



Los Angeles Plan

Unidad de plan 178



Descripción Resumida del Plan

Sus Beneficios de Salud y Bienestar

Este folleto contiene un resumen en inglés de los derechos y beneficios de su plan en UNITE HERE HEALTH. Si tiene dificultades para comprender alguna parte de este folleto, puede visitar o comunicarse con la oficina regional de Los Ángeles en 103 S. Alvarado St, 2ª piso, Los Ángeles, California 90057. El horario de atención es de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes. También puede llamar a UNITE HERE HEALTH al (855) 484-8480 (TTY: (855) 386-3889 o (855) FUNDTTY) para obtener ayuda.

This booklet contains a summary in English of your plan rights and benefits under UNITE HERE HEALTH. If you have difficulty understanding any part of this booklet, you can visit or contact the Los Angeles regional office at 130 S. Alvarado Street, 2nd Floor, Los Angeles, California 90057. Office hours are from 8:30 a.m. to 4:30 p.m. (Pacific Time), Monday through Friday. You may also call UNITE HERE HEALTH at (855) 484-8480 (TTY: (855) 386-3889 or (855) FUNDTTY) for assistance.

UNITE HERE HEALTH

Descripción Resumida del Plan

Los Angeles Plan

Plan Unit 178

Vigente a partir del 1 de Octubre de 2018

Esta Descripción Resumida del Plan sustituye y reemplaza a 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-7
Opciones HMO	B-1
Beneficios dentales	B-5
Beneficios de la visión.....	B-13
Beneficios de seguro de vida.....	B-17
Beneficios médicos bajo PPO.....	C-1
Beneficios de medicamentos con receta bajo PPO.....	C-17
Coordinación de beneficios bajo PPO	C-27
Exclusiones y limitaciones generales	D-1
Subrogación.....	E-1
Elegibilidad para cobertura	F-1
Finalización de la cobertura	F-15
Reestablecer la elegibilidad	F-19
Cobertura de continuación COBRA	F-23
Disposiciones de prestación 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
UNITE HERE HEALTH Consejo de Fideicomisarios	H-19

Utilizando este libro

Conozca:

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

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 futura referencia.

¿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 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 en inglés), entre el empleador y el sindicato.

Su cobertura está siendo ofrecida bajo Los Angeles Plan (Plan Unit 178), el cual ha sido adoptado 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 comprender 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 esa Descripción Resumida del Plan y el Documento del Plan que rige el 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 utilizo 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, siempre debe ponerse en contacto con el Fondo al **(855) 484-8480**. Nosotros podemos ayudarle a comprender cómo funcionan sus beneficios.

Lea su SPD para obtener información importante sobre cuáles son sus beneficios, cómo se pagan sus beneficios y qué reglas podría necesitar seguir. Puede encontrar más información sobre algún beneficio específico en la sección aplicable. Por ejemplo, si desea saber más sobre sus beneficios dentales, lea la sección titulada “Beneficios dentales.”

Algunos términos están definidos para usted en la sección titulada “Definiciones” que comienza *en la página H-1*. 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) 484-8480**.

¿Cómo puedo obtener ayuda?

Conozca:

- ▶ A dónde llamar para obtener ayuda.

¿Cómo puedo obtener ayuda?

Números de Teléfono Importantes		
Si desea:	Contacte:	Al:
<ul style="list-style-type: none"> • Informarse sobre sus opciones de beneficios • Hacer preguntas sobre su elegibilidad para la inscripción o los beneficios • Actualizar su dirección 	<p>UNITE HERE HEALTH</p>	<p>(855) 484-8480 www.uhh.org</p>
Si usted está en la opción de beneficio Kaiser HMO		
<p>Si usted está en Kaiser HMO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encontrar un PCP dentro de la red • Encontrar una farmacia de la red • Obtener información sobre sus beneficios 	<p>Kaiser</p>	<p>(800) 464-4000 (888) 576-6225 <i>(línea de asesoría de enfermería)</i> www.kp.org</p>
Si usted está en la opción de beneficio PPO		
<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información sobre sus beneficios médicos o de farmacia • Obtener ayuda con un reclamo • Encontrar una farmacia dentro de la red 	<p>UNITE HERE HEALTH</p>	<p>(855) 484-8480 www.uhh.org</p>
Para obtener ayuda con sus beneficios dentales		
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer una cita • Obtener información sobre sus beneficios 	<p>LA Dental Center</p>	<p>(213) 484-9660 www.uhhdental.org <i>Emergencias fuera del horario regular:</i> (800) 436-3702</p>
Para obtener ayuda con sus beneficios de la visión		
<p>Si necesita ayuda con sus beneficios de la visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encontrar un proveedor del cuidado de la visión dentro de la red • Obtener información sobre sus beneficios o un reclamo 	<p>UnitedHealthcare</p>	<p>(800) 638-3120 www.myuhcvision.com</p>

¿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 encontrar proveedores dentro de la red.
- ▶ Cómo unirse al 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 en 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.

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

Si usted está en la opción Kaiser: su PCP tiene que organizar el cuidado especializado por usted. **Su PCP también tiene que obtener la aprobación para la mayoría de los tipos de servicios o suministros.**

- ✓ Llame a Kaiser al **(800) 464-4000** o visite 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, mientras más pronto se diagnostique, más pronto 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.

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

Utilice proveedores dentro 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 Kaiser HMO**, la red para sus cuidados médicos (médico, salud del comportamiento, medicamentos con receta) es la red Kaiser Permanente. Para encontrar un proveedor dentro de la red, llame al **(800) 464-4000** o visite www.kp.org.
- ✓ Recuerde, excepto en casos de emergencia, el Plan únicamente pagará los beneficios por los servicios y suministros proporcionados por los proveedores dentro de la red. Únicamente su beneficio de la visión tiene beneficios fuera de la red.

- Si usted está en la opción PPO,
 - ▶ **Blue Cross Blue Shield of Illinois (BCBSIL)** proporciona acceso a una red de médicos, hospitales y otros profesionales de atención médica a través de **Blue Cross of California**. Para encontrar un proveedor dentro de la red, llame al **(800) 810-BLUE (2583)** o visite www.bcbsil.com.
 - ✓ *Los proveedores de Blue Shield of California son proveedores fuera de la red.*
 - ▶ **Hospitality Rx** proporciona acceso a una red de farmacias minoristas. Para encontrar una farmacia dentro de la red, llame a UNITE HERE HEALTH al **(855) 484-8480** o visite www.hospitalityrx.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) 638-3120** or visit www.myuhcvision.com.
- Para beneficios dentales, **debe utilizar el LA Dental Center para permanecer dentro de la red**. El LA Dental Center está ubicado en 130 S. Alvarado Street, Los Angeles, CA 90057. Llame al **(213) 484-9660** para hacer una cita, o visite 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.

¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?

Líderes de 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) 484-8480** 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) 484-8480** 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.

Opciones HMO

Conozca sobre sus beneficios si está en Kaiser HMO:

- ▶ Cómo funciona su opción HMO.
- ▶ Usando este SPD si elige la opción HMO.
- ▶ Obteniendo más información si elige la opción de beneficio Kaiser HMO.

