

# UNITE **HERE** HEALTH

Plan Unit 278



Descripción Resumida del Plan (SPD)  
*Sus Beneficios de Salud y Bienestar*



# UNITE HERE HEALTH

**Descripción Resumida del Plan (SPD)**

**Long Beach/Orange County Plan  
Plan Unit 278**

*Vigente a partir de Abril 2017*

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

## Tabla de Contenido

Utilizando este libro .....	A-1
¿Cómo puedo obtener ayuda?.....	A-5
¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios? .....	A-9
Resumen de beneficios .....	B-1
Beneficios médicos bajo EPO .....	C-1
Beneficios de medicamentos con receta bajo EPO .....	C-15
Opciones de HMO .....	C-25
Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY DHMO .....	C-29
Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY dental PPO .....	C-37
Beneficios LA Dental Center .....	C-47
Beneficios de la visión.....	C-53
Beneficios de vida y AD&D .....	C-57
Exclusiones y limitaciones generales .....	D-1
Coordinación de beneficios bajo la opción médica de EPO.....	E-1
Subrogación.....	E-5
Eligibilidad para cobertura.....	F-1
Finalización de la cobertura .....	F-13
Reestablecer la elegibilidad .....	F-17
Cobertura de continuación COBRA .....	F-21
Disposiciones de presentación y apelación de reclamos.....	G-1
Definiciones .....	H-1
Otra información importante .....	H-9
Sus derechos bajo ERISA.....	H-15
Números de teléfono y direcciones importantes .....	H-18
Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH.....	H-19

# ***Utilizando este libro***

## Conozca:

- Lo que UNITE HERE HEALTH es.
- Qué es este libro y cómo usarlo.
- Cómo le afectan sus opciones de beneficios.

### **Por favor, tómese un tiempo para revisar este libro.**

**Si usted tiene dependientes, comparta esta información con ellos y hágales saber dónde guarda este libro, para que usted y su familia puedan usarlo para futuras consultas.**

### **¿Qué es UNITE HERE HEALTH?**

UNITE HERE HEALTH (el Fondo) fue creado para proporcionar beneficios para usted y sus dependientes cubiertos. UNITE HERE HEALTH presta servicios a los participantes que trabajan para los empleadores en la industria de la hospitalidad y se rige por un Consejo de Fideicomisarios compuesto por un número igual de fideicomisarios del sindicato y empleadores. Cada empleador contribuye a UNITE HERE HEALTH de acuerdo a un contrato específico, llamado Acuerdo de Negociación Colectiva (CBA por sus iniciales in inglés), entre el empleador y el sindicato.

Su cobertura está siendo ofrecida bajo Long Beach/Orange County Plan Unit 278, la cual ha sido adoptada por los Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH para proporcionar beneficios médicos y otros beneficios de salud y bienestar a través del Fondo. Otros SPD explican los beneficios para otros Plan Units.

### **¿Qué es este libro y por qué es importante?**

Este libro es su Descripción Resumida del Plan (SPD por sus iniciales en inglés). Su SPD le ayuda a entender cuáles son sus beneficios y cómo usar sus beneficios. Es un resumen de las reglas y regulaciones del Plan y describe:

- Cuáles son sus beneficios.
- Cómo usted llega a ser elegible para la cobertura.
- Cuándo sus dependientes están cubiertos.
- Limitaciones y exclusiones.
- Cómo presentar reclamos.
- Cómo apelar los reclamos denegados.

*En el evento de un conflicto entre esta Descripción Resumida del Plan y el Documento del Plan que rige al Plan, el Documento del Plan gobernará.*

*Ningún empleador contribuyente, asociación empresarial, organización laboral o cualquier persona empleada por una de estas organizaciones tiene la autoridad para contestar preguntas o interpretar cualquier provisión de esta Descripción Resumida del Plan en nombre del Fondo.*

## ¿Cómo uso mi SPD?

Este SPD se divide en secciones. Usted puede obtener más información sobre diferentes temas leyendo cuidadosamente cada sección. Al inicio de cada sección se muestra un resumen de los temas. Cuando tenga preguntas, debe ponerse en contacto 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 (*Ver página B-2*), cómo se pagan sus beneficios y qué reglas podría necesitar seguir. Puede encontrar más información sobre algún beneficio específico en la sección aplicable. Por ejemplo, si desea saber más acerca de sus beneficios de vida o AD&D, lea la sección titulada “Beneficios de Vida y AD&D.” Si desea obtener más información sobre sus beneficios médicos, lea la sección de beneficios médicos aplicable.

Algunos términos se definen para usted en la sección titulada “Definiciones” que comienza *en la página H-2*. El SPD también explicará lo que significan algunos términos comúnmente utilizados. Cuando tenga preguntas sobre lo que significan ciertas palabras o términos, comuníquese con el Fondo al **(855) 844-5262**.

## ¿Cómo afectan mis opciones de beneficio a este SPD?

Los beneficios descritos en esta SPD describen los términos de todas las opciones de beneficios disponibles para el Plan Unit 278. Sin embargo, sus opciones de elección determinan bajo cuál opción de beneficios usted y su familia están cubiertos. Por ejemplo:

- Si usted opta por los beneficios médicos de EPO, la parte de esta SPD que describe los beneficios médicos de EPO se aplicará a usted. La parte que describe a Kaiser HMO no se aplicará a usted.
- Si usted opta por los beneficios médicos HMO, la parte de esta SPD que describe los beneficios médicos HMO se aplicará a usted. La parte que describe a EHS EPO no se aplicará a usted.

Los beneficios que usted elige se aplican tanto a usted como a sus dependientes inscritos. No puede elegir cobertura para sus dependientes únicamente. Debe elegir cobertura para usted mismo para poder elegir cobertura para sus dependientes. Cuando tenga preguntas sobre sus opciones de beneficios, comuníquese con el Fondo al **(855) 844-5262**.

Sus opciones de beneficios se describen más detalladamente en *Ver página F-4*.

No puede elegir seguro médico, dental, de visión o de vida/AD&D por separado.





# ***¿Cómo puedo obtener ayuda?***

## Conozca:

- Cómo contactar a UNITE HERE HEALTH.
- Cómo contactar a EHS (para ayuda con el beneficio de EPO).
- Cómo contactar a Kaiser (para ayuda con el beneficio de Kaiser HMO).
- Cómo contactar a LIBERTY Dental (para ayuda con el beneficio DHMO y el dental PPO).
- Cómo contactar a LA Dental Center (para ayuda con el beneficio LA Dental Center).
- Cómo contactar a UnitedHealthcare (para ayuda con el beneficio de la visión).

## ¿Cómo puedo obtener ayuda?

Números de Teléfono Importantes		
Si desea:	Contacte:	Al:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informarse sobre sus opciones de beneficios</li> <li>• Hacer preguntas sobre su elegibilidad</li> <li>• Actualizar su dirección</li> </ul>	<b>UNITE HERE HEALTH</b>	<b>(855) 844-5262</b> <a href="http://www.uhh.org">www.uhh.org</a>
<b>Si usted está en la opción de beneficio EPO</b>		
<b>Si necesita ayuda con sus beneficios médicos/quirúrgicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar un PCP dentro de la red</li> <li>• Obtener información sobre sus beneficios o un reclamo</li> </ul>	<b>EHS</b>	<b>(844) 480-8444</b> <b>(866) 293-0134</b> <i>(línea de asesoría de enfermería)</i> <a href="http://www.ehsm.com/unions">www.ehsm.com/unions</a>
<b>Si necesita ayuda con sus beneficios de salud mental/abuso de sustancias o el EAP:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar un proveedor dentro de la red o recursos</li> <li>• Obtener información sobre sus beneficios o un reclamo</li> </ul>	<b>Beacon Health Options</b>	<b>(844) 376-8085</b> <a href="http://www.beaconhealthoptions.com">www.beaconhealthoptions.com</a>
<b>Si necesita ayuda con sus beneficios de medicamentos con receta:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar una farmacia dentro de la red</li> <li>• Obtener información sobre sus beneficios</li> </ul>	<b>Hospitality Rx</b>	<b>(844) 484-4726</b> <a href="http://www.hospitalityrx.org">www.hospitalityrx.org</a>
<b>Para contactar la línea de asesoramiento médico en Español las 24/7</b>	<b>ConsejoSano</b>	<b>(855) 785-7885</b> <a href="http://www.consejosano.com">www.consejosano.com</a>
<b>Si usted está en una de las opciones de beneficio HMO</b>		
<b>Si está en cualquiera de las opciones médicas Kaiser:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar un PCP dentro de la red</li> <li>• Obtener información sobre sus beneficios</li> </ul>	<b>Kaiser</b>	<b>(800) 464-4000</b> <b>(888) 576-6225</b> <i>(línea de asesoría de enfermería)</i> <a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a>
<b>Si está en la opción médica de Health Net:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar un PCP dentro de la red</li> <li>• Obtener información sobre sus beneficios</li> </ul>	<b>Health Net</b>	<b>(800) 400-8987</b> <b>(800) 893-5597</b> <i>(línea de asesoría de enfermería)</i> <a href="http://www.healthnet.com">www.healthnet.com</a>

<b>Opciones de Beneficio Dental</b>		
<p><b>Si está en cualquiera de las opciones de LIBERTY DHMO o dental PPO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar un dentista dentro de la red</li> <li>• Obtener información sobre sus beneficios o un reclamo</li> </ul>	<p><b>LIBERTY Dental</b></p>	<p><b>(888) 442-4585</b>  <a href="http://www.libertydentalplan.com/uhh">www.libertydentalplan.com/uhh</a></p>
<p><b>Si está en la opción dental de LA Dental Center:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer una cita</li> <li>• Obtener información sobre sus beneficios</li> </ul>	<p><b>LA Dental Center</b></p>	<p><b>(213) 484-9660</b>  <b>(800) 436-3702</b>  <i>(servicios de emergencia)</i>  <a href="http://www.uhhdental.org">www.uhhdental.org</a></p>
<b>Para obtener ayuda con sus beneficios de la visión</b>		
<p><b>Si necesita ayuda con sus beneficios de la visión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrar un proveedor de cuidado de la visión dentro de la red</li> <li>• Obtener información sobre sus beneficios o un reclamo</li> </ul>	<p><b>UnitedHealthcare</b></p>	<p><b>(800) 638-3120</b>  <a href="http://www.myuhcvision.com">www.myuhcvision.com</a></p>

Este folleto contiene un resumen en Español de sus derechos del plan y beneficios bajo UNITE HERE HEALTH. Si tiene alguna dificultad para comprender cualquier parte de este folleto, puede visitar o contactar a UNITE HERE HEALTH en 130 S. Alvarado St, 2do piso, Los Angeles, CA 90057. Las horas de oficina son de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. de Lunes a Viernes. También puede llamar a UNITE HERE HEALTH al (855) 844-5262 (TTY: (855) FUND-TTY o (855) 386-3889) para asistencia.



# ***¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?***

## **Conozca:**

- Por qué usted debe conseguir un proveedor de atención primaria.
- Por qué usted debe obtener cuidados médicos preventivos.
- Cómo reducir sus costos por atención de urgencia.
- Cómo usar los proveedores dentro de la red para ahorrar tiempo y dinero.
- Cómo participar en el programa Vivir Mejor para manejar su condición de salud crónica.

## ¿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 llamado “PCP” por sus iniciales in inglés). Usted debe llegar a conocer a su PCP para que él o ella puedan ayudarle a estar y permanecer más saludable. Su PCP le puede ayudar a encontrar posibles problemas tan pronto como sea posible y coordinar su cuidado especializado.

Si necesita atención especializada, su PCP tiene que organizar el cuidado por usted. **Su PCP también tiene que obtener la aprobación para la mayoría de los tipos de servicios o suministros.**

Su PCP también le ayuda a mantener un seguimiento de cuándo usted necesita cuidado médico preventivo.

- ✓ **Si usted está en la opción EHS:** Llame a EHS al **(844) 480-8444** o visite [www.ehsmd.com/unions](http://www.ehsmd.com/unions) para obtener ayuda para encontrar un PCP.
- ✓ **Si usted está en la opción Kaiser:** Llame a Kaiser al **(800) 464-4000** o visite [www.kp.org/searchdoctors](http://www.kp.org/searchdoctors) para obtener ayuda para encontrar un PCP.

### Obtenga cuidados médicos preventivos

Su Plan paga el 100% para la mayoría de los tipos de cuidados médicos preventivos. Obtener cuidados preventivos de la salud le ayuda a mantenerse saludable al buscar señales de condiciones médicas graves. Si los cuidados médicos preventivos o las pruebas demuestran que hay un problema, cuanto antes se diagnostique, cuanto antes usted puede comenzar un tratamiento.

### Reconsidere la atención en una sala de emergencias

¿Es realmente una emergencia? Si usted no necesita servicios de emergencia, paga menos cuando va a un centro de atención de urgencias.

**Independientemente de su opción médica: Si necesita atención de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.**

### Obtenga ayuda adicional si está en la opción de beneficios de EHS EPO

**Llame a la Línea de Enfermería EHS 24/7**

**(866) 293-0134**

<http://www.ehsmd.com/24hr/>

Para quienes hablan Inglés o Español. Póngase en contacto con una enfermera de EHS las 24/7.

### Llame para asesoría médica (para quienes hablan Español únicamente)

(855) 785-7885

[www.consejosano.com](http://www.consejosano.com)

**¡Llame GRATIS hoy mismo!**

- Asesoría Médica General
- Dieta, Obesidad y Nutrición
- Apoyo Emocional y Psicológico
- Asesoría Para Padres de Familia
- ConsejoSano: Consulta médica que no es de emergencia en Español

ConsejoSano es un servicio de consejería médica en Español por teléfono. Puede llamar a cualquier hora y hablar de inmediato con un asesor médico en Español acerca de cualquier pregunta sobre la salud. ¡Tome el control de su salud y la de su familia y mantenga un estilo de vida saludable!

#### **¡Ahora es más fácil cuidar de su salud!**

- Todos nuestros asesores médicos son Hispanos y hablan Español.
- Nos tomamos el tiempo para escucharle, entenderle y brindarle la mejor asesoría médica posible.
- Nuestros asesores médicos se adaptan a su horario y están disponibles las 24 horas, 7 días de la semana, todo el año.
- Llame todas las veces que necesite por el tiempo que usted desee, ¡no hay límite de llamadas!

#### **Hable hoy con un asesor médico en Español**

- **PASO 1:** Baje nuestra aplicación móvil ConsejoSano llame y hable con un asesor médico en segundos.
- **PASO 2:** ¿No tiene un smarthphone? Sólo llámenos desde cualquier teléfono al (855) 785-7885.
- **PASO 3:** Brinde su nombre y número de cliente al asesor médico con el que hable. ¡Así de fácil!

## ¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?

### Utilice el EAP

Usted puede obtener ayuda para una amplia variedad de temas, incluyendo cuidado de dependientes, abuso de alcohol/sustancias, balance de trabajo/vida y asuntos financieros a través de EAP. ¡Si necesita ayuda para lidiar con el estrés, llame al EAP de Beacon para obtener ayuda! Usted tiene tres visitas gratis con el EAP cada año.

**Beacon Health Options**

**(844) 376-8085**

[www.beaconhealthoptions.com](http://www.beaconhealthoptions.com)

### Utilice proveedores dentro de la red

*Para la mayoría de sus beneficios, usted debe usar un proveedor dentro de la red para obtener sus beneficios de la red.*

Para esos beneficios, como los beneficios de la visión, que cubren sus cuidados si sale fuera de la red, todavía le conviene el permanecer dentro de la red. Si usted sale fuera de la red, por lo general pagará más del costo (o todo el costo) usted mismo.

### ¿Cómo permanezco dentro de la red?

- **Si usted está en la opción EPO debe utilizar un proveedor dentro de la red para sus cuidados médicos:**
  - **Employee Health Solutions (EHS)** proporciona acceso a una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica para sus cuidados médicos/quirúrgicos. Para encontrar un proveedor dentro de la red EPO, llame al **(844) 480-8444** o visite [www.ehsmd.com/unions](http://www.ehsmd.com/unions).
  - **Beacon Health Options (Beacon)** proporciona acceso a una red de médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica para su cuidado de salud mental y abuso de sustancias. Para encontrar un proveedor dentro de la red Beacon, llame al **(844) 376-8085** o visite [www.beaconhealthoptions.com](http://www.beaconhealthoptions.com).
  - **Hospitality Rx** proporciona acceso a una red de farmacias minoristas. Para encontrar una farmacia dentro de la red, llame al **(844) 484-4726** o visite [www.hospitalityrx.org](http://www.hospitalityrx.org).
- **Si usted está en la opción Kaiser HMO**, la red para sus cuidados médicos (médico, salud del comportamiento, medicamentos con receta) es la red de Kaiser Permanente. Para encontrar un proveedor dentro de la red, llame al **(800) 464-4000** o visite [www.kp.org](http://www.kp.org).
- **UnitedHealthcare (UHC)** proporciona acceso a una red nacional de proveedores del cuidado de la visión. Usted puede permanecer dentro de la red utilizando cualquier proveedor de la visión UHC participante. Para encontrar un proveedor dentro de la red, llame al **(800) 839-3242** o visite [www.myuhcvision.com](http://www.myuhcvision.com).



## ¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?

- Para beneficios dentales, si usted está en:
  - El **LIBERTY DHMO**, usted tiene acceso a una red de dentistas en California a través de la red DHMO. Puede encontrar un dentista que participe en el LIBERTY DHMO llamando al **(888) 442-4585**, o visitando [www.libertydentalplan.com/uhh](http://www.libertydentalplan.com/uhh).
  - El **LIBERTY dental PPO**, usted tiene acceso a una red nacional de dentistas. Puede encontrar un dentista que participe en el LIBERTY dental PPO llamando al **(888) 442-4585**, o visitando [www.libertydentalplan.com/uhh](http://www.libertydentalplan.com/uhh).
  - El **LA Dental Center**, usted debe usar el LA Dental Center para permanecer dentro de la red. El LA Dental Center esta ubicado en 130 S. Alvarado Street, Los Angeles, CA 90057. Llame al **(213) 484-9660** para hacer una cita, o visite [www.uhhdental.org](http://www.uhhdental.org) para más información.

## ¡Únase a Vivir Mejor!

¿Está su condición de salud crónica tomando el control de su vida? Cambie su rutina diaria con el Programa Vivir Mejor. El Programa Vivir Mejor es un programa gratuito que se reúne una vez a la semana durante 6 semanas. Cada reunión dura sólo 2 horas y media.

Únase al programa y aprenderá a cómo:

- Comer bien.
- Manejar sus medicamentos recetados.
- Tratar con el aislamiento y la depresión.
- Controlar su dolor.
- Alcanzar sus metas.
- Luchar contra la fatiga y la frustración.
- Iniciar un programa de ejercicios.
- Manejar el estrés y relajarse.
- Resolver problemas.
- Comunicarse mejor.
- Usar su plan de atención médica.
- Explorar nuevos tratamientos.

### Líderes del taller

Los líderes del taller son personas como usted que han sido entrenados para dirigir el grupo. Ellos comprenden los desafíos de vivir con condiciones de salud continuas. Los líderes del taller manejan sus propias condiciones crónicas usando las habilidades que usted aprenderá.

### Apoyo a lo largo del camino

Usted recibirá mucho apoyo de sus compañeros de clase, pero la ayuda fuera del programa es importante también. Usted podría traer a un miembro de la familia a cada sesión.

¡Comuníquese con la Oficina del Fondo al **(855) 844-5262** para obtener más información sobre el programa Vivir Mejor!

### Reembolso del Copago

¡Únase a Vivir Mejor para obtener ayuda para pagar sus medicamentos con receta!

Una vez que haya completado la clase de Vivir Mejor, Puede asistir a reuniones mensuales de graduados para obtener una actualización, obtener más ayuda o simplemente mantenerse en contacto con los líderes del programa y los participantes. Una vez que haya asistido a clases de graduados por lo menos un período de 3 meses, el Fondo le reembolsará hasta \$100 cada mes de su copago de medicamentos con receta de gastos fuera de su bolsillo, para medicamentos recetados para condiciones crónicas.

Una vez haya calificado, usted puede obtener el reembolso de copagos de medicinas por cualquier mes durante el cual usted asiste a una clase de graduado de Vivir Mejor.

Comuníquese con la Oficina del Fondo al **(855) 844-5262** para más información sobre el programa de reembolso del copago o para ayuda de cómo obtener el reembolso por sus copagos de medicamentos con receta.

# ***Resumen de beneficios***



## Resumen de beneficios

B

### OPCIÓN DE BENEFICIO EPO

Su PCP debe referirlo a especialistas, y obtener cualquier autorización previa requerida para su atención médica.

Una “EPO” es una “opción exclusiva de proveedor”. Esto significa que **usted debe usar un proveedor dentro de la red para su atención médica**. A excepción de atención de urgencias, transporte en ambulancia o emergencias, **los beneficios sólo se pagan si utiliza un proveedor dentro de la red**.

Esta sección muestra lo que usted paga por su cuidado (llamado su “costo compartido”) si elige la opción de beneficio EPO (*Ver página F-4* para obtener información de sus opciones de beneficio). Usted paga cualquier copago, deducible, su cuota de coseguro, cualquier monto arriba de un beneficio máximo y cualquier gasto que no esté cubierto, incluyendo cualquier cargo que sea más que el cargo permitido cuando usa proveedores fuera de la red (*Ver página H-2*).

#### Lo Que Usted Paga Si Elige la Opción de Beneficio EPO

	Proveedor Dentro de la Red EHS	Proveedor Fuera de la Red
<b>Deducibles por Año Calendario</b>		
Deducibles por Año Calendario	Ninguno	No tiene cobertura
<b>Límites Anuales de Gastos Fuera de su Bolsillo</b>		
Por Cuidados Médicos Dentro de la Red	\$1,500/persona y \$3,000/ familia	No tiene cobertura
Para Medicamentos con Receta Dentro de la Red	\$1,200/persona y \$2,400/ familia	No tiene cobertura
<b>Visitas al Consultorio</b>		
Cuidados Médicos Preventivos ( <i>Ver página H-7</i> )	\$0	No tiene cobertura
Visita al Consultorio del Proveedor de Atención Primaria (PCP)	\$0	No tiene cobertura
Visita al Especialista	\$0	No tiene cobertura
Visita al Consultorio por Salud Mental/ Abuso de Sustancias	\$0	No tiene cobertura
Línea de Asesoría ConsejoSano	\$0	No tiene cobertura

#### Inicio de una Acción Legal

Ni usted, ni su beneficiario, ni ningún otro reclamante puede iniciar una demanda en contra del Plan (o sus Fideicomisarios, proveedores o empleados) por beneficios denegados hasta que se hayan agotado los procedimientos internos de apelación del Plan. Este requisito no se aplica a sus derechos a una revisión externa por una organización de revisión independiente (IRO por sus iniciales en Inglés) bajo la Ley del Cuidado de la Salud Asequible (Affordable Care Act).

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

B-2

## Resumen de beneficios

B

<b>Lo Que Usted Paga Si Elige la Opción de Beneficio EPO</b>		
	<b>Proveedor Dentro de la Red EHS</b>	<b>Proveedor Fuera de la Red</b>
Tratamiento de Acupuntura	\$0	No tiene cobertura
Visita al Consultorio del EAP — <i>hasta tres visitas por persona cada año</i>	\$0	No tiene cobertura
<b>Atención de Urgencia y de Emergencia</b>		
Centro de Atención de Urgencias	\$0	\$0
Sala de Emergencias en un Hospital — <i>no se cobra copago si es admitido</i>	\$50/visita	\$50/visita
Servicios de Ambulancia Profesional	\$0	\$0
<b>Servicios Ambulatorios</b>		
Servicios de Laboratorio	\$0	No tiene cobertura
Radiología	\$0	No tiene cobertura
Diagnóstico por Imagen	\$0	No tiene cobertura
Cirugía Ambulatoria	\$0	No tiene cobertura
Terapia Física, Ocupacional o del Habla	\$0	No tiene cobertura
Terapia de Rehabilitación para Niños con Transtorno del Espectro Autista — <i>para tratamiento que comience antes del 1 de Junio de 2018; Se aplican otros límites (Ver página C-9)</i>	\$10/día de tratamiento	No tiene cobertura
Educación Sobre la Diabetes y Asesoría Nutricional	\$0	No tiene cobertura
<b>Tratamiento de Hospitalización</b>		
Hospitalización de un Paciente	\$0	No tiene cobertura
Hospitalización de un Paciente para Tratamiento de Salud Mental/Abuso de Sustancias (incluyendo tratamiento residencial)	\$0	No tiene cobertura
Centro de Enfermería Especializada — <i>hasta 100 días totales por persona cada año</i>	\$0	No tiene cobertura
<b>Otros Servicios y Suministros</b>		
Diálisis del Riñón	\$0	No tiene cobertura
Quimioterapia, Radioterapia o Medicamento por Infusión	\$0	No tiene cobertura
Servicios del Cuidado de la Salud en el Hogar — <i>hasta un total de 100 visitas por persona cada año</i>	\$0	No tiene cobertura

B-3

## Resumen de beneficios

B

<b>Lo Que Usted Paga Si Elige la Opción de Beneficio EPO</b>		
	<b>Proveedor Dentro de la Red EHS</b>	<b>Proveedor Fuera de la Red</b>
Cuidado de Hospicio	\$0	No tiene cobertura
Hospitalización Parcial, Tratamiento Ambulatorio Intensivo o Tratamiento de Desintoxicación Ambulatoria	\$0	No tiene cobertura
Equipo Médico Duradero	\$0	No tiene cobertura
Ortopedia Podiátrica— <i>cubierto sólo para tratar complicaciones relacionadas con la diabetes</i>	\$0	No tiene cobertura
Viajes y Alojamiento— <i>Ver página C-11 para información</i>	Reembolso del 100% hasta \$250/día y \$10,000/episodio	
Alimentos Médicos— <i>Ver página C-9 para información</i>	Reembolso del 100%	
Otros Gastos Cubiertos	\$0	No tiene cobertura
<b>Beneficios de Medicamentos con Receta</b>		
Medicamentos o Suministros Preventivos con Receta en el Formulario	\$0	No tiene cobertura
Medicamentos Genéricos en el Formulario	\$5	No tiene cobertura
Medicamentos de Marca en el Formulario	\$15	No tiene cobertura
Medicamentos Biosimilares o de Especialidad en el Formulario	25%, hasta \$15/receta	No tiene cobertura

### OPCIONES DE BENEFICIO KAISER

**Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP debe referirlo a especialistas, y obtener cualquier autorización previa requerida para su atención médica.**

**Usted debe usar un proveedor dentro de la red para su atención médica.** A excepción de atención de urgencias, transporte en ambulancia o emergencias, los beneficios sólo se pagan si utiliza un proveedor dentro de la red.

Sus beneficios bajo las opciones de Kaiser HMO se muestran en su folleto de inscripción Kaiser. Con respecto a cualquier beneficio proporcionado por Kaiser, si hay un conflicto entre este folleto de SPD y cualquier información proporcionada por Kaiser, gobierna la información proporcionada por Kaiser.

### OPCIONES DE BENEFICIO HEALTH NET

(para ciertos empleados con derechos protegidos (grandfathered))

**Usted debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP). Su PCP debe referirlo a especialistas, y obtener cualquier autorización previa requerida para su atención médica.**

**Usted debe usar un proveedor dentro de la red para su atención médica.** A excepción de atención de urgencias, transporte en ambulancia o emergencias, los beneficios sólo se pagan si utiliza un proveedor dentro de la red.

Sus beneficios bajo la opción de beneficio de Health Net HMO están enumerados en su resumen de beneficios y el folleto de divulgación de Health Net. Con respecto a cualquier beneficio proporcionado por Kaiser, si hay un conflicto entre este folleto de SPD y cualquier información proporcionada por Health Net, gobierna la información proporcionada por Health Net.

Recuerde, si usted decide dejar el Health Net HMO y se inscribe en la opción EHS o en cualquiera de las opciones de beneficio de Kaiser HMO, no podrá reinscribirse en Health Net.

### OPCIONES DE BENEFICIO DENTAL

Esta sección muestra lo que usted paga por su cuidado dental (llamado su “costo compartido”) bajo cada opción de beneficio dental. Usted paga cualquier copago, deducible, su cuota de coseguro, cualquier monto arriba de un beneficio máximo y cualquier gasto que no esté cubierto, incluyendo cualquier cargo que sea más que el cargo permitido cuando usa proveedores fuera de la red (Ver página H-2).

*Si usted elige la opción LIBERTY DHMO—Ver página C-30 para obtener más información sobre el beneficio dental de LIBERTY DHMO.*

Descripción de los Servicios	Dentista Dentro de la Red LIBERTY HMO	Proveedor Fuera de la Red
<b>Servicios Dentales</b>		
<b>Beneficio Máximo Pagadero Cada Año Calendario</b>	n/a	No tiene cobertura*
<b>Deducible por Año Calendario</b>	n/a	No tiene cobertura
<b>Lo que Usted Paga Generalmente por Cuidado Dental Seleccionado copagos se aplican a ciertos servicios—consulte su hoja de cargos de LIBERTY DHMO para obtener más información</b>		
<b>Exámenes de Rutina</b>	\$0	No tiene cobertura
<b>Radiografías de Rutina</b>	\$0	No tiene cobertura
<b>Limpiezas de Rutina</b>	\$0	No tiene cobertura
<b>Tratamiento con Flúor para un Niño</b>	\$0	No tiene cobertura
<b>Mantenedores de Espacio</b>	\$0	No tiene cobertura
<b>Rellenos de Amalgama</b>	\$0	No tiene cobertura
<b>Coronas</b>	\$0	No tiene cobertura
<b>Limpieza Profunda (raspado pediodontal y alisado radicular)</b>	\$0	No tiene cobertura

## Resumen de beneficios

B

<i>Si usted elige la opción LIBERTY DHMO—Ver página C-30 para obtener más información sobre el beneficio dental de LIBERTY DHMO.</i>		
Dentadura Superior Completa (dentadura maxilar)	\$0	No tiene cobertura
<b>Servicios de Ortodoncia</b>		
Servicios de Ortodoncia Integrales	\$1,550 <i>Beneficios del Plan limitados a 24 meses de tratamiento</i>  <i>Copagos adicionales pueden aplicarse por radiografías y moldes</i>	No tiene cobertura

\* LIBERTY Dental le reembolsará hasta \$75 por persona cada año por tratamiento dental de emergencia proporcionado por un proveedor fuera de la red.

<i>Si usted elige la opción LIBERTY Dental PPO—Ver página C-38 para obtener más información sobre la opción dental PPO.</i>		
Descripción de los Servicios	Proveedor LIBERTY Dental PPO	Proveedor Fuera de la Red
<b>Servicios Dentales</b>		
Beneficio Máximo Pagadero Cada Año Calendario	\$1,500/persona	
Deducible por Año Calendario	\$50/persona y \$150/familia	
<b>Lo que Usted Paga por Cuidado Dental</b>		
Servicios Diagnósticos y Preventivos	\$0 (sin deducible)	30% (sin deducible)
Servicios de Emergencia— <i>incluyendo para tratar el dolor severo</i>	\$0 (sin deducible)	30% (sin deducible)
Servicios de Radiografías de Diagnóstico	\$0 (sin deducible)	30% (sin deducible)
Servicios Restaurativos Menores	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Servicios Periodónticos	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Servicios de Endodoncia	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Cirugía Oral	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Servicios Restaurativos Mayores	50%, después del deducible	60%, después del deducible
Servicios Protoprósticos y Reparaciones	50%, después del deducible	60%, después del deducible
<b>Servicios de Ortodoncia</b>		
Servicios de Ortodoncia	50% (sin deducible) <i>Beneficios del Plan limitados a un máximo de por vida de \$2,500/persona</i>	

B-6



## Resumen de beneficios

B

*Si usted elige la Opción LA Dental Center—Ver página C-48 para obtener más información sobre el beneficio LA Dental Center.*

Descripción de los Servicios	LA Dental Center	Cuidado No Proporcionado en el LA Dental Center
<b>Servicios Dentales Únicamente</b>		
Beneficio Máximo Pagadero Cada Año Calendario	n/a	No tiene cobertura
Deducible por Año Calendario	n/a	No tiene cobertura
<b>Lo que Usted Paga por Cuidado Dental</b>		
Servicios Diagnósticos y Preventivos	\$0	No tiene cobertura
Servicios de Emergencia— <i>incluyendo para tratar el dolor severo</i>	\$0	No tiene cobertura
Servicios de Radiografías de Diagnóstico	\$0	No tiene cobertura
Servicios Restaurativos Menores	10%	No tiene cobertura
Servicios Periodónticos	10%	No tiene cobertura
Servicios de Endodoncia	10%	No tiene cobertura
Servicios Restaurativos Mayores	15%	No tiene cobertura
Cirugía Oral	15%	No tiene cobertura
Servicios Prostodónticos y Reparaciones	15%	No tiene cobertura

### BENEFICIO DEL CUIDADO DE LA VISIÓN

La siguiente tabla muestra lo que usted paga por su cuidado de la visión con cobertura. Usted puede sacar el máximo provecho de sus beneficios del cuidado de la visión mediante el uso de un proveedor que participa en la red de UnitedHealthcare. Los servicios se cubren una vez cada 24 meses, independientemente de si utiliza un proveedor dentro o fuera de la red.

