra persona (llamada “representante autorizado”) actúe en su nombre, usted y la persona que desea que sea su representante autorizado deben completar y firmar un formulario aceptable para el Fondo. Llame a UNITE HERE HEALTH para obtener un formulario y enviarlo a:

UNITE HERE HEALTH
Attention: Claims Manager
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

En el caso de un reclamo de atención de urgencia/tratamiento de emergencia, un proveedor de atención médica con conocimiento de su condición médica puede actuar como su representante autorizado.

Si UNITE HERE HEALTH determina que usted es incompetente o que no puede elegir un representante autorizado para que actúe en su nombre, cualquiera de las siguientes personas puede ser reconocida como su representante autorizado sin el formulario apropiado:

- Su cónyuge (o pareja doméstica).
- Alguien que tenga poder notarial o que sea albacea de su patrimonio.

Su representante autorizado puede actuar en su nombre hasta la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que usted le informa a UNITE HERE HEALTH, ya sea verbalmente o por escrito, que ya no desea que el representante autorizado actúe en su nombre.
- La fecha en que se emite una decisión final sobre su apelación.

Determinación de reclamos

Reclamos de atención médica posteriores al servicio que no involucran decisiones de atención concurrentes. Se le notificará la decisión dentro de un período de tiempo razonable y apropiado a sus circunstancias médicas, pero a más tardar 30 días después de recibir su reclamo. En general, los beneficios por servicios médicos/quirúrgicos se pagarán al proveedor de esos servicios.

Este período de 30 días puede extenderse una vez por hasta 15 días adicionales si es necesario por asuntos fuera del control del Plan. Si se requiere una extensión de 15 días, se le notificará antes de que finalice el período original de 30 días. También se le notificará por qué es necesaria la extensión y cuándo se espera una decisión. Si esta extensión es necesaria porque no envía la información necesaria, tiene 60 días a partir de la fecha en que se le informa que se necesita más información para enviarla. Se le indicará qué información adicional debe proporcionar. Si no proporciona la información requerida dentro de los 60 días, su reclamo será rechazado y no se pagarán los beneficios que de otro modo serían pagaderos.

Reclamos de vida y AD&D

En general, se le notificará la decisión sobre su reclamo de beneficios de vida y AD&D a más tardar 90 días después de recibir su reclamo.

Este período de 90 días puede extenderse hasta por 90 días adicionales si circunstancias especiales requieren tiempo adicional. BCBSIL le notificará por escrito si requiere más tiempo de procesamiento antes de que finalice el primer período de 90 días.

Si se rechaza un reclamo de beneficios

Si su reclamo de beneficios o solicitud de autorización previa es rechazado, total o parcialmente, recibirá una notificación por escrito explicando los motivos del rechazo, incluida toda la infor-

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

mación requerida por la ley federal. El aviso también incluirá información sobre cómo puede presentar una apelación y los límites de tiempo relacionados, incluido cómo obtener una revisión acelerada para tratamiento de emergencia/atención de urgencia, si corresponde.

Reclamos de vida y AD&D

Puede presentar una apelación dentro de los 60 días posteriores a la decisión de BCBSIL. BCBSIL generalmente responderá a su apelación dentro de los 60 días (pero puede solicitar una extensión de 60 días). Si necesita ayuda para presentar una apelación o si tiene preguntas sobre cómo funciona el proceso de reclamos y apelaciones de BCBSIL, comuníquese con BCBSIL.

BCBSIL
Attn: Claim Department Appeals Specialist
P.O. Box 7070
Downers Grove, IL 60515-5591

Apelación de denegaciones de reclamos (que no sean reclamos de vida y AD&D)

Si su reclamo de beneficios es rechazado, total o parcialmente, puede presentar una apelación. Como se explica a continuación, su reclamo puede estar sujeto a uno o dos niveles de apelación.

Todas las apelaciones deben ser por escrito (excepto las apelaciones relacionadas con la atención de urgencia), firmadas y deben incluir el nombre, la dirección y la fecha de nacimiento del reclamante y su número de Seguro Social (el del empleado). También debe brindar cualquier documento o registro que respalde su reclamo.