Esta sección sólo se aplica si usted está en una de las opciones Kaiser HMOs. Si está en PPO, consulte las secciones que comienzan en la [página C-1](#) y [página C-17](#) para obtener información sobre sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.

Opciones HMO

Dependiendo en su clasificación de empleo, usted tiene una elección de opciones de Kaiser HMO (*ver página F-4* para más información sobre sus opciones de HMO). Si tiene preguntas sobre sus beneficios 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

Servicios a los Miembros
(800) 464-4000

Asesoramiento de Enfermería Kaiser
(888) KPNOCALL (576-6225)

Usando sus beneficios si está en una de las opciones Kaiser HMO

Si usted está en una de las opciones 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.

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).

Si le han realizado o le van a realizar una mastectomía, usted puede tener derecho a ciertos beneficios en virtud de la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera que se determine en consulta con el médico tratante y el paciente, para todas las etapas de reconstrucción del pecho en la que se realizó la mastectomía, cirugía y reconstrucción del otro pecho para producir una apariencia simétrica, prótesis y tratamiento de complicaciones físicas resultantes de la mastectomía, incluyendo linfedemas. Estos beneficios se proporcionan sujetos al mismo costo compartido aplicable a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos bajo sus beneficios HMO.

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 está en una de las opciones 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. El libro de inscripción de Kaiser que usted obtiene cuando se inscribe a una de las opciones de beneficio Kaiser HMO 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 PPO
- Beneficios de medicamentos con receta bajo PPO
- Coordinación de beneficios bajo PPO

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
- Subrogación
- Disposiciones generales de reclamos
- Definiciones

Obteniendo más información si usted está en una de las opciones Kaiser HMO

El libro de inscripción de Kaiser, que es parte de su SPD, le dará más información sobre sus programas de administración médica, sus beneficios médicos y de medicamentos con receta, exclusiones y limitaciones, subrogación y disposiciones sobre reclamos, incluyendo cómo presentar apelaciones de reclamos. Usted también 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

Conozca sobre sus beneficios dentales:

- ▶ Lo que usted paga por su cuidado dental cubierto.
- ▶ Qué tipos de cuidados dentales están cubiertos.
- ▶ Qué tipos de cuidados dentales no están cubiertos.
- ▶ Qué es el programa de auto-pago (self-pay) dental para jubilados y cómo inscribirse.

Beneficios dentales

UNITE HERE HEALTH opera el LA Dental Center desde la oficina regional de UNITE HERE HEALTH Los Ángeles. **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
www.uhhdental.org

En caso de una verdadera emergencia dental fuera del horario de oficina:

(800) 436-3702

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

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

BENEFICIOS DENTALES—Lo que usted paga		
Descripción de los Servicios	Dental2+	Dental+
Beneficio Máximo Pagadero Cada Año Calendario	n/a	
Deducible por Año Calendario		
Lo Que Usted Paga por Cuidado Dental		
Servicios Diagnósticos y Preventivos		
Servicios de Emergencia— <i>incluyendo para tratar el dolor severo</i>	\$0	
Servicios de Radiografías de Diagnóstico		
Servicios Restaurativos Menores		
Servicios Periodónticos	10%	15%
Servicios de Endodoncia		
Servicios Restaurativos Mayores		
Cirugía Oral	15%	25%
Servicios Prostodónticos y Reparaciones		

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.

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 antes 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 realizados 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 rutinarias y consultas con un dentista no tratante.
- **Tratamiento paliativo 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 a:
 - ▶ 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.
- **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 de mantenedores de espacio, o recementación 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 bajo Medicaid.
 - ▶ 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 de anestesiistas o anesthesiólogos.
- 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 la 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.

Beneficios dentales

B

- ▶ 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.
- Servicios realizados como parte de otro procedimiento.
- Servicios y suministros cubiertos bajo una de las opciones de beneficios médicos.
- 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.

Programa de auto-pago (self-pay) dental para jubilados

Si usted se jubila y es elegible para los beneficios dentales inmediatamente antes de la jubilación, puede aplicar al programa de auto-pago dental para jubilados. Debe presentar su solicitud a más tardar 90 días después de la fecha en que pierde la elegibilidad para beneficios dentales como empleado activo. Comuníquese con UNITE HERE HEALTH si desea inscribirse, o si tiene preguntas sobre las tarifas trimestrales.

Usted y sus dependientes inscritos serán elegibles para los beneficios de Dental2+ descritos anteriormente en esta sección. Los beneficios únicamente se pagan si usted utiliza el Dental Center para su cuidado dental.

Para poder ser elegible para inscribirse en el programa, debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

- Debe estar calificado para recibir los ingresos de jubilación de Los Angeles Hotel-Restaurant Employer-Union Retirement Fund; y
- Se jubiló después de los 62 años, y tiene 10 o más años de cobertura combinada bajo Los Angeles Hotel-Restaurant Employer-Union Welfare Fund y/o UNITE HERE HEALTH.

Los pagos trimestrales vencen 15 días antes del comienzo de cada trimestre. UNITE HERE HEALTH intentará enviarle una notificación de recordatorio por correo antes de que venza el próximo pago. Sin embargo, los pagos trimestrales son pagaderos independientemente de si usted recibe la notificación de recordatorio o no. Si no realiza un pago puntual, usted y sus dependientes dejarán de ser elegibles bajo el programa de auto-pago dental para jubilados el último día del trimestre para el cual se realizó un pago puntual. No podrá realizar pagos futuros por la cobertura, incluidos los pagos por la cobertura de continuación COBRA.

No hay garantía de que el tratamiento dental se complete durante un cierto período de tiempo. El tratamiento dental iniciado durante un trimestre continuará durante el próximo trimestre únicamente si se recibe un pago trimestral puntual.

Si, después de jubilarse, usted obtiene elegibilidad como empleado activo, deberá volver a inscribirse en el programa de auto-pago dental para jubilados una vez que se jubile nuevamente.

Puede continuar realizando auto-pagos hasta que muera. Si usted muere mientras continúa su elegibilidad y la de sus dependientes bajo este programa, sus dependientes sobrevivientes inscritos en el programa de auto-pago dental para jubilados pueden continuar realizando auto-pagos para cobertura dental.

La cobertura de un hijo(a) dependiente bajo el programa de auto-pago dental para jubilados finalizará si el niño(a) deja de cumplir con la definición de niño(a) (*ver página F-3*).

El programa de auto-pago dental para jubilados no es un beneficio consolidado. El programa puede ser modificado, terminado o enmendado en cualquier momento, y se aplicará a cualquier persona que participe actualmente en el programa, así como a cualquier persona que participe en el futuro.

B-12

*Unidad de
plan 178*

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

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>		
Descripción de los Servicios Cubiertos una vez cada 24 meses	Proveedor UnitedHealth- care	Proveedor Fuera de la Red
Examen	\$15 copago	\$0 copago Beneficios del Plan limitados a \$40
Lentes	\$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
Marcos		\$0 copago Beneficios del Plan limitados a \$45
Lentes de Contacto Electivos (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
Lentes de Contacto Medicamento Necesarios	\$10 copago	\$0 copago Beneficios del Plan limitados a \$210

Los beneficios están disponibles una vez cada 24 meses, basado en su última fecha de servicio.