*Lo Que Usted Paga por sus Beneficios del Cuidado de la Visión—Ver página C-54 para obtener más información sobre sus beneficios del cuidado de la visión.*

Descripción de los Servicios Cubiertos una vez cada 24 meses	Proveedor UnitedHealthcare	Proveedor Fuera de la Red
Examen	\$15 copago	\$0 copago Beneficios del Plan limitados a \$40

B-7

## Resumen de beneficios

B

**Lo Que Usted Paga por sus Beneficios del Cuidado de la Visión—Ver página C-54 para obtener más información sobre sus beneficios del cuidado de la visión.**

<b>Lentes</b>	\$10 copago Beneficios del Plan limitados a \$130 para marcos (lentes están cubiertos en su totalidad)	\$0 copago Beneficios del Plan limitados a: \$40 para lentes monofocales \$60 para lentes bifocales \$80 para lentes trifocales \$125 para lentes lenticulares
<b>Marcos</b>		\$0 copago Beneficios del Plan limitados a \$45
<b>Lentes de Contacto Electivos</b> (en lugar de anteojos)	\$10 copago Beneficios del Plan limitados a \$105 para lentes de contacto no estándar como lentes tóricas y permeables a los gases (el copago no se aplica a lentes de contacto no estándar)	\$0 copago Beneficios del Plan limitados a \$105
<b>Lentes de Contacto Médicamente Necesarios</b>	\$10 copago	\$0 copago Beneficios del Plan limitados a \$210

### Beneficio de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) (*Únicamente Empleados*) -Lo que Paga el Plan

<b>Seguro de Vida</b>	\$1,000
<b>Seguro AD&amp;D (<i>monto completo</i>)</b>	\$1,000

# Beneficios médicos bajo EPO

Conozca sus beneficios médicos si opta por la opción EPO:

- Cómo usar los beneficios EPO.
- Lo que usted paga por los cuidados médicos.
- Cómo los límites de gastos fuera de su bolsillo le protegen de grandes gastos fuera de su bolsillo.
- Cómo obtener asesoramiento médico en Español en cualquier momento.
- Qué tipos de atención médica están cubiertos.
- Qué tipos de atención médica no están cubiertos.

*Esta sección sólo se aplica a usted si elige la opción EPO a través de EHS. Si elige una de las opciones de beneficio HMO, consulte la sección que comienza en la **página C-25** para obtener información sobre sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.*

## Beneficios médicos bajo EPO

El Plan usa dos organizaciones diferentes para proporcionarle a usted y su familia cobertura de atención médica:

- **Tratamiento médico/quirúrgico**—EHS Medical Group (EHS) proporciona acceso a una red de proveedores. EHS también procesa y paga sus reclamos.
- **Tratamiento de salud mental/abuso de sustancias**—Beacon Health Options (Beacon) proporciona acceso a una red de proveedores. Beacon también procesa y paga sus reclamos.

Asegúrese de contactar a la organización adecuada para el tipo de atención que recibe. También debe asegurarse de seguir la serie de reglas correctas para el tipo de atención que está recibiendo.

### Asegúrese de seguir las reglas de EHS para atención médica/quirúrgica

- **Asegúrese de utilizar un proveedor dentro de la red. Si no utiliza un proveedor dentro de la red, tendrá que pagar el 100% del costo de sus cuidados usted mismo.**

Una “EPO” es una “opción exclusiva de proveedor”. Esto significa que los **beneficios sólo se pagan si utiliza un proveedor dentro de la red. Sólo se pagará la atención en una sala de emergencias, transporte de ambulancia y los centros de atención de urgencias si utiliza un proveedor fuera de la red.** Es posible que se le cobre un saldo de los cargos facturados por cualquiera de estos cuidados fuera de la red si el monto permitido (**Ver página H-2**) es menor que la factura de los proveedores fuera de la red.

Para encontrar un proveedor dentro de la red para el tratamiento médico/quirúrgico, contacte a:

**EHS Medical Group—EPO Network**

línea gratuita: **(844) 480-8444**

[www.ehsmd.com/unions](http://www.ehsmd.com/unions)

- **Asegúrese de que su proveedor de atención primaria (PCP) obtenga autorización previa para sus cuidados médicos, incluso si necesita atención especializada.**

EHS requiere que su PCP obtenga autorización previa para la mayoría de los tipos de cuidados médicos, o para referirlo a un especialista. En algunos casos raros, un especialista puede necesitar referirlo a un sub-especialista. Su PCP de EHS debe manejar las autorizaciones previas para el cuidado médico y la referencia a un especialista. Si necesita ayuda o desea asegurarse de que su proveedor de EHS ha obtenido aprobación para su tratamiento propuesto, llame a EHS.

Usted no necesita una referencia o autorización previa para recibir atención obstétrica o ginecológica de un profesional médico de EHS que se especializa en obstetricia o ginecología. El profesional médico, sin embargo, podría tener que cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento pre-aprobado o seguir los procedimientos para obtener referencias.

Si necesita un determinado tipo de especialista o proveedor que no está disponible a través de la red de EHS, su PCP debe ponerse en contacto con EHS, que le ayudará a encontrar el especialista o proveedor que necesita y aprobar el cuidado fuera de la red.

- ▶ Una vez que el proveedor fuera de la red hace un convenio con EHS para sus cuidados médicos, el proveedor será considerado un proveedor de la red mientras usted recibe los cuidados médicos contratados. El Plan pagará los beneficios bajo el programa de proveedores dentro de la red, y el proveedor no deberá facturarle el saldo a usted por los cuidados médicos contratados.

Recuerde, el proveedor sólo será un proveedor dentro de la red para los servicios contratados. Si usted recibe otros tipos de cuidados, el proveedor no será considerado un proveedor de la red y usted tendrá que pagar el 100% del costo de sus cuidados.

- ▶ Si el proveedor fuera de la red no acepta el convenio con EHS, el Plan puede darle autorización previa para los cuidados médicos de todas formas. Este cuidado médico se pagará bajo el programa de beneficios de proveedores dentro de la red. Sin embargo, el proveedor podría facturarle el saldo por la diferencia entre los cargos del proveedor y el monto permitido (*Ver página H-2*) determinado por el Plan. Usted tendrá que pagar el 100% del costo por cualquiera de los cuidados que el Plan no autorice previamente.

**Si usted usa un proveedor que no pertenece a la red (a excepción de los cuidados no urgentes o que no son emergencia), o si no obtiene autorización previa para sus cuidados médicos, el Plan no pagará los beneficios. Usted tendrá que pagar el 100% de los costos de su cuidado.**

### Asegúrese de seguir las reglas de Beacon para atención de salud mental/abuso de sustancias

- Asegúrese de utilizar un proveedor dentro de la red. Si no utiliza un proveedor dentro de la red, tendrá que pagar el 100% del costo de sus cuidados usted mismo.

**Los beneficios sólo se pagan si utiliza un proveedor dentro de la red. Sólo se pagará la atención en una sala de emergencias, transporte de ambulancia y los centros de atención de urgencias si utiliza un proveedor fuera de la red.** Es posible que se le cobre un saldo de los cargos facturados por cualquiera de estos cuidados fuera de la red si el monto permitido (*Ver página H-2*) es menor que la factura de los proveedores fuera de la red.

Para encontrar un proveedor dentro de la red para el tratamiento de salud mental/abuso de sustancias, contacte a:

**Beacon Health Options**  
línea gratuita: (844) 376-8085  
[www.beaconhealthoptions.com](http://www.beaconhealthoptions.com)

- **Usted o su proveedor siempre deben comunicarse con Beacon antes de que reciba cuidados.** Si recibe tratamiento antes de contactar a Beacon, aún debe comunicarse con Beacon tan pronto pueda.

## Beneficios médicos bajo EPO

¿Por qué es esto tan importante? Beacon puede decirle si su cuidado propuesto es médicamente necesario antes de que empiece a recibir facturas por su cuidado. Si sus cuidados médicos no son médicamente necesarios, el Plan no cubrirá el cuidado médico, y tendrá que pagar el costo completo usted mismo.

Contactar a Beacon antes de recibir cuidados es especialmente importante para:

- Tratamiento hospitalario
- Terapia electroconvulsiva (ECT)
- Pruebas psiquiátricas
- Tratamiento con metadona
- Estimulación magnética transcraneal (TMS)
- Visitas ambulatorias prolongadas (visitas de 53 minutos o más)

Si usted no contacta a Beacon antes de recibir tratamiento de salud mental/abuso de sustancias, el Plan seguirá pagando beneficios por cualquier gasto cubierto que es médicamente necesario.

### Eligiendo a un PCP

Debe elegir un PCP (proveedor de atención primaria) para usted y cada uno de sus dependientes. Todos pueden tener el mismo PCP, o cada uno puede elegir diferente PCP. Para los niños, puede elegir un pediatra como PCP para su hijo(a). Usted tiene el derecho de elegir a cualquier PCP que esté disponible a aceptarlo a usted o a su familia.

Contacte a EHS al **(844) 480-8444** si necesita ayuda para elegir un PCP. Puede cambiar a su PCP en cualquier momento. Usted no tiene que decirle a EHS quién es su PCP, o si decide cambiar su PCP.

Un **proveedor de atención primaria** (PCP) se define como un proveedor que ha completado la formación necesaria para practicar en cualquiera de los siguientes campos:

- Medicina familiar
- Práctica general
- Medicina interna
- Pediatría (para niños)
- Obstetricia/ginecología (mientras esté embarazada)

### Lo que usted paga

Usted debe pagar cualquier costo compartido (como copagos) por su porción de los gastos cu-

biertos. Usted también debe pagar cualquier gasto que no es un gasto cubierto (*Ver página C-12* para obtener información sobre los gastos excluidos), incluyendo cualquier monto sobre el cargo permitido cuando usa proveedores fuera de la red, o cargos una vez que se haya cumplido el beneficio máximo o limitación.

*Ver página B-2* para un resumen de su costo compartido bajo EPO.

### Copagos

El copago cubre el costo compartido de todos los cuidados médicos que recibe al momento del servicio. Por ejemplo, si va a la sala de emergencias, el copago de \$50 se aplica a todos los cuidados médicos que reciba y los proveedores que vea durante la visita a la sala de emergencias.

*Ver página H-2* para obtener más información sobre lo que es un copago.

### Límite de gastos fuera de su bolsillo

El costo compartido de los gastos fuera de su bolsillo para la mayoría de gastos cubiertos para sus cuidados médicos se limita a \$1,500 por persona (\$3,000 por familia) cada año calendario. Una vez que sus costos de gastos fuera de su bolsillo para gastos cubiertos cumplen estos límites, el Plan generalmente pagará el 100% de sus (y los de su familia) gastos cubiertos por su cuidado médico durante el resto del año calendario. Los montos que usted paga fuera de su bolsillo para los gastos de medicamentos con receta bajo la sección titulada “Beneficios de medicamentos con receta bajo la opción EPO” no cuentan hacia el límite de gastos fuera de su bolsillo.

*Ver página H-6* para obtener más información sobre lo que es el límite de gastos fuera de su bolsillo.

## ConsejoSano

### (para asesoramiento médico en Español que no es emergencia)

(855) 785-7885

[www.consejosano.com](http://www.consejosano.com)

ConsejoSano brinda acceso a asesoramiento médico en Español que no es emergencia las 24/7. Puede llamar o conversar con un asesor de salud en cualquier momento. ¡Este es un servicio gratuito para usted!

*Ver página A-11* para obtener más información.

Llame para:

- Asesoramiento médico sobre dolencias comunes: resfriados, alergias, dolor y más.
- Apoyo a madres primerizas: desde lactancia hasta las respuestas sobre la salud de su bebé.
- Apoyo emocional y mental: estrés, relaciones, auto-imagen y más.

## Beneficios médicos bajo EPO

- Diabetes y obesidad: ayudarle a entender los resultados de laboratorio y proporcionar asesoramiento.
- Nutrición y pérdida de peso: dietas personalizadas y planes de comidas.

### Qué está cubierto

El Plan únicamente pagará beneficios por lesiones o enfermedades que no estén relacionadas con su trabajo. Los beneficios se determinan en base a los cargos permitidos por los servicios cubiertos que resultan del cuidado médicamente necesario y tratamiento prescrito o proporcionado por un proveedor de atención médica. **A menos que se indique lo contrario, los cuidados médicos sólo están cubiertos si utiliza un proveedor dentro de la red.**

- **Servicios médicos preventivos** (*Ver página H-7*). Ciertos límites o reglas pueden aplicarse a cuándo y cómo obtener atención médica preventiva basada en género, edad y estado de salud. Sin embargo, los extractores de leche comprados a través de un proveedor fuera de la red se considerará un gasto cubierto.
  - Las pruebas de PSA (por sus iniciales en Inglés) se cubren anualmente para hombres de 40 a 69 años.
  - El examen de detección de cáncer cervical (prueba de papanicolau) se cubre una vez cada 36 meses sólo por el papanicolau, o una vez cada 60 meses si los exámenes de papanicolau y de virus de papiloma humano se realizan juntos. Los exámenes de detección del cáncer cervical sólo están cubiertos para mujeres de 21 a 65 años.
  - La mamografía de control está cubierta para las mujeres cada dos años para las mujeres de 40 a 74 años. Su PCP le ayudará a determinar la frecuencia con la que debe hacerse una mamografía.
- **Servicios profesionales de un proveedor de atención médica.** Los cuidados de urgencia fuera de la red también estarán cubiertos.
- **Medicamentos inyectables**, incluyendo las inmunizaciones proporcionadas por un proveedor de atención médica.
- Tratamiento de las **afecciones de salud mental y el abuso de sustancias**, incluyendo el tratamiento de hospitalización y residencial, atención ambulatoria, hospitalización parcial, atención ambulatoria intensiva y desintoxicación ambulatoria.
- **Servicios de acupuntura.**
- **Atención podiátrica** no rutinaria, incluyendo ortopedia podiátrica.
- **Servicios ambulatorios** en un consultorio o centro de atención de urgencias. Los centros de atención de urgencias que están fuera de la red también serán cubiertos.



## Beneficios médicos bajo EPO

- Servicios de **salas de emergencias** hospitalarias. Los servicios de salas de emergencias fuera de la red también serán cubiertos.
- Transporte por un **servicio de ambulancia profesional** a una instalación médica del área que pueda proporcionar el tratamiento requerido. Los servicios de ambulancia fuera de la red también serán cubiertos.

Si usted no tiene control sobre si la ambulancia fue llamada, por ejemplo, cuando la ambulancia es llamada por un profesional médico, empleador, policía, escuela, etc., la ambulancia será considerada médicamente necesaria. Póngase en contacto con EHS si no tenía control sobre una ambulancia solicitada.

- **Servicios de instalaciones quirúrgicas ambulatorias**, incluyendo suministros generales, anestesia, medicamentos y salas de operación y recuperación. Si le han realizado múltiples cirugías, los gastos cubiertos están limitados a los cargos por la cirugía primaria.
- **Radiología**, incluyendo pero no limitado a radiografías, ultrasonidos y monitoreo fetal.
- **Servicios de laboratorio**.
- **Diagnóstico por imagen**, incluyendo pero no limitado a resonancias magnéticas (MRIs), angiografías de resonancia magnética (MRAs), tomografía computarizada (CT scans), escáner TEP (PET scans) y pruebas cardíacas.
- **Cargos hospitalarios** por habitación y comida, y otros servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios. Los beneficios del Plan para una habitación privada se limitarán a la tarifa de habitación semiprivada.
- **Embarazo** y condiciones relacionadas con el embarazo para empleados y cónyuges, incluyendo parto, aborto espontáneo, aborto y atención médica preventiva (**Ver página H-7**). No se pagan beneficios por el embarazo o las condiciones relacionadas con el embarazo para un hijo(a) dependiente, a menos que la atención médica se considere preventiva (**Ver página H-7**).

Los planes de salud grupal y los emisores de seguros médicos generalmente no pueden, bajo la ley federal, restringir los beneficios para cualquier período de hospitalización en relación con el parto, para la madre o un recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor atendiendo a la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y emisores no pueden, bajo la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una estancia no mayor de 48 horas (o 96 horas).

- **Mastectomías**, incluyendo la reconstrucción del pecho en el que se realiza la mastectomía, la cirugía y la reconstrucción del otro pecho para producir un aspecto simétrico, los implantes mamarios y el tratamiento de las complicaciones físicas resultantes de una mastectomía, incluyendo ganglios linfáticos hinchados.

## Beneficios médicos bajo EPO

- **Servicios médicos para trasplantes de órganos** si se cumplen las siguientes reglas:
  - El trasplante debe estar cubierto por Medicare, incluyendo el cumplimiento de los requisitos clínicos, de instalación y del proveedor de Medicare.
  - Usted debe utilizar cualquier programa de administración de casos (case management program) recomendado por el Fondo o su representante.
  - Debe obtener autorización previa para el trasplante.
  - Los gastos del donante para su trasplante sólo están cubiertos si el donante no tiene otra cobertura.
  - La cobertura de trasplantes no incluye sus gastos si usted esta dando un órgano en lugar de recibir un órgano.
- **Reducción de la mandíbula**, abierta o cerrada, para una mandíbula fracturada o dislocada.
- **Cuidado en un centro de enfermería especializada**, limitado a un total de 100 días por persona cada año.
- Servicios profesionales para la **educación sobre la diabetes** y capacitación para el cuidado, monitoreo o el tratamiento de la diabetes.
- Servicios profesionales de **asesoramiento nutricional**.
- **Sangre y plasma sanguíneo**, incluyendo la administración de sangre y plasma sanguíneo.
- **Oxígeno**, incluyendo la administración de oxígeno.
- **Servicios de cuidados de la salud en el hogar**, limitados a un total de 100 visitas por persona cada año. Los servicios generales de limpieza o de cuidado de custodia no están cubiertos.
- Servicios de pacientes internos y ambulatorios de **hospicio** y suministros si usted es enfermo terminal.
- **Anestesia**, incluyendo la administración de anestesia.
- **Equipo médico duradero**, y suministros, para todos los dispositivos no desechables o artículos prescritos por un proveedor de atención médica, tales como sillas de ruedas, camas tipo hospitalarias, respiradores y sistemas de apoyo asociados, bombas de infusión, equipo de diálisis para el hogar, dispositivos de monitoreo, unidades de tracción para el hogar y otros equipos o dispositivos médicos similares.
  - Las tarifas de alquiler están cubiertas si el DME (por sus iniciales en Inglés) sólo se puede alquilar, y el precio de compra está cubierto si el DME sólo puede ser comprado.
  - Sin embargo, si el DME puede ser alquilado o comprado, y si las tarifas de alquiler para el curso del tratamiento es probable que sea más que el precio de compra del equipo, los beneficios pueden limitarse al precio de compra del equipo.

- ▶ Si se compra el DME, también se cubren los costos de reparación y mantenimiento.
- **Terapia de habilitación** para niños con trastorno del espectro autista (sólo para tratamiento que comience antes del 31 de Mayo de 2018). Usted debe obtener autorización previa para terapia de habilitación antes de que el Plan pague beneficios. Los beneficios son limitados a 30 horas por persona cada semana, y a un total de 36 meses. “Terapia de habilitación” incluye terapia de análisis del comportamiento aplicado (ABA por sus iniciales en Inglés) y tipos similares de tratamiento. No incluye terapia física, del habla u ocupacional.
  - ▶ Su hijo(a) debe tener al menos 2 años de edad, pero no más de 8 años.
  - ▶ Su hijo(a) debe tener un diagnóstico de trastorno del espectro autista, y tener una edad mental prorrateada de al menos 11 meses.
  - ▶ El proveedor que supervisa la terapia de habilitación debe ser certificado por la Behavioral Analyst Certification Board (BACB) como un Analista de Conducta Certificado por la Junta o un Doctorado de Analista de Conducta Certificado por la Junta (o de otra manera tiene licencia para supervisar este tipo de supervisión).
  - ▶ La persona que proporciona la terapia de habilitación debe ser certificado por la BACB como Analista de Conducta Asistente Certificado por la Junta o Técnico de Conducta Registrado (o de otra manera tiene licencia para proporcionar este tipo de tratamiento).
  - ▶ Los beneficios sólo se pagarán por los servicios complementarios a cualquier terapia para la cual su hijo sea elegible a través de escuela o distrito escolar. No se pagará ningún beneficio por la terapia proporcionada a través de la escuela o distrito escolar.
  - ▶ La terapia de habilitación y el plan de tratamiento deben obtener autorización previa del Fondo antes de que comience el tratamiento. Las notas del tratamiento y el plan de tratamiento deben ser revisados por el Fondo al menos dos veces al año, y deben mostrar que:
    - Su hijo(a) está demostrando mejoría.
    - Usted está entrenado para, y de hecho, participa en la terapia de habilitación.
    - Usted sigue el plan de tratamiento.
  - ▶ *No se pagará ningún beneficio del Plan por un curso de terapia de habilitación que comience a partir o después del 1 de Junio de 2018.*
- **Alimentos Médicos** si usted tiene un error congénito del metabolismo (IEM por sus iniciales en Inglés). *Debe obtener una autorización previa para sus gastos de alimentos médicos antes de que el Fondo le reembolse.* El Fondo le reembolsará el 100% de sus gastos por alimentos médicos. Para ser reembolsado, el alimento médico deber ser: (1) ordenado por y utilizado bajo la supervisión de un proveedor de atención médica; (2) la fuente primaria de su nutrición; y (3) etiquetado y utilizado para el manejo dietético de su IEM.
- Servicios de rehabilitación ambulatoria para **terapia física y ocupacional**.

## Beneficios médicos bajo EPO

- **Servicios ambulatorios de terapia del habla.**
- **Terapia de radiación.**
- Servicios de **quimioterapia e infusión.**
- Servicios de **diálisis renal.**
- **Reparación de dientes saludables y naturales** y sus estructuras de apoyo, si los gastos cubiertos son el resultado de una lesión. El tratamiento debe ser recibido mientras esté cubierto bajo el Fondo. Usted puede tener cobertura adicional bajo sus beneficios dentales—vea la sección de beneficios dentales aplicable.
- **Procedimientos de esterilización** para empleados y cónyuges. Para las hijas mujeres dependientes, los procedimientos de esterilización aprobados por la FDA que se consideran cuidados médicos preventivos (*Ver página H-7*) también están cubiertos.
- **Suministros quirúrgicos y vendajes quirúrgicos**, incluyendo yesos, tablillas y bragueros.
- **Ortopedia y prótesis.**
- Tratamiento de **tumores, quistes y lesiones** que no son considerados un procedimiento dental.
- Cirugía oral para **remover los dientes óseos impactados.**

## Programa de Asistencia Para el Empleado

Beacon provee un Programa de Asistencia Para el Empleado (EAP por sus iniciales en Inglés) para usted y su familia. El EAP proporciona servicios confidenciales, de asesoramiento profesional, de educación y de referencias.

### Beacon Health Options

(844) 376-8085

[www.beaconhealthoptions.com](http://www.beaconhealthoptions.com)

Asegúrese de llamar al EAP si necesita ayuda con cosas como:

- Preocupaciones sobre el uso del alcohol o sustancias
- Problemas de cuidados terminales
- Balancear el trabajo y la familia, incluyendo:
  - Adopción
  - Salud y bienestar
  - Mudanza
  - Desarrollo de niño y la crianza
  - Cuidado de mascotas
  - Jubilación
  - Cuidado de adultos y niños
  - Atención de emergencia para dependiente

## Beneficios médicos bajo EPO

- Transiciones profesionales y preocupaciones relacionadas al trabajo
- Problemas financieros y legales
- Asesoramiento financiero
- Dolor o pérdida
- Servicios de recuperación de robo de identidad
- Problemas matrimoniales, familiares o de otro tipo de relaciones
- Mediación
- Crecimiento y desarrollo personal
- Referencia a servicios legales

El EAP tratará de ayudarlo a resolver sus problemas. El EAP también puede referirlo a materiales educativos en vivo o por internet, o ayudarlo a encontrar alguien con quien hablar si necesita más ayuda. El EAP también podría ayudarlo a encontrar recursos o agencias locales que pueden ayudarlo a usted y a su familia.

### Reembolso por viajes, alojamiento y comida

Si usted está cubierto bajo EPO, UNITE HERE HEALTH podría reembolsarle ciertos gastos de **viaje, alojamiento y comida**. El reembolso puede estar disponible si necesita tratamiento a más de 50 millas de distancia de su hogar (siempre y cuando viaje dentro de los Estados Unidos). *Usted debe obtener una autorización previa del Fondo, no de EHS, para estos gastos antes que el Fondo le reembolse. Llame al (855) 844-5262 para obtener ayuda con este beneficio.*

Los gastos cubiertos incluyen solamente gastos de viaje, alojamiento y comidas relacionadas con: (1) trasplantes, (2) tratamientos relacionados con el cáncer, y (3) cuidados de defecto cardíaco congénito. Se aplican las siguientes reglas:

- Los gastos de viaje, alojamiento y comida de otra persona también serán cubiertos. (Otras personas serán cubiertas si el paciente es un niño menor de edad.)
- El reembolso se limita a \$10,000 por episodio de cuidado para usted y su(s) compañero(s) de viaje combinados. Hasta \$250 cada día se le reembolsará por los gastos de alojamiento y comida.
- Usted debe proporcionar al Fondo sus recibos originales.
- Usted debe participar en cualquier programa de administración de casos (case management programs) requerido por el Fondo.
- Usted no puede obtener un reembolso de los gastos relacionados con su participación en un ensayo clínico, o para un trasplante de órganos si usted está donando un órgano en lugar de recibir un órgano.

El Fondo puede preparar o pagar por adelantado ciertos gastos de viaje o alojamiento en lugar de requerirle que los pague usted mismo y luego solicitar un reembolso.

### Lo que no está cubierto

Ver *página D-2* para una lista de las exclusiones y limitaciones generales de este Plan. Además de esa lista, el Plan no pagará beneficios por, o en conexión con, los siguientes tratamientos médicos, servicios y suministros:

- Honorarios de una clínica quirúrgica ambulatoria para los procedimientos que normalmente son realizados en el consultorio de un proveedor.
- Medicamentos con receta y medicamentos, que no sean los usados donde se dispensan. Los medicamentos con receta pueden estar cubiertos bajo el beneficio de medicamentos con receta que se muestra *en la página C-15C-16*.
- Cirugía cosmética, plástica o reconstructiva, a menos que la cirugía sea para: (1) tratar una lesión, o (2) reconstrucción mamaria después de una mastectomía.
- Servicios de un especialista si EHS no aprueba el cuidado especializado.
- Los proveedores fuera de la red, a menos que EHS apruebe el cuidado fuera de la red, o a menos que el cuidado fuera de la red se declare específicamente como cubierto.
- Servicios dentales para o en relación con el cuidado rutinario de los dientes y los tejidos orales de apoyo, o servicios restauradores para reemplazar los dientes naturales perdidos como resultado de una lesión.

Sin embargo, los cargos realizados por un hospital u otra instalación para los procedimientos dentales cubiertos bajo las provisiones de beneficio dental (vea las secciones de beneficios dentales), serán cubiertos si el procedimiento requiere que el paciente sea tratado en un entorno institucional para recibir el cuidado con seguridad. Por ejemplo, si usted sufre de una condición médica o del comportamiento, tales como el autismo o el Alzheimer, que limita severamente su capacidad de cooperar con el dentista que brinda la atención, los cargos realizados por un hospital u otra institución serán considerados un gasto cubierto. Los beneficios para otros tipos de cuidados dentales pueden estar cubiertos bajo el beneficio dental (*Ver página C-29*).

- Tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ), trastornos craneofaciales o trastornos ortognáticos.
- Cirugía para modificar las relaciones de la mandíbula incluyendo, pero no limitado a, procedimientos de osteoplastia y genioplastia. Sin embargo, las operaciones tipo Le Fort están cubiertas cuando se trata principalmente de reparar defectos congénitos de la boca, condiciones de la parte media de la cara (sobre o bajo el desarrollo de rasgos faciales), o daños causados por lesión.
- Cargos hospitalarios por artículos de comodidad personal, incluyendo pero no limitados a teléfonos, televisores, cosméticos, bandejas para invitados, revistas, camas o catres para miembros de la familia u otros invitados.

## Beneficios médicos bajo EPO

- Anticonceptivos orales o medicamentos contraceptivos femeninos sin receta aprobados por la FDA, dispositivos o suministros. Estos pueden estar cubiertos bajo el beneficio de medicamentos con receta (*Ver página C-15*).
- Cuidado privado de enfermería .
- Suministros o equipo para la higiene personal, comodidad o conveniencia, tales como, pero no limitado a, aire acondicionado, humidificador, equipo de condición física y de ejercicios, cama de bronceado o cama de agua.
- Exámenes de ojos o audición, excepto como se declara específicamente como cubierto, o a menos que el examen sea para el diagnóstico o tratamiento de una lesión corporal accidental o una enfermedad. Sin embargo, los exámenes de la vista pueden estar cubiertos bajo los beneficios de la visión (*Ver página C-53*).
- Refracciones de los ojos, anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, estos gastos pueden estar cubiertos bajo los beneficios de la visión (*Ver página C-53*).
- Aparatos auditivos.
- Podiatría de rutina. La podiatría de rutina incluye, pero no limitado a, el cuidado de los callos, juanetes, callosidades, uñas de los pies, pies planos, arcos caídos, pies débiles y tensión crónica del pie.
- Tratamiento quirapráctico.





# Beneficios de medicamentos con receta bajo EPO

Conozca sobre sus beneficios de medicamentos si elige la opción de beneficio EPO:

- Lo que usted paga por sus medicamentos con receta cubiertos.
- Cómo el límite de gastos fuera de su bolsillo le protege de los medicamentos con receta de alto costo.
- Qué tipos de medicamentos con receta están cubiertos.
- Cómo los programas de seguridad y contención de costos ayudan a ahorrar dinero y ayudan a proteger su salud.
- Cuánto de un medicamento con receta puede obtener al mismo tiempo.
- Qué es la farmacia de pedidos por correo y cómo usarla.
- Qué es la farmacia de pedidos especializados y cuándo debe usarla.
- Qué tipos de medicamentos con receta no están cubiertos.

*Esta sección sólo se aplica a usted si elige la opción EPO a través de EHS. Si elige una de las opciones de beneficio HMO, consulte la sección que comienza en la **página C-25** para obtener información sobre sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.*

## Beneficios de medicamentos con receta bajo EPO

Los beneficios sólo se pagan si usted compra sus medicamentos con receta en una farmacia que participa en la red, como Walgreens. *No todas las farmacias minoristas están en su red de farmacias.*

**Si usted usa una farmacia que no está en su red, tendrá que pagar el 100% del costo del medicamento con receta. CVS y Wal-Mart no están en su red.** El Plan no le reembolsará el costo de los medicamentos con receta que compre en una farmacia que no pertenece a la red.

Números de Teléfono Importantes		
Si desea:	Llame:	Al:
Encontrar una farmacia dentro de la red	Hospitality Rx	(844) 484-4726
Obtener autorización previa para medicamentos con receta	Hospitality Rx	(844) 484-4726
Obtener un glucómetro gratis	One Touch (productos LifeScan) <i>use el número de pedido 739WDRX01</i>	(800) 227-8862 (866) 788-9618
	True Test (productos Nipro)	
Ordenar de la farmacia de pedidos por correo	WellDyneRx Home Delivery (a través de Hospitality Rx)	(844) 813-3860
Ordenar de la farmacia especializada	Walgreens Specialty Pharmacy	(877) 647-5807

### Lo que usted paga

Usted debe pagar el monto aplicable que se muestra a continuación para cada abastecimiento de un medicamento con receta. También debe pagar los gastos que no se consideran gastos cubiertos (*Ver página C-22* para obtener más información sobre los gastos excluidos).

Medicamentos Con Receta Bajo la Opción EPO	Su Costo por Cada Abastecimiento o Reabastecimiento	
	Minorista <i>hasta un suministro de 34 días</i>	Pedido por Correo <i>hasta un suministro de 60 días</i>
<b>Medicamentos o Suministros Preventivos con Receta en el Formulario</b> ( <i>Ver página H-7</i> ), incluyendo inmunizaciones	\$0	\$0
<b>Medicamentos Genéricos en el Formulario</b>	\$5	\$5
<b>Medicamentos de Marca en el Formulario</b>	\$15	\$15
<b>Medicamentos Biosimilares o de Especialidad en el Formulario</b>	25% hasta \$15 copago total por abastecimiento o reabastecimiento	

## Beneficios de medicamentos con receta bajo EPO

Los medicamentos y suministros en el formulario son seguros, efectivos y de alta calidad. No se pagan beneficios por medicamentos que no estén en el formulario, a menos que el Fondo apruebe el medicamento. Pídale a su proveedor de atención médica que prescriba un medicamento que está en el formulario. Los medicamentos con receta y los suministros pueden ser agregados o eliminados del formulario de vez en cuando. Contacte a Hospitality Rx al **(844) 484-4726** si usted o su proveedor de atención médica tienen preguntas acerca de qué medicamentos con receta y suministros están en el formulario.

Si su proveedor de atención médica quiere que usted tome un medicamento que no está en el formulario, él o ella deben comunicarse con Hospitality Rx al **(844) 484-4726** para una excepción del formulario. La excepción del formulario le permite a su proveedor de atención médica solicitar la aprobación para que usted tenga cobertura de un medicamento con receta que no está en el formulario. Sin embargo, recuerde, que el Fondo no considerará la cobertura de un medicamento no incluido en el formulario hasta que usted haya probado todas las alternativas de medicamentos con receta en el formulario que sean medicamento apropiadas a su situación.

Usted debe usar la farmacia especializada para obtener medicamentos especializados o biosimilares. *Ver página C-22* para obtener más información sobre la farmacia especializada.

### Límite de gastos fuera de su bolsillo para cargos cubiertos dentro de la red

El costo compartido de los gastos fuera de su bolsillo para la mayoría de los medicamentos con receta cubiertos dentro de la red está limitado a \$1,200 por persona (\$2,400 por familia) cada año calendario. Una vez que sus costos de gastos fuera de su bolsillo para los medicamentos con receta cubiertos dentro de la red cumplan con estos límites, el Plan generalmente pagará el 100% de los medicamentos con receta dentro de la red (para usted y su familia) durante el resto del año calendario. Los montos que usted paga fuera de su bolsillo por gastos médicos cubiertos bajo la sección titulada “Beneficios médicos bajo EPO” **no** cuentan hacia este límite de gastos fuera de su bolsillo.

*Ver página H-6* para obtener más información sobre lo que es un límite de gastos fuera de su bolsillo.