Beneficios de becas John Wilhelm: un nivel de apelación

Si usted o sus dependientes no obtienen el beneficio de una beca porque no cumple con el requisito de elegibilidad del Fondo como se describe *en la página D-26*, puede apelar el rechazo dentro de los 60 días posteriores a la recepción del aviso de rechazo para:

The Appeals Subcommittee
UNITE HERE HEALTH
711 Commons Dr.
Aurora, IL 60504-4197

El Fondo generalmente responderá a su apelación dentro de los 60 días (pero puede solicitar una extensión de 60 días).

Reclamos de atención de la vista: un nivel de apelación

Puede presentar una apelación dentro de los 180 días posteriores a la decisión de UnitedHealthcare. UnitedHealthcare generalmente responderá a su apelación dentro de los 60 días (pero puede solicitar una extensión de 60 días). Si necesita ayuda para presentar un reclamo o una apelación, o tiene preguntas sobre cómo funciona el proceso de reclamo y apelación de UnitedHealthcare, comuníquese con UnitedHealthcare:

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

UnitedHealthcare
ATTN: Claims Department
P.O. Box 30978
Salt Lake City, UT 84130
Fax: **(248) 733-6060**
(800) 638-3120

Reclamos de LIBERTY dental PPO: dos niveles de apelaciones

Primer nivel de apelación

Todas las apelaciones por reclamos denegados de LIBERTY dental PPO deben enviarse dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que se denegó el reclamo a:

LIBERTY Dental Plan
Grievance Analyst
P.O. Box 26110
Santa Ana, CA 92799-6110

Segundo nivel de apelación

Si se confirma todo o parte del rechazo original (lo que significa que el reclamo aún se rechaza, total o parcialmente, después de su primera apelación) y usted todavía cree que el reclamo debe pagarse, usted o su representante autorizado deben enviar una segunda apelación. apelar dentro de los 45 días siguientes a la fecha en que se confirmó la denegación de primer nivel a:

The Appeals Subcommittee
UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Dr.
Aurora, IL 60504-4197

Todos los demás reclamos: un nivel de apelación

Si no está de acuerdo con todo o parte de cualquier otro reclamo, incluido un reclamo denegado porque no es elegible, y desea apelar la decisión, debe seguir los pasos de esta sección. Debe presentar una apelación dentro de los 12 meses siguientes a la recepción del rechazo del reclamo a:

The Appeals Subcommittee
UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Dr.
Aurora, IL 60504-4197

El Subcomité de Apelaciones no aplicará el límite de presentación de 12 meses cuando:

- Usted no haya podido, en forma razonable, presentar la apelación dentro del límite de presentación de 12 meses debido a:
 - Circunstancias fuera de su control, siempre que presente la apelación lo antes posible.

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

- Circunstancias en las que el reclamo no se procesó de acuerdo con los requisitos de procesamiento de reclamos del Plan.
- El Subcomité de Apelaciones habría anulado la denegación de beneficios original en función de sus prácticas y políticas estándar.

Apelaciones que involucran reclamos de atención de urgencia

Si está apelando una denegación de beneficios que califica como una solicitud de tratamiento de emergencia/atención de urgencia, puede solicitar oralmente una apelación acelerada de la denegación comunicándose con el proveedor correspondiente.

Toda la información necesaria puede enviarse por teléfono, fax o cualquier otro método razonablemente efectivo.

Apelaciones bajo la autoridad exclusiva del administrador del plan

La Junta de Fideicomisarios ha otorgado al Administrador del Plan autoridad única y final para decidir todas las apelaciones que resulten de las siguientes circunstancias:

- La negativa de UNITE HERE HEALTH a aceptar autopagos, incluyendo pagos por cobertura de dependientes, realizados después de la fecha de vencimiento.
- Pagos y solicitudes tardías de COBRA para continuar la cobertura bajo las disposiciones de COBRA.
- Solicitudes tardías, incluidas solicitudes tardías de inscripción para cobertura de dependientes.