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.

Proveedores de la visión dentro y fuera de la red

Los beneficios se pagan basados en si usted 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

Si utiliza un proveedor dentro de la red, también podría obtener descuentos en mejoras de categoría de lentes y otros servicios que el Plan no cubre.

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, usted no pagará nada por: los recubrimientos

Beneficios de la visión

B

estándar resistentes a rayones, el revestimiento ultravioleta, lentes de moda, sol, o teñidos en gradiente y lentes policarbonados para niños menores de 19 años de edad.

- 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.
 - ▶ Si utiliza un proveedor dentro de la red, la adaptación/evaluación, y hasta dos visitas de seguimiento están cubiertos. La asignación de \$105 para lentes de contacto no estándar no incluye cargos por adaptación o evaluación.
- Lentes de contacto médicamente necesarios, con autorización previa de UnitedHealthcare.

Lo que no está cubierto

Los siguientes tratamientos, servicios y suministros para la vista no están cubiertos bajo los beneficios para 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, que no sean lentes de contacto electivos.
- Ortóptica o entrenamiento visual.
- Malformaciones malignas o congénitas del ojo.

Beneficios de seguro de vida

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.
- ▶ Cómo decirle al Fondo quién debe recibir su beneficio de vida si usted muere.

Beneficios de seguro de vida

Usted y sus dependientes deben estar inscritos en beneficios médicos bajo el Plan Unit 178 para poder ser elegible para los beneficios de seguro de vida.

Evento	Beneficio	Quién Recibe
Seguro de Vida—Empleados	\$10,000	Su beneficiario
Seguro de Vida—Dependientes	\$10,000	Usted

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.

Los beneficios de seguro de vida están proporcionados bajo una póliza de seguro de grupo emitida a UNITE HERE HEALTH por Dearborn National. Los términos y condiciones de su cobertura de seguro de vida y la de sus dependientes están incluidos en un certificado de seguro. El certificado describe, entre otras cosas:

- Cuánta cobertura de seguro de vida 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.

Adicionalmente, el beneficio de seguro de vida está disponible para sus dependientes cubiertos. El monto del beneficio se muestra en la tabla en la parte superior de esta página. Si un dependiente

muere mientras él o ella es elegible para la cobertura, se le pagará el monto del beneficio del seguro de vida a usted.

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 completa, 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 por enfermedad terminal

Si usted tiene una enfermedad terminal (una enfermedad tan grave que tiene una expectativa de vida de 24 meses o menos o si está confinado continuamente a una institución elegible, según lo definido por Dearborn National, debido a una condición médica y se espera que permanezca allí hasta su muerte), su seguro de vida paga una suma global en efectivo de hasta el 75% del beneficio por muerte en vigor el día que le diagnosticaron una enfermedad terminal. La porción restante de su beneficio por muerte se pagará a sus beneficiarios designados después de su muerte. Se pueden aplicar ciertas excepciones. Vea su certificado o llame a Dearborn National para más detalles.

Nombrar a un beneficiario

Su beneficiario es la persona o personas a la que usted desea que Dearborn National le pague si usted muere. Los formularios de designación de beneficiarios están disponibles en 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 por 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 contractado 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 Morneau Shepell, una organización a nivel nacional que utiliza consejeros de duelo calificados y accesibles, y consultores legales y financieros. Los servicios se proporcionan vía telefónica, contacto cara a cara y con referencias a los recursos locales de apoyo. También está incluida la preparación gratis de un testamento en línea. Llame al **(800) 769-9187** para obtener más información o visite www.beneficiaryresource.com e ingrese el nombre de usuario: Dearborn National.
- **Servicios de Recursos para Viaje**—Europ Assistance USA, Inc. provee servicios de emergencias médicas y relacionadas las 24 horas para viajes a corto plazo a más de 100 millas de su hogar.

Beneficios de seguro de vida

B

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. Si se encuentra 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.

B-21

B-22

*Unidad de
plan 178*

Beneficios médicos bajo PPO

Conozca sobre sus beneficios si está en PPO:

- ▶ Lo que usted paga por su atención médica.
- ▶ Cuándo y cómo obtener autorización previa.
- ▶ Cómo los límites de gastos fuera de su bolsillo lo protegen de grandes gastos fuera de su bolsillo.
- ▶ Qué tipos de atención médica están cubiertos.
- ▶ Qué tipos de atención médica no están cubiertos.

Esta sección sólo se aplica a usted si está en la opción de beneficio PPO. Si está en una opción Kaiser HMO, consulte la sección que comienza en la [página B-1](#) para obtener información sobre sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.

PPO está cerrado para los empleados que no están ya inscritos en esta opción a partir del 1 de Marzo de 2018. Si usted elige pasarse a una opción de HMO, no puede volver a PPO.

Beneficios médicos bajo PPO

OPCIÓN DE BENEFICIO PPO

Esta sección únicamente se aplica si usted está inscrito en la opción de beneficio PPO. *Ver página B-1* para obtener información sobre sus beneficios médicos si está en la opción de beneficio HMO.

En general, lo que usted paga por la atención médica se basa en qué tipo de atención recibe, dónde obtiene su atención y si va a un proveedor dentro o fuera de la red. Por ejemplo, usted paga menos si utiliza un centro de atención de urgencias en lugar de ir a la sala de emergencias para recibir atención que no es de emergencia.

Esta sección muestra lo que usted paga por su atención (llamado su “costo compartido”). Usted paga cualquier copago, deducible, su parte del coseguro, los montos superiores a un beneficio máximo y los gastos que no están cubiertos, incluido cualquier cargo que exceda el cargo permitido (*ver página H-2*).

Si usted no llama a NHS para obtener autorización previa, tendrá que pagar una multa de \$150. Su reclamo también podría ser denegado por completo. *Ver página C-6* para más información.

OPCIÓN DE BENEFICIO PPO—Lo Que Usted Paga

	Proveedor Dentro de la Red	Proveedor Fuera de la Red
Deducibles por Año Calendario		
Deducibles por Año Calendario	\$300/persona y \$600/familia	
Límites Anuales de Gastos Fuera de su Bolsillo		
Límite Básico de Gastos Fuera de su Bolsillo para el Coseguro Médico Dentro de la Red	\$700/persona	No aplica
Límite de Red de Seguridad (Safety Net) de Gastos Fuera de su Bolsillo para Atención Médica y Medicamentos con Receta Dentro de la Red Combinados	\$6,350/persona y \$12,700/familia	No aplica

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.