### Política para medicamentos genéricos con receta para farmacias minoristas

Si usted o su proveedor eligen un medicamento de marca con receta a cubierto cuando podría obtener un equivalente genérico en su lugar, usted pagará la diferencia en costo entre el medicamento de marca con receta y el equivalente genérico. Por ejemplo, si el medicamento de marca con receta cuesta \$80 en una farmacia minorista, y el costo del Fondo para el equivalente genérico

## Beneficios de medicamentos con receta bajo EPO

es de \$30, usted debe pagar la diferencia de \$50. También tendrá que pagar el copago de medicamentos genéricos con receta de %5.

La política de medicamentos genéricos con receta no se aplica a ciertos medicamentos con receta que necesitan ser monitoreados de cerca, o si cambios muy pequeños en la dosis pueden ser perjudiciales. Los medicamentos con receta que no están sujetos a la política de medicamentos genéricos con receta cambian de vez en cuando. Puede obtener información actualizada llamando a Hospitality Rx al **(844) 484-4726**. Esta regla tampoco se aplicará si el programa de autorización previa hace una excepción a la regla. Su proveedor de atención médica deberá obtener aprobación previa para que esta excepción se aplique a sus medicamentos con receta.

Si usted tiene una excepción a la política de medicamentos genéricos con receta, todavía tendrá que pagar el copago de medicamentos de marca en el formulario.

### Lo que está cubierto

El Plan paga beneficios sólo para los tipos de gastos que se enumeran a continuación:

- Medicamentos con receta en el formulario aprobados por la FDA que pueden ser adquiridos legalmente sólo con una receta escrita de un proveedor de atención médica. Esto incluye anticonceptivos orales e inyectables del formulario y medicamentos del formulario mezclados a pedido por un farmacéutico, siempre y cuando al menos una parte del medicamento mezclado a pedido sea un medicamento con receta en el formulario aprobado por la FDA.
- Los siguientes suministros para diabéticos en el formulario: insulina, tiras de prueba para diabéticos, solución de control para glucómetros, jeringas y agujas desechables y lancetas.
- Servicios y suministros preventivos para el cuidado de la salud con receta o sin receta (de venta libre) en el formulario, incluyendo inmunizaciones.
- Las siguientes vitaminas de fuente única en el formulario: sulfato ferroso, vitamina D, cianocobalamina, vitamina K, cloruro potásico, bicarbonato, fosfato, acetato de calcio, niacina y Galzina (zinc).

### Glucómetros gratis

Usted puede obtener un glucómetro gratis cada 12 meses llamando a cualquiera de los siguientes números de teléfono:

**(866) 788-9618** para TrueMetrix (by Trividia)  
*no se necesita un código de pedido*

**(888) 883-7091** para OneTouch (by LifeScan) o  
visite [www.OneTouch.orderpoints.com](http://www.OneTouch.orderpoints.com)  
*use el número de pedido 739WDRX01*

Si no desea uno de los glucómetros gratuitos del Fondo, tiene que pagar el costo total del

## Beneficios de medicamentos con receta bajo EPO

glucómetro (puede presentar un reclamo al Fondo para el glucómetro, pero el Fondo podría no reembolsarle el monto total.)

### Programas de seguridad y contención de costos para medicamentos con receta

El Fondo proporciona protección adicional a través de varios programas de seguridad y contención de costos. Estos programas pueden cambiar de vez en cuando, y los medicamentos con receta o tipos de medicamentos con receta que forman parte de estos programas también pueden cambiar de vez en cuando. Usted y su proveedor de atención médica siempre pueden obtener la información más reciente contactando a Hospitality Rx al **(844) 484-4726** o visitando [www.hospitalityrx.org](http://www.hospitalityrx.org).

Los programas de seguridad y contención de costos ayudan a asegurar que usted y su familia reciban el cuidado más efectivo y apropiado. Estos programas averiguan si un medicamento con receta es seguro para que usted lo tome. Por ejemplo, algunos medicamentos con receta no pueden tomarse juntos. Los programas de seguridad ayudan a asegurarse de que usted no esté tomando dos medicamentos con receta en una combinación que podría causarle daño.

Los programas también pueden ayudar a asegurarse de que su dinero no se desperdicie con medicamentos recetados que no funcionan para usted. Por ejemplo, algunos medicamentos con receta causan efectos secundarios graves en algunos pacientes. Al limitar su receta a un número limitado de píldoras, puede asegurarse de que el medicamento recetado sea seguro para que usted lo tome, antes de pagar por una gran cantidad de píldoras que tendrá que tirar si experimenta efectos secundarios graves.

**Ver página G-10** para obtener información sobre cómo apelar una negación de autorización previa o apelar una negación de beneficios de medicamentos con receta.

#### Autorización previa

Si su proveedor de atención médica prescribe ciertos medicamentos, él o ella necesitarán dar a Hospitality Rx sus registros médicos para demostrar que el medicamento recetado es clínicamente apropiado para su situación médica. La lista de medicamentos con receta que requieren autorización previa cambia de vez en cuando. Llame al **(844) 484-4726** para una lista de medicamentos en la lista de autorizaciones previas, o para obtener una autorización previa para un medicamento.

También se requiere autorización previa para cualquier medicamento con receta que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus iniciales en Inglés) esté revisando por riesgos graves conocidos o potenciales bajo una estrategia de evaluación y mitigación de riesgo.

#### Terapia escalonada

En muchos casos, existen alternativas efectivas y de menor costo para ciertos medicamentos con

## Beneficios de medicamentos con receta bajo EPO

receta. Un programa de terapia escalonada le pedirá que pruebe versiones genéricas o de menor costo de un medicamento recetado antes de aprobar la cobertura de un medicamento de marca de mayor costo. Si el medicamento con receta de primer nivel no funciona para usted, o causa efectos secundarios graves, se le “da un paso arriba” a otra opción de medicamento.

Por ejemplo, si usted necesita un ARB (bloqueador de los receptores de la angiotensina)—utilizado para tratar la presión arterial alta—se le puede pedir primero que pruebe una versión genérica. Si la versión genérica no funciona o causa efectos secundarios graves, se le puede pedir que pruebe una versión preferida del formulario.

La lista de medicamentos con receta que requieren terapia escalonada cambia de vez en cuando. Contacte a Hospitality Rx con preguntas sobre qué medicamentos con receta requieren autorización previa.

### Administración de casos (Case management)

Los administradores de casos de farmacia podrían comunicarse con usted si toma medicamentos de alto costo o especializados o tiene una condición crónica de salud a largo plazo. Este programa le ayudará a asegurarse de que está tomando sus medicamentos con receta de la manera en que se supone que debe tomarlos. Los administradores de casos también pueden ayudarle a manejar y monitorear su condición, y a responder preguntas sobre sus medicamentos recetados.

¡Asegúrese de hablar con los administradores de casos si se ponen en contacto con usted!

## Límites de abastecimiento y reabastecimiento

### Límites de cantidad

Cada abastecimiento o reabastecimiento de una receta médica está limitada al menor de los 34 días de suministro o a la cantidad prescrita por su proveedor de atención médica. (Podrá obtener reabastecimientos si su proveedor le receta un suministro de más de 34 días.) Sin embargo:

- Los medicamentos anticonceptivos que sólo están disponibles en cantidades de 90 días (como un medicamento de dosis única que dura 90 días) o que usan una liberación constante de hormonas a lo largo del tiempo (como NuvaRing®) se abastecerá basándose en una aplicación o una unidad, según corresponda.
- Si utiliza la farmacia de pedidos por correo, puede obtener un suministro de 60 días a la vez.
- Si un programa de seguridad o de contención de costos limita el medicamento a una cantidad menor, el medicamento solo se abastecerá hasta la cantidad permitida bajo ese programa.

Por lo general, no puede reabastecer una receta médica hasta que haya utilizado la mayor parte de su medicamento, pero en algunos casos, puede volver a reabastecer su receta antes de lo que

## Beneficios de medicamentos con receta bajo EPO

normalmente se permite. Por ejemplo, puede obtener un reabastecimiento anticipado si:

- Usted demuestra que planea estar fuera del país cuando se le acabe un medicamento con receta.
- Su medicamento se pierde o es robado.
- Si usted se queda sin un medicamento recetado demasiado pronto porque malinterpretó las instrucciones o accidentalmente utilizó demasiado, es posible que pueda obtener un reabastecimiento anticipado una sola vez de por vida para este medicamento.

Un reabastecimiento anticipado está sujeto a los límites de cantidad explicados arriba, además la cantidad del reabastecimiento no excederá el tiempo por el cual usted es elegible para beneficios. El Fondo puede aplicar un recargo después del primer reabastecimiento anticipado de un medicamento cada año. Este recargo puede ser de hasta \$50 (o, si es menos, el costo del medicamento) además del copago aplicable. También es posible que usted tenga que participar en el programa de administración de casos (case management program).

Llame a Hospitality Rx al **(844) 484-4726** si necesita un reabastecimiento anticipado de un medicamento.

### Excepciones a los límites de cantidad estándar

Existen ciertos medicamentos con receta que muchos proveedores prescriben a dosis más altas (por ejemplo, más píldoras tomadas de una vez o más a menudo durante el día) que las aprobadas por la FDA. La cobertura de estos medicamentos con receta se limitará a un suministro de 30 días. Para ayudar a protegerlo a usted y a su familia, en estas situaciones usted puede obtener un suministro menor de un medicamento con receta que el descrito en la sección anterior.

Usted o su proveedor de atención médica pueden solicitar información sobre estos límites de cantidad. Su proveedor de atención médica también puede llamar para obtener una excepción a estas reglas.

### Farmacia de pedidos por correo

Usted puede ahorrar dinero utilizando la farmacia de pedidos por correo de Hospitality Rx: WellDyneRx Home Delivery. Si necesita un medicamento con receta para tratar una condición crónica de salud a largo plazo, puede solicitar estos medicamentos con receta a través de la farmacia de pedidos por correo. Puede obtener un suministro de 60 días de su medicamento con receta (a veces llamado “medicamento de mantenimiento con receta”) por el mismo copago que pagaría por un suministro de 34 días en una farmacia minorista.

Puede hacer un pedido de la farmacia de pedidos por correo de Hospitality Rx por correo, por teléfono o en el internet.

WellDyneRx Home Delivery  
**(844) 813-3860**  
[www.mywdrx.com](http://www.mywdrx.com)

## Beneficios de medicamentos con receta bajo EPO

### Specialty pharmacy Farmacia especializada

Usted debe usar la farmacia especializada para comprar todos los medicamentos especializados con receta. (La única excepción son los medicamentos con receta para tratar el VIH/SIDA. Debe ir a la farmacia especializada por estos medicamentos, pero puede obtenerlos de cualquier farmacia dentro de la red.)

La farmacia especializada ofrece medicamentos con receta para ciertas condiciones de salud crónica o difícil de tratar, tales como la esclerosis múltiple (MS por sus iniciales en Inglés) o la Hepatitis C. Los medicamentos especializados con receta a menudo necesitan ser manejados de manera diferente a otros medicamentos con receta, o pueden necesitar administración o monitoreo especial. El uso de la farmacia especializada les da acceso a farmacéuticos y otros proveedores de atención médica que se especializan en ayudar a personas con su condición. El personal de la farmacia especializada puede ayudar a asegurarse de que su receta sea reabastecida a tiempo, y puede responder a preguntas sobre sus medicamentos recetados y su condición.

Walgreens Specialty Pharmacy  
(877) 647-5807

### Lo que no está cubierto

*Ver página D-2* para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones generales de este Plan. Además de esa lista, los siguientes tipos de tratamientos, servicios y suministros de medicamentos con receta no están cubiertos bajo el beneficio de medicamentos con receta:

- Medicamentos con receta que no han sido aprobados por la FDA. Sin embargo, el Fondo podría cubrir medicamentos con receta no aprobados por la FDA en ciertas situaciones. Usted o su profesional de cuidados de la salud pueden solicitar una excepción a través del programa de autorización previa del Fondo.
- Medicamentos o suministros no incluidos en el formulario. Su proveedor de atención médica puede solicitar una excepción. Sin embargo, usted debe probar todos los medicamentos médicamente apropiados en el formulario antes de que Hospitality Rx revise una solicitud de cobertura para un medicamento que no está en el formulario.
- Medicamentos especializados con receta, que no sean los usados para tratar el VIH/SIDA, si usted no usa la farmacia especializada.
- Medicamentos experimentales o de investigación.
- Medicamentos para la fertilidad.
- Recetas o reabastecimientos en cantidades superiores a los límites de cantidad (*Ver página C-20*).
- Antihistamínicos no sedantes o bloqueadores de los receptores de histamina.
- Medicamentos con receta que tienen un equivalente de venta libre o que de otra manera están disponibles sin receta médica (a menos que los medicamentos o suministros sean para



## Beneficios de medicamentos con receta bajo EPO

C

atención médica preventiva)— *Ver página H-7*). Sin embargo, los medicamentos con receta que tiene una dosis más alta que sus equivalentes de venta libre serán cubiertos.

- Vitaminas, suplementos dietéticos o ayudas dietéticas, excepto aquellos listados específicamente como cubiertos.
- Medicamentos con receta nuevos en el mercado hasta que el Fondo o su representante haya revisado y aprobado el medicamento con receta.
- Cualquier medicamento con receta que no sea auto-administrado, es decir, un medicamento con receta que usted no puede administrarse a sí mismo. Sin embargo, este tipo de medicamento con receta puede estar cubierto bajo los beneficios médicos.
- Medicamentos “me-too” (aparentemente nuevos) de alto costo, a menos que el Fondo o su representante apruebe la compra del medicamento. Los medicamentos “me-too” suelen tener muy pocas diferencias en su funcionamiento, pero son considerados medicamentos “nuevos” sin equivalente genérico. A menudo, el fabricante cobra precios altos por estos medicamentos a pesar de que hay otros medicamentos disponibles que funcionan igual de bien por un costo menor. Puede averiguar si un medicamento “me-too” está cubierto contactando a Hospitality Rx.
- Medicamentos que requieren revisión bajo un programa de seguridad o contención de costos (como un medicamento que requiere autorización previa, o un medicamento sujeto al programa de terapia escalonada) si ese programa de seguridad o de contención de costos no es seguido, o no aprueba el medicamento.
- Medicamentos, fármacos o suministros que no son para una indicación aprobada por la FDA, que no están cubiertos bajo el Plan o las directrices de procesamiento de reclamos de la persona designada del Plan o cualquier otra regla interna, incluyendo pero no limitado a cualquier guía nacional utilizada por la comunidad médica.
- Glucómetros, distintos de los que el Fondo le da de forma gratuita. Es posible que pueda obtener un glucómetro a través de los beneficios médicos si no desea uno de los gratuitos, pero normalmente tendrá que pagar parte o todo el costo.
- Rogaine y otros medicamentos para prevenir la caída del cabello.
- Cualquier medicamento con receta que se considere un medicamento con receta para el estilo de vida (lifestyle drugs). Los medicamentos con receta para el estilo de vida no están destinados principalmente para prevenir, tratar o curar una enfermedad o para controlar el dolor. Ejemplos de medicamentos para el estilo de vida incluyen, pero no se limitan a, medicamentos recetados para tratar la disfunción eréctil, el acné o las arrugas. El Fondo o su representante determina si un medicamento con receta es considerado como un medicamento para el estilo de vida.
- Medicamentos o fármacos utilizados, consumidos o administrados en el lugar donde se dispensa, con excepción de los suministros de atención médica preventiva. (Estos medicamentos pueden estar cubiertos bajo sus beneficios médicos. *Ver página C-6.*)

## *Beneficios de medicamentos con receta bajo EPO*

- Diagnósticos o biológicos.
- Medicamentos utilizados por razones estéticas.
- Medicamentos para el control del peso, a no ser que sea para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un proveedor de atención médica, y autorizado por escrito por el Fondo.
- Hormona del crecimiento humano, excepto para tratar la emaciación debida al SIDA.
- Medicamentos u otros suministros cubiertos no comprados en una farmacia dentro de la red.
- Alimentos médicos (los alimentos médicos pueden estar cubiertos bajo el beneficio médico—*Ver página C-9*).

# Opciones HMO

Conozca sobre sus beneficios si elige una de las opciones de HMO:

- Cómo funciona su opción HMO.
- Usando este SPD si elige la opción HMO.
- Obteniendo más información si elige una de las opciones de HMO.

Esta sección sólo se aplica si usted elige una de las opciones de beneficio de HMO. Si elige la opción EPO a través de EHS, consulte las secciones que comienzan en la *página C-1* y la *página C-15* para obtener información sobre sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.

## Opciones HMO

Dependiendo en cuánto tiempo ha estado trabajando en un empleo cubierto, usted puede tener derecho a elegir entre una de las dos opciones de Kaiser HMO: ya sea la opción Kaiser+ HMO, o la opción Long Beach HMO. *Ver página F-4* para obtener más información sobre cuáles son sus opciones de beneficio médico.

Si tiene preguntas sobre su opción de HMO, cómo escoger un proveedor de atención primaria o si tiene alguna pregunta sobre cómo funcionan sus beneficios, contacte a Kaiser:

### **Kaiser Permanente:**

[www.kp.org](http://www.kp.org)

Servicios a los Miembros  
**(800) 464-4000**

Asesoramiento de Enfermería Kaiser  
**(888) KPONCALL (576-6225)**

## Usando sus beneficios si elige una de las opciones de Kaiser HMO

Si se inscribe en cualquiera de las opciones de Kaiser HMO, debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP). Usted puede elegir cualquier proveedor de Kaiser disponible. También puede elegir un pediatra Kaiser como un PCP para un niño.

Su PCP le ayudará a obtener cuidados a través de Kaiser. Por ejemplo, necesitará una referencia de un proveedor de Kaiser para ver a la mayoría de especialistas. Su PCP puede hacer esto por usted. Usted no necesita una referencia o autorización previa para recibir atención obstétrica o ginecológica de un profesional médico de Kaiser que se especializa en obstetricia o ginecología. El profesional médico, sin embargo, podría tener que cumplir con ciertos procedimientos, incluyendo obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento pre-aprobado o seguir los procedimientos para obtener referencias.

Excepto en emergencias, usualmente tiene que usar un proveedor de Kaiser, hospital u otra instalación para recibir beneficios bajo la opción HMO. Kaiser normalmente no pagará ningún beneficio por el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red—Tendrá que pagar todo el costo usted mismo.

## Arbitraje de Kaiser

A menos que haya una excepción (vea el párrafo siguiente), cualquier conflicto entre usted, sus herederos, parientes u otras partes asociadas por otro lado y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquiera de los proveedores de atención médica contratado, administradores o de otras partes asociadas por otro lado, por presunta violación de cualquier deber derivado o relacionado con la afiliación a KFHP, incluyendo cualquier reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o que fueron indebida, negligente o incompetentemente prestados), para responsabilidad legal de las instalaciones o en relación con la cobertura para, o entrega de, servicios o artículos, independientemente de la teoría

legal, debe ser decidido por un arbitraje vinculante bajo la ley de California y no por un juicio o recurrir al proceso judicial, salvo que la ley aplicable disponga la revisión judicial del procedimiento de arbitraje.

Las excepciones a las reglas de arbitraje vinculante de Kaiser son: Reclamos sujetos al reglamento de procedimientos de reclamos de ERISA, un procedimiento de apelación de Medicare y cualquier otro reclamo que no puede ser sujeto a un arbitraje vinculante bajo la ley aplicable. Más información sobre el arbitraje vinculante y sus derechos y obligaciones de usar el arbitraje vinculante se explican en su evidencia de cobertura.

### Usando este SPD si elige una de las opciones de Kaiser HMO

El contrato entre UNITE HERE HEALTH y Kaiser Permanente gobernará cómo se pagan y se administran los beneficios de Kaiser. Si hay alguna discrepancia entre cualquier información acerca de los beneficios de Kaiser proporcionados por UNITE HERE HEALTH y el contrato de Kaiser, el contrato de Kaiser gobernará. La evidencia de cobertura de Kaiser que usted obtiene cuando se inscribe a una de las opciones de Kaiser le explicará las reglas que se aplican a sus beneficios.

Algunas secciones de este SPD no se aplican a usted si está inscrito en la opción Kaiser HMO, incluyendo:

- Beneficios médicos bajo la opción EPO
- Beneficios de medicamentos con receta bajo la opción de EPO

#### Health Net HMO

Ciertos empleados con derechos protegidos (grandfathered) y sus dependientes también pueden elegir el Health Net HMO. Health Net HMO no está abierto a empleados que no están actualmente inscritos en esta opción de HMO. Usted puede cambiarse a una opción médica diferente si lo desea; sin embargo, si usted decide dejar el Health Net HMO, no puede cambiar de opinión y regresar a el Health Net HMO.

#### Health Net:

[www.healthnet.com](http://www.healthnet.com)

Servicios a los Miembros  
**(800) 400-8987**

Servicios a los Miembros (si está en Mexico)  
**(011-52-664) 683-29-02**

Si usted está en Health Net HMO, puede obtener ayuda para comprender o usar sus beneficios de HMO, incluyendo la búsqueda de un proveedor dentro de la red, al contactar a Health Net:

Las partes de este SPD descritas arriba no se aplican a los beneficios de Kaiser, como las secciones de subrogación o reclamos y apelación, tampoco se aplican a sus beneficios de Health Net HMO.

## Opciones HMO

Si usted está inscrito en cualquiera de las opciones de Kaiser HMO, las siguientes secciones de este SPD no se aplican a los beneficios que Kaiser proporciona (pero pueden aplicar otros beneficios que el Plan proporciona):

- Exclusiones y limitaciones generales
- Coordinación de beneficios
- Subrogación
- Disposiciones generales de reclamos
- Definiciones

### Obteniendo más información si elige una de las opciones de Kaiser HMO

Los materiales de inscripción de Kaiser le brindarán más información sobre sus programas de administración médica, sus beneficios médicos y de medicamentos con receta, la coordinación de beneficios, exclusiones y limitaciones, subrogación y disposiciones sobre reclamos, incluyendo cómo presentar apelaciones de reclamos. Usted tiene derecho a una copia de la evidencia de cobertura Kaiser para sus beneficios. Puede obtener una copia al contactar a UNITE HERE HEALTH o Kaiser.

# Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY DHMO

Conozca sobre sus beneficios si elige LIBERTY DHMO:

- Lo que usted paga por su cuidado dental cubierto.
- Cómo usar sus beneficios LIBERTY DHMO.
- Cuáles son los beneficios máximos.
- Qué tipos de cuidados dentales están cubiertos.
- Qué tipos de cuidados dentales no están cubiertos.

*Esta sección sólo se aplica si usted elige la opción LIBERTY DHMO.*

*Si usted elige LIBERTY dental PPO, consulte la sección que comienza en la **página C-37** para obtener información sobre sus beneficios dentales. Si usted elige la opción LA Dental Center, consulte la sección que comienza en la **página C-47** 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.

LIBERTY Dental provee los beneficios DHMO a usted y a sus dependientes.

<i>Si Usted Elige la Opción LIBERTY DHMO</i>		
Descripción de los Servicios	Dentista Dentro de la Red LIBERTY DHMO	Proveedor Fuera de la Red
<b>Servicios Dentales</b>		
Beneficio Máximo Pagadero Cada Año Calendario	n/a	No tiene cobertura *
Deducible por Año Calendario	n/a	No tiene cobertura
<b>Lo Que Usted Paga Generalmente Por Cuidado Dental Seleccionado</b> <i>Copagos se aplican a ciertos servicios—consulte su hoja de cargos LIBERTY para obtener más información</i>		
Exámenes de Rutina	\$0	No tiene cobertura
Radiografías de Rutina	\$0	No tiene cobertura
Limpiezas de Rutina	\$0	No tiene cobertura
Tratamiento con Flúor para un Niño	\$0	No tiene cobertura
Mantenedores de Espacio	\$0	No tiene cobertura
Rellenos de Amalgama	\$0	No tiene cobertura
Coronas	\$0	No tiene cobertura
Limpieza Profunda (raspado pediodontal y alisado radicular)	\$0	No tiene cobertura
Dentadura Superior Completa (dentadura maxilar)	\$0	No tiene cobertura
<b>Servicios de Ortodoncia</b>		
Servicios de Ortodoncia Integrales	\$1,550 Beneficios del Plan limitados a 24 meses de tratamiento  Copagos adicionales pueden aplicarse por radiografías y moldes	No tiene cobertura

\* LIBERTY Dental le reembolsará hasta \$75 por persona cada año por tratamiento dental de emergencia proporcionado por un proveedor fuera de la red.

**LIBERTY Dental Plan**

**(888) 442-4585**

8 a.m. – 5 p.m. (Horario del Pacífico) Lunes – Viernes;  
24/7 servicios de emergencia disponibles

[libertydentalplan.com/uhh](http://libertydentalplan.com/uhh)



## *Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY DHMO*

### **Usando sus beneficios de LIBERTY DHMO**

Sus beneficios dentales se proporcionan a través de una organización de mantenimiento de salud dental (DHMO por sus iniciales en Inglés). Bajo una DHMO, usted debe seguir ciertas reglas para poder obtener beneficios dentales. Si no sigue estas reglas, es posible que tenga que pagar el costo total del cuidado dental usted mismo. Si tiene alguna pregunta sobre cómo usar sus beneficios dentales, comuníquese con LIBERTY al **(888) 442-4585**.

Excepto en emergencias, usted debe usar un dentista dentro de la red. Si usted no usa un dentista dentro de la red, tendrá que pagar el costo total de su atención dental.

Si tiene una emergencia, como sangrado excesivo, infección aguda o dolor intenso, trate de comunicarse con su dentista principal. Su dentista principal debe manejar cualquier emergencia en 24 horas. Si usted está fuera del área de servicio de LIBERTY, o no puede contactar a su dentista principal, puede ir a cualquier dentista para recibir tratamiento. (Debe hacer un seguimiento con su dentista principal si visita a un dentista que no pertenece a la red.) Si usa a un dentista que no pertenece a la red, debe presentar un reclamo con LIBERTY. LIBERTY le pagará hasta \$75 cada año por costos para recibir tratamiento de emergencia de un dentista fuera de la red. Usted seguirá siendo responsable por: cualquier copago por sus cuidados, cargos que excedan el reembolso máximo de \$75 y cualquier cargo que LIBERTY no cubra.

Usted siempre puede obtener una segunda opinión sobre la propuesta de cuidado dental. Sólo póngase en contacto con LIBERTY para obtener una referencia a otro dentista.

### **Su dentista principal**

Usted debe escoger a un dentista principal para proporcionarle a usted y a su familia completa cuidado dental. Su dentista principal también le remitirá a un especialista, si es necesario. Los beneficios sólo serán pagados para un especialista si LIBERTY ha aprobado la atención del especialista. La única excepción es que usted no necesita una referencia para ver a un ortodoncista dentro de la red.

Usted puede cambiar a su dentista principal en cualquier momento que desee (siempre y cuando no tenga una factura pendiente de su dentista actual), y tantas veces como desee. Sin embargo, debe esperar para ver a su nuevo dentista principal hasta que LIBERTY haya procesado su petición de cambiar dentistas principales.

Por lo general, si solicita un cambio el 20 del mes, el cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. LIBERTY puede decirle si su cambio de dentistas principales se ha hecho.

Puede iniciar una sesión en [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com) o contactar a LIBERTY al **(888) 442-4585** para elegir un dentista principal o para cambiar un dentista principal.

## Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY DHMO

### Lo que usted paga

Usted paga cualquier copago requerido para su cuidado dental (estos están listados en el folleto del programa de beneficios de LIBERTY). Si necesita una copia de su programa de beneficios, comuníquese con LIBERTY o UNITE HERE HEALTH.

Muchos tipos de cuidados dentales de rutina, tales como exámenes de rutina, limpiezas y radiografías no tienen copagos. Los copagos pueden aplicarse a otros tipos de cuidados dentales.

Usted también tiene que pagar por cualquier cuidado dental que no esté cubierto, incluyendo el cuidado dental que obtiene con más frecuencia de lo que está cubierto.

### Lo que está cubierto bajo LIBERTY DHMO

Puede haber límites en la frecuencia con que se cubren ciertos servicios y suministros. Si la cantidad de tiempo en cualquier limitación no ha pasado desde que el servicio o suministro fue proporcionado por última vez, es posible que usted tenga que pagar el costo total. Siempre puede ponerse en contacto con LIBERTY para averiguar cuando fue la última vez que obtuvo beneficios para un determinado servicio o suministro.

El programa de beneficios y certificados de cobertura de LIBERTY contienen información más específica sobre las circunstancias bajo las cuales se cubre el cuidado dental.

- **Servicios y procedimientos de diagnóstico y preventivos**, incluyendo pero no limitado a exámenes y limpiezas.
  - Limpiezas de rutina (profilaxis), limitadas a una vez cada seis meses consecutivos. Se pueden permitir limpiezas adicionales bajo ciertas circunstancias; Usted generalmente pagará un copago por cada limpieza adicional aprobada.
  - Serie completa de radiografías (boca completa) o láminas panorámicas, limitadas a una serie cada 36 meses consecutivos.
  - Aplicación tópica de fluoruro, limitada a una vez cada seis meses consecutivos.
  - Sellantes para niños menores a 14 años, limitados a una vez por diente cada 36 meses consecutivos. Los selladores están cubiertos sólo para los primeros y segundos molares permanentes, y sólo si el diente no tiene caries.
- **Cuidados paliativos de emergencia** para aliviar temporalmente el dolor y la incomodidad.
- **Radiografías de diagnóstico** para diagnosticar una condición específica.
- **Servicios de restauración**, incluyendo pero no limitado a incrustaciones (inlays), recubrimientos (onlays), coronas y carillas labiales.
  - Las coronas fabricadas, recubrimientos (onlays) e incrustaciones (inlays) pueden ser cubiertos cuando un diente con un buen pronóstico necesita ser restaurado pero no

## Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY DHMO

queda suficiente diente para retener un relleno. Estos servicios sólo estarán cubiertos si usted tiene 16 años o más.

- ▶ El reemplazo de las coronas y las carillas labiales se limita a una vez cada cinco años consecutivos.
- **Servicios y procedimientos de endodoncia** para tratar dientes con el nervio enfermo o dañado, incluyendo pero no limitado a, recubrimiento pulpar, terapia pulpar, endodoncia (root canal), apicectomía o terapia endodóntica.
- **Servicios periodónticos** para tratamiento de enfermedades de las encías y estructuras de soporte para los dientes, incluyendo pero no limitado a, gingivectomía o gingivoplastia, agrandamiento clínico de corona, cirugía ósea, injertos y férulas.
  - ▶ Limpieza profunda (raspado periodontal y alisado radicular) se limita a una vez cada 24 meses consecutivos.
  - ▶ Raspado periodontal y alisado radicular están limitados a dos cuadrantes por cada cita por día.
  - ▶ Los servicios periodontales quirúrgicos se limitan a una vez en un período de 36 meses.
  - ▶ El desbridamiento completo de la boca para eliminar la placa y el sarro extensos se limita a un período de 24 meses.
- **Prostodoncia**, incluyendo pero no limitado a, dentaduras postizas y acondicionamiento de tejidos, y reparaciones de prótesis (tales como revestimiento o cambio del material de la base).
  - ▶ Las dentaduras postizas parciales fijas están cubiertas cuando se reemplaza una dentadura postiza parcial fija equivalente (like-for-like) con pónicos idénticos y dientes de pilar.
  - ▶ El reemplazo de una dentadura postiza total o parcial se cubre una vez por arco cada 5 años, pero sólo si no se puede hacer que la dentadura postiza funcione a través de revestimiento o reparación.
  - ▶ El revestimiento de dentaduras postizas se limita a una vez cada 12 meses consecutivos.
  - ▶ El reemplazo de coronas, carillas labiales o prótesis parciales fijas está limitado a una unidad cada período de cinco años.
- **Cirugía oral**, extracciones y otros procedimientos quirúrgicos, incluyendo atención pre-operatoria y post-operatoria y anestesia general. No hay cobertura si usted es menor de 15 años.
- **Tratamiento de ortodoncia**, limitado a 24 meses de tratamiento activo, además de otros 24 meses de visitas al consultorio para mantener el tratamiento activo.

### Lo que no está cubierto bajo LIBERTY DHMO

Los siguientes tipos de tratamientos, servicios y suministros no están cubiertos.

- Servicios o suministros proporcionados por un dentista fuera de la red sin la aprobación previa de LIBERTY, excepto en caso de emergencia.
- Procedimientos que no son necesarios dentalmente de acuerdo a los estándares profesionales reconocidos de la práctica dental.
- Procedimientos realizados sobre dientes naturales únicamente para aumentar la dimensión vertical o restaurar la oclusión.
- Servicios o suministros proporcionados por un especialista si su dentista principal no ha referido al especialista, o si LIBERTY no ha aprobado al especialista.
- Servicios o suministros proporcionados fuera del consultorio de su dentista principal, excepto en caso de una emergencia.
- Servicios no cubiertos bajo los términos del contrato de LIBERTY.
- Procedimientos que tienen un mal pronóstico, según lo determinado por LIBERTY.
- Servicios o suministros proporcionados con más frecuencia de lo permitido.
- Tratamiento iniciado antes de la cobertura, o después de la terminación de la cobertura, a menos que lo permita LIBERTY.
- Servicios cosméticos o servicios para condiciones debidas a defectos de desarrollo hereditarios, tales como palar hendido, malformaciones de la mandíbula superior e inferior, dientes que faltan congénitamente y dientes que están descoloridos o que carecen esmalte.
- Anestesia general, analgesia, sedación intravenosa/intramuscular o los servicios de un anesthesiólogo a menos que esté específicamente cubierto por LIBERTY.
- Procedimientos, aparatos o restauraciones para tratar disfunciones de la articulación temporomandibular (TMJ por sus iniciales en Inglés), situaciones congénitas o de desarrollo, o trastornos dentales inducidos médicamente, incluyendo pero no limitados a, tratamiento miofuncional o disfunciones músculo-esqueléticas, a menos que estén cubiertos como un beneficio ortodóntico.
- Extracción de dientes asintomáticos, que no han erupcionado, incluyendo terceros molares, que parecen tener un camino sin obstáculos para la erupción y sin patología activa.
- Procedimientos y aparatos que son proporcionados por un dentista que se especializa en servicios de prótesis.
- Servicios para restaurar la estructura dental perdida por desgaste (abrasión, erosión, desgaste o abfracción), para reconstruir la oclusión o mantener las superficies de masticación, para los dientes que están fuera de alineación o para estabilizar los dientes

## Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY DHMO

- Cualquier servicio dental de rutina realizado por un dentista o un especialista dental en un ambiente hospitalario como paciente interno o ambulatorio.
- Consultas para servicios no cubiertos.
- Con respecto al tratamiento ortodóntico, cualquiera de los siguientes:
  - Reemplazo de aparatos ortodónticos perdidos, robados o rotos.
  - Extracciones para fines ortodónticos. Sin embargo, esta exclusión no se aplica a las extracciones consistentes con las normas profesionalmente reconocidas de la práctica dental o que surgen con el contexto de una condición dental de emergencia.
  - Ortodoncia quirúrgica para el síndrome de ATM (TMJ por sus iniciales en Inglés).
  - Terapia miofuncional.
  - Tratamiento de paladar hendido, micrognacia o macroglosia.
  - Cambios en el tratamiento ortodóntico causados por un accidente de cualquier tipo.
- Tratamiento que se inició antes de que usted sea elegible para beneficios dentales.
- El reemplazo de una restauración de amalgama o resina menos de 12 meses después de que el mismo dentista contratado o consultorio realizó la restauración original.
- Reemplazo de prótesis o aparatos perdidos o robados, incluyendo ortodoncia, dentaduras postizas parciales, dentaduras postizas completas y aparatos ortodónticos.