Usted debe presentar su apelación dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que se rechazó el pago o la solicitud tardía a:

The Plan Administrator
UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Dr.
Aurora, IL 60504-4197

Revisión de apelaciones

Durante la revisión de su apelación, usted o su representante autorizado tienen derecho a:

- Previa solicitud, examinar y obtener copias, sin cargo, de todos los documentos, registros y otra información del Plan que afecten su reclamo.
- Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otra información relacionada con su queja.
- Información que identifique a los expertos médicos o vocacionales cuya opinión se obtuvo en nombre de UNITE HERE HEALTH en relación con la denegación de su reclamo. Usted tiene derecho a esta información incluso si no se basó en ella cuando se denegó su apelación.

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

- Designar a alguien para que actúe como su representante autorizado (*vea página H-4* para más detalles).

Además, UNITE HERE HEALTH debe revisar su apelación con base en las siguientes reglas:

- UNITE HERE HEALTH no aplazará la denegación inicial de su reclamo.
- La revisión de su apelación debe ser realizada por un fiduciario designado de UNITE HERE HEALTH que no sea ni la persona que inicialmente rechazó su reclamo ni un subordinado de dicha persona.
- Si la denegación de su reclamo inicial se basó, total o parcialmente, en un juicio médico (incluidas decisiones sobre si un medicamento, tratamiento u otro elemento es experimental, en investigación o no es médicamente necesario o apropiado), un fiduciario designado de UNITE HERE HEALTH consultará con un proveedor de atención médica que tenga la capacitación y experiencia adecuadas en el campo de la medicina involucrado en el juicio médico. Este proveedor de atención médica no puede ser una persona a la que se consultó en relación con la determinación inicial de su reclamo, ni el subordinado de dicha persona.

Aviso de la decisión sobre su apelación

Se le notificará la decisión sobre su apelación dentro de los siguientes plazos, contados a partir de la recepción de su apelación por parte de la entidad revisora:

Tipo de reclamo	Límite de tiempo
Sujeto a un nivel de apelación	Dentro de un plazo razonable, pero a más tardar 60 días
Sujeto a dos niveles de apelación	Dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 30 días para cada nivel de apelación

Si su reclamo es rechazado en la apelación por una necesidad médica, un tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, una declaración que se le proporcionará una explicación gratuita del criterio científico o clínico para la determinación que aplica los términos del Plan a sus circunstancias médicas, previa solicitud.

Si su apelación es denegada, se le proporcionará un aviso por escrito de la denegación que incluye toda la información requerida por ley federal, incluida una descripción de los procedimientos de revisión externa del Plan (cuando corresponda), cómo apelar para una revisión externa y los límites de tiempo aplicables a dichos procedimientos.

No asignación de reclamos

Usted no puede asignar su reclamo de beneficios bajo el Plan a un proveedor que no pertenece a la red sin el consentimiento expreso por escrito del Plan. Un proveedor que no pertenece a la red es un médico, hospital o cualquier otro proveedor que no está en una red de PPO o en una red similar del Plan.

Esta regla se aplica a todos los proveedores fuera de la red y su proveedor no puede cambiar esta regla ni hacer excepciones por su cuenta. Si usted firma una asignación con un proveedor sin el consentimiento por escrito del Plan, esta no será válida ni ejecutable contra el Plan. Esto significa que un proveedor que no pertenece a la red no tendrá derecho a pago directamente del Plan y que usted puede ser responsable de pagar al proveedor por su propia cuenta y luego solicitar el reembolso de una parte de los cargos según las reglas del Plan.

Independientemente de esta prohibición de asignación, el Plan puede, a su exclusiva discreción y bajo ciertas circunstancias limitadas, optar por pagar directamente a un proveedor fuera de la red por los servicios cubiertos que se le brinden. El pago a un proveedor fuera de la red en cualquier caso no constituirá una renuncia a ninguna de las reglas del Plan con respecto a los proveedores fuera de la red, y el Plan se reserva todos sus derechos y defensas al respecto.

Inicio de acciones legales

Ni usted, ni su beneficiario ni ningún otro reclamante pueden iniciar una demanda contra el Plan (o su Junta de Fideicomisarios, proveedores o personal) por beneficios denegados hasta que se hayan agotado los procedimientos internos de apelación del Plan. Este requisito no se aplica a sus derechos a ninguna revisión externa disponible a través de Kaiser HMO (*vea página C-6 y página C-7*).