Beneficios médicos bajo PPO

OPCIÓN DE BENEFICIO PPO—Lo Que Usted Paga		
	Proveedor Dentro de la Red	Proveedor Fuera de la Red
Visitas al Consultorio		
Cuidados Médicos Preventivos <i>(ver página H-6)</i>	\$0	50% <i>(\$0 para extractores de leche no hospitalarios y suministros relacionados)</i>
Visita al Consultorio del Proveedor de Atención Primaria (PCP)	10% después del deducible	50% después del deducible
Visita al Especialista		
Visita al Consultorio por Salud Mental/ Abuso de Sustancias		
Tratamiento Quiropráctico— <i>Hasta 40 visitas totales por persona por año</i>	10% después del deducible	50% después del deducible
Tratamiento de Acupuntura— <i>Hasta 40 visitas totales por persona por año, y los beneficios están limitados a un pago máximo de beneficios de \$50 por visita</i>	20% después del deducible	
Visitas de Podiatría No Rutinarias	10% después del deducible	
Inyecciones de Alergias en un Consultorio		
Atención de Urgencia y de Emergencia		
Centro de Atención de Urgencias	10% después del deducible	50% después del deducible
Sala de Emergencias del Hospital para Atención de Emergencias	\$100 copago/visita <i>exonerado si es admitido</i>	\$100 copago/visita <i>exonerado si es admitido</i>
Sala de Emergencias del Hospital por Atención que no es de Emergencia	50% después del deducible y \$100 copago/visita	50% después del deducible y \$100 copago/visita
Servicios de Ambulancia Profesional	20% después del deducible	20% después del deducible

Beneficios médicos bajo PPO

OPCIÓN DE BENEFICIO PPO—Lo Que Usted Paga		
	Proveedor Dentro de la Red	Proveedor Fuera de la Red
Servicios Ambulatorios		
Servicios de Laboratorio	10% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de Radiología		
Diagnóstico por Imagen		
Cirugía Ambulatoria		
Terapia Física, Ocupacional o del Habla— Hasta 60 visitas totales por persona por año		
Terapia de Rehabilitación para Niños con Trastorno del Espectro Autista — se aplican ciertos límites (ver página C-12)	\$10 copago/día del tratamiento	
Tratamiento de Hospitalización		
Hospitalización de un Paciente	10% después del deducible	50% después del deducible
Hospitalización de un Paciente para Tratamiento de Salud Mental/Abuso de Sustancias (incluyendo tratamiento residencial)		
Centro de Enfermería Especializada — Hasta 60 días por persona cada año		
Otros Servicios y Suministros		
Educación Sobre Diabetes	\$0	No tiene cobertura
Asesoramiento Nutricional — Hasta \$200 por persona por año		
Servicios del Cuidado de la Salud en el Hogar — Hasta 60 días en total por persona cada año	\$0	50% después del deducible
Cuidados de Hospicio— Hasta 60 días en total por persona cada año	\$0	\$0
Hospitalización Parcial, Tratamiento Ambulatorio Intensivo o de Desintoxicación Ambulatoria	10% después del deducible	50% después del deducible

OPCIÓN DE BENEFICIO PPO—Lo Que Usted Paga		
	Proveedor Dentro de la Red	Proveedor Fuera de la Red
Equipo Médico Duradero	20% después del deducible	20% después del deducible
Viajes y Alojamiento — <i>Ver página C-15 para información</i>	Reembolso del 100% hasta \$250/día y \$10,000/episodio	
Alimentos Médicos — <i>Ver página C-15 para información</i>	Reembolso del 100%	
Todos los Demás Gastos Cubiertos	10% después del deducible	50% después del deducible

Proveedores dentro de la red

Los beneficios se pagan basados en si utiliza un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red. El tratamiento por un proveedor que no pertenece a la red, generalmente se reembolsa a un nivel más bajo. Para encontrar un proveedor dentro de la red, comuníquese a:

Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL)—PPO Network

línea gratuita: **(800) 810-BLUE (2583)**

www.bcbsil.com

(Vaya al buscador de Proveedor (Provider), y seleccione la red “Participating Provider Organization (PPO)”)

✓ **Los proveedores de BlueShield of California no pertenecen a su red.**

Únicamente los proveedores de BlueCross of California se consideran proveedores de la red.

En algunas circunstancias especiales, el Plan pagará los servicios fuera de la red a el costo compartido de servicios dentro de la red. Las circunstancias son:

- Tratamiento de emergencia fuera de la red.
- Tratamiento proporcionado por proveedores de atención médica que no pertenecen a la red y que se especializan en medicina de emergencias, radiología, anestesiología o patología.
- Consultas en el hospital con proveedores que no pertenecen a la red.
- Servicios si usted vive fuera de la red PPO.

El Plan seguirá utilizando el cargo permitido según el estado de dentro de la red o fuera de la red para determinar el monto pagado. Recuerde, se le puede facturar el saldo de la diferencia entre el pago del Plan y los cargos del proveedor que no pertenece a la red, y es posible que usted tenga que pagarlo.

Programa de autorización previa

El programa de autorización previa está diseñado para ayudar a garantizar que usted y sus dependientes reciban la atención adecuada en el entorno adecuado. Ayuda a garantizar que usted no reciba atención médica innecesaria y lo ayuda a manejar condiciones médicas complejas o de largo plazo. El programa de autorización previa incluye la autorización previa obligatoria de ciertos tipos de atención para ayudarlo a tomar decisiones sobre su atención médica y un programa voluntario de administración de casos (case management program).

Nevada Health Solutions (NHS por sus iniciales en inglés) trabaja con usted para ayudarlo a encontrar un proveedor, comprender su plan de tratamiento y coordinar su atención médica y el flujo de información entre sus proveedores.

Para obtener una autorización previa, llame al número gratuito:

NHS
(855) 487-0353

El programa de autorización previa no pretende ser y no es asesoramiento médico. Usted sigue siendo responsable de tomar cualquier decisión sobre asuntos médicos, incluyendo si debe seguir o no las sugerencias o el plan de tratamiento de su proveedor de atención médica. UNITE HERE HEALTH no es responsable de las consecuencias derivadas de las decisiones que usted o su proveedor tomen basadas en el programa de autorización previa o de la determinación del Plan de los beneficios que pagará.

Obtenga autorización previa para tratamiento médico y quirúrgico

Usted y su proveedor de atención médica deben obtener una autorización previa antes de recibir cualquiera de los tipos de atención enumerados a continuación. Si usted o su proveedor no obtienen autorización previa antes de recibir estos tipos de atención, se puede aplicar una multa de \$150, y su reclamo podría ser denegado. NHS solicitará más información para decidir si su reclamo debe ser re-procesado y pagado. Asegurarse de que primero se llame a NHS le ayuda a evitar facturas médicas inesperadas. Si recibe tratamiento, servicios o suministros que no están cubiertos o no son médicamente necesarios, usted paga el 100% de su atención.

NHS línea gratuita: (855) 487-0353

- ✓ La autorización previa o las referencias proporcionadas bajo el programa de autorización previa no garantiza la elegibilidad para los beneficios. El pago de los beneficios del Plan está sujeto a todas las reglas del Plan, incluidas pero no limitadas a, la elegibilidad, el costo compartido y las exclusiones.

Cuándo llamar para solicitar una autorización previa

Usted o su proveedor de atención médica deben comunicarse con NHS antes de cualquiera de los siguientes:

- Transporte en ambulancia aérea.