### Beneficios dentales bajo LIBERTY DHMO después de que finaliza la elegibilidad

Los beneficios sólo se pagarán por los servicios y suministros cubiertos incurridos antes de que termine su cobertura. Sin embargo, se seguirán pagando los beneficios para endodoncia (root canal), coronas o dentaduras postizas antes de que termine su cobertura, siempre y cuando el tratamiento se complete dentro de los 60 días de la fecha en la que pierde la cobertura.

Si la cobertura termina porque el Plan finaliza, en su totalidad o en parte, no habrán beneficios disponibles para reclamos presentados después de que la cobertura termine.

### El contrato con LIBERTY gobierna sus beneficios de DHMO

El contrato entre UNITE HERE HEALTH y LIBERTY determina cuáles son sus beneficios. Si hay algún conflicto entre cualquier información que el Plan prepare (como su SPD) y el contrato, los términos del contrato de LIBERTY gobiernan. Las partes de su SPD que hablan acerca de la coordinación de beneficios, subrogación, exclusiones y limitaciones generales, disposiciones de

## *Beneficios dentales bajo la opción LIBERTY DHMO*

reclamos y apelación y definiciones no se aplican a los beneficios DHMO proporcionados por LIBERTY.

Por lo general, usted no necesita presentar un reclamo para cuidado dental. Si necesita presentar un reclamo para cuidado dental (lo cual normalmente sólo sucederá si necesita tratamiento de emergencia), puede obtener un formulario de reclamo de LIBERTY llamando al **(888) 442-4585** o visitando [www.libertydentalplan.com](http://www.libertydentalplan.com). Tendrá que proporcionar toda la información que LIBERTY necesita para procesar el reclamo.

Contacte a LIBERTY si necesita una copia de la evidencia de cobertura, o si necesita más información acerca de LIBERTY, incluyendo más información sobre los procedimientos para presentar un reclamo o apelación de reclamo.

C

# **Beneficios dentales bajo la opción de LIBERTY dental PPO**

Conozca sobre sus beneficios si elige LIBERTY dental PPO:

- ▶ Lo que usted paga por su cuidado dental cubierto.
- ▶ Cuáles son los beneficios máximos.
- ▶ Qué tipos de cuidados dentales están cubiertos.
- ▶ Qué tipos de cuidados dentales no están cubiertos.

Esta sección sólo se aplica si usted elige la opción LIBERTY dental PPO. Si usted elige LIBERTY DHMO, consulte la sección que comienza en la *página C-29* para obtener información sobre sus beneficios dentales. Si usted elige la opción LA Dental Center, consulte la sección que comienza en la *página C-47* para obtener información sobre sus beneficios dentales.

## Beneficios dentales bajo la opción de LIBERTY dental PPO

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

LIBERTY Dental administra los beneficios PPO para usted y a sus dependientes.

<i>Si Usted Elige la Opción LIBERTY Dental PPO</i>		
Descripción de los Servicios	Proveedor LIBERTY Dental PPO	Proveedor Fuera de la Red
<b>Servicios Dentales</b>		
Beneficio Máximo Pagadero Cada Año Calendario	\$1,500/persona	
Deducible por Año Calendario	\$50/persona y \$150/familia	
<b>Lo Que Usted Paga por Cuidado Dental</b>		
Servicios Diagnósticos y Preventivos	\$0 (sin deducible)	30% (sin deducible)
Servicios de Emergencia— <i>incluyendo para tratar el dolor severo</i>	\$0 (sin deducible)	30% (sin deducible)
Servicios de Radiografías de Diagnóstico	\$0 (sin deducible)	30% (sin deducible)
Servicios Restaurativos Menores	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Servicios Periodónticos	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Servicios de Endodoncia	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Cirugía Oral	20%, después del deducible	40%, después del deducible
Servicios Restaurativos Mayores	50%, después del deducible	60%, después del deducible
Servicios Prostodónticos y Reparaciones	50%, después del deducible	60%, después del deducible
<b>Servicios de Ortodoncia</b>		
Servicios de Ortodoncia	50% (sin deducible) <i>Beneficios del Plan limitados a un máximo de por vida de \$2,500/persona</i>	

### Proveedores dentro de la red

El Plan paga beneficios basados en si el tratamiento es prestado en un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red. Para encontrar proveedores dentro de la red, contacte a:

#### LIBERTY Dental Plan

**(888) 442-4585**

8 a.m. – 5 p.m. (Horario del Pacífico) Lunes – Viernes;  
24/7 servicios de emergencia disponibles

[libertydentalplan.com/uhh](http://libertydentalplan.com/uhh)



## Beneficios dentales bajo la opción de LIBERTY dental PPO

### Lo que usted paga

Usted debe pagar sus montos de deducible y coseguro como parte de su porción de los gastos cubiertos. También debe pagar todos los gastos que no se consideren gastos cubiertos, incluyendo cualquier monto sobre el cargo permitido cuando usa proveedores fuera de la red.

### Deducibles

Su deducible se aplica tanto a cuidados dentales dentro y fuera de la red. El deducible no se aplica a los cuidados diagnósticos o preventivos, tratamiento paliativo de emergencia, a los servicios de diagnóstico o de radiografías o a la ortodoncia.

Usted sólo tiene que pagar el deducible una vez al año. Una vez que haya pagado su deducible (algunas veces llamado “satisfacer su deducible”), no tiene que hacer más pagos hacia su deducible por el resto del ese año. La misma regla se aplica si dos o más miembros de su familia satisfacen el deducible de \$150. Una vez que su deducible familiar ha sido satisfecho, nadie más en su familia tiene que pagar deducibles por el resto de ese año.

Su deducible individual de \$50 y el deducible familiar de \$150 sólo se aplica a los beneficios de LIBERTY dental PPO.

Los montos que usted paga por atención médica, medicamentos con receta o cuidados de la visión no se aplican a los deducibles dentales de \$50 y \$150

*Ver página H-3* para obtener más información sobre lo que es un deducible.

### Beneficios máximos

#### Cuidado dental no ortodóntico

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

#### Cuidado Ortodóntico

El Plan paga hasta un máximo de por vida de \$2,500 por persona por cuidado ortodóntico dentro y fuera de la red combinados. Una vez que se alcance el máximo de por vida de \$2,500, no se pagarán más beneficios por sus cuidados ortodónticos.

### Curso alternativo de tratamiento

Si hay algún tipo diferente de tratamiento que sería al menos tan efectivo como su tratamiento dental, pero cuesta menos, el cargo permitido se basará en el tipo de tratamiento alternativo menos costoso. Esta regla se aplica si el tipo alternativo de tratamiento dental es tanto:

## Beneficios dentales bajo la opción de LIBERTY dental PPO

- Comúnmente utilizado para tratar su condición, según lo determinado por LIBERTY.
- Reconocido por la mayoría de los dentistas como apropiado basado en las prácticas odontológicas nacionales actuales.

### Lo que está cubierto

Puede haber límites en la frecuencia con que se cubren ciertos servicios y suministros. Si la cantidad de tiempo en cualquier limitación no ha pasado desde que el servicio o suministro fue proporcionado por última vez, es posible que usted tenga que pagar el costo total. Siempre puede ponerse en contacto con LIBERTY para averiguar cuando fue la última vez que obtuvo beneficios para un determinado servicio o suministro.

- **Servicios y procedimientos de diagnóstico y preventivos** y procedimientos para evaluar las condiciones existentes y/o para prevenir anomalías o enfermedades dentales, incluyendo pero no limitadas a exámenes, limpiezas y consultas con un dentista no tratante.
  - Limpiezas de rutina (profilaxis) y limpieza periodontal—dos cada 12 meses.
  - Exámenes orales— dos cada 12 meses.
  - Radiografías de mordida (Bitewing)— dos series cada 12 meses.
  - Radiografías de boca completa (que incluye radiografía de mordida (Bitewing)—una cada 36 meses. Radiografías panorámicas (incluyendo bitewings) se consideran una radiografía de boca completa.
  - Aplicación tópica de fluoruro si usted tiene menos de 19 años—una vez cada 6 meses.
  - Sellantes en el primer y segundo molar permanente si usted tiene menos de 16 años—una aplicación durante toda su vida. Los sellantes están cubiertos sólo en el primer y segundo molar, y sólo si el diente está libre de caries y no ha tenido una restauración.
- **Cuidados paliativos de emergencia**, incluyendo tratamiento para aliviar temporalmente el dolor y la incomodidad.
- **Radiografías de diagnóstico** para diagnosticar una condición específica.
- **Cirugía oral**, extracciones y otros procedimientos quirúrgicos, incluyendo atención pre-operatoria y post-operatoria y anestesia general.
- **Servicios de endodoncia** y procedimientos para tratar dientes con el nervio enfermo o dañado (por ejemplo, endodoncia (root canals).
  - Los beneficios para el tratamiento de endodoncia en los dientes primarios se limitarán a los beneficios proporcionados para una pulpotomía.
- **Servicios periodónticos** para tratamiento de enfermedades de las encías y dientes.

## Beneficios dentales bajo la opción de LIBERTY dental PPO

- ▶ Cirugía periodontal, incluyendo curetaje subgingival—una vez por cuadrante cada 24 meses.
- ▶ Si usted tiene inflamación gingival, raspado periodontal (limpieza profunda) se pagará como una limpieza regular (profilaxis).
- ▶ Limpieza profunda (raspado periodontal y alisado radicular)—una limpieza profunda de la boca completa cada 24 meses; no más de dos cuadrantes realizados en la misma visita o el mismo día.
- ▶ Mantenimiento periodontal — dos cada 12 meses.
- ▶ Desbridamiento completo de la boca — uno cada 24 meses.
- **Servicios de restauración** para reconstruir, reparar o mejorar los tejidos de los dientes, incluyendo pero no limitado a:
  - ▶ Servicios menores de restauración tales como restauraciones de amalgama, porcelana sintética o resina.
    - Restauración de amalgama o resina — una por diente por superficie cada 12 meses.
    - Los beneficios para restauraciones de resina se limitan a las restauraciones de amalgama si las radiografías muestran caries en el molar o premolar en el que se coloca la restauración de resina.
    - Los beneficios para restauraciones múltiples en el mismo diente se limitarán a el beneficio proporcionado para una restauración de múltiples superficies.
  - ▶ Servicios mayores de restauración tales como coronas, carillas (jackets) y restauraciones de oro si el diente no puede ser restaurado con otro relleno.
    - Coronas, incrustaciones (inlays), recubrimientos (onlays) y puentes — uno por diente cada 60 meses.
    - Los beneficios para incrustaciones (inlays) se limitarán a los beneficios proporcionados para restauraciones de amalgama comparables.
  - ▶ Los beneficios para restauraciones con moldes dentarios con componentes cosméticos (electivos) se limitarán a los beneficios proporcionados para restauraciones con moldes cuyo material es de metal.
  - ▶ Los beneficios para dientes que no pueden tener restauraciones con moldes debido a caries o falta de estructura del diente en menos de cuatro superficies se limitan a los beneficios proporcionados para restauraciones con amalgama o resina.
- **Servicios prostodónticos** y aparatos que sustituyen dientes naturales faltantes, incluyendo puentes, dentaduras postizas parciales y dentaduras postizas completas.
  - ▶ Revestimiento o cambio del material de la base de dentaduras postizas—una vez por arco en un período de 24 meses consecutivos.

## Beneficios dentales bajo la opción de LIBERTY dental PPO

- ▶ Ajustes a dentaduras postizas—una vez por arco en un período de seis meses consecutivos.
  - ▶ Dentadura postiza completa o parcial — una vez por arco cada 60 meses, a menos que la dentadura parcial existente no se pueda hacer que funcione debido a la pérdida de dientes naturales.
  - ▶ Los beneficios para una dentadura postiza parcial fija colocada en un arco dental con tres o más dientes faltantes se limitan a los beneficios proporcionados para dentaduras postizas removibles. Sin embargo, este límite no se aplica a una dentadura postiza parcial fija pre-existente que se considere cubierta.
  - ▶ Los beneficios para los púnticos se limitan al beneficio para un púntico 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, liberadores de tensión o técnicas especializadas se limitan a los beneficios proporcionados para dentaduras postizas convencionales.
- **Reparaciones de Prostodoncia** y revestimiento a aparatos prostéticos.
  - **Servicios de Ortodoncia** incluyendo radiografías, pruebas diagnósticas, moldes y tratamiento, y aparatos fijos o removibles, incluyendo aparatos de retención. Sólo se cubrirá un aparato por persona para guía de dentición o para controlar hábitos perjudiciales. Cada mes de tratamiento activo es un servicio separado.

### Lo que no está cubierto

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

- Los fluoruros aplicados tópicamente para personas mayores de 19 años.
- Mantenedores de espacio a menos que se use como un aparato pasivo porque los dientes primarios se han perdido.
- Reparación o recementación de mantenedores de espacio por la misma oficina dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial.
- Terapia de endodoncia (root canal) cuando las radiografías indican canales que no se han llenado completamente, patología periapical no resuelta o canales llenos de material no aprobado para terapia de endodoncia por el American Dental Association.
- Tratamiento endodóntico de un diente en el que los servicios endodónticos fueron realizados previamente por la misma oficina.

## *Beneficios dentales bajo la opción de LIBERTY dental PPO*

- Tratamiento endodóntico realizado en conjunto con aparatos protodónticos removibles.
- Alveolectomía/alveoloplastia realizada en conjunto con extracciones.
- Reemplazo de una restauración con moldes dentro de los 60 meses posteriores a la colocación inicial de una restauración existente.
- Elaboración de una corona cuando las radiografías muestran evidencia de altura vertical suficiente para soportar una restauración con moldes.
- Recementación de incrustaciones (inlays), recubrimientos (onlays) o coronas por la misma oficina dentro de los 6 meses a la colocación inicial.
- Cirugía periodontal o terapia en ausencia de evidencia en radiografías de pérdida ósea.
- Injertos o gingivectomías realizadas en conjunto con cirugía ósea.
- Regeneración tisular guiada.
- Alargamiento de la corona o gingivoplastia si no se realiza al menos 4 semanas antes de la preparación de la corona.
- Los procedimientos de mantenimiento periodontal realizados dentro de los 3 meses posteriores a la terapia periodontal activa.
- Reemplazo de un aparato protodóntico dentro de los 60 meses posteriores a la colocación inicial.
- Aparatos protodónticos relacionados con implantes.
- Revestimiento o cambio del material de la base de un aparato existente dentro de los 6 meses posteriores a la colocación inicial.
- Protodónticos fijos para personas menores de 16 años.
- Acondicionamiento de tejidos.
- Un pónico cuando el espacio entre los dientes creados por un diente faltante es menos que el 50% del tamaño del diente original.
- Recementación de dentaduras postizas fijas por la misma oficina dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial.
- Servicios para lesiones o condiciones para las cuales usted podría recibir beneficios bajo Compensación por Accidente Laboral o Leyes de Responsabilidad del Empleador.
- Servicios que están disponibles de:
  - Cualquier agencia gubernamental federal o estatal, con excepción de los programas proporcionados bajo Medicaid.

## Beneficios dentales bajo la opción de LIBERTY dental PPO

- ▶ Cualquier municipio, condado u otra subdivisión política.
- ▶ Cualquier agencia comunitaria, fundación o entidad similar.
- Servicios diseñados para corregir las malformaciones del desarrollo.
- Cirugía cosmética u odontología por razones estéticas.
- Servicios o aparatos, incluyendo pero no limitados a, prostodoncia (incluyendo coronas y puentes), completados antes de que usted estuviera cubierto bajo el Plan. Aunque el tratamiento de ortodoncia que se realiza antes de que usted fuera elegible no estará cubierto, el tratamiento de ortodoncia en curso podría ser cubierto después de que usted sea elegible.
- Medicamentos con receta o su administración.
- Servicios de anestesistas o anestesiólogos.
- Servicios realizados en los segundos o terceros molares si no hay dientes opuestos.
- Servicios realizados en un diente cuando menos del 40% de la raíz está apoyada por hueso.
- Servicios realizados en un diente primario cuando el diente está a punto de perderse.
- Cargos por completar formularios.
- Sellantes para personas de 16 o más años.
- Servicios:
  - ▶ Que no son necesarios y/o acostumbrados según lo determinado por los estándares de la práctica dental generalmente aceptada.
  - ▶ Para los cuales no se puede demostrar una necesidad dental válida (según lo determinado por 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:
  - ▶ Modificación de la dimensión vertical.
  - ▶ Reposición de la pérdida de estructura dental por desgaste, abrasión o erosión.
  - ▶ Corrección de malformaciones congénitas o de desarrollo.
  - ▶ Propósitos estéticos o cosméticos.
  - ▶ Técnicas de implantología o ampliación de la cresta carente de dientes.
  - ▶ Anticipación de futuras fracturas.

## Beneficios dentales bajo la opción de LIBERTY dental PPO

- Tratamiento por un individuo que opera fuera del ámbito de su licencia.
- Aparatos, restauraciones o servicios para el diagnóstico o tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular (TMJ).
- Servicios realizados como parte de otro procedimiento.
- Servicios o procedimientos temporales.
- Los procedimientos de control de infecciones y los honorarios asociados con el cumplimiento de los requisitos de la Occupational Safety and Health Administration (OSHA).
- Colocación de un aparato adicional en el mismo arco 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 lo permitido por el Plan.

### Predeterminación de beneficios dentales

Si su dentista recomienda cuidado dental que se estima que cuesta \$300 o más, puede pedirle a LIBERTY que le ayude a determinar cuánto pagará el Plan. Este es un programa voluntario, pero antes de recibir un trabajo dental complejo o costoso le ayudará a usted y a su dentista a comprender lo que el Plan pagará por su cuidado propuesto. El contactar a LIBERTY por adelantado, tendrá una mejor idea de cuál será su parte de los costos para que no reciba facturas sorpresa.

Si usted aprovecha este programa, LIBERTY revisará los registros de su dentista y le proporcionará a usted y a su dentista una estimación de lo que debe pagar, y de lo que pagará el Plan. La predeterminación de beneficios no garantiza los beneficios que el Plan pagará o que se pagarán los beneficios por tratamientos o servicios dentales proporcionados. 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 finaliza la elegibilidad

Si su cobertura termina, los beneficios del Plan sólo se pagarán por los cargos permitidos incurridos por los gastos cubiertos antes de que termine su cobertura. Sin embargo, si su cobertura termina después de comenzar el tratamiento para endodoncia (root canal), coronas y dentaduras postizas, el Plan continúa pagando beneficios para éstos, siempre y cuando el tratamiento se complete dentro de los 60 días de su pérdida de cobertura.

Si la cobertura termina porque el Plan finaliza, en su totalidad o en parte, no habrá beneficios disponibles para reclamos presentados después de que la cobertura termine.

**C-46**



# Beneficios de LA Dental Center

Conozca sus beneficios si elige a LA Dental Center:

- Lo que usted paga por su cuidado dental cubierto.
- Qué tipos de cuidados dentales están cubiertos.
- Qué tipos de cuidados dentales no están cubiertos.

*Esta sección sólo se aplica si usted elige la opción dental LA Dental Center. Si usted elige la opción LIBERTY DHMO, consulte la sección que comienza en la **página C-29** para obtener información sobre sus beneficios dentales. Si usted elige la opción LIBERTY dental PPO, consulte la sección que comienza en la **página C-47** para obtener información sobre sus beneficios dentales.*

## Beneficios de LA Dental Center

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

UNITE HERE HEALTH opera el LA Dental Center desde la oficina regional de UNITE HERE HEALTH en Los Ángeles. Bajo esta opción, su cuidado dental sólo está cubierto si usted usa el LA Dental Center, a menos que el LA Dental Center lo refiera a otro dentista.

**LA Dental Center**  
130 S. Alvarado St.  
Los Angeles, CA 90057  
**(213) 484-9660**

En caso de una verdadera emergencia dental:

**(800) 436-3702**

*Para todas las demás llamadas, por favor espere por horas de oficina,  
o deje un mensaje de voz en el número de teléfono principal.*

Si usted está fuera del área de servicio de LA Dental Center y tiene una emergencia, comuníquese con LA Dental Center para obtener instrucciones.

<i>Si Usted Elige la Opción LA Dental Center</i>		
Descripción de los Servicios	LA Dental Center	Cuidado no proporcionado en el LA Dental Center
<b>Servicios Dentales Únicamente</b>		
Beneficio Máximo Pagadero Cada Año Calendario	n/a	No tiene cobertura
Deducible por Año Calendario	n/a	No tiene cobertura
<b>Lo Que Usted Paga por Cuidado Dental</b>		
Servicios Diagnósticos y Preventivos	\$0	No tiene cobertura
Servicios de Emergencia— <i>incluyendo para tratar el dolor severo</i>	\$0	No tiene cobertura
Servicios de Radiografías de Diagnóstico	\$0	No tiene cobertura
Servicios Restaurativos Menores	10%	No tiene cobertura
Servicios Periodónticos	10%	No tiene cobertura
Servicios de Endodoncia	10%	No tiene cobertura
Servicios Restaurativos Mayores	15%	No tiene cobertura
Cirugía Oral	15%	No tiene cobertura
Servicios Prostodónticos y Reparaciones	15%	No tiene cobertura

Por lo general, usted tendrá que pagar su parte del costo dental al final de su visita. Sin embargo, los servicios que requieren trabajo de laboratorio (tales como dentaduras postizas, puentes, coronas, etc.) deben ser pagados por adelantado de la última cita y entrega final. No se podrán hacer

citas futuras si su cuenta tiene un saldo pendiente de pago.

Si usted programa una cita dental para un procedimiento(s) que se espera que dure 90 minutos o más, tendrá que hacer un depósito no reembolsable por adelantado de \$50. Este depósito será acreditado a sus costos para el procedimiento(s). Sin embargo, si usted no llama al LA Dental Center al menos 24 horas antes de su cita para reprogramar o cancelar, el depósito de \$50 no será reembolsado. Usted tendrá que pagar un nuevo depósito de \$50 cuando vuelva a programar la cita.

Se aplicará un cargo por cita perdida de \$25 a cualquier cita programada perdida, a menos que llame al LA Dental Center por lo menos 24 horas antes de su cita.

El LA Dental Center realiza ciertos tratamientos dentales que no se consideran gastos cubiertos, tales como implantes o procedimientos cosméticos, con tarifas descontadas. Si elige un tratamiento que no está cubierto, usted es responsable del costo total.

### Lo que está cubierto

Los gastos cubiertos significan los cargos permitidos hechos por el LA Dental Center para los siguientes servicios y suministros, si el LA Dental Center determina que se basa en una necesidad dental válida y se realiza de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica dental:

- **Servicios de diagnóstico y preventivos:** Servicios y procedimientos para evaluar las condiciones existentes y/o para prevenir anomalías o enfermedades dentales, incluyendo exámenes, limpiezas y consultas con un dentista no tratante.
- **Cuidados paliativos de emergencia:** Tratamiento no específico por un dentista para aliviar temporalmente el dolor y la incomodidad.
- **Radiografías:** Radiografías según sea necesario o como parte del diagnóstico de una condición específica.
- **Servicios de cirugía oral:** Extracciones y otros procedimientos dentales quirúrgicos, incluyendo atención pre-operatoria y post-operatoria y anestesia general.
- **Servicios de endodoncia:** Servicios y procedimientos para tratar dientes con el nervio enfermo o dañado (por ejemplo, endodoncia (root Canals)).
- **Servicios periodónticos:** Servicios y procedimientos para el tratamiento de enfermedades de las encías y estructuras de soporte de los dientes.
- **Servicios de restauración:** Servicios y procedimientos para reconstruir, reparar o mejorar los tejidos de los dientes, incluyendo pero no limitado:
  - Servicios menores de restauración: Restauración de amalgama o resina.
  - Servicios mayores de restauración: Coronas y restauraciones que involucran oro cuando los dientes no pueden ser restaurados con otro relleno.

## Beneficios de LA Dental Center

- **Servicios prostodónticos:** Servicios y aparatos que sustituyen dientes naturales faltantes, incluyendo puentes, dentaduras postizas parciales y dentaduras postizas completas.
- **Reparaciones de prostodoncia:** Reparaciones y revestimiento a aparatos prostéticos.

### Lo que no está cubierto

Además de las exclusiones y limitaciones generales del Plan que se muestran en su SPD, no se proporcionan beneficios para lo siguiente, a menos que el LA Dental Center considere que tal cuidado es necesario y apropiado:

- Servicios y suministros proporcionados fuera del LA Dental Center, a menos que dichos servicios o suministros sean proporcionados de acuerdo a una referencia hecha por el LA Dental Center.
- Mantenedores de espacio a menos que se use como un aparato pasivo porque los dientes primarios se han perdido.
- Reparación o recementación de mantenedores de espacio por la misma oficina dentro de los seis meses posteriores a la colocación inicial.
- Terapia pulpar en dientes de leche no vitales.
- Reemplazo de una restauración con moldes dentro de los 60 meses posteriores a la colocación inicial de una restauración existente.
- Elaboración de una corona cuando las radiografías muestran evidencia de altura vertical suficiente para soportar una restauración con moldes.
- Reparación de una restauración con moldes.
- Cirugía periodontal o terapia en ausencia de evidencia en radiografías de pérdida ósea.
- Reemplazo o reparación de un aparato prostodóntico existente dentro de los 60 meses posteriores a la colocación o reparación inicial.
- Implantes.
- Aparatos prostodónticos conectados a implantes.
- Servicios para lesiones o condiciones para las cuales usted podría recibir beneficios bajo Compensación por Accidente Laboral o Leyes de Responsabilidad del Empleador.
- Servicios que están disponibles de:
  - Cualquier agencia gubernamental federal o estatal, con excepción de los programas proporcionados bajo Medicaid.
  - Cualquier municipio, condado u otra subdivisión política.

## Beneficios de LA Dental Center

- ▶ Cualquier agencia comunitaria, fundación o entidad similar.
- Servicios diseñados para corregir las malformaciones del desarrollo.
- Cirugía cosmética u odontología por razones estéticas.
- Servicios o aparatos, incluyendo pero no limitados a, protodoncia (incluyendo coronas y puentes), completados antes de que usted estuviera cubierto bajo el Plan.
- Servicios de anestesistas o anestesiólogos.
- Servicios realizados en dientes primarios cuando la pérdida es inminente.
- Cirugía oral maxilofacial mayor.
- Cargos por completar formularios.
- Sellantes para personas de 16 o más años.
- Servicios Ortodónticos.
- Servicios:
  - ▶ Que no son necesarios y/o acostumbrados según lo determinado por los estándares de la práctica dental generalmente aceptada.
  - ▶ Para los cuales no se puede demostrar una necesidad dental válida.
  - ▶ Que son de carácter experimental o de investigación.
  - ▶ Que de otra manera están limitados o excluidos de acuerdo a los procedimientos de procesamiento desarrollados por el LA Dental Center.
- Aparatos, procedimientos quirúrgicos y restauraciones para:
  - ▶ Modificación de la dimensión vertical.
  - ▶ Reposición de la pérdida de estructura dental por desgaste, abrasión o erosión.
  - ▶ Corrección de malformaciones congénitas o de desarrollo.
  - ▶ Propósitos estéticos o cosméticos.
  - ▶ Técnicas de implantología o ampliación de la cresta carente de dientes.
  - ▶ Anticipación de futuras fracturas.
- Tratamiento por cualquier persona que no sea un profesional del cuidado de la salud, excepto para el raspado o limpieza de los dientes y la aplicación tópica de fluoruro por un higienista dental con licencia (u otro proveedor con licencia) bajo la supervisión y orientación de un dentista de acuerdo con las normas dentales generalmente aceptadas.

## *Beneficios de LA Dental Center*

- Servicios realizados como parte de otro procedimiento.
- Servicios y suministros cubiertos por un HMO médico.
- Colocación de un aparato adicional en el mismo arco dental menos de 60 meses después de la colocación del aparato inicial.

### **Pre-estimación de las necesidades dentales**

Antes de realizar cualquier tratamiento que no sea limpiezas o radiografías, el LA Dental Center proporcionará una estimación de sus necesidades dentales, incluyendo una estimación por escrito del costo del tratamiento dental propuesto y su cuota aproximada del costo.

### **Beneficios dentales después de que finaliza su elegibilidad**

Si la cobertura termina debido a la pérdida de elegibilidad por razones distintas a que UNITE HERE HEALTH es dado por terminado, los beneficios sólo se determinarán para los cargos permitidos incurridos por gastos cubiertos antes de que la cobertura termine. Sin embargo, si la cobertura termina después de comenzar el tratamiento cubierto para coronas, carillas (jackets), puentes, dentaduras postizas completas o dentaduras postizas parciales, beneficios para la finalización del tratamiento se pagará, con la condición de que el tratamiento sea completado dentro de los 60 días de la fecha en que termina la cobertura.

Si la cobertura termina porque el Plan finaliza, en su totalidad o en parte, no habrá beneficios disponibles para reclamos presentados después de que la cobertura termine.

# ***Beneficios de la visión***

Conozca:

- Lo que usted paga por su cuidado de la visión cubierto.
- Qué tipos de cuidados de la visión están cubiertos.
- Qué tipos de cuidados de la visión no están cubiertos.

## Beneficios de la visión

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

UnitedHealthcare proporciona sus beneficios de la visión a través de un contrato completamente asegurado con UNITE HERE HEALTH. Usted obtiene beneficios de la visión a través de UnitedHealthcare, independientemente de la opción de beneficio médico que elija. Si hay algún conflicto entre el contrato de seguro de UnitedHealthcare y los documentos del plan, el contrato gobernará.

Las secciones de este SPD tituladas “Exclusiones Generales del Plan”, “Subrogación” y “Coordinación de Beneficios” no se aplican a los beneficios de la visión que obtiene a través de UnitedHealthcare.

<i>Lo Que Usted Paga por Sus Beneficios del Cuidado de la Visión</i>		
<b>Descripción de los Servicios Cubiertos una vez cada 24 meses</b>	<b>Proveedor UnitedHealthcare</b>	<b>Proveedor Fuera de la Red</b>
<b>Examen</b>	\$15 copago	\$0 copago Beneficios del Plan limitados a \$40
<b>Lentes</b>	\$10 copago Beneficios del Plan limitados a \$130 para marcos (lentes están cubiertos en su totalidad)	\$0 copago Beneficios del Plan limitados a: \$40 para lentes monofocales \$60 para lentes bifocales \$80 para lentes trifocales \$125 para lentes lenticulares
<b>Marcos</b>		\$0 copago Beneficios del Plan limitados a \$45
<b>Lentes de Contacto Electivos (en lugar de anteojos)</b>	\$10 copago Beneficios del Plan limitados a \$105 para lentes de contacto no estándar como lentes tóricas y permeables a los gases (el copago no se aplica a lentes de contacto no estándar)	\$0 copago Beneficios del Plan limitados a \$105
<b>Lentes de Contacto Medicamente Necesarios</b>	\$10 copago	\$0 copago Beneficios del Plan limitados a \$210

Los servicios se cubren una vez cada 24 meses, independientemente de si utiliza un proveedor fuera o dentro de la red.



### Proveedores de la visión dentro y fuera de la red

Los beneficios se pagan basados en si recibe tratamiento de un proveedor dentro de la red o de un proveedor fuera de la red. Para localizar a un proveedor dentro de la red cerca de usted, contacte a:

**UnitedHealthcare Vision**  
línea gratuita: **(800) 638-3120**  
[www.myuhcvision.com](http://www.myuhcvision.com)

Si utiliza un proveedor dentro de la red, también podría obtener descuentos en actualizaciones de lentes y otros servicios que el Plan no cubre que son más que un máximo particular permitido o beneficio.

### Lo que usted paga

Usted paga los copagos que se muestran en la tabla al principio de esta sección. Usted también paga por los gastos que no están cubiertos, incluyendo los costos que son más que un máximo particular permitido o beneficio.

### Beneficio máximo

Este Plan sólo paga hasta el máximo beneficio o prestación que se muestra en la tabla para su tipo particular del cuidado de la visión (usted paga cualquier cargo sobre los máximos).

### Lo que está cubierto

Los beneficios están disponibles una vez cada 24 meses.