Si finaliza todas las apelaciones internas y decide presentar una demanda contra el Plan, dicha demanda debe iniciarse a más tardar 12 meses después de la fecha de la carta de denegación de la apelación. Si no inicia su demanda dentro de este plazo de 12 meses, perderá de manera permanente e irrevocable su derecho de impugnar la denegación ante el tribunal o de cualquier otra manera o foro. Esta regla de 12 meses aplica a usted y a sus beneficiarios, así como a cualquier otra persona o entidad que presente un reclamo en su nombre.

Otra información importante



¿Quién paga por sus beneficios?

En general, los beneficios del Plan se brindan con el dinero (contribuciones) que los empleadores participantes en el Plan deben contribuir en nombre de los empleados elegibles bajo los términos de los Acuerdos de Negociación Colectiva (CBA, por sus siglas en inglés) negociados por su sindicato. Los beneficios del Plan también pueden ser financiados con montos que usted deba pagar por la parte de su cobertura o la de su dependiente.

¿Qué beneficios proporcionan a través de las compañías de seguros?

Este Plan proporciona los siguientes beneficios de forma autofinanciada; sin embargo, el Plan puede contratar otras organizaciones para ayudar a administrar ciertos beneficios. Autofinanciado significa que ninguno de estos beneficios se financia mediante contratos de seguro. UNITE HERE HEALTH paga directamente los beneficios y gastos administrativos asociados.

- LIBERTY Dental Plans of California, Inc. administra la opción de beneficio dental LIBERTY dental PPO.
- Beneficio de la beca John Wilhelm.

Los siguientes beneficios se proporcionan sobre una base totalmente asegurada. Esto significa que los beneficios están financiados y garantizados bajo pólizas grupales suscritas por una entidad distinta a UNITE HERE HEALTH:

- Beneficios médicos y de medicamentos recetados de HMO a través de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Región del Sur de California.
- Beneficios dentales HMO a través de LIBERTY Dental Plans of California, Inc.
- Beneficios de la visión a través de UnitedHealthcare.
- Beneficios de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a través de una póliza grupal suscrita por Dearborn National (marca BCBSIL).

Interpretación de las disposiciones del Plan

Para los beneficios proporcionados sobre una base totalmente asegurada, el asegurador tiene la autoridad exclusiva para tomar decisiones sobre los beneficios y decidir todas las cuestiones o controversias de cualquier carácter con respecto a la póliza asegurada.

Toda otra autoridad recae en la Junta de Fideicomisarios. La Junta de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH tiene autoridad única y exclusiva para:

- Tomar decisiones finales sobre las solicitudes o el derecho de recibir beneficios del Plan, incluidos:

Otra información importante

- La discreción exclusiva para aumentar, disminuir o cambiar las disposiciones del Plan para la administración eficiente del Plan o para promover los propósitos de UNITE HERE HEALTH,
- El derecho a obtener o proporcionar información necesaria para coordinar pagos de beneficios con otros planes.
- El derecho de obtener segundas opiniones médicas o dentales o que se realice una autopsia cuando no esté prohibido por ley.
- Interpretar todas las disposiciones del Plan, así como las reglas y procedimientos administrativos asociados.
- Autorizar todos los pagos bajo el Plan o recuperar cualquier monto que exceda los montos totales requeridos por el Plan.

Las decisiones de la Junta de Fideicomisarios son vinculantes para todas las personas que tratan o reclaman beneficios del Plan, a menos que un tribunal de jurisdicción competente determine que es arbitraria o caprichosa. Los beneficios bajo este Plan se pagarán únicamente si la Junta Directiva de UNITE HERE HEALTH, a su única y exclusiva discreción, decide que el solicitante tiene derecho a ellos.

Este Plan otorga a la Junta de Fideicomisarios total discreción y autoridad exclusiva para tomar la decisión final en todas las áreas de interpretación y administración del Plan, incluida la elegibilidad para recibir beneficios, el nivel de beneficios proporcionados y el significado de todo el texto del Plan (incluida esta Descripción Resumida del Plan). En caso de conflicto entre esta Descripción resumida del plan y el Documento del plan que rige el Plan, prevalecerá el Documento del plan.