- Ensayos clínicos.
- Los siguientes servicios de radiología:
 - ▶ Tomografía CT o CTA (tomografía computarizada o angiografía por tomografía computarizada).
 - ▶ Discografía.
 - ▶ MRA o MRI (resonancia magnética o angiografía por resonancia magnética).
 - ▶ PET-Scan (tomografía por emisión de positrones).
- Alquiler o compras de equipo médico duradero por más de \$500. (Esto incluye extractores de leche que cuestan más de \$500.)
- Pruebas genéticas.
- Servicios quirúrgicos de reasignación de género y cierta terapia hormonal.
- Los servicios especializados proporcionados en el hogar, incluyendo atención médica en el hogar y terapia de infusión en el hogar.
- Terapia de habilitación para los niños con trastorno del espectro autista.
- Tratamiento hiperbárico.
- Hospitalizaciones del paciente, que no sean por el tratamiento de salud mental/abuso de sustancias, admisiones después de una observación o una visita a la sala de emergencias, y admisiones por atención de enfermería especializada dentro de instalaciones, atención de rehabilitación aguda y atención para casos agudos en un centro a largo plazo.
- Alimentos médicos por errores congénitos del metabolismo.
- Servicios de oncología y hematología.
- Alquiler o compras de aparatos ortopédicos y prótesis por más de \$500.
- Cirugía ortognática.
- Cirugías ambulatoria o procedimientos realizados en un centro quirúrgico ambulatorio, y cirugía o procedimientos de diagnóstico invasivos realizados en el área de cirugía ambulatoria del hospital. Sin embargo, colonoscopias o sigmoidoscopias no requieren autorización previa.
- Estudios del patrón del sueño.
- Procedimientos TMJ (Articulación temporomandibular).
- Servicios de trasplante, incluyendo consultas.
- Viajes y alojamiento.
- Procedimientos para venas varicosas.

Beneficios médicos bajo PPO

Adicionalmente, también debe obtener autorización previa para los tipos de atención enumerados en la siguiente sección. NHS puede contactarlo a usted o a su profesional de atención médica para asegurarse de que esta atención se reciba en el lugar más rentable y sea médicamente apropiada.

- Diálisis.
- Terapia física, del habla y ocupacional

Por último, se requiere que usted notifique a NHS para los tipos de atención enumerados a continuación. Nuevamente, NHS puede contactarlo a usted o a su profesional de atención médica para asegurarse de que esta atención se reciba en el lugar más rentable y sea médicamente apropiada.

- Toda hospitalización y tratamiento residencial por salud mental/abuso de sustancias

Debe contactar a NHS antes de recibir cualquiera de los tipos de servicios y suministros mencionados anteriormente. Esta lista cambia de vez en cuando. Comuníquese con el Fondo al **(855) 484-8480** para obtener la información más actualizada.

Si necesita atención de emergencia, debe comunicarse con NHS lo antes posible, pero a más tardar el próximo día hábil, después de recibir el servicio o suministro. Si está hospitalizada porque va a tener un bebé, debe llamar a NHS si su estadía será mayor de 48 horas para un parto normal, o 96 horas por una cesárea. No se requiere autorización previa para el tratamiento médico que reciba en una sala de emergencias o mientras se encuentre en observación en el hospital.

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).

Usted no necesita autorización previa para recibir atención obstétrica o ginecológica de un proveedor de atención médica que se especializa en obstetricia o ginecología. El proveedor de atención médica, sin embargo, podría ser requerido a 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. Para obtener ayuda en encontrar proveedores dentro de la red que se especializan en obstetricia y ginecología, llame al Fondo al **(855) 484-8480**.

Ver página C-6 para obtener información sobre cuándo NHS debe responder a su solicitud de autorización previa y para información sobre cómo apelar una denegación de autorización previa.

Programa de administración de casos (Case management)

Usted y sus dependientes pueden ser elegibles para el programa de administración de casos (case management program) si tiene un padecimiento médico catastrófico o crónico, o si se espera que su condición tenga un alto costo. Por ejemplo, la administración de casos puede aplicarse a cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), lesión de la columna, trauma múltiple, derrame,

traumatismo craneal, SIDA, esclerosis múltiple (MS), quemaduras severas, trastornos psiquiátricos severos, embarazo de alto riesgo o nacimiento prematuro.

Si es seleccionado para el programa de administración de casos, un administrador de casos (case manager) trabajará con usted y sus proveedores de atención médica para crear un plan de tratamiento y ayudarlo a administrar su atención. El objetivo de la administración de casos es asegurarse de que se cubran sus necesidades de atención médica mientras lo ayuda a trabajar para lograr el mejor resultado de salud posible y a administrar el costo de su atención.

Usted o su proveedor de atención médica pueden solicitar unirse al programa de administración de casos. En la mayoría de casos, NHS buscará pacientes que puedan beneficiarse de los servicios de administración de casos. NHS puede pedirle que se una al programa de administración de casos.

El administrador de casos puede recomendar tratamientos, servicios o suministros que sean médicamente apropiados pero que son más rentables que el tratamiento propuesto por su proveedor de atención médica. UNITE HERE HEALTH, a su sola discreción y bajo su exclusiva autoridad, puede aprobar la cobertura de estas alternativas, incluso si el tratamiento, servicio o suministro no estuvieran cubiertos normalmente.

Sin embargo, en todos los casos, usted y su proveedor de atención médica toman todas las decisiones de tratamiento.

Es posible que sea requerido que utilice el programa de administración de casos para obtener beneficios de trasplantes o gastos de viaje y alojamiento. De lo contrario, es su elección si se une o no al programa de administración de casos, y si sigue o no las recomendaciones del programa

Lo que usted paga

Usted debe pagar cualquier costo compartido (como copagos, deducibles y coseguros) por su porción de los gastos cubiertos. Usted también debe pagar cualquier gasto que no es un gasto cubierto (*ver página C-16* para obtener información sobre lo que no está cubierto), 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.

Deducibles

Su deducible por año calendario se aplica tanto a gastos dentro de la red como fuera de la red. Usted sólo tiene que pagar el deducible una vez al año. Una vez que haya pagado su deducible (algunas veces llamado “satisfacer su deducible”), ya no tiene que hacer más pagos hacia su deducible por el resto del año.

El deducible individual de \$300 se aplica a cada persona cubierta bajo el Plan. Sin embargo, una vez que su deducible familiar ha sido satisfecho, nadie más en su familia tiene que pagar deducibles por el resto de ese año.

Sus deducibles individuales de \$300 y de \$600 familiar, únicamente se aplican a los beneficios médicos. Los montos que paga por medicamentos con receta, cuidados para la visión o atención dental no se aplican hacia los deducibles. Adicionalmente, los deducibles no se aplican a ciertos beneficios médicos. Consulte el resumen de beneficios al comienzo de esta sección para ver qué servicios requieren el

Beneficios médicos bajo PPO

deducible y qué servicios están cubiertos antes de satisfacer el deducible

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 por atención de emergencia, el copago de \$100 se aplica a toda la atención médica 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 para gastos dentro de la red

Existen dos tipo de límites de gastos fuera de su bolsillo que limitan la cantidad que usted paga por los servicios dentro de la red.