- Exámenes, consultas o tratamiento por un profesional de la visión con licencia (incluyendo dilatación cuando sea profesionalmente indicado).
- Lentes estándar, incluyendo lentes monofocales, lentes bifocales, lentes trifocales o lentes lenticulares.
  - Si utiliza un proveedor dentro de la red, los recubrimientos estándar resistentes a rayones, el revestimiento ultravioleta, de moda, sol, o lentes teñidos en gradiente y lentes policarbonados están cubiertos para niños menores de 19 años de edad, serán cubiertos sin costo adicional.
- Marcos.
- Lentes de contacto electivos (blandos, de uso diario, desechables o de reemplazo planificado) en lugar de anteojos.
  - Cuatro cajas de multi-paquetes desechables de lentes de contacto serán cubiertos si usted utiliza un proveedor dentro de la red.

## Beneficios de la visión

- ▶ Si utiliza un proveedor dentro de la red, el abastecimiento/evaluación, y hasta dos visitas de seguimiento están cubiertos.
- Lentes de contacto médicamente necesarios, con autorización previa de UnitedHealthcare.

### Lo que no está cubierto

Ver *página D-2* para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones generales del Plan.

Además de esa lista, los siguientes tratamientos, servicios y suministros para la vista no están cubiertos bajo los beneficios de la visión:

- La adaptación o la evaluación de los lentes de contacto si usa un proveedor fuera de la red.
- Lentes sin receta.
- Cualquier tipo de lentes, marcos, servicios, suministros u opciones que no estén específicamente listados como cubiertos, o que no estén especificados como cubiertos bajo el contrato con UnitedHealthcare.
- Servicios no realizados en realidad.
- Dos o más pares de anteojos durante el mismo período de 24 meses en lugar de bifocales o trifocales.
- Lentes de contacto o anteojos durante el mismo período de 24 meses.
- Reemplazo o reparación de lentes o marcos perdidos o rotos antes del comienzo de un período de beneficio de 24 meses.
- Servicios de visión baja.
- Exámenes o anteojos requeridos para el empleo.
- Tratamiento médico/quirúrgico para enfermedades oculares.
- Cargos por cita perdida.
- Servicios o suministros que son cosméticos, aparte de lentes de contacto electivos.
- Ortóptica o entrenamiento visual.
- Malformaciones malignas o congénitas del ojo.

# ***Beneficios de vida y AD&D***

## **Conozca:**

- Qué es su beneficio de seguro de vida.
- Cómo puede continuar su cobertura si está discapacitado.
- Cómo convertir su seguro de vida a una póliza individual si pierde la cobertura.
- Qué es su beneficio AD&D.
- Cómo decirle al Fondo quién debe recibir estos beneficios si usted muere.
- Beneficios adicionales bajo el beneficio de vida y AD&D.

## Beneficios de vida y AD&D

Los beneficios de vida y AD&D son para empleados únicamente. Los dependientes de los empleados activos, y los jubilados y sus dependientes, no son elegibles para los beneficios de vida y AD&D.

Usted, el empleado, debe estar inscrito en beneficios médicos bajo el Plan Unit 278 para poder ser elegible para los beneficios de vida y AD&D.

Evento	Beneficio	Quién Recibe
Seguro de Vida	\$1,000	Su beneficiario
Seguro de Muerte Accidental y Desmembramiento ( <i>monto total</i> )	\$1,000	Usted (o su beneficiario si usted muere)

El seguro de vida y los beneficios del seguro AD&D están proporcionados bajo una póliza de seguro de grupo emitida a UNITE HERE HEALTH por Dearborn National. Los términos y condiciones de su (la del empleado) cobertura de seguro de vida y AD&D están contenidos en un certificado de seguro. El certificado describe, entre otras cosas:

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

Los términos del certificado se resumen a continuación. Si hay un conflicto entre este resumen y el certificado de seguro, el certificado gobierna. Usted puede solicitar una copia del certificado de seguro contactando a Dearborn National.

### Beneficio de seguro de vida

Su beneficio de seguro de vida se muestra en la tabla en la parte superior de esta página y se le pagará a su(s) beneficiario(s) si usted muere mientras usted es elegible para la cobertura o dentro de un período de 31 días inmediatamente después de la fecha en la que la cobertura termina.

### Continuación si se convierte en totalmente discapacitado

Si se convierte en totalmente discapacitado antes de los 62 años y mientras usted sea elegible para la cobertura, sus beneficios de vida continuarán si usted provee prueba de su discapacidad total. Sus beneficios continuarán hasta la primera de las siguientes fechas:

- Su discapacidad total termina.
- Usted no proporciona una prueba satisfactoria de discapacidad continua.

- Usted se niega a ser examinado por el médico elegido por UNITE HERE HEALTH.
- Su cumpleaños 70.

Para propósitos de continuar con su beneficio de seguro de vida, usted está totalmente discapacitado si se espera que una lesión o una enfermedad le impidan participar en cualquier ocupación para la cual esté razonablemente calificado por educación, entrenamiento o experiencia por lo menos por 12 meses.

Usted debe proporcionar una aplicación completada para beneficios más una declaración del médico que establece su discapacidad total. El formulario y la declaración del médico deben ser proporcionados a UNITE HERE HEALTH dentro de los 12 meses del 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 por escrito del médico cada 12 meses, o tan a menudo como sea razonablemente necesario basado en la naturaleza de la discapacidad total. Durante los primeros dos años de su discapacidad, UNITE HERE HEALTH tiene el derecho de que lo examine un médico de su elección tan a menudo como sea razonablemente necesario. Después de dos años, los exámenes no pueden ser más frecuentes que una vez al año.

### **Conversión a cobertura de seguro de vida individual**

Si su cobertura de seguro termina y usted no califica para la continuación de la discapacidad que se acaba de describir, usted podría convertir su cobertura de vida grupal en una póliza individual de seguro de vida completo al enviar una aplicación completada y la prima requerida a Dearborn National dentro de los 31 días después de la fecha en que su cobertura bajo el Plan termine.

Las primas para la cobertura convertida se basan en su edad y la cantidad de seguro que seleccione. La cobertura de conversión es vigente en el día siguiente del período de 31 días durante el cual podría solicitar la conversión si usted paga la prima requerida antes de esa fecha. Para obtener más información sobre la cobertura de conversión, comuníquese con Dearborn National.

**Dearborn National**  
1020 31st Street  
Downers Grove, IL 60515  
**(800) 348-4512**

### **Beneficio de seguro por muerte accidental o desmembramiento**

Si usted muere o sufre una pérdida cubierta dentro de los 365 días de un accidente que sucede mientras usted es elegible para la cobertura. Los beneficios de AD&D se pagarán como se muestra a continuación. Sin embargo, el monto total pagadero por todas las pérdidas resultantes de un accidente es de \$1,000.

## Beneficios de vida y AD&D

### Su Beneficio AD&D por una pérdida (muerte o desmembramiento) dentro de los 365 días de un accidente

Evento	Beneficio	Quién Recibe
Muerte	\$1,000	Su beneficiario
Pérdida de ambas manos o pies	\$1,000	Usted
Pérdida de la vista en ambos ojos	\$1,000	Usted
Pérdida de una mano y un pie	\$1,000	Usted
Pérdida de una mano y vista en un ojo	\$1,000	Usted
Pérdida de una mano o un pie	\$500	Usted
Pérdida de la vista en un ojo	\$500	Usted
Pérdida del dedo índice y pulgar en la misma mano	\$250	Usted

### Exclusiones de AD&D

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

- Cualquier enfermedad o dolencia de la mente o del cuerpo, y cualquier tratamiento médico o quirúrgico del mismo.
- Cualquier infección, excepto una infección de una lesión accidental.
- Cualquier lesión autoinfligida intencionalmente.
- Suicidio o intento de suicidio ya sea en un estado de cordura o de demencia.
- Pérdidas causadas mientras usted está bajo la influencia de narcóticos u otras sustancias controladas, gases o humos.
- Un resultado directo de su intoxicación.
- Su participación activa en un disturbio.
- Guerra o un acto de guerra mientras sirve en el ejército, si usted muere mientras está en el ejército o dentro de los 6 meses después de su servicio militar.

Consulte su certificado para obtener detalles completos.

### Beneficios adicionales del seguro por muerte accidental y desmembramiento

Los beneficios de seguro adicionales descritos a continuación se han agregado a sus beneficios 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 puntos destacados y el certificado, el certificado gobierna.

- **Beneficio de Educación**—Si usted tiene hijos en la universidad al momento de su muerte, su cobertura adicional 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 serán pagados hasta por cuatro años por hijo(a). Si usted tiene hijos en la escuela primaria o secundaria en el momento de su muerte, su cobertura adicional AD&D paga un beneficio único de \$1,000.
- **Beneficio de Cinturón de Seguridad**—Si usted estaba usando un cinturón de seguridad en el momento de su accidente que resulta en su muerte, su cobertura adicional AD&D paga un beneficio igual 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 usted estaba usando un cinturón de seguridad en el momento del accidente, su cobertura adicional AD&D solo pagará un beneficio de \$1,000.
- **Beneficio de Bolsa de Aire**—Si usted estaba usando un cinturón de seguridad en el momento de su accidente que resulta en su muerte y se despliega una bolsa de aire, su cobertura adicional AD&D paga un beneficio igual 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 que se desplegó la bolsa de aire, su cobertura adicional AD&D solo pagará un beneficio de \$1,000.
- **Beneficio de Transporte**—Si usted muere a más de 75 millas de su casa, su cobertura adicional AD&D paga hasta \$5,000 para transportar sus restos a una morgue.

### Nombrar a un beneficiario

Su beneficiario es la persona o personas a la que usted desea que Dearborn National pague si usted muere. Los formularios de designación de beneficiarios están disponibles en [www.uhh.org](http://www.uhh.org) o llamando al Fondo. Usted puede nombrar a cualquier persona que desee y puede cambiar beneficiarios en cualquier momento. Sin embargo, la designación de los beneficiarios sólo entrará en vigor cuando se reciba un formulario completado.

Si usted no nombra a un beneficiario, los beneficios de muerte serán pagados a sus parientes 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, Dearborn National puede 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, Dearborn National puede hacer pagos al tutor legal de esa persona.

### Servicios adicionales

Además de los beneficios descritos anteriormente, Dearborn National también ha puesto a disposición los siguientes servicios. Estos servicios no forman parte de los beneficios asegurados proporcionados a UNITE HERE HEALTH por Dearborn National, pero están disponibles a través de organizaciones externas que han contratado con Dearborn National. No tienen relación con UNITE HERE HEALTH o los beneficios que provee.

- **Servicios de Recursos para Beneficiarios**—Los Servicios de Recursos para Beneficiarios están disponibles para los beneficiarios de una persona asegurada que fallece, y para los participantes que califiquen para el beneficio de enfermedad terminal. El programa combina consejería de duelo y financiera, planificación fúnebre y apoyo legal proporcionado por Bensinger, DuPont & Associates, una organización nacional que utiliza consejeros de duelo calificados y accesibles, y consultor legal y financiero. Los servicios se proporcionan vía telefónica, contacto cara a cara y con referencias a los recursos locales de apoyo. Preparación gratis de un testamento en línea también está incluido. Llame al **(800) 769-9187** para obtener más información o visite [www.beneficiaryresource.com](http://www.beneficiaryresource.com) e ingrese el nombre de usuario: Dearborn National.
- **Servicios de Recursos para Viaje**—Europ Assistance USA, Inc. provee servicios de emergencia médicos y relacionados las 24 horas para viajes a corto plazo o más de 100 millas de su hogar. Los servicios incluyen: asistencia para encontrar un médico, transporte médicamente necesario y reemplazo de medicamentos o anteojos. Otros servicios de viajes que no son médicamente relacionados también están disponibles. Europ Assistance USA, Inc. organiza y/o paga por ciertos servicios cubiertos hasta el máximo del programa. Mientras esté en los Estados Unidos o Canadá, llame al **(877) 715-2593** para obtener más información. Desde otras ubicaciones, llame al **(202) 659-7807**.

Contacte a Dearborn National al **(800) 348-4512** cuando tenga preguntas sobre estos beneficios.



# ***Exclusiones y limitaciones generales***

Conozca:

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

## Exclusiones y limitaciones generales

Cada sección de beneficios específicos tiene una lista de tipos de tratamiento, servicios o suministros que no están cubiertos. Además de esas listas, también se excluyen los siguientes tipos de tratamiento, servicios y suministros para todos los cuidados médicos bajo el beneficio EPO, medicamentos con receta bajo el beneficio EPO, cuidado dental bajo el LIBERTY dental PPO y el cuidado dental bajo el beneficio LA Dental Center. No se pagarán beneficios bajo este 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 el reclamo no está bajo el cuidado de un proveedor de atención médica.
- Cualquier lesión, enfermedad o tratamiento dental o de la visión que surja del o en el curso de cualquier ocupación o empleo, o para el cual usted ha obtenido o tiene derecho a obtener beneficios bajo una ley de compensación laboral o enfermedad profesional, haya o no aplicado o haya sido aprobado para tales beneficios.
- Cualquier tratamiento, servicios o suministros:
  - Para los cuales no se hacen cobros.
  - Para los cuales usted, su cónyuge o su hijo(a) no están obligados a pagar.
  - Los cuales son provistos por o pagaderos bajo cualquier plan o ley de una entidad gubernamental federal o estatal, o proporcionados por un hospital del condado, parroquia o municipal cuando no hay requisito legal para pagar por tal tratamiento, servicios o suministros.
- Cualquier cargo que sea más que el cargo permitido por el Plan (*Ver página H-2*).
- Tratamiento, servicios o suministros no recomendados o aprobados por un proveedor de atención médica, o no médicamente necesarios para tratar la lesión o enfermedad según lo define UNITE HERE HEALTH (*Ver página H-5*).
- Tratamiento experimental (*Ver página H-4*), o tratamiento que no está de acuerdo con los estándares médicos o dentales profesionales generalmente aceptados como lo define UNITE HERE HEALTH.
- Cualquier tratamiento, servicio o suministro que se niega o no se cubre porque no se obtuvo autorización previa cuando se requiere autorización previa como condición de cobertura.
- Cuidado preventivo, a menos que se considere específicamente cuidado médico preventivo (*Ver página H-7*), o de otra manera se indica como cubierto. Si usted no cumple con los criterios para cuidado médico preventivo que el Plan cubre de otra manera, tal vez no esté cubierto bajo el Plan.
- Cualquier gasto o cargo por no presentarse para una cita según lo programado, o el cargo por llenar los formularios de reclamos, o los cargos financieros.
- Cualquier tratamiento, servicios o suministros proporcionados por un individuo que esté relacionado por sangre o matrimonio con usted, su cónyuge o su hijo(a), o que normalmente vive en su hogar.

## Exclusiones y limitaciones generales

- Cualquier tratamiento, servicios o suministros comprados o proporcionados fuera de los Estados Unidos (sus Territorios), a menos que sea una emergencia médica. La decisión de los Fideicomisarios para determinar si existe una emergencia será definitiva.
- Cualquier gasto o cargo por un hogar de descanso, casa hogar para ancianos o asilo de ancianos.
- Cualquier cargo incurrido mientras usted está confinado en un hospital, asilo de ancianos u otra instalación o institución (o una parte de dicha institución) que son principalmente para educación, entrenamiento o cuidado de custodia.
- Cualquier tratamiento, servicios o suministros para o en relación con el embarazo de un hijo(a) dependiente, excepto los servicios de atención preventiva. Por ejemplo, ultrasonidos, tratamiento asociado con un embarazo de alto riesgo, cuidados no preventivos y los cargos de parto no están cubiertos con respecto al embarazo de un hijo(a) dependiente.
- Cualquier tratamiento, servicios o suministros para o en relación con el hijo(a) de su hijo(a) dependiente, a menos que dicho niño(a) cumpla con la definición de dependiente (*Ver página F-2*).
- Transformación sexual por cualquier razón.
- Construcción del hogar por cualquier razón.
- Tratamiento para o en relación con la infertilidad, con excepción de los servicios de diagnóstico, incluyendo pero no limitado a fecundación in vitro, lavado uterino de embriones, transferencia de embriones, inseminación artificial, transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT), transferencia intrafalopiana de cigotos (ZIFT) y fármacos y medicamentos de fertilidad de cualquier tipo.
- Programas o tratamiento para la pérdida de peso, excepto para tratar la obesidad mórbida si el programa está bajo la supervisión directa de un proveedor de atención médica, a menos que se indique específicamente como cubierto (por ejemplo, educación sobre la diabetes, asesoría nutricional o servicios de cuidados preventivos de la salud).
- Cualquier tratamiento para dejar de fumar, medicamento o dispositivo que le ayude a dejar de fumar o usar el tabaco, que no sean los servicios de cuidados preventivos de la salud.
- Cualquier gasto incurrido por tratamiento, servicio 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 esté en servicio activo o en entrenamiento de las Fuerzas Armadas, Guardia Nacional o Reservas de cualquier estado o cualquier país.
- Cualquier procedimiento electivo (que no sea la esterilización o el aborto, o que de otra manera esté señalado específicamente como cubierto) que no es para la corrección o cura de una lesión corporal o enfermedad.
- Procedimientos para revertir una esterilización voluntaria.

## Exclusiones y limitaciones generales

- Cualquier lesión o enfermedad como resultado de la participación en una rebelión o disturbio, o la participación de un acto criminal o agresión.
- Terapia de masaje, rolfing, acupresión o entrenamiento de biofeedback.
- Naturopatía o naprapatía.
- Entrenamiento atlético.
- Educación o entrenamiento, a menos que se indique específicamente como cubierto.
- Servicios proporcionados por o a través de una escuela, distrito escolar, comunidad o programa educativo estatal o programa de intervención, incluyendo pero no limitado a, cualquier parte de un Plan de Educación Individual (IEP por sus iniciales en Inglés).
- Tratamiento de cualquier clase ordenado o proporcionado por un tribunal incluido cualquier tratamiento que de otra manera está cubierto por este Plan cuando dicho tratamiento sea ordenado como parte de cualquier litigio, sentencia ordenada por el tribunal o penalidad.
- Tratamiento, terapia o medicamentos diseñados a corregir un hábito perjudicial o potencialmente perjudicial en lugar de tratar una enfermedad específica, con excepción de servicios o suministros que se indiquen específicamente como cubiertos.
- Terapia con megavitaminas, terapia primal, psicodrama o terapia con dióxido de carbono.
- Ciencia Cristiana.
- Servicios, tratamiento o suministros proporcionados por un proveedor fuera de la red cuando los beneficios del Plan sólo se pagan si el servicio, tratamiento o suministro es proporcionado por un proveedor dentro de la red.
- Un servicio o artículo que no está cubierto bajo las pautas de procesamientos de reclamos del Plan o cualquier otra regla interna, pauta, protocolo o criterio similar en el que se basa el Plan.
- Cualquier gasto mayor que cualquier beneficio máximo, o cualquier gasto incurrido antes de que la elegibilidad para la cobertura comience o después de que finaliza la elegibilidad, a menos que se provea específicamente bajo este Plan.
- Los cargos o reclamos incurridos como resultado, total o parcialmente, de fraude, información falta o tergiversación.

# ***Coordinación de beneficios bajo la opción médica de EPO***

Conozca:

- **Cómo se pagan los beneficios si usted está cubierto bajo la opción médica de EPO y está cubierto bajo otro(s) plan(es).**

## Coordinación de beneficios bajo la opción médica de EPO

Estas disposiciones de coordinación de beneficios sólo se aplican a los beneficios médicos bajo la opción de beneficio de EPO. Si tiene preguntas acerca de cómo se coordinan sus beneficios, comuníquese con el Fondo.

Ninguna coordinación de beneficios se aplica a los beneficios de medicamentos con receta bajo la opción de beneficio de EPO, a cualquiera de los beneficios proporcionados a través de HMO, a cualquier beneficio dental o a los beneficios de la visión.

Si usted o sus dependientes están cubiertos bajo la opción médica de EPO y también están cubiertos bajo otro plan de salud grupal, los dos planes coordinarán pagos de beneficios. La coordinación de beneficios (COB por sus iniciales en Inglés) significa que dos o más planes pueden pagar cada uno una porción de los gastos permitidos. Sin embargo, los pagos de beneficios combinados de todos los planes no excederán el 100% de los gastos permitidos.

Este Plan coordina los beneficios con los siguientes tipos de planes:

- Cobertura de seguro grupal, general (blanket) o franquicia.
- Cobertura grupal de Blue Cross o Blue Shield.
- Cualquier otra cobertura de grupo, incluyendo planes fiduciarios de gestión laboral, planes de beneficios de organizaciones de empleados o planes de beneficios de organizaciones de empleadores.
- Cualquier cobertura bajo programas gubernamentales o proporcionados por cualquier estatuto, excepto Medicaid.
- Cualquier póliza de seguro de automóvil (incluyendo cobertura “sin culpa” (no fault)) que contenga provisiones de protección contra lesiones personales.

El Fondo no coordinará los beneficios con las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO por sus iniciales en Inglés) ni reembolsará a una HMO por los servicios prestados. El Fondo tampoco coordinará con una póliza individual.

### Qué plan paga primero

El primer paso para coordinar los beneficios es determinar qué plan paga primero (el plan primario) y qué plan paga segundo (el plan secundario). Si el Fondo es primario, pagará sus beneficios por completo. Sin embargo, si el Fondo es secundario, los beneficios que habría pagado se utilizarán para complementar los beneficios proporcionados bajo el otro plan, hasta el 100% de los gastos permitidos.

#### Orden de pago

Las reglas generales que determinan qué plan pagará primero se resumen a continuación.

## Coordinación de beneficios bajo la opción médica de EPO

- Los planes que no contienen provisiones de COB siempre pagan antes que aquellos que los tienen.
- Los planes que tienen COB y cubren a una persona como empleado siempre pagan antes de los planes que cubren a la persona como dependiente.
- Los planes que tienen COB y que cubren a una persona (o dependiente de dicha persona) que es despedido, jubilado o inscrito en una cobertura de continuación ofrecida de acuerdo a la ley federal o estatal será secundaria a la cobertura activa, incluyendo la cobertura de auto pago. La cobertura de continuación ofrecida de acuerdo con la ley federal o estatal, tal como COBRA, será secundaria a cualquier cobertura que no es de continuación, sujeta a la regla para planes militares o gubernamentales, a continuación.
- Generalmente, la cobertura militar o gubernamental será secundaria a cualquier otra cobertura.
- Con respecto a los planes que tienen COB y cubren niños dependientes menores de 18 años cuyos padres no están separados, los planes que cubren al padre o madre cuyo cumpleaños cae antes en el año paga antes de los planes que cubren al padre o madre cuyo cumpleaños cae más tarde en ese año.
- Con respecto a los planes que tienen COB y cubren a niños dependientes menores de 18 años cuyos padres están separados o divorciados:
  - Los planes que cubren al padre o madre cuya responsabilidad financiera por los gastos de salud del niño(a) se establece por orden judicial pagan primero.
  - Si un hay una orden judicial que establezca responsabilidad financiera, el plan que cubre al padre o la madre con custodia paga primero.
  - Si el padre o madre con custodia se ha vuelto a casar y el niño(a) está cubierto como dependiente bajo el plan del padrastro o madrastra, el orden de pago es el siguiente:
    - El plan del padre o madre con custodia.
    - El plan con el padrastro o madrastra con custodia.
    - El plan del padre o madre sin custodia.
- Con respecto a planes que tienen COB y cubren a los hijos dependientes adultos mayores de 18 años bajo los planes de ambos padres, independientemente de si estos padres están separados o divorciados, o no separados o divorciados, el plan que cubre el padre o madre cuyo cumpleaños cae antes en el año paga antes que el plan que cubre al padre o la madre cuyo cumpleaños cae más tarde en el año, a menos que una orden judicial requiera un orden diferente.
- Con respecto a los planes que tienen COB y cubren a los hijos dependientes adultos mayores de 18 años bajo uno o más planes de los padres y también bajo el plan del cónyuge del hijo(a) dependiente, el plan que ha cubierto al niño(a) dependiente durante el período más largo de tiempo pagará primero.

## Coordinación de beneficios bajo la opción médica de EPO

Si estas reglas no determinan el plan primario, el plan que ha cubierto a la persona durante el período más largo de tiempo paga primero.

### COB y autorización previa

Cuando este Plan es secundario (paga sus beneficios después del otro plan) y se satisfacen los requisitos de autorización previa o requerimientos de administración de utilización, usted o su dependiente no estarán obligados a cumplir con los requisitos de autorización previa o requerimientos de administración de utilización de este Plan. El Plan aceptará las determinaciones de autorización previa o requerimientos de administración de utilizations realizadas por el plan primario.

### Reglas especiales para Medicare

Este plan paga secundariamente a Medicare por empleados no activos y sus dependientes que son elegibles para Medicare, independientemente de si se inscriben o no en Medicare. El Plan no pagará montos que podrían haber sido pagados por Medicare.

Por ejemplo, si tiene cobertura de jubilado o de COBRA, y no se inscribe en Medicare Part A (Beneficios hospitalarios) y Part B (Beneficios de médico) cuando tiene 65 años, usted tendrá que pagar el 100% de los costos que Medicare habría pagado.

Durante los primeros 30 meses usted o su dependiente son elegibles para Medicare debido a una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD por sus iniciales en Inglés), el plan paga como primario. Después de eso, el Plan paga secundario, independientemente de si la persona con ESRD se haya inscrito en Medicare. Esto significa que las personas con ESRD deben inscribirse con Medicare.

### Si el Fondo es secundario a Medicare

Si usted tiene derecho a los beneficios de Medicare, el Fondo pagará sus beneficios como si se hubiera inscrito tanto en Part A (Beneficios hospitalarios) como en Part B (Beneficios de médico) de Medicare, incluso si no se ha inscrito en Part A y/o Part B. Si usted tiene derecho a Medicare pero no se inscribe en Medicare, usted tendrá que pagar el 100% de los costos que Medicare habría pagado si se hubiera inscrito.

### Si usted y su cónyuge son ambos empleados bajo este Plan

Si tanto usted como su cónyuge están cubiertos como empleados bajo este Plan y usted o su cónyuge cubre a la otra persona como su dependiente, este Plan coordinará los beneficios consigo mismo. La persona que incurrió en el reclamo todavía tendrá que pagar cualquier costo compartido, tales como deducibles y copagos, y cualquier beneficio máximo seguirá aplicándose a la persona.

Esta regla también se aplica cuando se coordinan los beneficios de sus hijos si usted y su cónyuge están cubiertos como empleados bajo este Plan, o si usted y su hijo(a) dependiente están cubiertos como empleados bajo este Plan.



# ***Subrogación***

Conozca:

- Sus responsabilidades y los derechos de su Plan en caso sus gastos médicos sean a causa de un accidente u ocasionados por otra persona.

## Subrogación

Esta sección no se aplica a los beneficios brindados bajo cualquier HMO (Ya sea HMO médico o HMO dental), a beneficios dentales PPO, o beneficios de la visión.

### El Derecho del Plan de recuperar los pagos

#### Cuando su lesión es causada por otra persona

En algunas ocasiones, usted o su dependiente sufren de lesiones e incurrir en gastos médicos como resultado del accidente o el acto ocasionado por un tercero que no sea UNITE HERE HEALTH quien es responsable financieramente. Para fines de reembolso, “subrogación” quiere decir que UNITE HERE HEALTH, o una entidad actuando por parte de UNITE HERE HEALTH, asume los mismos derechos legales para recaudar los daños monetarios que un participante tuvo.

Ejemplos típicos incluyen lesiones sufridas:

- En un accidente automovilístico o de transporte público.
- Por negligencia médica.
- Por responsabilidad del producto.
- Sobre la propiedad de alguien más.

En estos casos, es probable que otro seguro deba pagar todo o parte de las facturas médicas, a pesar que los mismos beneficios por los mismos gastos puedan ser cubiertos por el Plan. Al aceptar los beneficios pagados por el Plan, usted acepta a reembolsar al Plan si recupera algo por parte de una tercera persona.

#### Acuerdo para el reembolso de los beneficios

Para determinar los beneficios de una lesión causada por un tercero, es probable que se le solicite presentar información adicional o completar formularios adicionales, incluso si los beneficios ya han sido pagados a su nombre.

Si usted decide emprender acciones legales o presentar un reclamo relacionado con el accidente, usted y su abogado (si contrata a uno) también pueden estar obligados a ayudar al Plan a hacer cumplir su derecho a ser reembolsado y dar a UNITE HERE HEALTH el primer reclamo, sin compensaciones, a cualquier dinero que usted o sus dependientes recuperen por parte 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.

Usted y su abogado también pueden estar obligados a permitir que UNITE HERE HEALTH intervenga en, o inicie en su nombre, una demanda para recuperar los beneficios pagados por o en relación a la lesión.

### Resolver su reclamo

Antes de resolver su reclamo con un Tercero, usted y su abogado deben comunicarse con UNITE HERE HEALTH, o la entidad que realiza la subrogación en su nombre, para obtener el monto total de las facturas médicas pagadas. Luego de la liquidación, UNITE HERE HEALTH tiene derecho al 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 reciban, lo que sea menor.

Si UNITE HERE HEALTH no es reembolsado, podrán aplicarse a los futuros beneficios los montos adeudados, incluso si esos beneficios no están relacionados con la lesión. Si esto sucede, no se pagarán los beneficios a su nombre o de su dependiente (si corresponde) hasta que el monto adeudado a UNITE HERE HEALTH es cancelado.

Si el Plan, sin saberlo, paga los beneficios resultantes de una lesión causada por un individuo que puede tener responsabilidad financiera por cualquier gasto médico asociado con la lesión, su aceptación a esos beneficios se considera como su aceptación de cumplir con la regla de subrogación del Plan.

A pesar de que UNITE HERE HEALTH espera el reembolso completo, pueden haber ocasiones en que no sea posible la recuperación del monto total. Los Fideicomisarios pueden reducir la cantidad que usted debe reembolsar si existiesen circunstancias especiales, tales como la necesidad de reemplazar los salarios perdidos, la discapacidad permanente o consideraciones similares. Cuando se resuelva el reclamo, si usted considera que la cantidad que tiene derecho UNITE HERE HEALTH debe ser reducida, envíe una solicitud por escrito a:

EHS Medical Group  
1600 Corporate Center Drive  
Monterey Park, CA 91754



# ***Elegibilidad para cobertura***

## Conozca:

- Quién es elegible para cobertura (quién se considera un dependiente)
- Cómo se inscribe usted y sus dependientes.
- Cuáles son sus opciones de beneficios.
- Cuándo y cómo se convierte en elegible para cobertura.
- Cómo permanecer elegible para cobertura.
- Qué beneficios están disponibles para los jubilados.

## Elegibilidad para cobertura

Usted establece y mantiene la elegibilidad trabajando para un empleador al que se le requiera hacer contribuciones a UNITE HERE HEALTH en su nombre. Puede que exista un período de espera antes de que su empleador esté obligado a comenzar a hacer dichas contribuciones. También puede tener que satisfacer otras reglas o requisitos de elegibilidad antes que su empleador esté obligado a contribuir en su nombre. Todas las horas que trabaje durante el período de espera o antes de cumplir con todos los criterios de elegibilidad antes de que su empleador esté obligado a comenzar a hacer las contribuciones por usted no cuenta para establecer la elegibilidad bajo UNITE HERE HEALTH. Si tiene dudas acerca de 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 aplican para usted hasta que o a menos que su empleador esté obligado a comenzar a hacer contribuciones en su nombre.**

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

## Quién es elegible para cobertura

### Empleados

Usted es elegible para cobertura si cumple con los siguientes requisitos:

- Trabaja para un empleador que es requerido por CBA a contribuir con UNITE HERE HEALTH en su nombre.
- Las contribuciones requeridas por CBA son recibidas por UNITE HERE HEALTH.
- Cumple con las reglas de elegibilidad del Plan.

Si se requiere que usted haga cualquier pago hacia el costo de brindarle la cobertura a usted y su familia, ya sea a través de los términos de CBA o si fuera requerido por el Fondo, debe organizar con su empleador el realizar esos pagos por medio de deducción de nómina. Si su empleador no permite deducciones de nómina, usted debe enviar el pago correspondiente a UNITE HERE HEALTH. Los pagos deben ser efectuados antes del día 15 del mes anterior al mes de cobertura para el cual usted está realizando un auto-pago (self-payment).

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

### Dependientes

Si usted tiene dependientes cuando se convierte en elegible para la cobertura, también puede registrarlos (inscribirlos) para cobertura durante su período de inscripción inicial. La cobertura de sus dependientes comenzará cuando la suya inicie (no antes). Usted no puede rechazar la cobertura para usted mismo e inscribir a sus dependientes.

Usted puede agregar dependientes después de que empiece su cobertura. Vea “Cobertura Para Dependiente” *en la página F-9* para mayor información.

### Quiénes son sus dependientes

Su **dependiente** puede ser cualquiera de los siguientes, siempre y cuando usted demuestre su relación con ellos:

- Su cónyuge legal.
- Si y sólo si usted está inscrito en cualquiera de las opciones HMO, su pareja doméstica puede ser considerado su cónyuge si usted provee una copia de la Declaración de la Asociación Doméstica del estado de California. Cualquier hijo(a) de su pareja doméstica también puede ser considerado un dependiente si él o ella cumple con la definición de “hijo(a)” a continuación.

Si usted inscribe a una pareja doméstica, tendrá que pagar los impuestos federales, estatales o locales que se deban sobre el valor de los beneficios de la pareja doméstica a UNITE HERE HEALTH en base trimestral. Contacte a UNITE HERE HEALTH con las dudas que tenga sobre la cobertura de parejas domésticas.

- Sus **hijos(as)** menores de 26 años, incluyendo cualquiera de los siguientes:
  - Hijos(as) biológicos(as).
  - Hijastros(as).
  - Los(as) niños(as) adoptados(as) o aquellos(as) puestos a su cargo para la adopción, si usted es legalmente responsable de apoyar a los niños hasta que el proceso de adopción sea finalizado.
  - Los(as) niños(as) para quienes usted es el guardián legal o para quienes usted tiene la custodia exclusiva bajo una ley estatal de relaciones domésticas,
  - Los(as) niños(as) con derecho a cobertura bajo una Orden Médica Calificada de Manutención de Menores.
    - ✓ La ley Federal requiere que UNITE HERE HEALTH honre las Ordenes Médicas Calificadas de Manutención de Menores. UNITE HERE HEALTH ha establecido procedimientos para determinar si un decreto de divorcio o una orden de manutención cumple con los requisitos federales y para la inscripción de cualquier niño(a) bajo la orden Médica de Manutención de Menores. Para obtener una copia de estos procedimientos sin costo alguno, o para mayor información póngase en contacto con el Fondo.