El Documento del Plan son las reglas y regulaciones que rigen el Plan de beneficios proporcionado a los empleados y dependientes elegibles que participan en la Unidad del Plan 278 (Long Beach/Orange County).

Restricción de jurisdicción

Cualquier acción, reclamo, controversia o disputa relacionada con el Fondo, el Plan, la Descripción Resumida del Plan y/o el Acuerdo de fideicomiso relacionados con el Fondo, el Plan se presentarán y resolverán solo en el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Norte de Illinois y en cualquier tribunal en el que se escuchan las apelaciones de dicho tribunal.

Modificación o terminación del Plan

La Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de modificar o terminar UNITE HERE HEALTH, ya sea en su totalidad o en parte, en cualquier momento, de conformidad con el Acuerdo de Fideicomiso. Por ejemplo, la Junta de Fideicomisarios puede determinar que UNITE HERE HEALTH ya no puede llevar a cabo los fines para los que fue fundado y, por lo tanto, debe ser terminado.

Otra información importante

De conformidad con el Acuerdo de Fideicomiso, la Junta de Fideicomisarios también se reserva el derecho de modificar o terminar su Plan o cualquier otra Unidad del Plan, o de enmendar, terminar o suspender cualquier programa de beneficios de cualquier Unidad del Plan en cualquier momento. Dicha terminación o suspensión, así como la terminación, vencimiento o discontinuación de cualquier póliza de seguro bajo UNITE HERE HEALTH no necesariamente constituirá una terminación de UNITE HERE HEALTH.

Si se termina UNITE HERE HEALTH en su totalidad o en parte, o si su Plan, cualquier otra Unidad del Plan o cualquier programa de beneficios se termina o suspende, ningún empleador, participante, beneficiario u otro plan de beneficios para empleados tendrá derechos sobre ninguna parte de los activos de UNITE HERE HEALTH. Esto significa que ningún empleador, plan u otra persona tendrá derecho a una transferencia de ninguno de los activos de UNITE HERE HEALTH sobre dicha terminación o suspensión. La Junta de Fideicomisarios puede continuar pagando los reclamos incurridos antes de la terminación de UNITE HERE HEALTH o cualquier Unidad de Plan, según corresponda, así como tomar cualquier otra medida autorizada por el Acuerdo de Fideicomiso. El pago de beneficios por reclamos incurridos antes de la terminación de UNITE HERE HEALTH, cualquier Unidad de Plan o cualquier programa de beneficios dependerá de la condición financiera de UNITE HERE HEALTH.

Su Plan y todas las demás Unidades de Plan en UNITE HERE HEALTH forman parte de un plan individual de salud para empleados financiado por un único fondo fiduciario. Ninguna Unidad de Plan y ningún programa de beneficios se tratará como un plan de beneficios o fideicomiso aparte de los empleados.

Libre elección de proveedor

La decisión de usar los servicios de hospitales, clínicas, médicos, dentistas u otros proveedores de atención médica en particular es voluntaria y el Plan no recomienda a qué proveedor específico debe acudir, incluso cuando los beneficios solo estén disponibles para servicios brindados por proveedores designados por el Plan. Debe seleccionar un proveedor o tratamiento basándose en todos los factores apropiados, de los cuales solo uno es la cobertura del Fondo.

Los proveedores no son agentes ni empleados de UNITE HERE HEALTH, y el Fondo no hace ninguna representación con respecto a la calidad del servicio brindado.

Compensación de trabajadores

El Plan no reemplaza ni afecta los requisitos de cobertura bajo ninguna ley estatal de compensación de trabajadores o en virtud de la Ley de Enfermedad Ocupacional. Si usted sufre una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, notifique a su empleador de inmediato.