Límite básico de gastos fuera de su bolsillo

La mayor cantidad de coseguro que paga por los servicios médicos dentro de la red, incluyendo servicios para salud mental y abuso de sustancias, en un año calendario es de \$700 por persona. Sin embargo, los costos de gastos fuera de su bolsillo por el tratamiento médico que no es de emergencia en una sala de emergencias no cuenta hacia su límite básico de gastos fuera de su bolsillo, y el Plan no pagará el 100% por estos cargos, incluso si ya ha cumplido el límite básico.

El 50% de coseguro que usted paga por servicios fuera de la red no cuenta hacia su límite básico de gastos fuera de su bolsillo.

Límite de red de seguridad (safety-net) de gastos fuera de su bolsillo

El costo compartido de los gastos fuera de su bolsillo (deducibles, coseguros y copagos) para la mayoría de gastos médicos (incluidos los de salud mental/abuso de sustancias) y gastos de medicamentos con receta cubiertos dentro de la red está limitado a \$6,350 por persona(\$12,700 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 médicos y de medicamentos con receta cubiertos dentro de la red durante el resto de ese año calendario.

Los montos usted que paga de gastos fuera de su bolsillo por medicamentos con receta bajo la sección titulada “Beneficios de medicamentos con receta bajo la opción de beneficio PPO” también cuentan hacia este límite de gastos fuera de su bolsillo.

Beneficios médicos bajo PPO

Únicamente Atención Dentro de la Red	Límite Básico de Gastos Fuera de su Bolsillo \$700 por persona	Límite de Red de Seguridad (Safety-Net) de Gastos Fuera de su Bolsillo \$6,350 por persona y \$12,700 por familia
Deducible Médico		✓
Coseguro Médico	✓	✓
Copagos Médicos		✓
Copagos y Coseguro de Farmacia		✓

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.

- **Servicios de cuidados médicos preventivos** (*ver página H-6*). Ciertos límites o reglas pueden aplicarse a cuándo y cómo obtener cuidados médicos preventivos basados en género, edad y estado de salud. Aunque la atención médica proporcionada por proveedores fuera de la red generalmente no está cubierta, los extractores de leche no hospitalarios (limitados a uno por embarazo) y los suministros para extractores de leche estarán cubiertos cuando se obtienen de un proveedor fuera de la red.
 - ▶ Las pruebas PSA se cubren anualmente.
 - ▶ 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: Una vez cada 5 años para mujeres de 35 años pero menos de 40 años, anualmente para mujeres de 40 a 64 años de edad; cada 2 años para mujeres de 65 años en adelante.
- **Servicios profesionales de 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 quiropráctica**, hasta un total de 40 visitas por persona cada año.
- **Tratamiento de acupuntura**, hasta un total de 40 visitas por persona cada año. El pago máximo de beneficios del Plan por cada visita es de \$50.
- **Atención podiátrica**, excluyendo radiografías y cuidado de rutina. Cuidado de podiatría de rutina, como el tratamiento de callos y durezas, el cuidado de las afecciones de las uñas o el cuidado de las afecciones dermatológicas de los pies no están cubiertos.

Beneficios médicos bajo PPO

- **Medicamentos inyectables**, incluyendo las inmunizaciones proporcionadas por un proveedor de atención médica.
- Tratamiento ambulatorio en una clínica o **centro de atención de urgencias**.
- Transporte por un **servicio de ambulancia profesional** a una instalación médica del área que pueda proporcionar el tratamiento requerido.

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 el Fondo si no tenía control sobre una ambulancia solicitada.

- **Servicios de Laboratorio.**
- **Radiología**, incluyendo pero no limitado a, radiografías, ultrasonidos y monitoreo fetal.
- **Servicios de instalaciones quirúrgicas ambulatorias**, incluyendo suministros generales, anestesia, medicamentos y salas de operación y recuperación pero excluyendo los servicios profesionales, por procedimientos quirúrgicos que normalmente no se realizan en el consultorio de un profesional de atención médica. Si le realizan múltiples cirugías, los gastos cubiertos están limitados a los cargos por la cirugía primaria.
- Servicios de rehabilitación ambulatoria para **terapia física, del habla y ocupacional**, hasta un total de 60 visitas por persona cada año.
- **Terapia de habilitación** para niños con trastorno del espectro autista. *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(a) 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 rehabilitación.
 - Usted sigue el plan de tratamiento.
- **Cargos hospitalarios** por habitación y comida, y otros servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
 - **Anestesia**, incluyendo la administración de anestesia.
 - **Embarazo** y condiciones relacionadas con el embarazo para empleados y cónyuges, incluyendo parto, aborto espontáneo, aborto y cuidados médicos preventivos (*ver página C-11*). 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. Los servicios de atención médica no preventivos para el embarazo de un hijo(a) dependiente, incluyendo pero no limitado a, ultrasonidos, cargos asociados con un embarazo de alto riesgo, abortos y gastos de parto no estarán cubiertos.
 - **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 PPO

- **Servicios médicos para trasplantes de órganos** si se cumplen todas 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 está 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**, hasta un total de 60 días por persona cada año, siempre y cuando esté bajo el cuidado de un médico, y esté confinado como paciente regular en cama.
- Servicios profesionales para la **educación sobre la diabetes** y capacitación para el cuidado, monitoreo o el tratamiento de la diabetes. Servicios fuera de la red no están cubiertos.
- Servicios profesionales de **asesoramiento nutricional**, hasta \$200 por persona cada año. Los servicios fuera de la red no están cubiertos.
- **Sangre y plasma sanguíneo**, incluyendo la administración de sangre y plasma sanguíneo.
- **Servicios del cuidado de la salud en el hogar**, hasta un total de 60 visitas por persona cada año. Los servicios generales de limpieza o de cuidado de custodia no están cubiertos.
- Servicios de pacientes hospitalizados y ambulatorios de **hospicio** y suministros si usted es enfermo terminal, hasta un total de 60 días por persona cada año.
- **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.

- Reembolso por **gastos de viajes, alojamiento y comida** por transporte para recibir ciertos tratamientos 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 para estos gastos antes de que el Plan le reembolse. Los gastos cubiertos incluyen solamente gastos de viaje, alojamiento y comidas relacionados 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 viajando con usted también serán cubiertos. (Otras dos personas serán cubiertas si el paciente es un niño(a) menor de edad.)
 - El reembolso se limita a \$10,000 por episodio de cuidado para usted y su(s) compañero(s) de viaje combinados. Esto incluye hasta \$250 cada día por los gastos de alojamiento y comida.
 - Usted debe proporcionar al Plan 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. Más detalles sobre el beneficio están disponibles bajo petición.