Si su hijo tiene 26 años o más y tiene una discapacidad, su cobertura podría continuar bajo el Plan. Para poder continuar la cobertura, el hijo(a) debe haber sido diagnosticado(a) con una discapacidad física o mental, no debe ser capaz de poder mantenerse a sí mismo, y debe seguir dependiendo de usted para apoyo. La cobertura para el hijo(a) con discapacidad continuará mientras se cumpla con las siguientes reglas:

## Elegibilidad para cobertura

- ▶ Usted (el empleado) debe seguir siendo elegible.
- ▶ La discapacidad del hijo(a) haya iniciado antes de los 19 años.
- ▶ Que el hijo(a) haya tenido cobertura por el Plan el día anterior a su cumpleaños 19.

Usted debe proporcionar prueba de la discapacidad física o mental dentro de los 30 días posteriores a la fecha en la que la cobertura terminaría ya que el hijo(a) llega a edad de 26 años. El Fondo también puede requerir que usted provea prueba de la discapacidad periódicamente. Comuníquese con el Fondo para obtener más información sobre cómo continuar la cobertura de un niño con una discapacidad grave.

## Elección de Opciones de beneficios

UNITE HERE HEALTH ofrece diferentes opciones de beneficios para beneficios médicos y cobertura de medicamentos con receta. Sus opciones de beneficios médicos y de medicamentos con receta se basan en cuándo usted fue contratado, y por cuánto tiempo ha sido reportado a UNITE HERE HEALTH. Su contribución como empleado (EC Payment), si la hay, se basa en la opción de beneficios que usted elija y los términos de su CBA. También puede elegir entre cualquiera de las opciones de beneficios dentales.

Si decide inscribirse, debe inscribirse en todas las coberturas. Por ejemplo, no puede elegir cobertura médica pero no cobertura de la visión.

Sus dependientes inscritos automáticamente estarán bajo las mismas opciones de beneficios médicos y dentales que usted selecciona. Si usted y su cónyuge son ambos empleados, deben elegir las mismas opciones de beneficios médicos y dentales.

En algunos casos, se le puede permitir renunciar a la cobertura si tiene otra cobertura médica. Por favor póngase en contacto con UNITE HERE HEALTH para obtener mayor información, incluyendo información sobre cuándo comenzaría su cobertura si usted elige inscribirse después de renunciar a la cobertura.

Algunos empleados con derechos protegidos (grandfathered) y sus dependientes también pueden optar por permanecer en Health Net HMO. La Health Net HMO no está abierta a empleados que no están actualmente inscritos en esta opción de HMO. Usted puede cambiarse a una opción médica diferente si lo desea; sin embargo, si abandona Health Net HMO, no puede cambiar de opinión y regresar a Health Net HMO.



### Opciones Médicas (Incluyendo cobertura de medicamentos con receta)

*Si usted fue contratado antes del 1 de Abril de 2017.*

Puede elegir entre:

- La opción EHS EPO (*Ver página C-1* para mayor información). No aplican contribuciones de empleado (EC payment).
- La Long Beach Kaiser HMO (*Ver página C-25* para mayor información). No aplican contribuciones de empleado (EC payment) a menos que su CBA requiera un pago.

*Si fue contratado el o después del 1 de Abril de 2017.*

- **Durante los primeros 2 años, usted recibe:**
  - La opción EHS EPO (*Ver página C-1* para mayor información). No aplican contribuciones de empleado (EC payments).
- **Durante los próximos 3 años, puede elegir entre:**
  - La opción EHS EPO (*Ver página C-1* para mayor información). No aplican contribuciones de empleado (EC payments).
  - La opción Kaiser+ HMO (*Ver página C-25* para mayor información). Se aplica una contribución de empleado de \$50 (EC payments).
- **Después de 5 años, puede elegir entre:**
  - La opción EHS EPO (*Ver página C-1* para mayor información). No aplican contribuciones de empleado (EC payments).
  - La Long Beach Kaiser HMO (*Ver página C-25* para mayor información). No aplican contribuciones de empleado (EC payments), a menos que su CBA requiera un pago.

### Opciones Dentales

Independientemente de su cobertura médica y de medicamentos con receta, usted puede elegir entre cualquiera de las opciones de beneficios dentales. Su elección de las opciones de beneficios dentales no afecta la cantidad de su contribución de empleado. (EC payment).

- LIBERTY dental health maintenance organization (DHMO). *Ver página C-29* para mayor información sobre LIBERTY DHMO.
- LIBERTY dental preferred provider organization (dental PPO). *Ver página C-37* para mayor información sobre LIBERTY dental PPO.
- LA Dental Center. *Ver página C-47* para mayor información sobre LA Dental Center.

## Elegibilidad para cobertura

### Beneficios de la Visión

Independientemente de su opción médica u opciones de beneficios dentales, usted y sus dependientes inscritos también serán elegibles para los beneficios de la visión. *Ver página C-54* para mayor información sobre sus beneficios de la visión.

## Requerimientos para inscripción

### Empleados

Una vez usted sea elegible, debe llenar y enviar un formulario de inscripción antes de que el Plan pague beneficios por usted. En caso de no inscribirse, se considerará que ha renunciado a su cobertura. Puede inscribirse más tarde. Su cobertura comenzará el primer día del período de cobertura después del período de cobertura durante el cual el Fondo obtiene los materiales de su inscripción. Por ejemplo, si envía sus materiales de inscripción el 15 de Agosto, su cobertura dará inicio el 1 de Septiembre.

### Dependientes

- ✓ No puede elegir cobertura sólo para sus dependientes. Usted sólo puede cubrir a sus dependientes si usted también está inscrito.

Para poder inscribir a sus dependientes, debe proporcionar información sobre ellos cuando usted se inscriba. Debe brindar la información solicitada durante su período inicial de inscripción. UNITE HERE HEALTH le indicará cuando debe presentar esta información.

También debe demostrar que cada dependiente que inscribe cumple con la definición de dependiente del Fondo. Debe proporcionar al menos uno de los siguientes aspectos para cada uno de sus dependientes:

- Copia certificada del certificado de matrimonio.
- Una conmemoración del matrimonio de una denominación generalmente reconocida de una religión organizada.
- Una copia certificada del acta de nacimiento.
- Un certificado de bautismo.
- Registros de nacimiento hospitalarios.
- Prueba escrita de adopción o tutela legal.
- Decretos judiciales que requieren que usted proporcione beneficios médicos para un niño(a) dependiente.
- Copias de su declaración de impuestos federales más reciente. (Formulario 1040 o sus equivalentes).

## Elegibilidad para cobertura

- Documentación del estatus de dependiente emitida y certificada por el Servicio de Inmigración y Naturalización de Los Estados Unidos (INS por sus iniciales en Inglés).
- Documentación del estatus de dependiente emitida y certificada por una embajada extranjera.

Si se inscribe en una HMO y tiene una pareja doméstica, **debe** proporcionar al Fondo una copia de su Declaración de la Asociación Doméstica de California para inscribir a su pareja doméstica.

Su nombre o el de su cónyuge deben aparecer en el documento de prueba como padre o tutor legal del niño(a) dependiente.

El número de dependientes que usted inscriba, si los hay, no afecta el monto de cualquier contribución del empleado (EC Payment) que debe realizar por parte del costo de cobertura.

### Cuando inicia su cobertura (elegibilidad inicial)

Su cobertura inicia a las 12:01a.m. en el período de cobertura correspondiente al período de trabajo para el cual se requieren contribuciones en su nombre. También debe efectuar los pagos necesarios para su parte de la cobertura.

Para efectos de establecer la elegibilidad inicial:

**Período laboral** significa que el período de tres meses calendarios por el cual su empleador debe hacer contribuciones a UNITE HERE HEALTH en su nombre, y usted haga cualquier contribución del empleado (EC Payment) requerida. Usted debe cumplir con los requisitos de elegibilidad cada mes del período de trabajo.

**Período de descanso (Lag period)** significa el mes calendario entre el final de un período de trabajo y el comienzo del período de cobertura correspondiente.

**Período de cobertura** significa el período de dos meses calendarios para el cual obtiene cobertura ya que cumplió con los requisitos de elegibilidad en el período de trabajo correspondiente.

#### Ejemplo: Establecer una Elegibilidad Inicial

Período Laboral	Período de descanso (Lag Period)	Período de Cobertura
Julio, Agosto, Septiembre	Octubre	Noviembre, Diciembre

Supongamos que usted labora las horas requeridas durante Julio, Agosto y Septiembre. Su empleador debe hacer contribuciones en su nombre para cada uno de estos tres meses. Su cobertura comienza el 1 de Noviembre y continúa hasta el 31 de Diciembre.

El número de horas que debe laborar dependen de si su empleador es un hotel o no.

- Si su empleador está en la industria hotelera, debe trabajar 90 horas cada mes.
- Si su empleador no está en la industria hotelera, debe trabajar 80 horas cada mes.

## Elegibilidad para cobertura

Si usted trabaja tanto para un empleador en la industria hotelera como para un empleador que no pertenece a esta la industria hotelera, sus requisitos de elegibilidad se basarán en el empleador para el cual laboró más horas. Por ejemplo, si usted trabaja 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 considera que trabaja para el empleador dentro de la industria hotelera durante los tres meses. Usted será elegible durante el período de cobertura de Noviembre a Diciembre porque usted laboró 90 horas cada mes, cumpliendo con la regla de 90 horas que se aplica a los empleados de la industria hotelera.

### Continuación de la elegibilidad

Una vez se establezca la elegibilidad, usted seguirá siendo elegible siempre y cuando cumpla con los requisitos de trabajo explicados en su CBA.

Para efectos de establecer elegibilidad inicial:

**Período laboral** significa el mes calendario por el cual su empleador debe hacer contribuciones a UNITE HERE HEALTH en su nombre, y usted haga cualquier contribución del empleado (EC Payment) requerida. Usted debe cumplir con los requisitos de elegibilidad durante el período de trabajo.

**Período de Descanso** (Lag Period) significa los dos meses calendarios entre el final de un período de trabajo y el comienzo del período de cobertura correspondiente.

**Período de Cobertura** significa el mes calendario durante el cual obtiene la cobertura porque cumplió con las reglas de elegibilidad en el período de trabajo correspondiente.

#### Ejemplo – Continuación de la Elegibilidad

Mes laboral	Contribución del Empleador Adeudada	Período de cobertura
Octubre	Noviembre, Diciembre	Enero
Noviembre	Diciembre, Enero	Febrero
Diciembre	Enero, Febrero	Marzo

Si usted ya se ha convertido en elegible. Supongamos que su empleador debe contribuir en su nombre para el mes de Octubre. Si se realiza una contribución, su cobertura continua durante el mes de Enero. Una contribución para Noviembre continúa su cobertura para el mes de Febrero, Diciembre continuará su cobertura hasta Marzo y así sucesivamente.

El número de horas que debe trabajar depende de si su empleador es un hotel o no.

- Si su empleador está en la industria hotelera, debe trabajar 90 horas cada mes.
- Si su empleador no está en la industria hotelera, debe trabajar 80 horas cada mes.

Si usted trabaja tanto para un empleador en la industria hotelera como para un empleador que no pertenece a esta la industria hotelera, sus requisitos de elegibilidad se basarán en el empleador para el cual laboró más horas. Por ejemplo, si usted trabaja 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 considera que trabaja para el empleador dentro de la industria hotelera durante los tres meses. Usted será elegible durante el período de cobertura de Noviembre a Diciembre porque usted laboró 90 horas cada mes, cumpliendo con la regla de 90 horas que se aplica a los empleados de la industria hotelera.

### Cobertura para dependiente

La cobertura del dependiente no puede comenzar antes de empezar con su cobertura. La cobertura de los dependientes no puede continuar después de terminada su cobertura. No existe ningún costo para usted para la cobertura de dependientes

Sus dependientes tendrán la misma cobertura que usted. Por ejemplo, si usted elige la opción HMO, sus dependientes también tendrán la opción HMO. Si usted elige la opción PPO, sus dependientes también estarán cubiertos bajo la opción PPO.

Una vez inscrito, puede inscribir a un dependiente existente en cualquier momento. La cobertura del dependiente comenzará el primer día del período de cobertura durante el cual UNITE HERE HEALTH recibe el formulario de inscripción completo. Por ejemplo, si el formulario de inscripción de su hijo es recibido el 10 de Octubre, su hijo es elegible el 1 de Octubre. (*Ver página F-10* para las reglas especiales de inscripción para agregar un nuevo dependiente.)

Sus dependientes seguirán bajo cobertura mientras usted siga siendo elegible.

### Auto-pagos (Self-payments)

#### Auto-Pagos (self-payments) durante la remodelación o restauración

Si su lugar de trabajo cierra o parcialmente cierra porque está siendo remodelado o restaurado, puede realizar pagos por cuenta propia (Auto-Pagos) para continuar con su cobertura hasta que se complete la remodelación o restauración. Sin embargo, sólo puede hacer Auto-pagos por 18 meses a partir de la fecha en que su lugar de trabajo comenzó a la remodelación o restauración.

#### Auto-pagos durante una huelga

Usted también puede realizar Auto-pagos para continuar con la cobertura si se cumple con los siguientes requisitos:

- Su CBA se ha vencido.
- Su empleador está involucrado en la negociación colectiva con el sindicato y se ha llegado a un punto muerto.

## Elegibilidad para cobertura

- El sindicato certifica que se están tomando acciones afirmativas para continuar la relación de negociación colectiva con el Empleador.

Puede hacer Auto-pagos para continuar con su cobertura por hasta 12 meses, siempre y cuando no se involucre en una conducta inconsistente con las acciones que el sindicato esté tomando.

### Horas de vacaciones

Si obtiene o no horas de vacaciones depende de su CBA. Las horas de vacaciones pueden usarse para ayudarle a mantener su elegibilidad durante los períodos de cobertura por los cuales usted tiene horas cortas.

- Las horas de vacaciones solo pueden utilizarse en bloques de 8 horas.
- No se puede utilizar horas de vacaciones para continuar con la elegibilidad durante los períodos de cobertura antes de que las horas hayan sido ganadas.
- Perderá las horas de vacaciones que no se usen dentro de un período de 12 meses.

Contacte a UNITE HERE HEALTH con las dudas respecto a las horas de vacaciones.

## Períodos de inscripción

### Períodos de Inscripción abierta

Los períodos de inscripción abierta tienen lugar según lo designado por el Plan. Estos períodos le brindan la oportunidad de cambiar sus opciones de beneficios. También puede agregar dependientes si no lo hizo cuando se convirtió elegible para hacerlo. Debe enviar el material de inscripción requerido y hacer los pagos necesarios.

### Períodos especiales de inscripción

En algunos casos especiales, no es necesario esperar a que el período de inscripción este abierto para cambiar sus opciones de beneficios, y se aplican reglas especiales para agregar nuevos dependientes. Usted califica para un período de inscripción especial al comunicarse con el Fondo dentro de los 60 días siguientes a cualquiera de los siguientes eventos:

- Finalización de otra cobertura de salud grupal, incluyendo cobertura de continuación COBRA, que usted tenía cuando se convirtió por primera vez en elegible para la cobertura bajo el Plan (o sus dependientes que se convirtieron elegibles por primera vez para la cobertura bajo el Plan), a menos que haya perdido esa cobertura porque dejó de efectuar los pagos de primas.
- Su matrimonio.
- El nacimiento de un hijo(a).
- La adopción o colocación para la adopción de un hijo(a) menor a 26 años.

## Elegibilidad para cobertura

- Un dependiente que anteriormente residía en un país extranjero viene a los Estados Unidos y se toma residencia con usted.
- La pérdida de la elegibilidad suya o de su dependiente para los beneficios de Medicaid o Child Health Insurance Program.
- Cuando usted o un dependiente se convierte en elegible para recibir asistencia financiera por parte de Medicaid o Child Health Insurance Program para ayudarle a costear los pagos a la cobertura de dependientes de UNITE HERE HEALTH.

Si usted contrae matrimonio, o la otra cobertura finaliza (incluyendo la cobertura de Medicaid o el plan CHIP), o usted o su dependiente son elegibles para asistencia financiera estatal bajo Medicaid o CHIP, la cobertura para su nuevo dependiente inicia el primer día del mes siguiente a esa fecha.

Si nace un niño(a), adopta a un niño(a), o si un niño(a) es colocado con usted para adopción, o si un dependiente viene a los Estados Unidos para tomar residencia con usted, la cobertura para su nuevo dependiente inicia la fecha en que la persona cumple con la definición de dependiente, o la fecha en la que la persona llega a los Estados Unidos para tomar residencia con usted.

Si usted cambia sus opciones de beneficios durante un período de inscripción especial, comuníquese con UHH para ayudarle a comprender cuándo comenzará la cobertura bajo la nueva opción de beneficios. Si usted no notifica al Fondo dentro de los 60 días siguientes de un período de inscripción especial, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta o período de inscripción especial para cambiar sus opciones de beneficios.

## Elegibilidad del Jubilado

Los beneficios para jubilados se proporcionan solamente a los empleados jubilados que presentaron y calificaron bajo los beneficios de jubilados ofrecidos a través de UNITE HERE Long Beach y las reglas del Fondo Orange County Health Benefit, en o antes del 31 de Julio de 2012. Los beneficios médicos ofrecidos a los empleados jubilados son los mismos que se ofrecen a los empleados activos. Los empleados jubilados no tienen derecho a beneficios dentales, beneficios de la visión o beneficios de seguro de vida o muerte accidental y desmembramiento.

Si usted realizó sus pagos a UNITE HERE Long Beach y al Fondo Orange County Health Benefit para su elegibilidad para jubilados, usted debe continuar efectuando pagos por su elegibilidad para jubilados bajo UNITE HERE HEALTH. Los pagos mensuales deben ser efectuados el 15 del mes anterior al período de cobertura. En el momento en que se imprimió este libro, el monto mensual era de \$250. Póngase en contacto con UNITE HERE HEALTH para obtener información sobre el monto del pago mensual o para resolver sus dudas sobre beneficios. Envíe su pago mensual a:

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

## *Elegibilidad para cobertura*

En caso usted no estaba obligado a hacer pagos mensuales a UNITE HERE Long Beach y el Fondo Orange County Health Benefit para su elegibilidad de jubilado, no necesita hacer pagos por su elegibilidad de jubilados bajo UNITE HERE HEALTH.

Si no realiza ningún pago mensual requerido antes del 15 del mes anterior al período de cobertura, su elegibilidad terminará. Usted no podrá realizar auto-pagos (self-payments) para la cobertura de jubilados en el futuro.

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

Los beneficios de jubilado no son beneficios adquiridos. Los Fideicomisarios tienen el derecho de cambiar, modificar o cancelar los beneficios para los jubilados, o agregar, cambiar o eliminar las contribuciones de los jubilados para el costo de la cobertura.



# ***Finalización de la cobertura***

Conozca:

- ▶ Cuándo finaliza su cobertura y la de sus dependientes.

## Finalización de la cobertura

Su cobertura y la de sus dependientes continúa mientras usted mantenga su elegibilidad como se describe **en la página F-8**. Sin embargo, su cobertura finaliza si ocurre uno de los eventos descritos a continuación: Si su cobertura finaliza, puede ser elegible para realizar auto-pagos (self-payments) para continuar con cobertura (llamada cobertura de continuación COBRA).

**Ver página F-22.**

Si usted (el empleado) está ausente de sus labores, debido a que se encuentra prestando servicio militar, puede optar por continuar la cobertura de atención médica bajo el Plan para usted y sus dependientes por hasta 24 meses a partir de la fecha en que comience su ausencia debido a que está prestando servicio militar. Para mayor información incluyendo el efecto de esta elección en sus derechos de COBRA, póngase en contacto con UNITE HERE HEALTH al **(855) 844-5262**.

### Cuándo finaliza la cobertura de empleado

Su cobertura (de empleado) finaliza en la fecha más temprana de cualquiera de las siguientes:

- La fecha de finalización del Plan.
- El último día del período de cobertura para el cual se le acreditaron por última vez con los requisitos mínimos de trabajo que requieren que su empleador realice las contribuciones en su nombre durante el período de trabajo correspondiente. *Cumplir con el “mínimo de requisitos” incluyendo el pago de su parte del costo de cobertura.*
- El último día del período de cobertura por el cual usted realizó por última vez un auto-pago a tiempo, si se le permite hacerlo.

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

### Cuándo finaliza la cobertura del dependiente

La cobertura del dependiente finaliza en la fecha más temprana de cualquiera de las siguientes:

- La fecha de finalización del Plan,
- Su cobertura (de empleado) finaliza.
- El dependiente entra a prestar cualquier servicio militar.
- El primer día del mes en que su dependiente ya no cumple con la definición del Plan de un dependiente (**Ver página F-2**).

### El efecto de las contribuciones de empleadores en mora severa

Los Fideicomisarios pueden terminar la elegibilidad para los empleados de un empleador cuyas

contribuciones al Fondo se encuentran en moras severas. La cobertura de los empleados afectados terminará 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 permite al Fondo determinar su elegibilidad.

Los Fideicomisarios tienen la autoridad exclusiva para determinar cuándo las contribuciones de un empleador se encuentran en mora severa. Sin embargo, dado que los participantes generalmente no tienen conocimiento del estado de las contribuciones al Fondo por parte de su empleador, los participantes recibirán una notificación previa a la finalización planificada de la cobertura.

### Reglas de finalización especiales

Su cobertura bajo el Plan finalizará si ocurre cualquiera de los siguientes:

**Si:** su empleador ya no está obligado a contribuir debido a la descertificación, descargo de responsabilidad por el 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 la descertificación ha ocurrido. Si hay algún cambio en su representante de negociación colectiva, su cobertura finaliza el último día del mes para el cual su empleador es requerido a contribuir.

**Si:** El Acuerdo de Negociación Colectiva de su empleador expira, no se establece un nuevo Acuerdo de Negociación Colectiva, y su empleador no hace las contribuciones requeridas a UNITE HERE HEALTH,

**Entonces:** Su cobertura termina a más tardar el último día del mes siguiente al mes en que la contribución de su empleador debió ser pagada pero no fue efectuada.

**Si:** El Acuerdo de Negociación Colectiva de su empleador expira, no se establece un nuevo Acuerdo de Negociación Colectiva, y su empleador continúa haciendo las contribuciones requeridas a UNITE HERE HEALTH,

**Entonces:** Su cobertura finaliza el último día del 12vo mes, después que expire el Acuerdo de Negociación Colectiva.

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

**Entonces:** Su cobertura termina el último día del mes en el que su empleador es requerido a contribuir a UNITE HERE HEALTH.

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



# ***Reestablecer la elegibilidad***

## Conozca:

- Cómo puede reestablecer la elegibilidad de usted y sus dependientes.
- Se aplican reglas especiales si usted están en una licencia de ausencia debido a la Ley de Licencia Familiar y Médica.
- Se aplican reglas especiales si usted están en una licencia de ausencia debido a un llamado a servicio militar activo.

## Reestablecer la elegibilidad

### Transferibilidad

Si usted está cubierto por un Unit Plan de UNITE HERE HEALTH cuando termina su empleo pero empieza a trabajar para un empleador que participe en otro Plan Unit de UNITE HERE HEALTH dentro de los 90 días de su terminación de empleo con el empleador original, usted será elegible bajo el nuevo Plan Unit en el primer día del mes para el cual su nuevo empleador se le requiera hacer contribuciones en su nombre.

- Para poder calificar bajo esta regla, dentro de 60 días después de comenzar a trabajar para su nuevo empleador, usted, el sindicato o el nuevo empleador debe enviar un aviso por escrito al Departamento de Operaciones de la Oficina de Aurora indicando que su elegibilidad debe ser proporcionada bajo las reglas de transferibilidad. Su elegibilidad bajo el nuevo Plan Unit se basará en las reglas de ese Plan Unit para determinar la elegibilidad para los empleados de los nuevos empleadores contribuyentes (elegibilidad inmediata).
- Si no se proporciona una notificación por escrito dentro de los 60 días después de comenzar a trabajar para su nuevo empleador, su elegibilidad bajo el nuevo Plan Unit se basará en las reglas del Plan Unit para determinar la elegibilidad para los empleados de los empleadores contribuyentes actuales.

### Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA por sus iniciales en Inglés)

- ✓ Su elegibilidad se continuará durante su ausencia bajo la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA).

Si usted está haciendo contribuciones mensuales de empleados para su cobertura cuando comienza su licencia FMLA, puede continuar su cobertura durante su licencia haciendo cualquier pago requerido a su empleador. Si usted deja de hacer pagos, su cobertura bajo el Plan terminará. Sin embargo, su cobertura comenzará de nuevo el primer día del mes en el que su empleador debe hacer una contribución en su nombre después de que usted regrese a trabajar, siempre y cuando usted realice su pago mensual de Contribución del Empleado (EC Payment) tan pronto como regrese al trabajo.

### El efecto del servicio uniformado

Si se le da de baja honorable y regresa del servicio militar (servicio activo, entrenamiento de servicio inactivo o servicio de Guardia Nacional de tiempo completo), o de ausencias para determinar su aptitud para servir en el ejército, su cobertura y la cobertura de sus dependientes serán reintegradas inmediatamente después de su regreso al empleo cubierto si se cumplen las siguientes condiciones:

- Usted proporciona a su empleador un aviso previo de su ausencia, siempre que sea posible.

## Reestablecer la elegibilidad

- La duración acumulada de ausencia por “servicio elegible” no es mayor de 5 años.
- Usted reporta o presenta una solicitud de re-empleo dentro de los siguientes plazos:
  - Para el servicio de menos de 31 días o para una ausencia de cualquier duración para determinar su aptitud para el servicio uniformado, usted debe reportar antes del primer período de trabajo programado regularmente después de la terminación del servicio MÁS una asignación razonable por tiempo y viaje (8 horas).
  - Para el servicio de más de 30 días pero menos de 181 días, debe presentar una solicitud a más tardar 14 días después de la terminación del servicio.
  - Para el servicio de más de 180 días, usted debe regresar al trabajo o presentar una solicitud para regresar al trabajo a más tardar 90 días después de la terminación del servicio.

Sin embargo, si su servicio termina y usted está hospitalizado o convaleciente de una lesión o enfermedad que comenzó durante su servicio uniformado, usted debe reportar o presentar una solicitud, lo que sea necesario, al final del período necesario para la recuperación. Generalmente, el período de recuperación no puede superar los 2 años.

No se impondrán períodos de espera sobre la cobertura reestablecida, y al reestablecer la cobertura se considerará que ha sido continua para todos los propósitos del Plan.

- ✓ Sus derechos de reestablecer la cobertura se rigen por la Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act of 1994 (USERRA). Si tiene alguna pregunta, o necesita más información, póngase en contacto con el Fondo.

Si sus dependientes pierden la elegibilidad debido a su licencia de ausencia regido por el Uniformed Services Employment and Reemployment Rights (USERRA), la cobertura de sus dependientes se reestablecerá al mismo tiempo que su cobertura vuelva a empezar.

## Reestablecer la elegibilidad perdida por otras razones

### Reestablecer la elegibilidad para los empleados

Si usted pierde la elegibilidad, y su pérdida de elegibilidad es menor a 12 meses consecutivos, puede reestablecer su elegibilidad cumpliendo con las reglas de elegibilidad continua del Plan (*página F-8*). Si su pérdida de elegibilidad tiene una duración de 12 meses o más, deberá cumplir nuevamente con las reglas de elegibilidad inicial del Plan.

### Reestablecer la elegibilidad para los dependientes

Para las pérdidas de elegibilidad por otros motivos que no sean la terminación del empleo, la cobertura de sus dependientes será reestablecida cuando su (del empleado) cobertura sea reestablecida.





# ***Cobertura de continuación*** **COBRA**

Conozca:

- Cómo puede hacer auto-pagos (self payments) para continuar con su cobertura.

## Cobertura de continuación COBRA

La cobertura de continuación COBRA no es automática. Debe ser elegida y las primas requeridas deben ser pagadas a su vencimiento. Se cobrará una prima bajo COBRA según lo permitido por la ley federal.

Si usted o sus dependientes pierden la cobertura bajo el Plan, usted tiene el derecho en ciertas situaciones de continuar temporalmente la cobertura más allá de la fecha en la que de otra manera terminaría. Este derecho está garantizado bajo la Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, en su forma enmendada (COBRA por sus iniciales en Inglés).

### ¿Quién puede elegir la cobertura de continuación COBRA?

Sólo los beneficiarios calificados tienen derecho a la cobertura de continuación de COBRA, y cada beneficiario calificado tiene el derecho a hacer una elección.

Usted o su dependiente es un beneficiario calificado si usted o su dependiente pierden la cobertura debido a un evento calificativo y usted y su dependiente están cubiertos por el Plan el día antes de que ocurra el evento calificativo más antiguo. Sin embargo, un niño(a) nacido o colocado para adopción con usted (el empleado) mientras usted tiene la cobertura de continuación COBRA es también un beneficiario calificado.

Si desea continuar con la cobertura de dependiente o agregar un nuevo dependiente después de elegir la cobertura de continuación COBRA, puede hacerlo de la misma manera que lo hacen los empleados activos bajo el Plan.

### ¿Qué es un evento calificativo?

Un evento calificativo es cualquiera de los siguientes eventos si esto resultaría en una pérdida de cobertura:

- Su muerte.
- Su pérdida de elegibilidad debido a:
  - Terminación de su empleo (excepto por conducta grave).
  - Una reducción en sus horas de trabajo por debajo del mínimo requerido para mantener la elegibilidad.
- El último día de licencia de ausencia bajo FMLA si usted no regresa al trabajo al final de esa licencia.
- Divorcio o separación legal de su cónyuge.
- Un hijo(a) que ya no cumple con la definición de dependiente del Plan (*Ver página F-2*).
- Su cobertura bajo Medicare. (La cobertura de Medicare significa que usted es elegible para recibir cobertura bajo Medicare; usted ha solicitado o inscrito para esa cobertura, si una aplicación es necesaria; y su cobertura de Medicare es efectiva.)
- Su empleador se retira de UNITE HERE HEALTH.

### ¿Qué cobertura puede ser continuada?

Al elegir la cobertura de continuación COBRA, usted tiene las mismas opciones de beneficio y puede continuar la misma cobertura de salud disponible para otros empleados que no han tenido un evento calificador. Además de beneficios médicos, la cobertura de continuación COBRA incluye beneficios médicos/medicamentos con receta, beneficios para la visión y beneficios dentales. **Los beneficios de vida y AD&D no pueden continuar bajo COBRA.** Sin embargo, es posible que pueda convertir su seguro de vida en una póliza individual. Comuníquese con su Fondo para más información.

### ¿Por cuánto tiempo se puede continuar la cobertura?

El período máximo de tiempo durante el cual usted puede continuar su cobertura bajo COBRA depende del tipo de evento calificador y cuando ocurre:

- ▶ La cobertura puede ser continuada por hasta 18 meses a partir de la fecha en la que la cobertura de otra manera hubiera terminado, cuando:
  - ▶ Su empleo termina.
  - ▶ Sus horas de trabajo se reducen por debajo del mínimo requerido para mantener la elegibilidad.
  - ▶ Usted no hace los auto-pagos (self-payments) voluntarios.
  - ▶ Finaliza su capacidad de realizar auto-pagos.
  - ▶ Usted no regresa al empleo después de una licencia para ausencia bajo FMLA.
  - ▶ Su empleador se retira de UNITE HERE HEALTH.

Sin embargo, usted podría continuar con la cobertura para usted y sus dependientes hasta por un período adicional de 11 meses, por un total de 29 meses. La Administración del Seguro Social debe determinar que usted o un dependiente cubierto están discapacitados de acuerdo a los términos de la Social Security Act of 1965 (en su forma enmendada) en cualquier momento durante los primeros 60 días de la cobertura de continuación.

- Hasta 36 meses a partir de la fecha en que la cobertura hubiera terminado originalmente para todos los demás eventos calificativos (*Ver página F-22*), siempre y cuando esos eventos calificativos hubieran resultado en una pérdida de cobertura a pesar del existencia de cualquier evento calificador previo.

Sin embargo, las siguientes reglas determinan los períodos máximos de cobertura cuando ocurren múltiples eventos calificativos:

- Los eventos calificativos se considerarán en el orden en que ocurran.
- Si eventos calificativos adicionales, distintos a su cobertura por Medicare, ocurren durante

## Cobertura de continuación COBRA

un período de continuación de 18 meses o 29 meses, los beneficiarios calificados afectados pueden continuar su cobertura hasta 36 meses a partir de la fecha en la que la cobertura hubiera terminado originalmente.

- Si usted está cubierto por Medicare y posteriormente experimenta un evento calificativo, la cobertura de continuación para sus dependientes sólo puede continuar hasta por 36 meses desde la fecha en que estuvo cubierto por Medicare.
- Si la cobertura de continuación termina porque posteriormente queda cubierto por Medicare, la cobertura de continuación para sus dependientes sólo puede continuar hasta por 36 meses a partir de la fecha en que la cobertura hubiera terminado originalmente.

Estas reglas sólo se aplican a las personas que fueron beneficiarios calificados como resultado del primer evento calificativo y que siguen siendo beneficiarios calificados en el momento del segundo evento calificativo.

### Notificando a UNITE HERE HEALTH cuando ocurren eventos calificativos

Su empleador debe notificar a UNITE HERE HEALTH de su muerte, la terminación de su empleo, reducción de horas o si no regresa al trabajo al final de una licencia para ausencia de FMLA. UNITE HERE HEALTH utiliza sus propios registros para determinar cuándo termina la cobertura de un participante bajo el Plan.