Tipo de Plan

UNITE HERE HEALTH es un plan de asistencia social que brinda atención médica y otros benefi-

Otra información importante

cios, incluido seguro de vida y protección por muerte accidental y desmembramiento. UNITE HERE HEALTH se mantiene principalmente a través de acuerdos de negociación colectiva entre UNITE HERE y ciertos empleadores. Estos acuerdos requieren contribuciones a UNITE HERE HEALTH en nombre de cada empleado elegible. Por un costo razonable, usted puede obtener copias de los Acuerdos de Negociación Colectiva escribiendo al administrador del Plan. También hay copias disponibles para revisión en la oficina de Aurora, Illinois, y dentro de los 10 días posteriores a la solicitud de revisión, en las siguientes ubicaciones: oficinas regionales, oficinas principales de empleadores en las que trabajan al menos 50 participantes, así como en oficinas principales o salas de reunión de los sindicatos locales.

Organizaciones de empleadores y empleados

Usted puede obtener una lista completa de las organizaciones de empleadores y empleados que participan en el Plan escribiendo al administrador del Plan. También hay copias disponibles para su revisión en la oficina de Aurora, Illinois, y dentro de los 10 días posteriores a la solicitud de revisión, en las siguientes ubicaciones: oficinas regionales, oficinas principales de empleadores en las que trabajan al menos 50 participantes, así como en oficinas principales o salas de reunión de los sindicatos.

Administrador del Plan y agente para servicio del proceso legal

El Administrador del Plan y el agente para servicio del proceso legal es el director ejecutivo (CEO, por sus siglas en inglés) de UNITE HERE HEALTH. La notificación del proceso legal también se puede realizar a cualquier fideicomisario del Fondo. La dirección y el número de teléfono del CEO son:

UNITE HERE HEALTH
Chief Executive Officer
711 North Commons Drive
Aurora, IL 60504-4197
(630) 236-5100

Número de Identificación del Empleador

El Número de Identificación del Empleado asignado por el Servicio de Rentas Internas a la Junta de Fideicomisarios es EIN# 23-7385560.

Número del Plan

El número del plan es 501.

Otra información importante

Año del Plan

El año del Plan es el período de 12 meses establecido por la Junta de Fideicomisarios a fin de mantener los registros financieros de UNITE HERE HEALTH. El año del Plan inicia cada 1 de abril y termina el siguiente 31 de marzo.

Recursos en caso de fraude

Si usted o un dependiente envía información que sabe que es falsa, si no envía información intencionalmente o si oculta información importante para obtener cualquier beneficio del Plan, los Fideicomisarios pueden tomar medidas para remediar el fraude, que incluyen: preguntar por usted reembolsar cualquier beneficio pagado, negar el pago de cualquier beneficio, deducir los montos pagados de pagos de beneficios futuros y suspender y revocar la cobertura.

Terminaciones retroactivas limitadas de cobertura permitidas

Su cobertura bajo UNITE HERE HEALTH no puede cancelarse retroactivamente (esto se llama rescisión de cobertura) excepto en el caso de fraude o tergiversación intencional de un hecho material. En este caso, el Fondo avisará con al menos 30 días de antelación antes de terminar la cobertura de forma retroactiva. Tiene derecho a presentar una apelación si se rescinde su cobertura.

Si el Fondo cancela la cobertura de forma prospectiva, la terminación prospectiva de la cobertura (terminación programada para el futuro) no es una rescisión. El Fondo puede finalizar la cobertura retroactivamente en cualquiera de las siguientes circunstancias y la finalización no se considera una rescisión de la cobertura:

- No cumplir con hacer contribuciones o pagos contra el costo de cobertura, incluida la continuación de cobertura de COBRA, al vencimiento de esos pagos.
- Notificación intempestiva de muerte o divorcio.
- Según lo permitido por ley.

Beneficios no adquiridos

Los beneficios para jubilados proporcionados a través del Fondo no son beneficios adquiridos ni acumulados. Esto significa que no se garantiza que los beneficios para jubilados continúen indefinidamente. Los Fideicomisarios tienen autoridad total y exclusiva para cambiar o terminar los beneficios y los requisitos de elegibilidad en cualquier momento.

Sus derechos en virtud de ERISA



Sus derechos en virtud de ERISA

Como participante en el Plan, tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (ERISA).

Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sus derechos en virtud de ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Oficina de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU., que figura en su directorio telefónico, o la División de Asistencia y Consultas Técnicas de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. en 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, DC 20210.

Reciba información sobre su Plan y beneficios

ERISA establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho de:

- Examinar sin cargo alguno, en la oficina del administrador del Plan y en otros lugares específicos, como lugares de trabajo y salas sindicales, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los Acuerdos de Negociación Colectiva, así como una copia del último informe anual (Formulario de la serie 5500) presentado por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU. y disponible en la Sala de Divulgación Pública de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados.
- Obtener, mediante solicitud por escrito al administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos contratos de seguro y Acuerdos de Negociación Colectiva, así como copias del último informe anual (Formulario de la serie 5500) y la Descripción Resumida del Plan actualizada. El administrador puede cobrar una tarifa razonable por las copias que la ley no exige que se entreguen gratis.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. La ley requiere que el Administrador del Plan proporcione a cada participante una copia del resumen del informe anual.

Continuación de cobertura del plan de salud colectivo

ERISA también establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho de continuar con la cobertura de atención médica para ellos mismos, sus cónyuges o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el Plan como resultado de un evento que califica. Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise esta Descripción Resumida del Plan y los documentos que rigen el Plan para conocer las reglas que rigen sus derechos de continuación de cobertura de COBRA.

Acciones prudentes por parte de los fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables del funcionamiento del plan de beneficios para empleados. Las personas que

operan su Plan, llamadas "fiduciarias" del Plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en interés de usted, así como de otros participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluido su empleador, sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de alguna manera para evitar que obtenga un beneficio de bienestar o que ejerza sus derechos en virtud de ERISA.

Ejercicio de sus derechos

Si su reclamo por un beneficio de bienestar es denegado o ignorado, por completo o parcialmente, usted tiene el derecho de saber por qué sucedió esto, obtener copias de documentos relacionados con la decisión sin costo alguno, y de apelar una denegación, todo dentro de ciertos plazos.

En virtud de ERISA, hay pasos que puede tomar para ejercer los derechos indicados más arriba. Por ejemplo, si hace una solicitud por escrito de una copia de los documentos del Plan o del último informe anual del Plan y no los recibe dentro de un plazo de 30 días, usted puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, el tribunal podría obligar al Administrador del Plan a proporcionarle los materiales y pagarle hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no sean enviados por razones fuera del control del administrador.

Si usted tiene un reclamo de beneficios que es denegado o ignorado, por completo o en parte, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión del Plan o la falta de la misma, con respecto al estado calificado de una orden de relación doméstica o de una orden de manutención médica infantil, puede presentar una demanda ante un tribunal Federal.

En caso de que los fiduciarios del Plan den mal uso al dinero del plan, o si usted cree haber sido discriminado por ejercer sus derechos, puede buscar ayuda ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU., o puede presentar una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos y honorarios legales. Si usted prevalece, el tribunal puede ordenar que la persona a la que demandó pague estos costos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenar que usted pague estos costos y honorarios.

Ayuda con sus preguntas

Si tiene preguntas sobre su Plan, debe ponerse en contacto con el administrador del Fondo.

Si tiene preguntas sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del Fondo, debe comunicarse con la oficina de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU. más cercana, que figura en su guía telefónica o con la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento de 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 a la línea telefónica para publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados.

Números de teléfono y direcciones importantes

Blue Cross Blue Shield of Illinois (Dearborn)

701 E. 22nd St, Suite 300

Lombard, IL 60148

(800) 367-6401

www.bcbsil.com/ancillary

Kaiser Permanente

(800) 464-4000

www.kp.org

Kaiser Foundation Health Plan
Member Case Resolution Center
P.O. Box 9390011
San Diego, CA 92193-90011