- **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.
- **Quimioterapia y radioterapia.**
- **Reparación de dientes saludables y naturales** y sus estructuras de apoyo, si los gastos cubiertos son el resultado de una lesión y el tratamiento debe ser recibido mientras esté cubierto bajo el Fondo.
- **Procedimientos de esterilización** para empleados y cónyuges. Para las hijas mujeres dependientes, los procedimientos de esterilización aprobados por el FDA que se consideran cuidados médicos preventivos (*ver página H-6*) también están cubiertos.
- **Suministros quirúrgicos y vendajes quirúrgicos**, incluyendo yesos, tablillas y bragueros.
- Tratamiento de **tumores, quistes y lesiones** que no se consideran un procedimiento dental.
- Oxígeno, **incluida la administración del oxígeno.**
- **Procedimientos dentales** para el tratamiento que de otro modo estaría cubierto por un beneficio dental, incluidos los cargos realizados por un hospital, u otra instalación, cuando estos procedimientos requieran tratamiento en un entorno institucional para administrar el cuidado con seguridad, incluyendo el tratamiento si usted sufre de una condición médica o del comportamiento, tales como autismo o Alzheimer, que limita severamente su capacidad de cooperar con el cuidado necesario.

Beneficios médicos bajo PPO

- **Cirugía de reasignación de género** para individuos con un diagnóstico de disforia de género y cargos relacionados (por ejemplo, exámenes de laboratorio, radiografías, visitas al consultorio, etc.). El Plan cubrirá los procedimientos quirúrgicos, incluidas las cirugías correctivas médicamente necesarias, para cambiar su género una sola vez (por ejemplo, si el Plan cubre los procedimientos que cambian su género de masculino a femenino, el Plan no pagará entonces, para cambiar su género de regreso a masculino). Debe tener al menos 18 años de edad y obtener autorización previa para servicios quirúrgicos. La terapia de infusión hormonal también se cubrirá sin límite de edad. Sin embargo, si usa hormonas supresoras de la pubertad, su profesional de atención médica debe documentar que usted ya ha comenzado la pubertad (Tanner etapa 2 o superior).

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:

- 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-17*.
- Procedimientos para el tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular, trastornos craneofaciales o trastornos ortognáticos, a menos que se haya recibido una aprobación previa por escrito de UNITE HERE HEALTH.
- A menos que se indique específicamente como cubierto, salvo los procedimientos de LeFort, cirugía para modificar las relaciones de la mandíbula incluyendo, pero no limitado a, procedimientos de osteoplastia y genioplastia.
- A menos que se indique específicamente como cubierto, aumento del reborde alveolar o procedimientos de implantes, extracciones dentales, 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.
- Cuidado privado de enfermería.
- Anticonceptivos orales o dispositivos anticonceptivos de venta libre (sin receta).
- Refracciones de los ojos, anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, estos gastos pueden estar cubiertos bajo los beneficios de la visión (*ver página B-13*).
- Excepto como específicamente cubierto bajo el Plan, artículos o servicios no relacionados con la atención médica, incluyendo, pero no limitado a, suplementos o nutrición oral y suministros desechables, tales como vendajes, antisépticos y pañales.

Beneficios de medicamentos con receta bajo PPO

Conozca sobre sus beneficios de medicamentos si está en PPO:

- ▶ 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 ahorrarle 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 si usted está en la opción de beneficio PPO. Si usted está en una opción de Kaiser HMO, consulte la sección que comienza en la [página B-1](#) para obtener información sobre sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.

PPO está cerrado para los empleados que no están ya inscritos en esta opción a partir del 1 de Marzo de 2018. Si usted elige pasarse a una opción de HMO, no puede volver a PPO.

Beneficios de medicamentos con receta bajo PPO

El Plan tiene un contrato con Hospitality Rx, LLC (Hospitality Rx) para administrar sus beneficios de medicamentos con receta.

Hospitality Rx brinda acceso a una selecta red nacional de farmacias participantes (llamada la red True Choice) que usted debe usar para poder obtener beneficios de medicamentos con receta. *No todas las farmacias están en su red de farmacias. Walgreens está en su red.* CVS y Wal-Mart, no pertenecen a su red. Debido a que esta lista cambia de vez en cuando, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al **(855) 484-8480** o visite www.hospitalityrx.org para obtener la lista más actualizada de farmacias dentro de la red.

Si usted usa una farmacia que no está en su red, tendrá que pagar el 100% del costo del medicamento con receta. 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 o hacer preguntas sobre sus beneficios	UNITE HERE HEALTH	(855) 484-8480
Obtener autorización previa para medicamentos con receta o para preguntar qué medicamentos requieren autorización previa	Hospitality Rx	(844) 813-3860
Obtener un glucómetro gratis	TrueMetrix (por Trividia)	(866) 788-9618
	One Touch (por LifeScan) <i>usar código de pedido 739WDRX01</i>	(888) 883-7091 www.OneTouch.orderpoints.com
Ordenar de la farmacia de pedidos por correo	WellDyneRx Home Delivery (a través de Hospitality Rx)	(844) 813-3860
Ordenar de la farmacia especializada	AllianceRx Walgreens Prime	(877) 647-5807

También puede visitar www.hospitalityrx.org para obtener más información.

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.

Beneficios de medicamentos con receta bajo PPO

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-24* para obtener información sobre lo que no está cubierto).

Medicamentos con Receta – (Farmacias Dentro de la Red Minoristas y de Pedidos por Correo)	Su Costo por Cada Abastecimiento o Reabastecimiento	
	Farmacia Minorista hasta un suministro de 34 días	Pedido por Correo hasta un suministro de 60 días
Beneficios de Medicamentos con Receta del Formulario		
Medicamentos con Receta Preventivos, Incluyendo inmunizaciones (<i>ver página H-6</i>)	\$0	
Medicamentos Genéricos	\$10	
Medicamentos de Marca Preferidos	\$30	
Medicamentos de Marca No Preferidos	\$50	
Medicamentos Especializados o Biosimilares	25%, hasta un máximo de \$50	
Medicamentos con Receta y Suministros que No Están en el Formulario	No tiene cobertura	
Límite de Red de Seguridad (Safety Net) de Gastos Fuera de su Bolsillo para Atención Médica y Medicamentos con Receta Dentro de la Red Combinados	\$6,350 por persona y \$12,700 por familia	

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) 813-3860 si usted o su proveedor de atención médica tiene 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 debe comunicarse con Hospitality Rx al (844) 813-3860 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 una prescripción.

Usted debe usar la farmacia especializada para obtener medicamentos especializados o biosimilares. *Ver página C-24* para obtener más información sobre la farmacia especializada.

Beneficios de medicamentos con receta bajo PPO

Límite de gastos fuera de su bolsillo

Su costo compartido para la mayoría de los gastos médicos y de medicamentos con receta cubiertos dentro de la red está limitado a \$6,350 por persona (\$12,700 por familia) cada año calendario bajo el límite de red de seguridad (safety net) de gastos fuera de su bolsillo. Una vez que sus costos de gastos fuera de su bolsillo para gastos cubiertos cumplan con estos límites, el Plan generalmente pagará el 100% de sus (o de su familia) gastos médicos y de medicamentos con receta dentro de la red 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 la opción de beneficio PPO” también cuentan hacia este límite de gastos fuera de su bolsillo.