Usted o su dependiente deben informar a UNITE HERE HEALTH poniéndose en contacto con el Fondo dentro de los 60 días de lo siguiente:

- Su divorcio o separación legal.
- La fecha en que su hijo(a) ya no califica como dependiente bajo el Plan.
- Que ocurra un segundo evento calificativo.

Usted debe informar al Fondo antes de que finalicen los 18 meses iniciales de la cobertura de continuación si el Seguro Social determina que usted está discapacitado. También debe informar al Fondo dentro de los 30 días a la fecha en que usted ya no sea considerado discapacitado por el Seguro Social.

Usted debe usar los formularios de UNITE HERE HEALTH para notificar de cualquier evento calificativo, si usted o un dependiente son determinados por la Administración de Seguro Social como discapacitados., o si ya no están discapacitados. Puede obtener un formulario llamando al Fondo.

Si usted no usa los formularios de UNITE HERE HEALTH para proporcionar la notificación, debe presentar información que describa el evento calificativo, incluyendo su nombre, número de Seguro Social, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y su relación con el beneficiario

## Cobertura de continuación COBRA

calificado a UNITE HERE HEALTH por escrito. Asegúrese de firmar y fechar su notificación.

Sin embargo, independientemente del método que utilice para notificar al Fondo, también debe incluir la información adicional que se describe a continuación, dependiendo del evento que esté reportando:

- Para divorcio o separación legal: nombre del cónyuge/pareja, número de Seguro Social, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y una copia de uno de los siguientes: un decreto de divorcio o un acuerdo de separación legal.
- Para la pérdida de elegibilidad de un niño(a) dependiente: el nombre, número de Seguro Social, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento del niño(a), fecha en la cual el niño(a) ya no califica como dependiente bajo el plan; y la razón de la pérdida de elegibilidad (es decir, edad o dejar de cumplir la definición de dependiente).
- Por su fallecimiento: la fecha de fallecimiento, el nombre, número de Seguro Social, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento del dependiente elegible y una copia del certificado de defunción.
- Para el estado de discapacidad de usted o su dependiente: el nombre de la persona con discapacidad, la fecha en la que empezó o terminó la discapacidad y una copia de la determinación del estado de discapacidad de la Administración de Seguro Social.

Si usted o su dependiente no proporcionan la notificación y documentación requeridas, usted o su dependiente perderán el derecho de elegir la cobertura de continuación COBRA.

Para poder proteger los derechos de su familia, usted debe mantener al Fondo informado de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. También debe conservar una copia, para sus registros, de cualquier notificación que envíe al Fondo o que el Fondo le envíe.

### Elección y plazos de pago

La cobertura de continuación COBRA no es automática. Usted debe elegir la cobertura de continuación COBRA, y debe pagar los pagos requeridos cuando sea el plazo.

Cuando el Fondo recibe una notificación de un evento calificativo, determinará si usted o sus dependientes tienen derecho a la cobertura de continuación COBRA.

- Si usted o sus dependientes no tienen derecho a la cobertura de continuación COBRA, usted o su dependiente recibirá por correo una notificación de que la cobertura de continuación COBRA no está disponible dentro de los 14 días posteriores de que UNITE HERE HEALTH haya sido notificado del evento calificativo. La notificación explicará por qué la cobertura de continuación COBRA no está disponible.
- Si usted o sus dependientes tienen derecho a la cobertura de continuación COBRA, usted o el dependiente recibirá por correo una descripción de sus derechos de cobertura de continuación COBRA y los formularios de elección aplicables. La descripción de los

## Cobertura de continuación COBRA

derechos de cobertura de continuación COBRA y los formularios de elección se enviarán por correo dentro de los 45 días posteriores a que UNITE HERE HEALTH haya sido notificado del evento calificador. Estos materiales serán enviados por correo a aquellos que tienen derecho a la cobertura de continuación a la última dirección conocida en el archivo.

Si usted o sus dependientes quieren la cobertura de continuación COBRA, el formulario de elección completado debe ser enviado por correo a UNITE HERE HEALTH dentro de los 60 días a partir de la fecha más temprana de las siguientes:

- La fecha en que la cobertura bajo el Plan de otra manera terminaría.
- La fecha en que el Fondo envíe el formulario de elección y una descripción del Plan los derechos y procedimientos de la cobertura de continuación COBRA, lo que ocurra más tarde.

Si su formulario de elección o el de sus dependientes es recibido dentro del período de elección de 60 días, a usted o sus dependientes se les enviará una notificación de la prima que muestra la cantidad adeudada por la cobertura de continuación COBRA. La cantidad cobrada por la cobertura de continuación COBRA no será mayor que la cantidad permitida por la ley federal.

- UNITE HERE HEALTH debe recibir el primer pago dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que reciba su formulario de elección. El primer pago debe ser igual a las primas adeudadas desde la fecha en que la cobertura terminó hasta el final del mes en el que realiza el pago. Esto significa que su primer pago puede ser más que un mes de cobertura de continuación COBRA.
- Después del primer pago, los pagos adicionales deben pagarse el primer día de cada mes para el cual se debe continuar la cobertura. Para continuar la cobertura, cada pago mensual debe tener un sello de correos no más tarde que 30 días después del vencimiento del pago.

Los pagos para la cobertura de continuación COBRA se deben hacer por cheque o money order, pagaderos a UNITE HERE HEALTH, y enviados por correo a:

UNITE HERE HEALTH  
Attn: Operations Department  
P. O. Box 6557  
Aurora, IL 60598-0557

## Terminación de la cobertura de continuación COBRA

La cobertura de continuación COBRA terminará cuando se alcance el período máximo de tiempo para el cual se puede continuar la cobertura.

Sin embargo, si ocurriera cualquiera de los siguientes, la cobertura de continuación puede terminar en la primera que ocurra de las siguientes:

## Cobertura de continuación COBRA

- El fin del mes por el cual se pagó la última prima, si usted o sus dependientes no pagan ninguna prima requerida cuando se vencen.
- La fecha en que el Plan finaliza.
- La fecha en que la cobertura de Medicare se vuelve efectiva si comienza después de que la elección de COBRA por parte de la persona (la cobertura de Medicare significa que usted tiene derecho a cobertura bajo Medicare; usted solicitó o se inscribió para esa cobertura, si una solicitud es necesaria; y su cobertura de Medicare es efectiva).
- La fecha en que los requisitos de elegibilidad del Plan se vuelven a satisfacer.
- El final del mes que ocurre 30 días después de la fecha en que termina la discapacidad bajo la Ley de Seguro Social, si esa fecha ocurre después de que hayan expirado los primeros 18 meses de la cobertura de continuación.
- La fecha en que la cobertura comienza bajo cualquier otro plan de salud grupal.

Si la terminación de la cobertura de continuación termina por cualquiera de las razones mencionadas anteriormente, se le enviará por correo una notificación de terminación anticipada poco después de que termine la cobertura. La notificación especificará la fecha en que terminó la cobertura y el motivo.

### Para obtener más información

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura de continuación COBRA, sus derechos o los procedimientos de notificación del Plan, llame a UNITE HERE HEALTH al **(855) 844-5262**.

Para obtener más información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través de un Mercado de Seguro Médico, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).





# ***Disposiciones de presentación y apelación de reclamos***

Conozca cómo presentar reclamos y apelar un reclamo denegado:

- Qué debe hacer para presentar un reclamo.
- El plazo para presentar un reclamo
- Cuándo obtendrá una decisión sobre su reclamo
- Cómo apelar si su reclamo es denegado.
- Cuándo obtendrá una decisión sobre su apelación.
- Su derecho a la revisión de reclamos externos.

## *Disposiciones de presentación y apelación de reclamos*

**Esta sección no se aplica a los reclamos por beneficios proporcionados a través de los HMO (ya sea HMO médica o HMO dental). Consulte el folleto HMO aplicable para obtener mayor información sobre cómo presentar sus reclamos y apelaciones por este tipo de reclamos.**

### **Presentando un reclamo de beneficios**

Su reclamo de beneficios debe incluir toda la siguiente información:

- Su nombre.
- Su número de Seguro Social.
- 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 al caso:

- Diagnósticos.
- Fechas de servicio(s).
- Identificación de servicio(s) específico(s) prestado(s).
- Cargos incurridos por cada servicio.
- Nombre y dirección del proveedor.
- Cuando sea aplicable, el nombre de su dependiente, el número de Seguro Social y su relación con el paciente.

Los reclamos por beneficios de vida o de AD&D deben incluir una copia certificada del acta de defunción. Todos los reclamos por beneficios deben hacerse como se muestra en esta sección. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, comuníquese con la oficina regional del Fondo al: **(855) 844-5262**.

### **Reclamos médicos/quirúrgicos bajo la opción de beneficio de EPO**

Los proveedores de la red generalmente presentarán el reclamo por usted. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo médico/ quirúrgico, por ejemplo porque utilizó un proveedor fuera de la red, envíelo por correo a EHS:

**EHS Medical Group**  
ATTN: Claims Department  
1600 Corporate Center Drive  
Monterey Park, CA 91754

## *Disposiciones de presentación y apelación de reclamos*

### **Reclamos de salud mental/abuso de sustancias bajo la opción de beneficio EPO**

Los proveedores dentro de la red generalmente presentarán el reclamo por usted. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo por salud mental/abuso de sustancias, por ejemplo porque utilizó un proveedor fuera de la red envíelo por correo a Beacon Health Options a:

**Beacon Health Options/Claims**  
P.O. Box 1850, Hicksville  
New York 11802-1850

### **Reclamos de medicamentos con receta bajo la opción de beneficio EHS EPO**

Si utiliza una farmacia dentro de la red, la farmacia debe presentar el reclamo por usted. No se pagan beneficios si utiliza una farmacia que no participa en las farmacias dentro de la red. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo de medicamentos con receta para un medicamento de venta bajo receta o un suministro comprado en una farmacia participante, debe enviarlo a:

**Hospitality Rx**  
**UNITE HERE HEALTH**  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504

### **Reclamos dentales LIBERTY PPO**

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

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

### **Reclamos LA Dental Center**

No es necesario presentar un reclamo si usa LA Dental Center. Recuerde, el cuidado dental proporcionado fuera de LA Dental Center normalmente no tiene cobertura. Sin embargo, si LA Dental Center ordena usar un dentista fuera de LA Dental Center, el LA Dental Center manejarán la factura del proveedor- usted no debería tener que presentar un reclamo.

### **Reclamos de visión**

Los proveedores para la visión dentro de la red generalmente presentarán los reclamos de visión por usted. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo, por ejemplo, porque utilizó un proveedor de servicios de la vista que no pertenece a la red, el reclamo debe ser enviado a UnitedHealthcare. Debe incluir su número de miembro único, además del nombre del paciente y la fecha de nacimiento en todos los reclamos. Si tiene reclamos por servicios o materiales comprados en diferentes fechas, debe presentar el reclamo de estos al mismo tiempo para obtener un reembolso de los beneficios de visión bajo cobertura.

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

## Disposiciones de presentación y apelación de reclamos

### Reclamos de seguros de vida y AD&D

Para presentar un reclamo de beneficios, envíe la información del reclamo a:

UNITE HERE HEALTH  
P.O. Box 6020  
Aurora, IL 60598-0020  
**(855) 405-FUND (3863)**

Después de que haya contactado al Fondo sobre la muerte o desmembramiento de un empleado, Dearborn National se pondrá en contacto con usted para completar el proceso de presentación de reclamo.

### Todos los otros reclamos de beneficios

Los reclamos por todos los demás servicios o suministros, incluidos los servicios y suministros denegados porque usted no es elegible, deben enviarse por correo a:

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

### Plazos para presentar un reclamo de beneficios

Solamente se considerarán para pago los reclamos de beneficios que se presenten en el tiempo debido. Aplican los siguientes plazos:

Plazo para presentar un reclamo	
Tipo de reclamo	Fecha límite para presentar
Seguro de vida	Dentro de un tiempo razonable.
Seguro AD&D	<ul style="list-style-type: none"><li>Notificación por escrito debe ser recibida dentro de los 31 días siguientes de la pérdida (o tan pronto sea posible).</li><li>La prueba escrita de la pérdida debe ser recibida dentro de los 90 días de la misma (o tan pronto sea posible). Otras fechas límite pueden aplicarse a sus beneficios adicionales de AD&amp;D; su certificado de seguro proporciona mayor información.</li></ul>
Reclamos LIBERTY Dental PPO	365 días después de la fecha que se produjo el reclamo.
Reclamos de la visión	12 meses siguientes a la fecha en que se produjo el reclamo.
Todos los demás reclamos (Incluyendo reclamos bajo la opción de beneficio EPO- reclamos médicos, salud mental/abuso de sustancias y de medicamentos con receta)	18 meses siguientes a la fecha en que se produjo el reclamo.

## Disposiciones de presentación y apelación de reclamos

Si usted no se presenta un reclamo de beneficios en el plazo apropiado, su reclamo será rechazado, a menos que pueda demostrar que no era razonablemente posible cumplir con los requisitos de presentación de reclamos, y que presentó su reclamo tan pronto después del plazo como le fue razonablemente posible.

### Individuos que pueden presentar un reclamo de beneficios

Usted, un proveedor de atención médica (bajo ciertas circunstancias), o un representante autorizado que actúa por usted puede presentar un reclamo de beneficios bajo el Plan.

#### **¿Quién es un representante autorizado?**

Usted puede otorgar a otra persona la autoridad para actuar por usted al presentar un reclamo de beneficios o apelar la negación de un reclamo. Si usted desea que otra persona (llamada “representante autorizado”) actúe por usted, usted y la persona que usted desea que sea su representante autorizado deben completar y firmar un formulario aceptable para el Fondo y enviarlo a:

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

En caso de un reclamo de cuidado 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 incapaz o no puede elegir un representante autorizado para actuar por usted, cualquiera de las siguientes personas pueden ser reconocidos como su representante autorizado sin el formulario correspondiente:

Su cónyuge (o pareja doméstica).

- Alguien que tenga su poder legal, o quien es el ejecutor de su patrimonio.
- Su representante autorizado puede actuar por usted hasta la primera de las siguientes fechas:

La fecha en que usted indique a UNITE HERE HEALTH, ya sea verbalmente o por escrito, que ya no desea que el representante autorizado actúe por usted.

- La fecha en que se emite la decisión final sobre su apelación.

### **Determinación de reclamos**

**Reclamos de asistencia médica post-servicio que no implican decisiones de cuidado concurrente**

Se le notificará sobre la decisión dentro de un período de tiempo razonable y apropiado a sus circunstancias médicas, pero no más tarde de 30 días después de haber recibido su reclamo. En general, los beneficios de los servicios médicos/quirúrgicos se pagarán al proveedor de esos servicios.

## *Disposiciones de presentación y apelación de reclamos*

Este período de 30 días puede extenderse hasta 15 días adicionales si fuera necesario para asuntos fuera del control del Plan. Si se requiere una extensión de 15 días, se le notificará antes que finalice el período original de 30 días. También se le notificará el motivo de la extensión, y cuándo se espera se alcance la decisión. Si esta extensión es necesaria porque usted no envía la información necesaria, usted tiene 60 días a partir de la fecha en que se le indicó que se necesita más información para enviarla. Se le indicará que información adicional debe proporcionar. Si usted no proporciona la información requerida dentro de los 60 días siguientes. Su reclamo será denegado, y no se pagarán los beneficios que de otra manera pueden ser pagados

### **Decisiones de cuidado concurrente**

Si su tratamiento continuo ha sido aprobado, cualquier decisión de reducir o cancelar los beneficios pagaderos durante el curso del tratamiento se considera una negación a su reclamo. (Si el Plan es modificado o terminado, la reducción o terminación de beneficios no se considera una negación).

Por ejemplo, si usted es aprobado para una estadía de 30 días en un centro de enfermería especializada, pero sus registros de estadía demuestran que sólo necesita permanecer un total de 25 días, la aprobación de estadía en el centro de enfermería especializada puede ser cambiada de 30 días a 25 días. Los últimos 5 días de su estadía de 30 días no se cubrirán, y puede considerarse como una negación a su reclamo.

Si se rechaza su reclamo de cuidado concurrente, se le notificará de la decisión a tiempo para que usted pueda apelar la negación antes de que su beneficio sea reducido o terminado.

Su solicitud de que el curso de su tratamiento sea extendido también se considera un reclamo de cuidado concurrente. Si su solicitud de extensión del curso de su tratamiento es un reclamo de cuidado de urgencia/tratamiento de emergencia, se tomará una decisión sobre la solicitud lo antes posible, teniendo en cuenta sus circunstancias médicas. Se le notificará de la decisión (ya sea una negación o no) a más tardar 24 horas después de recibir su reclamo.

### **Reclamos de beneficios de seguro de vida y AD&D**

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

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

## **Normas de autorización previa de beneficios**

En general, su solicitud de autorización previa debe ser procesada a más tardar 15 días a partir de la fecha en que se recibe la solicitud. En caso de emergencia, su solicitud será procesada en un plazo de 72 horas.

Sin embargo, el período de 15 días puede extenderse 15 días por circunstancias ajenas al control de la empresa de autorización previa, incluyendo si usted o su proveedor de atención médica no

## *Disposiciones de presentación y apelación de reclamos*

presentaron toda la información necesaria para tomar una decisión. Si se necesita tiempo adicional, se le informará antes que finalice el período de 15 días, porque se necesita de más tiempo y cuándo se tomará una decisión.

Si se le solicita más información, debe proporcionarla en un plazo de 45 días después que le sea solicitada. Una vez que se le indique que se necesita una extensión, el tiempo que le tome para responder a la solicitud de más información no contará hacia el límite de 15 días para tomar una decisión. Si no proporciona ninguna información de la requerida dentro de los 45 días, su solicitud de autorización previa será denegada.

En el caso de tratamiento de emergencia/cuidado de urgencia, usted tiene no menos de 48 horas para proporcionar cualquier información requerida. Una decisión se tomará lo antes posible, pero no más tarde de 48 horas, después de que usted haya proporcionado toda la información solicitada.

Si usted no sigue las reglas para solicitar autorización previa, se le dará una notificación de cómo presentar una solicitud. Esta notificación se proporcionará en el plazo de 5 días (24 horas en caso de un reclamo de atención de urgencia) del incumplimiento.

### **Reglas especiales para las decisiones que implican cuidados concurrentes urgentes**

Si se solicita una extensión del período de tiempo que su proveedor de atención médica prescribió, e involucra tratamiento de emergencia/cuidados de urgencia, se debe tomar una decisión lo antes posible, pero no más tarde de 24 horas después que su solicitud sea recibida, siempre y cuando su solicitud se reciba al menos 24 horas antes del final del período de tiempo autorizado.

Si su solicitud no se realiza con más de 24 horas de anticipación, la decisión debe ser tomada no más de 72 horas después que su solicitud sea recibida. Si la solicitud de extensión del plazo prescrito no es una solicitud de cuidados urgentes, la solicitud será tratada como una solicitud de autorización previa de beneficios y se decidirá sujeta a las reglas para una nueva solicitud.

### **Si una solicitud de autorización previa es denegada**

Si toda o parte de una solicitud de autorización previa de un beneficio es denegada, recibirá una negación por escrito. La negación incluirá toda la información que la ley federal requiere. La negación explicará el porqué de la misma, y sus derechos para obtener información adicional. También explicará cómo puede apelar la negación y su derecho de entablar una acción legal si la negación se confirma después de la revisión.

### **Apelación de una negación de beneficios de autorización previa**

Si su solicitud de autorización previa de un beneficio es denegada, en su totalidad o parcialmente, usted puede apelar a la decisión. La siguiente sección explica cómo apelar una negación de beneficios de autorización previa.

## *Disposiciones de presentación y apelación de reclamos*

### **Si una solicitud de beneficios es negada**

Si su solicitud de beneficios, o solicitud de autorización previ, es denegada en su totalidad o parcialmente, recibirá una notificación por escrito explicando los motivos de la negación, incluyendo toda la información requerida por la ley federal. La notificación también incluirá información sobre cómo puede presentar una apelación y cualquier límite de tiempo relacionado, incluyendo como obtener una revisión pronta (acelerada) para el tratamiento de emergencia/atención de urgencia, si es apropiado.

### **Reclamo de seguro de vida y AD&D**

Puede presentar una apelación dentro de los 60 días de la decisión de Dearborn National. Dearborn National generalmente responderá a su apelación dentro de los 60 días siguientes (pero puede solicitar una extensión de 60 días). Si necesita ayuda para presentar un reclamo o apelación, o tiene dudas sobre cómo el proceso de reclamos y apelación de Dearborn National funciona. Póngase en contacto con Dearborn National.

**Dearborn National**  
1020 31st Street  
Downers Grove, IL 60515  
**(800) 348-4512**

### **Apelación de reclamos negados (aparte de reclamos de seguro de vida y AD&D)**

Si su solicitud de beneficios es denegada en su totalidad 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 para apelaciones que involucran cuidado de urgencia), deben estar firmadas e incluir el nombre, dirección, fecha de nacimiento del reclamante y su número de Seguro Social (del empleado). También debe proporcionar todos los documentos o registros que respalden su reclamo.



## *Disposiciones de presentación y apelación de reclamos*

### **Un nivel de apelación para los reclamos de cuidado de la visión**

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

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

### **Dos niveles de apelación de reclamos de asistencia médica bajo la opción EPO (incluyendo negaciones a autorizaciones previas) aparte de los reclamos por medicamentos con receta.**

#### **Primer nivel de apelación**

Todas las apelaciones para reclamos de atención médica que no sean reclamos de medicamentos con receta bajo la opción EPO, incluyendo negaciones de autorización previa o negaciones para extensiones de tratamiento más allá de los límites previamente aprobados, deben ser enviadas dentro de los 12 meses de que usted recibió la negación del reclamo a:

#### **Para tratamiento médico y quirúrgico:**

**EHS Medical Group**  
ATTN: Union Appeals  
1600 Corporate Center Drive  
Monterey Park, CA 91754

#### **Para tratamiento de salud mental/abuso de sustancias:**

**Beacon Health Options, Inc.**  
Appeals and Grievance Department  
P.O. Box 6065  
Cypress, CA 90630  
Fax number: **(855) 861-0314**

## *Disposiciones de presentación y apelación de reclamos*

### **Segundo nivel de apelación**

Si se confirma la denegación original total o parcial (lo que significa que el reclamo sigue siendo negado, total o parcialmente, después de su primera apelación) y usted aún considera que el reclamo debe ser pagado, usted o su representante autorizado debe enviar una segunda apelación dentro de los siguientes 45 días de la fecha en que se confirmó la negación de primer nivel a:

**The Appeals Subcommittee**  
**UNITE HERE HEALTH**  
711 N. Commons Drive  
Aurora, Illinois 60504

### **Dos niveles de apelación de reclamo de medicamentos con receta negado bajo la opción EPO**

#### **Primer nivel de apelación**

Si un reclamo de medicamentos con receta es denegado, incluyendo una solicitud de autorización previa, el reclamo tiene dos niveles de apelación. La primera apelación de un reclamo negado de medicamentos con receta debe ser enviada dentro de los 180 días siguientes a recibir la negación por parte de Hospitality Rx a:

**UNITE HERE HEALTH**  
**Attn: Hospitality Rx**  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504-4197

#### **Segundo nivel de apelación**

Si se confirma la negación original total o parcial (lo que significa que el reclamo sigue siendo negado, total o parcialmente, después de su primera apelación) y usted aún considera que su reclamo debe ser pagado, usted o su representante autorizado debe presentar una segunda apelación dentro de los 45 días de la fecha en que se confirmó la negación de primer nivel a:

**The Appeals Subcommittee**  
**UNITE HERE HEALTH**  
711 N. Commons Drive  
Aurora, Illinois 60504-4197

### **Dos niveles de apelación de reclamo para LIBERTY dental PPO**

#### **Primer nivel de apelación**

Todos los reclamos de apelaciones denegadas para LIBERTY dental PPO deben enviarse dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en que se negó el reclamo a:

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

## Disposiciones de presentación y apelación de reclamos

### Segundo nivel de apelación

Si se confirma la negación original total o parcial (lo que significa que el reclamo sigue siendo negado, total o parcialmente, después de su primera apelación) y usted aún considera que su reclamo debe ser pagado, usted o su representante autorizado debe presentar una segunda apelación dentro de los 45 días de la fecha en que se confirmó la negación de primer nivel a:

The Appeals Subcommittee  
UNITE HERE HEALTH  
711 N. Commons Drive  
Aurora, Illinois 60504

### Un nivel de apelación para la mayoría de los otros reclamos

Si usted no está de acuerdo con el reclamo negado ya sea la totalidad o en parte de LA Dental Center, el reclamo de visión negado, o reclamo negado de atención médica que no sea EHS o las opciones de Beacon Health (por ejemplo, una negación de reembolso de viaje y alojamiento), y desea apelar la decisión, debe seguir los pasos de esta sección:

Debe presentar una apelación dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en que recibe la notificación de reclamo denegado a:

The Appeals Subcommittee  
UNITE HERE HEALTH  
711 N. Commons Dr.  
Aurora, Illinois 60504

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

- Usted no podía presentar razonablemente la apelación dentro del límite de los 12 meses debido a:
  - Circunstancias fuera de su control, siempre y cuando presente la apelación tan pronto como le sea posible.
  - Circunstancias en las que el reclamo no fue procesado de acuerdo a las reglas de procesamiento de reclamos del Plan.
- El Subcomité de Apelaciones habría anulado la negación original de beneficios basándose en sus prácticas y políticas convencionales.

### Apelaciones que involucran reclamos de cuidados de urgencia

Si usted está apelando la negación de beneficios que califican como una solicitud de tratamiento de emergencia/cuidado de urgencia, puede solicitar de manera oral una apelación pronta (acelerada) de la negación llamando a:

- **(866) 293-0134** para apelaciones urgentes médicas/ quirúrgicas.
- **(844) 376-8085** para apelaciones urgentes de salud mental/abuso de sustancias.

## *Disposiciones de presentación y apelación de reclamos*

- **(630) 699-4372** para apelaciones urgentes de medicamentos con receta.

Toda la información necesaria puede ser proporcionada vía telefónica, facsímil o cualquier otro método disponible que sea razonablemente eficaz.

### **Apelaciones bajo la autoridad exclusiva del administrador del Plan**

Los Fideicomisarios han dado al Administrador del Plan la autoridad única y final para decidir todas las apelaciones resultantes de las siguientes circunstancias:

- La negativa por parte de UNITE HERE HEALTH de aceptar auto-pagos (self-payments) efectuados después del vencimiento.
- Pagos tardíos a COBRA y solicitudes para continuar la cobertura bajo las disposiciones COBRA.
- Solicitudes tardías, incluidas solicitudes tardías para inscribirse para la cobertura de dependientes.

Debe presentar su apelación en el plazo de 12 meses a partir de la fecha que se rehusó el auto-pago tardío o la solicitud tardía a:

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

### **Revisión de las apelaciones**

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

- Bajo petición, a examinar y obtener copias, gratis, de todos los documentos del Plan, registros y otra información que afecte su reclamo.
- Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otra información relacionada con su reclamo.
- Información que identifique a los expertos médicos o vocacionales cuya opinión se obtuvo por parte de UNITE HERE HEALTH en relación con la negación de su reclamo. Usted tiene derecho a esta información, incluso si esta información no fue brindada cuando su apelación fue negada.
- Desasignar a alguien que actúe como su representante autorizado (*Ver página G-5* para más detalles).

Adicionalmente, UNITE HERE HEALTH revisará su apelación basándose en las siguientes reglas:

- UNITE HERE HEALTH no deferirá de la denegación inicial de su reclamo.
- La revisión de su apelación será conducida por un Fideicomisario de UNITE HERE

## Disposiciones de presentación y apelación de reclamos

HEALTH que no es el individuo que inicialmente denegó su reclamo, ni subordinado dicha persona.

- Si la negación de su reclamo inicial se basó, total o parcialmente, en un juicio médico (incluyendo decisiones sobre si un medicamento, tratamiento u otro artículo es experimental, de investigación o no medicamento necesario u apropiado) un Fideicomisario asignado por UNITE HERE HEALTH consultará con un proveedor de atención médica que tenga la formación adecuada y la experiencia en el campo de la medicina y participe en el juicio médico. Este proveedor de atención médica no puede ser un individuo que fue consultado en relación con la determinación inicial de su reclamo, ni el subordinado de dicha persona.

### Notificación de la decisión sobre su apelación

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

	Tratamiento de Emergencia/Cuidado de Urgencia	Autorización Previa	Todos los Otros Reclamos de Atención Médica
<b>Sujeto a un nivel de apelación</b>	Tan pronto como sea posible no más de 72 horas.	Dentro de un plazo razonable, pero no más de 30 días.	Dentro de un plazo razonable, pero no más de 60 días.
<b>Sujeto a dos niveles de apelación</b>	Tan pronto como sea posible, pero no más de 72 horas para ambos niveles de apelación combinados.	Dentro de un plazo razonable, pero no más de 15 días para cada nivel de apelación.	Dentro de un plazo razonable, pero no más de 30 días para cada nivel de apelación.

Si su reclamo es negado en la apelación basándose en una necesidad médica, tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, una declaración proporcionará una explicación del juicio científico o clínico para la determinación que aplica a los términos del Plan a sus circunstancias médicas será proporcionada sin cargo con solicitud previa.

Si se niega su apelación, se le proporcionará una notificación por escrito de la negación que incluye toda la información requerida por la ley federal, incluyendo una descripción de los procedimientos de la revisión externa (donde sea aplicable), cómo apelar para revisión externa y los plazos aplicables a dichos procedimientos.

### Procedimientos de revisión externa independiente

Dentro de los cuatro meses siguientes a la fecha en que usted reciba una notificación final del Subcomité de Apelaciones que su apelación ha sido denegada, usted puede solicitar una revisión

## Disposiciones de presentación y apelación de reclamos

externa por una organización de revisión externa independiente. Si desea que la organización de revisión externa revise su reclamo, debe presentar su solicitud al Fondo.

El Fondo efectuará una revisión preliminar de su elegibilidad para revisión externa dentro de los siguientes cinco días hábiles después de recibir su solicitud. Para ser elegible para una revisión externa, debe cumplir con todos los requisitos siguientes:

- Usted debe haber sido elegible para beneficios en el momento en que incurrió en el gasto médico.
- Su reclamo debe referirse a un asunto que involucre juicio médico o rescisión de cobertura.
- Usted debe haber agotado sus derechos de apelación interna, a menos que se considere que ha agotado todos los niveles del proceso de apelación interna.

Después de completar su revisión preliminar, el Fondo tiene un día hábil para notificarle su determinación.

Si usted es elegible para revisión externa, el Fondo enviará su información a la organización de revisión. La revisión externa será independiente y la organización de revisión no dará deferencia a las decisiones anteriores del Fondo. Usted puede enviar información adicional a la organización de revisión dentro de los diez días hábiles después de que la organización de revisión reciba la solicitud de revisión. Esta información puede incluir cualquiera de los siguientes:

- Sus registros médicos.
- Recomendaciones de cualquier proveedor de atención médica.
- Reportes y otros documentos.
- Los términos del Plan.
- Directrices de práctica, incluyendo las normas basadas en pruebas.
- Cualquier criterio de revisión clínica que el Fondo haya desarrollado o utilizado.

Dentro de los 45 días siguientes a la recepción de la solicitud de revisión, se le notificará de la decisión de la revisión externa. La notificación de la organización de revisión explicará la decisión e incluirá otra información importante. La decisión de la organización de revisión externa es vinculante para el Fondo. Si aprueba su solicitud, el Fondo proporcionará cobertura inmediata.

### Excepción de Apelación Interna

En determinadas situaciones, si el Plan no sigue sus procedimientos de reclamo, se considera que usted ha agotado el proceso de apelación interno del Plan y puede solicitar inmediatamente una revisión externa independiente o emprender acciones legales bajo la sección 502(a) de ERISA. Tome en cuenta que esta excepción no aplica si el fracaso del Plan es de minimis (por cuestiones menores); no perjudicial; basados en una buena causa o asuntos fuera de control del Plan; parte de un intercambio de buena fe de información entre usted y el Plan; y no refleja un patrón o práctica de incumplimiento del Plan.

## *Disposiciones de presentación y apelación de reclamos*

Si usted considera que el Plan infringió sus propios procedimientos internos, puede solicitar al Plan una explicación por escrito de la infracción. El Plan le dará una respuesta en diez (10) días. Para utilizar esta excepción, debe solicitar una revisión externa o iniciar una acción legal a más tardar 180 días después de recibir la determinación adversa inicial.

Si el tribunal o el revisor externo rechazan su solicitud de revisión inmediata, el Plan le notificará (dentro de los 10 días estipulados) de su derecho a presentar una apelación interna. El plazo aplicable para que presente su apelación interna comenzará a correr cuando reciba esa notificación del Plan.

### **No asignación de reclamos**

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

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

Independientemente de esta prohibición de asignación, el Plan podría, a su entera discreción y bajo ciertas circunstancias limitadas, elegir pagar directamente a un proveedor fuera de la red por los servicios prestados a usted bajo cobertura. El pago a un proveedor fuera de la red en cualquier caso no constituirá una renuncia de las reglas del Plan con respecto a proveedores fuera de la red, y el Plan se reserva todos sus derechos y defensas a ese aspecto.

### **Comienzo de la acción legal**

Ni usted, ni su beneficiario, ni ningún otro reclamante puede iniciar una demanda contra el Plan (o sus Fideicomisarios, proveedores o personal) por los beneficios negados hasta que se hayan agotados los procedimientos internos de apelación del Plan. Este requisito no se aplica a sus derechos a una revisión externa por parte de una organización independiente de revisión (“IRO” por sus iniciales en Inglés) bajo la Affordable Care Act.

Si finaliza todas las apelaciones internas y decide presentar una demanda contra el Plan, esa demanda debe comenzar no más de 12 meses después de la fecha de la carta de notificación de negación de la apelación. Si usted no da inicio a su demanda dentro del plazo de 12 meses, perderá de manera permanente e irrevocable su derecho a impugnar la negación en la corte, o de cualquier otra manera o foro. Esta regla de 12 meses se aplica a usted, sus beneficiarios y a cualquier otra persona o entidad que haga un reclamo en su nombre.