LIBERTY Dental Plan

1730 Flight Way, Suite 125

Tustin, CA 92782

(888) 442-4585

www.libertydentalplan.com

UNITE HERE HEALTH

711 North Commons Drive

Aurora, IL 60504-4197

(630) 236-5100

www.uhh.org

UnitedHealthcare Vision

Liberty 6, Suite 200

6220 Old Dobbin Lane

Columbia, Maryland, 21045

(800) 638-3120

www.myuhcvision.com

UNITE HERE HEALTH
Junta de Fideicomisarios

Fideicomisarios del Sindicato

Presidente de la Junta

D. Taylor

Presidente

UNITE HERE
1630 S. Commerce Street
Las Vegas, NV 89102

Carlos Aramayo

Presidente

UNITE HERE Local 26
101 Station Landing,
4th Floor
Medford, MA 02155

Hector Azpilcueta

Secretario-tesorero

UNITE HERE Local 483
702 Forest Avenue, Suite C
Pacific Grove, CA 93950

Bonnie Biggerstaff

c/o UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

Donna DeCaprio

Presidenta

UNITE HERE Local 54
1014 Atlantic Avenue
Atlantic City, NJ 08401

Thomas Walsh Garcia

Presidente emérito

UNITE HERE Local 11
464 South Lucas Ave., Suite 201
Los Angeles, CA 90017

Terry Greenwald

Secretario - Tesorero

Bartenders Local 165
4825 W. Nevso Drive
Las Vegas, NV 89103

Chuck Hendricks

Dir. de Contratos Nacionales

UNITE HERE
1800 N. Charles St., #500
Baltimore, MD 21201

Marvin Jones

Presidente

UNITE HERE Local 878
530 East 4th Avenue
Anchorage, AK 99501

Karen Kent

Presidenta

UNITE HERE Local 1
218 S. Wabash Avenue, 7th floor
Chicago, IL 60604

Rev. Clete Kiley

UNITE HERE

218 S. Wabash Avenue, 7th Floor
Chicago, IL 60604

Jose Maldonado

Presidente

UNITE HERE Local 100
275 7th Ave., 16th Floor
New York, NY 10001

Bob McDevitt

UNITE HERE

National Pension Fund
1014 Atlantic Avenue
Atlantic City, NJ 08401

Gwen Mills

UNITE HERE

Western Reg. Office
243 Golden Gate Avenue
San Francisco, CA 94501

Marlene Patrick-Cooper

Presidenta

UNITE HERE Local 23
P.O. Box 792002
New Orleans, LA 70119

Ted Pappageorge

Secretario-tesorero

Culinary Workers Union
Local 226
1630 S. Commerce St.
Las Vegas, NV 891029

Fiduciarios del Empleador

Secretario de la Junta

Arnie Karr

c/o UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

Paul Ades

Vicepresidenta Senior de Relaciones Industriales
Hilton Worldwide
7930 Jones Branch Drive
McLean, VA 22102

Christine Andrews

Vicepresidenta de Personal y Cultura
Hostmark Hospitality Group
1300 East Woodfield Road
Suite 400
Schaumburg, IL 60173

Jim Claus

c/o UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

David Colella

Vicepresidente y Director Gerente
The Colonnade Hotel
120 Huntington Avenue
Boston, MA 02116

Richard Ellis

c/o UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

Laura FitzRandolph

Directora de Recursos Humanos
HMS Host
6905 Rockledge Drive
Bethesda, MD 20817

George Greene

Vicepresidente de Relaciones Industriales
Marriott International
715 W. Park Avenue, Unit 354
Oakhurst, NJ 07755

Bob Kovacs

c/o UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

Stephanie Lepori

Directora Administrativa y Contable
Caesars Entertainment, Inc.
One Caesars Palace Drive
Las Vegas, NV 89109-8969

Russ Melaragni

Presidente
The Melaragni Consulting Group
c/o UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

Cynthia Moehring

Vicepresidenta de Recursos Humanos
Palms Hotel & Casino
4321 W. Flamingo Road
Las Vegas, NV 89103

Matt Morrison

Vicepresidente de Beneficios y Análisis de Recursos Humanos
MGM Resorts International
980 Kelly Johnson Dr
Las Vegas, NV 89119

Cynthia Kiser Murphey

c/o UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

Terry Ryan

Vicepresidente de Relaciones Laborales/Empleados
Delaware North Companies
250 Delaware Avenue
Buffalo, NY 14202

Harold Taegel

Director Senior de Relaciones Laborales
Sodexo
c/o UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