**G-16**



# Definiciones

Conozca:

- Un resumen de las definiciones de algunos de los términos que este Plan utiliza

*Las definiciones en esta sección no se aplican a los beneficios proporcionados a través de HMO (ya sea un HMO médico o un HMO dental) o los beneficios de la visión. Llame al Fondo si no está seguro de lo que significa una palabra o frase.*

### Cargos permitidos

Un **cargo permitido** es el monto de los cargos por tratamientos, servicios o suministros cubiertos que este Plan utiliza para calcular los beneficios que paga por un reclamo. Si usted elige a un proveedor fuera de la red, el proveedor podría cobrar más que el **cargo permitido**. Usted debe pagar esta diferencia entre los cargos reales y los **cargos permitidos**. Cualquier cargo que sea más que el **cargo permitido** no está cubierto. Los beneficios no son pagaderos por cargos que son más que el **cargo permitido**.

La Junta de Fideicomisarios tiene la autoridad exclusiva para determinar el nivel de **cargos permitidos** que el Plan utilizará. En todos los casos la determinación de los Fideicomisarios será final y vinculante.

- Los **cargos permitidos** por los servicios proporcionados por los proveedores dentro de la red se basan en las tarifas especificadas en el contrato entre UNITE HERE HEALTH y la red de proveedores. Los proveedores dentro de la red suelen ofrecer tarifas con descuento para usted y su familia. Esto significa costos menores de gastos fuera de su bolsillo para usted y su familia
- El tratamiento de un proveedor fuera de la red significa que usted paga más costos de gastos fuera de su bolsillo. El Plan calcula los beneficios para proveedores fuera de la red basándose en tarifas descontadas establecidas, como las tarifas de Medicare o las tarifas de la red contratada. Este Plan no pagará la diferencia entre lo que un proveedor fuera de la red realmente cobra, y lo que se considera un **cargo permitido**. Usted paga esta diferencia en costo. (A esto a veces se le llama “facturación de saldo”)

### Copago

Un monto fijo (por ejemplo, \$20) que usted paga por un servicio de atención médica cubierto. Por lo general, usted tiene que pagar su **copago** al proveedor al momento de recibir atención médica. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto. Por lo general, una vez que haya pagado su **copago**, este Plan paga el resto de los gastos cubiertos. Por ejemplo, si usted está cubierto bajo la opción EPO, cada vez que vaya a la sala de emergencias, se aplicará un **copago** de \$50.

Sus **copagos** médicos se aplican a sus límites de gastos médicos fuera de su bolsillo (*Ver página C-5*), y sus **copagos** de medicamentos con receta cuentan hacia su límite de gastos para medicamentos con receta fuera de su bolsillo (*Ver página C-17*).

Usted puede obtener más información acerca de sus **copagos** médicos y de medicamentos con receta para su opción EHS EPO, o cualquier **copago** dental o de la visión aplicable en la sección correspondiente de este SPD. (Vea el principio del SPD para la tabla de contenido.)

### Coseguro

Su parte de los costos de un gasto cubierto, calculado como porcentaje (por ejemplo, 20%) del

cargo permitido por el servicio. Usted paga su **coseguro** más cualquier deducible o copago. Por ejemplo, si usted está inscrito en la opción de beneficio dental de LA Dental Center, si su cirugía oral a través de LA Dental Center cuesta \$1,000, su **coseguro** del 15% equivale a \$150. El Fondo para el resto del cargo permitido.

Su **coseguro** de medicamentos con receta cuenta hacia sus límites de gastos para medicamentos con receta fuera de su bolsillo.

### Cirugía cosmética o reconstructiva

La **cirugía cosmética o reconstructiva** es toda cirugía destinada principalmente a mejorar la apariencia física o a cambiar la apariencia o la forma del cuerpo sin arreglar un mal funcionamiento corporal. **Cirugía cosmética o reconstructiva** incluye la cirugía para prevenir o tratar un trastorno de salud mental o abuso de sustancias cambiando el cuerpo.

Las mastectomías y la reconstrucción después de una mastectomía no será considerada **cirugía cosmética o reconstructiva** (*Ver página C-7*).

### Gasto cubierto

Un tratamiento, servicio o suministro para el cual se pagan los beneficios. Los **gastos cubiertos** se limitan al cargo permitido.

### Deducible

El monto que usted debe por los gastos cubiertos antes de que el Fondo comience a pagar los beneficios. Por ejemplo, Si usted está inscrito en la opción de beneficio de LIBERTY dental PPO, LIBERTY no comenzará a pagar los beneficios en su nombre hasta que usted cumpla con su **deducible** individual de \$50 o **deducible** familiar de \$150.

Los montos que usted paga por cuidados médicos que no es un gasto cubierto no contarán hacia su **deducible**. Esto incluye, pero no se limita a, servicios y suministros excluidos, cargos que son más que el cargo permitido, montos sobre un máximo o límite de beneficio y otros cargos por los cuales no se pagan beneficios.

### Equipo médico duradero (DME por sus iniciales en Inglés)

Equipo médico duradero (DME) debe cumplir todas las reglas a continuación:

- Principalmente trata o monitorea lesiones o enfermedades.
- Resiste el uso repetido.
- Mejora sus cuidados médicos generales en un entorno ambulatorio.

## Definiciones

- Está aprobado para el pago bajo Medicare.

Algunos ejemplos de DME son: Sillas de ruedas, camas tipo hospitalario, respiradores y sistemas de soporte asociados, bombas de infusión, equipo de diálisis en el hogar, dispositivos de monitoreo, unidades de tracción en el hogar y otros equipos o dispositivos médicos similares. Los suministros necesarios para utilizar el DME también se consideran DME.

### Tratamiento médico de emergencia

**Tratamiento médico de emergencia** significa servicios médicos cubiertos utilizados para tratar una condición médica que muestra síntomas agudos de severidad suficiente (incluyendo dolor severo) que una persona con conocimiento promedio de salud y medicina podría esperar que el no recibir atención médica inmediata podría colocar la salud de un paciente, incluyendo un niño no nato, en grave peligro o resultar en un serio deterioro de las funciones corporales u órganos corporales o partes del cuerpo.

### Experimental, de investigación o no comprobado (experimental o de investigación)

Los procedimientos o suministros **experimentales, de investigación o no comprobados** son aquellos procedimientos o suministros que son clasificados como tales por agencias o subdivisiones del gobierno federal, tales como la Food and Drug Administration (FDA) o la Office of Health Technology Assessment of the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS); o de acuerdo con el Manual de CMS's Medicare Coverage Issues. Los procedimientos y suministros que no se proporcionan de acuerdo con la práctica médica generalmente aceptada, o que la comunidad médica considere experimental o de investigación también cumplirá con la definición de **experimental, de investigación o no comprobado**, al igual que cualquier tratamiento, servicio o suministro que no constituye un tratamiento efectivo para la naturaleza de la enfermedad, lesión o condición que se trata según lo determinado por los Fideicomisarios o su designado.

Sin embargo, los costos rutinarios de los pacientes asociados con los ensayos clínicos no se consideran **experimentales, de investigación o no comprobados**.

### Proveedor de atención médica

Un **proveedor de atención médica** es cualquier persona que tiene licencia para practicar cualquier de las ramas de la medicina y la cirugía por el estado en el que la persona practica, siempre y cuando él o ella está practicando dentro del ámbito de su licencia.

Un **proveedor de atención primaria (PCP)** se define como un proveedor que ha completado la formación y educación necesarias para practicar en los siguientes campos:

- Medicina familiar.

- Práctica general.
- Medicina Interna.
- Medicina pediátrica (para niños).
- Obstetricia y ginecología (mientras usted o una dependiente esté embarazada).

Un **especialista** es un proveedor de atención médica que ha recibido formación y educación en una especialidad médica particular. Un especialista es un proveedor que no practica en uno de los campos de atención primaria descritos anteriormente.

Un **dentista** es un proveedor de atención médica con licencia para practicar odontología o realizar cirugía oral en el estado en donde él o ella están practicando, siempre y cuando él o ella están practicando dentro del ámbito de su licencia. Otro tipo de proveedor de atención médica puede ser considerado un dentista si el proveedor de atención médica está realizando un servicio dental cubierto y que de otra manera cumple con la definición de “proveedor de atención médica.”

Un **proveedor** puede ser un individuo que proporciona tratamiento, servicios o suministros, o una instalación (como un hospital o clínica) que proporciona tratamiento, servicios o suministros.

Un **proveedor de atención médica** no es:

- Usted o sus dependientes.
- Una persona que normalmente vive con usted en su casa.
- Una persona relacionada con usted o su dependiente por sangre o matrimonio.

## Lesiones y enfermedades

Los beneficios sólo se pagan por el tratamiento de **lesiones o enfermedades** que no están relacionadas con el empleo (**lesiones o enfermedades** no laborales).

**Enfermedad** también incluye condiciones de la salud mental y abuso de sustancias, y embarazo y condiciones relacionadas con el embarazo, incluyendo el aborto. Los procedimientos de esterilización voluntaria se consideran una **enfermedad**.

El tratamiento de la infertilidad, incluyendo tratamientos de fertilidad tales como fertilización in vitro u otros procedimientos similares, no se consideran una **enfermedad** o una **lesión**.

## Medicamente necesario

Los servicios, suministros y tratamiento **médicamente necesarios** son

- Acorde con y efectivo para la lesión o enfermedad que se está tratando;

## Definiciones

- Considerada buena práctica médica de acuerdo a las normas reconocidas por la comunidad médica organizada de los Estados Unidos; y
- No experimentales o de investigación (*Ver página H-4*), o no comprobadas como determinado por las agencias gubernamentales apropiadas, la comunidad médica organizada de los Estados Unidos, o estándares o procedimientos adoptados de vez en cuando por los Fideicomisarios.

Sin embargo, con respecto a las mastectomías y el tratamiento reconstructivo asociado, los cargos permitidos por dicho tratamiento son considerados **médicamente necesarios** para los gastos cubiertos incurridos en base al tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica del paciente, según lo requerido bajo la ley federal.

El Consejo de Fideicomisarios tiene la autoridad exclusiva para determinar si el cuidado y el tratamiento son **médicamente necesarios**, o si el cuidado o el tratamiento son experimentales o de investigación. Sin embargo, las determinaciones de la **necesidad médica** y si un procedimiento es o no experimental o de investigación son únicamente con el propósito de establecer qué servicios o cursos de tratamiento están cubiertos por el Plan. Todas las decisiones relacionadas con el tratamiento médico son entre usted y su proveedor de atención médica y deben basarse en todos los factores apropiados, sólo uno de los cuales siendo cuales de los beneficios pagará el Plan.

### Límite de gasto fuera de su bolsillo para cuidado y tratamiento dentro de la red

Con el fin de protegerlo a usted y a su familia, hay límites separados sobre lo que tiene que pagar por su costo compartido (copagos y coseguro) por cuidado médico y por medicamentos con receta. A este límite se le llama **límite de gasto fuera de su bolsillo**. Una vez que los costos por los gastos fuera de su bolsillo por gastos cubiertos cumpla con el **límite de gastos fuera de su bolsillo**, este Plan generalmente pagará el 100% por los gastos cubiertos para usted (y su familia) durante el resto de ese año.

Los montos que usted paga fuera de su bolsillo por servicios y suministros no están cubiertos, tales como cuidados y tratamiento una vez que haya alcanzado un beneficio máximo, no cuentan hacia su **límite de gastos fuera de su bolsillo**. Los costos fuera de su bolsillo por cuidados o tratamiento fuera de la red no cuentan hacia su **límite de gastos fuera de su bolsillo**. Este Plan no pagará el 100% por servicios o suministros que no están cubiertos, o que son proporcionados por un proveedor fuera de la red, incluso si usted ya cumplió con su **límite de gastos fuera de su bolsillo** para el año.

Usted puede obtener más información sobre los **límites de gastos fuera de su bolsillo** para cuidado médico *en la página C-5*. Usted puede obtener más información sobre los **límites de gastos fuera de su bolsillo** para medicamentos con receta *en la página C-17*.

### Documento del Plan

Las reglas y regulaciones que gobiernan el Plan de beneficios proporcionado a empleados elegibles y dependientes participando en el Plan Unit 278 (Long Beach/Orange County).

### Cuidados médicos preventivos

Bajo los beneficios médicos y de medicamentos con receta, los **cuidados médicos preventivos** están cubiertos al 100%— no hay costo para usted—cuando usa un proveedor dentro de la red y cumple con las reglas de edad, riesgo o frecuencia. **Cuidados médicos preventivos** se define bajo la ley federal como:

- Servicios clasificados “A” o “B” por el United States Preventive Services Task Force (USPSTF).
- Las inmunizaciones recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización del Centro de Control y Prevención de Enfermedades.
- Cuidados preventivos y exámenes para mujeres según lo recomendado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Cuidados preventivos y exámenes para bebés, niños y adolescentes que se proporcionan en las guías generales apoyadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.

Ciertos **cuidados médicos preventivos** pueden cubrirse más libremente (por ejemplo, más frecuentemente o en edades más tempranas/avanzadas) de lo requerido.

Póngase en contacto con EHS con preguntas sobre qué tipos de **cuidados médicos preventivos** están cubiertos y para saber si se aplican limitaciones de edad, riesgo y frecuencia. También puede visitar: <https://www.healthcare.gov/preventive-care-benefits> para obtener un resumen. Este sitio web puede no mostrar todas las limitaciones aplicables y puede incluir ciertos servicios que aún no están requeridos a ser incluidos en su Plan. Si usted no cumple con los criterios para los **cuidados médicos preventivos**, es posible que no esté cubierto por el Plan en absoluto.

La lista de cambios de **cuidados médicos preventivos** cubiertos cambia de vez en cuando a medida que los servicios y suministros de **cuidados médicos preventivos** son agregados o eliminados de la lista de **cuidados médicos preventivos** requeridos por la USPSTF. El Fondo sigue la ley federal que determina cuándo estarán vigentes estos cambios.

**H-8**



***Otra información importante***



## Otra información importante

### ¿Quién paga por sus beneficios?

Los empleadores que participan en el Plan están obligados a hacer contribuciones para sus empleados. Estas contribuciones están controladas por los términos de los Acuerdos de Negociación Colectiva negociados por su sindicato local. Dependiendo del plan de beneficios que usted seleccione y de su Acuerdo de Negociación Colectiva, también se le puede requerir que contribuya al costo de la cobertura. El Plan está respaldado por contribuciones del empleador y cualquier contribución requerida que usted haga.

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

Este Plan proporciona los siguientes beneficios de manera autofinanciada. Autofinanciada significa que ninguno de estos beneficios se financiara a través de contratos de seguro. Los beneficios y gastos administrativos asociados se pagan directamente de UNITE HERE HEALTH.

- Opción de beneficio médico EPO: EHS administra estos beneficios, así como la gestión de servicios de referencias especializadas, autorización previa y otros servicios de revisión de la utilización.
- Beneficios de medicamentos con receta de EPO: Estos beneficios son administrados por Hospitality Rx, LLC, una subsidiaria de propiedad absoluta de UNITE HERE HEALTH.
- Beneficios LIBERTY dental PPO: LIBERTY Dental Plans of California, Inc. administra la opción dental de beneficio LIBERTY dental PPO.
- Beneficios dentales de LA Dental Center.

Los siguientes beneficios se proporcionan de forma totalmente asegurada. Esto significa que los beneficios son financiados y garantizados bajo políticas de grupo respaldado por una entidad aparte de UNITE HERE HEALTH.

- Beneficios de vida, muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a través de Dearborn National.
- Opciones de beneficios médicos Kaiser HMO a través de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Southern California Region.
- Opción de beneficio médico Health Net HMO a través de Health Net of California, Inc.
- Opción de beneficio LIBERTY DHMO a través de LIBERTY Dental Plans of California, Inc.
- Beneficios de la visión a través de UnitedHealthcare Insurance Company.

### Interpretación de las disposiciones del Plan

- Para los reclamos sujetos a revisión externa independiente (*Ver página G-13*), la IRO tiene la

## Otra información importante

autoridad para tomar decisiones acerca de los beneficios, y decidir todas las preguntas sobre los reclamos, presentadas para revisión externa independiente.

- Para los beneficios proporcionados en forma totalmente asegurada, el asegurador tiene la autoridad exclusiva para tomar decisiones sobre los beneficios y decidir todas las preguntas o controversias de cualquier carácter con respecto a la póliza asegurada
- **Toda otra autoridad recae en el Consejo de Fideicomisarios.** El Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH tiene la autoridad única y exclusiva para:
  - Tomar las decisiones finales sobre las solicitudes o el derecho a los beneficios del Plan, incluyendo:
    - 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 y proporcionar información necesaria para coordinar los pagos de beneficios con otros planes,
    - El derecho de obtener segundas opiniones médicas o dentales o de hacerse una autopsia cuando no está prohibido por la ley;
  - Interpretar todas las disposiciones del Plan y 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 los Fideicomisarios son vinculantes para todas las personas que tratan con o reclaman beneficios del Plan, a menos que se determine que son arbitrarias o caprichosas por un tribunal de jurisdicción competente. Los beneficios bajo este Plan serán pagados solamente si el Consejo de Fideicomisarios de UNITE HERE HEALTH, en su criterio único y exclusivo, decide que el solicitante tiene derecho a ellos.

El Plan otorga a los Fideicomisarios plena discreción y autoridad exclusiva para tomar la decisión final en todas las áreas de interpretación y administración del Plan, incluyendo la elegibilidad para los beneficios, el nivel de beneficios proporcionados y el significado de todo el lenguaje del Plan (incluyendo esta Descripción Resumida del Plan). En el evento de un conflicto entre esta Descripción Resumida del Plan y el Documento del Plan que rija al Plan, el Documento del Plan gobernará. La decisión de los Fideicomisarios es definitiva y vinculante para todos aquellos que tratan con o reclaman beneficios bajo el Plan, y si es impugnada ante un tribunal, el Plan pretende que la decisión de los Fideicomisarios sea mantenida a menos que se determine que es arbitraria o caprichosa.

## Modificación o terminación del Plan

Los Fideicomisarios se reservan el derecho de modificar o dar por terminado a UNITE HERE

## Otra información importante

HEALTH, ya sea en su totalidad o en parte, en cualquier momento, de acuerdo al Convenio de Fideicomiso. Por ejemplo, los Fideicomisarios pueden determinar que UNITE HERE HEALTH ya no puede cumplir los propósitos para los cuales fue fundado, y por lo tanto debe darse por terminado.

De acuerdo con el Convenio de Fideicomiso, los Fideicomisarios también se reservan el derecho de modificar o dar por terminado su Plan o cualquier otro Plan Unit, o de modificar, dar por terminado o suspender cualquier programa de beneficios bajo cualquier Plan Unit en cualquier momento. Dicha terminación o suspensión, así como la terminación, vencimiento o interrupción de cualquier póliza de seguro bajo UNITE HERE HEALTH no necesariamente constituirá una terminación de UNITE HERE HEALTH.

Si UNITE HERE HEALTH es dado por terminado, en su totalidad o en parte, o si su Plan cualquier otro Plan Unit o cualquier programa de beneficios son dados por terminado o suspendido, ningún empleador, participante, beneficiario u otro plan de beneficios para empleados tendrá derechos sobre cualquier parte de los activos de UNITE HERE HEALTH. Esto significa que ningún empleador, plan u otra persona tendrá el derecho a una transferencia de cualquiera de los activos de UNITE HERE HEALTH en dicha terminación o suspensión. Los Fideicomisarios pueden continuar pagando los reclamos incurridos antes de la terminación de UNITE HERE HEALTH o cualquier Plan Unit, según corresponda, o tomar cualquier otra acción según lo autorizado por el Convenio de Fideicomiso. El pago de beneficios por reclamos incurridos antes de la terminación de UNITE HERE HEALTH, cualquier Plan Unit o cualquier programa de beneficios dependerá de la condición financiera de UNITE HERE HEALTH.

Su Plan y todas los otros Plan Units en UNITE HERE HEALTH forman parte de un plan individual de salud para empleados financiado por un solo fondo de fideicomiso. Ningún Plan Unit y ningún programa de beneficios serán tratados como un plan o fondo de beneficios para empleados separado.

## Libre elección del proveedor

La decisión de utilizar los servicios de determinados hospitales, clínicas, médicos, dentistas u otros proveedores de atención médica es voluntaria, y el Fondo no hace ninguna recomendación en cuanto a qué proveedor específico debe usar, incluso cuando los beneficios sólo pueden estar disponibles para servicios proporcionados por los proveedores designados por el Fondo. Usted debe seleccionar un proveedor o tratamiento basado en todos los factores apropiados, solo uno de los cuales es la cobertura bajo el Fondo.

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

H-12

## Compensación por accidente laboral

El Plan no reemplaza ni afecta ningún requisito para cobertura bajo cualquier Compensación por

## Otra información importante

Accidente Laboral o Leyes Enfermedades Laborales. Si usted sufre de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, notifique a su empleador inmediatamente.

### Tipo de Plan

UNITE HERE HEALTH es un plan de bienestar que brinda atención médica y otros beneficios, incluyendo seguro de vida y muerte accidental y protección por desmembramiento. El Fondo se mantiene a través de Acuerdos de Negociación Colectivos entre UNITE HERE y ciertos empleadores. Estos acuerdos requieren contribuciones a UNITE HERE HEALTH en nombre de cada empleado elegible. Por un cargo razonable, usted puede obtener copias de los Acuerdos de Negociación Colectiva escribiendo al Administrador del Plan. Copias también están disponibles para su revisión en la Oficina de Aurora, Illinois, y dentro de los 10 días siguientes a la solicitud de revisión, en las siguientes ubicaciones: oficinas regionales, oficinas principales de empleadores en las que trabajan al menos 50 personas, o las oficinas principales o salas de reuniones de 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. Copias también están disponibles para su revisión en la Oficina de Aurora, Illinois, y dentro de los 10 días siguientes a la solicitud de revisión, en las siguientes ubicaciones: oficinas regionales, oficinas principales de empleadores en las que trabajan al menos 50 personas, o las oficinas principales o salas de reuniones de sindicatos locales.

### Administrador del Plan y agente para el servicio del proceso legal

El Administrador del Plan y el agente para el servicio del proceso legal es el Director General (CEO) de UNITE HERE HEALTH. El servicio de proceso legal también se puede hacer sobre cualquier fideicomisario del Fondo. La dirección y el número de teléfono del CEO son:

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

## Otra información importante

### Número de identificación del empleado

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

### Número del Plan

El número del Plan es 501.

### Año del Plan

El año del Plan es el período de 12 meses establecido por el Consejo de Fideicomisarios con el propósito de mantener los registros financieros de UNITE HERE HEALTH. Los años del Plan comienzan cada 1 de Abril y terminan el 31 de Marzo siguiente.

### Soluciones para fraude

Si usted o un dependiente envían información que usted sabe que es falsa, si usted a propósito no envía información, o si oculta información importante para obtener cualquier beneficio del Plan, los fideicomisarios pueden tomar acciones para remediar el fraude, incluyendo: pedirle a usted que reembolse cualquier beneficio pagado, negar el pago de cualquier beneficio, deducir los montos pagados de los pagos de beneficios futuros y suspender y revocar la cobertura.

### Límite de terminaciones retroactivas de cobertura permitidas

Su cobertura bajo UNITE HERE HEALTH no puede ser terminada retroactivamente (a esto se le llama una rescisión de cobertura) excepto en el caso de fraude o una declaración falsa intencional de un hecho sustancial. En este caso, el Fondo proporcionará una notificación anticipada con un mínimo de 30 días antes de terminar retroactivamente la cobertura. Usted tiene el derecho de presentar una apelación si su cobertura es rescindida.

Si el Fondo termina la cobertura con una manera prospectiva, la terminación prospectiva de cobertura (terminación programada para ocurrir en el futuro) no es una rescisión. El Fondo puede terminar la cobertura retroactivamente en cualquiera de las siguientes circunstancias, y la terminación no se considera una rescisión de la cobertura:

- Incumplimiento de hacer las contribuciones o pagos hacia el costo de cobertura, incluyendo cobertura de continuación COBRA, cuando es el vencimiento de los pagos.
- Notificación fuera de tiempo de muerte o divorcio.
- Según lo permitido por la ley.

# ***Sus derechos bajo ERISA***



## Sus derechos bajo ERISA

Como participante en el Plan, usted es elegible a ciertos derechos y protecciones bajo la Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

Si tiene alguna pregunta acerca de esta declaración o sus derechos bajo ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que aparece en su directorio telefónico, o la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, U.S. Dept. of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, DC 20210.

### Recibir información sobre su Plan y beneficios

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

- Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrado del Plan y en otras ubicaciones especificadas, tales como sitios de trabajo y salas de sindicatos, todos los documentos que rigen el Plan, incluyendo contratos de seguro y Acuerdos de Negociación Colectivos, y una copia del último informe anual (Formulario 5500 Series) completado por el Plan con el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos y disponible en la Sala de Divulgación Publica de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.
- Obtener, con previa solicitud al Administrador del Plan, copias de los documentos que rigen la operación del Plan, incluyendo los contratos de seguro y Acuerdos de Negociación Colectivos, y copias del último informe anual (Formulario 5500 Series) y la Descripción Resumida del Plan actualizada. El administrador puede hacer un cargo razonable por las copias no requeridas por la ley para ser proporcionadas sin ningún cargo.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del Plan está obligado por la ley a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido.

### Continuar la cobertura de salud grupal del Plan

ERISA también establece que todos los participantes del Plan tendrán derecho a continuar la cobertura de atención médica para sí mismos, sus cónyuges o sus dependientes si hay una pérdida de cobertura bajo el Plan como resultado de un evento calificativo. Usted o sus dependientes podrían tener que pagar por dicha cobertura. Revise esta Descripción Resumida del Plan y los documentos que rigen el Plan para las reglas que rigen sus derechos de cobertura de continuación COBRA.

### Acciones prudentes de los fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes del plan, ERISA impone obligaciones a las personas que son responsables de la operación del plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su Plan, llamados “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de hacerlo con prudencia y en



interés de usted y otros participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluyendo su empleador, su sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo o de otra manera discriminarlo de cualquier forma para evitar que obtenga un beneficio de bienestar o ejerza sus derechos bajo ERISA.

### Haga valer sus derechos

Si su reclamo para un beneficio de bienestar es negado o ignorado, en su totalidad o en parte, usted tiene el derecho a saber por qué se hizo esto, para obtener copias de los documentos relacionados con la decisión sin cargos, y para apelar cualquier negación, todo dentro de ciertos horarios.

Bajo ERISA, hay pasos que usted puede tomar para hacer cumplir los derechos mencionados arriba. Por ejemplo, si usted hace una solicitud por escrito para una copia de los documentos del Plan o el último informe anual del Plan y no los recibe dentro de 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede requerir al Administrador del Plan que proporcione los materiales y pague hasta \$110 al día hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no hayan sido enviados por razones fuera del control al administrador.

Si usted tiene un reclamo por beneficios que es negado o ignorado, en su totalidad o en parte, usted puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si está en desacuerdo con la decisión del Plan o con la ausencia de la misma en relación con el estatus calificado de una orden de relación doméstica o una orden médica de manutención de menores, puede presentar una demanda en una corte federal.

Si ocurriera que los Fiduciarios del Plan abusan del dinero del Plan, o si usted es discriminado por afirmar sus derechos, puede solicitar asistencia del Departamento del Trabajo de Estados Unidos o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si usted tiene éxito el tribunal puede ordenar a la persona que usted ha demandado a pagar los costos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si considera que su reclamo es frívolo.

### Asistencia con sus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe comunicarse con el Administrador del Plan.

Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o acerca de sus derechos bajo ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del Administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, que aparece en su directorio telefónico, o la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, U.S. Dept. of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, DC 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleado.

# Números de teléfono y direcciones importantes

## Beacon Health Options

P.O. Box 1850  
Hicksville, NY 11802-1850  
**(844) 376-8085**

## ConsejoSano

169 11th St.  
San Francisco, CA 94103  
**(855) 785-7885**

## Dearborn National

1020 31st Street  
Downers Grove, IL 60515-5591  
**(800) 348-4512**

## EHS Medical Group

**(844) 480-8444**  
*Reclamos:*  
Attn: Claims Department  
1600 Corporate Center Drive  
Monterey Park, CA 91754  
*Todas las demás cuestiones:*  
Attn: Union Department  
1600 Corporate Center Drive  
Monterey Park, CA 91754

## LA Dental Center

130 S. Alvarado Street  
Los Angeles, CA 90057  
**(213) 484-9660**  
**(800) 436 - 3702** (número de emergencia)

## Health Net of California

**(800) 400-8987**

### *Reclamos*

P.O. Box 14702  
Lexington, KY 40512

### *Todas las demás cuestiones, incluyendo*

*Apelaciones y Quejas*  
P.O. Box 9103  
Van Nuys, CA 91409-9103

## Kaiser Permanente

**(800) 464-4000**

### *Dirección de Servicio para Miembros*

Kaiser Permanente California Service Center  
P.O. Box 23250  
San Diego, CA 92193-3250

### *Dirección de Reclamos de Emergencia*

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Claims Administration Dept.  
P.O. Box 7004  
Downey, CA 90242-7004

## LIBERTY Dental Plan

340 Commerce, Suite 100  
Irvine, CA 92602  
**(888) 442-4585**

## Hospitality Rx

P.O. Box 6020  
Aurora, IL 60598-0020  
**(844) 813-3860**

## UnitedHealthcare Vision

Liberty 6, Suite 200  
6220 Old Dobbin Lane  
Columbia, Maryland 21045  
**(800) 638-3120**

***UNITE HERE HEALTH***  
***Consejo de Fideicomisarios***



## Fideicomisarios del Sindicato

### Presidente del Consejo

#### **D. Taylor**

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

#### **Geoconda Arguello-Kline**

*Secretaria/Tesorera*  
Culinary Union Local 226  
1630 S. Commerce Street  
Las Vegas, NV 89102

#### **William Biggerstaff**

*Vicepresidente Ejecutivo Internacional de UNITE HERE/Secretario-Tesorero de Finanzas*  
UNITE HERE Local 450  
7238 West Roosevelt Road  
Forest Park IL 60130

#### **Donna DeCaprio**

*Secretaria Tesorera de Finanzas*  
UNITE HERE Local 54  
1014 Atlantic Avenue  
Atlantic City, NJ 08401

#### **Jim DuPont**

*Director, División Food Service*  
UNITE HERE  
c/o UNITE HERE HEALTH  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504

#### **Bill Granfield**

*Presidente*  
UNITE HERE Local 100  
275 Seventh Avenue, 10th Floor  
New York, NY 10001

#### **Terry Greenwald**

*Secretario-Tesorero*  
Bartenders Local 165  
4825 W. Nevso Drive  
Las Vegas, NV 89103

#### **Connie Holt**

*Directora de Connecticut*  
UNITE HERE Local 217  
425 College Street  
New Haven, CT 06511

#### **Karen Kent**

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

#### **Rev. Clete Kiley**

UNITE HERE  
International Union  
218 S. Wabash Avenue, 7th Floor  
Chicago, IL 60604

#### **Brian Lang**

*Presidente*  
UNITE HERE Local 26  
33 Harrison Avenue, 4th floor  
Boston, MA 02111

#### **C. Robert McDevitt**

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

#### **Leonard O'Neill**

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

#### **Tom Walsh**

*Presidente*  
UNITE HERE Local 11  
464 S. Lucas Avenue, Suite 201  
Los Angeles, CA 90017

## Employer Trustees

### Secretary of the Board

#### Arnold F. Karr

*Presidente*

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

#### Paul Ades

*Vicepresidente Ejecutivo Superior de Relaciones Laborales*

Hilton Worldwide  
7930 Jones Branch Drive  
McLean, VA 22102

#### M Christine Andrews

*Vicepresidente de Recursos Humanos*

Hostmark Hospitality Group  
1300 East Woodfield Road  
Suite 400  
Schaumburg IL 60173

#### Richard Betty

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

#### James L. Claus

*Vicepresidente Ejecutivo*  
Tishman Hotel Corporation  
100 Park Avenue, 18th Floor  
New York, NY 10017

#### Richard Ellis

*Vicepresidente/Relaciones Laborales*

ARAMARK  
1101 Market Street, 6th Floor  
Philadelphia, PA 19107

#### George Greene

*Vicepresidente de Relaciones Laborales*

Starwood Hotels and Resorts  
715 W. Park Avenue, Unit 354  
Oakhurst, NJ 07755

#### Cynthia Kiser Murphey

*Presidente y Director de Operaciones*

New York-New York  
3790 Las Vegas Blvd. South  
Las Vegas, NV 89109

#### Robert Kovacs

*Vicepresidente Total Rewards North America*

Compass Group  
2400 Yorkmont Road  
Charlotte, NC 28217

#### Russ Melaragni

*Vicepresidente Total Rewards North America*

Hyatt Hotels & Resorts  
71 S. Wacker Drive  
Chicago, IL 60606

#### Cynthia Moehring

*Vicepresidente de Recursos Humanos*

The Mirage  
3400 Las Vegas Blvd., South  
Las Vegas, NV 89109

#### Frank Muscolina

*Vicepresidente de Relaciones Laborales Corporativas*

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

#### William Noonan

*Vicepresidente Ejecutivo Superior - Administración*

Boyd Gaming  
3883 Howard Hughes Parkway  
9th Floor  
Las Vegas, NV 89118

#### Michael O'Brien

*Vicepresidente de Servicios de Recursos Humanos Corporativos*

Caesars Palace  
1 Caesars Palace Drive  
Las Vegas, NV 89109

#### James Stamas

*Decano Emérito*

Boston University School of Hospitality  
c/o UNITE HERE HEALTH  
711 N. Commons Drive  
Aurora, IL 60504

#### Harold Taegel

*Director Superior de Relaciones Laborales*

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

#### George Wright

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





**UNITE HERE HEALTH**

P.O. Box 6020

Aurora, IL 60598-0020

**(630) 236-5100**