Ciertos gastos de medicamentos con receta no cuentan hacia su límite de gastos fuera de su bolsillo. Esto incluye todos los montos que usted debe pagar además de su copago cuando usted o su médico eligen un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico disponible (ver “Política para medicamentos genéricos con receta” a continuación), y cualquier cantidad de recargo que pague por abastecimientos anticipados. Estos gastos no cuentan hacia su límite de gastos fuera de su bolsillo y usted seguirá siendo responsable de estos gastos, incluso si ya ha cumplido el límite de gastos fuera de su bolsillo por el año.

Puede obtener más información sobre sus límites de gastos fuera de su bolsillo en la [página C-10](#) y la [página H-6](#).

Política para medicamentos genéricos con receta

Si usted o su proveedor eligen un medicamento de marca con receta 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, y el costo del Fondo para el equivalente genérico es de \$30, usted debe pagar la diferencia de \$50. También tendrá que pagar el copago de medicamentos genéricos con receta.

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. 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 se le aprueba una excepción a la política de medicamentos genéricos con receta, aún tendrá que pagar el copago aplicable por medicamento de marca preferida o no preferida.

Lo que está cubierto

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

- Medicamentos con receta aprobados por la FDA que pueden ser adquiridos legalmente únicamente con una receta escrita de un proveedor de atención médica. Esto incluye anticonceptivos orales e inyectables y medicamentos mezclados a pedido por un farmacéutico, siempre y cuando al menos una parte del medicamento mezclado a pedido sea un medicamento con receta aprobado por la FDA

Beneficios de medicamentos con receta bajo PPO

- Los siguientes suministros para diabéticos: 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), incluyendo inmunizaciones (*ver página H-6*).
- Las siguientes vitaminas de fuente única: sulfato ferroso, vitamina D, cianocobalamina, vitamina K, cloruro potásico, bicarbonato, fosfato, acetato de calcio, niacina y Galzina (zinc).
- Terapia hormonal siempre que las hormonas estén aprobadas por la FDA y únicamente estén disponibles por prescripción. Se requiere autorización previa para cierta terapia hormonal. La terapia hormonal para personas con disforia de género no está sujeta a una restricción de edad; sin embargo, el proceso de autorización previa para personas menores de 18 años incluirá un requisito adicional de que el médico tratante tenga documentación que demuestre la madurez sexual de la etapa 2 de Tanner o más.

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 (por Trividia)**
no se necesita un código de pedido

(888) 883-7091 para **OneTouch (por LifeScan)**
o visite www.OneTouch.orderpoints.com
use el código de pedido 739WDRX01

Si no desea utilizar uno de los glucómetros gratuitos del Fondo, tiene que pagar el costo total del glucómetro por adelantado. Puede presentar un reclamo bajo los beneficios médicos por el glucómetro, pero podría no ser reembolsado por 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) 813-3860** o visitando 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

Beneficios de medicamentos con receta bajo PPO

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-8 para obtener información sobre cómo apelar una denegación de autorización previa o apelar una denegación de beneficios de medicamentos con receta.

Autorización previa

Si usted tiene una receta para ciertos medicamentos, su proveedor de atención médica deberá proporcionar sus registros médicos para demostrar que el medicamento con receta es clínicamente apropiado para su situación médica. La lista de medicamentos con receta que requieren autorización previa cambia de vez en cuando. Llame a Hospitality Rx al **(844) 813-3860** 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 solicitud de abastecimiento anticipado, y 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 receta. Un programa de terapia escalonada le pedirá que pruebe primero versiones de venta libre, genéricas, o versiones preferidas del formulario de medicamentos con receta. Si el medicamento con receta de primer nivel no funciona para usted, o causa efectos secundarios graves, se le “da un paso arriba” a otro nivel de medicamento con receta.

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. Si esto todavía no funciona, se le puede pedir que pruebe una versión no preferida del formulario.

La lista de medicamentos con receta que requieren terapia escalonada cambia de vez en cuando. Contacte a Hospitality Rx al **(844) 813-3860** con preguntas sobre qué medicamentos con receta requieren terapia escalonada.

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 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.
- Los medicamentos para la impotencia masculina están limitados a 6 aplicaciones por mes y a un suministro inicial de 3 meses.
- 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 antes de lo permitido bajo las pautas aplicables, los programas de seguridad o de contención de costos u otras reglas del Plan, pero en algunos casos, puede volver a reabastecer su receta antes de lo que 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 demasiado pronto porque malinterpretó las instrucciones o accidentalmente utilizó demasiado (limitado a un reabastecimiento anticipado de por vida para ese 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 de hasta \$50 (o el costo del medicamento, si es menos) además del copago aplicable después del primer reabastecimiento anticipado de un medicamento cada año, también es posible que usted tenga que participar en el programa de administración de casos (case management program) de farmacia.

Llame a Hospitality Rx al **(844) 813-3860** 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.

Beneficios de medicamentos con receta bajo PPO

Usted o su proveedor de atención médica pueden llamar para 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 hasta 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, por teléfono o en el internet.

WellDyneRx Home Delivery

(844) 813-3860

www.mywdrx.com

(Es necesario registrarse)

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 le 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.

AllianceRx Walgreens Prime

(877) 647-5807

(TTY) 866-830-4366

www.alliancerxwp.com

La farmacia especializada AllianceRx Walgreens Prime es diferente a las farmacias minoristas de Walgreens.

Lo que no está cubierto

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

Beneficios de medicamentos con receta bajo PPO

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.
- 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-23*).
- Antihistamínicos no sedantes o bloqueadores de los receptores de histamina.
- Inhibidores de la bomba de protones de venta libre.
- 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.
- Medicamentos “me-too” (aparentemente nuevos) de alto costo, a menos que el Fondo o su representante apruebe una excepción a través del programa de autorización previa. 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.
- 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.
- Medicamentos o fármacos utilizados, consumidos o administrados en el lugar donde se

Beneficios de medicamentos con receta bajo PPO

dispensa, con excepción de las inmunizaciones. (Estos medicamentos pueden estar cubiertos bajo sus beneficios médicos.)

- Dispositivos anticonceptivos e implantes que no sean non-legend (sin leyenda y de venta libre) medicamentos anticonceptivos, dispositivos o suministros aprobados por la FDA que hayan sido recetados por un proveedor de atención médica.
- Medicamentos utilizados por razones cosméticas.
- 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 Plan.
- 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-12*).

Coordinación de beneficios bajo PPO

Conozca:

- ▶ Cómo se pagan los beneficios si usted está en PPO y está cubierto bajo otro(s) plan(es).

Esta sección sólo se aplica si usted está en la opción de beneficio PPO. Si usted está en una opción de Kaiser HMO, consulte la sección que comienza en la [página B-1](#) para obtener información sobre sus beneficios médicos y de medicamentos con receta.

PPO está cerrado para los empleados que no están ya inscritos en esta opción a partir del 1 de Marzo de 2018. Si usted elige pasarse a una opción de HMO, no puede volver a PPO.

Coordinación de beneficios bajo PPO

Estas disposiciones de coordinación de beneficios sólo se aplican a los beneficios médicos bajo la opción de beneficio PPO. 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 PPO, 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 PPO 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.

TEl 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 coordinara 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 paga primero se resumen a continuación.

- 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.

Coordinación de beneficios bajo PPO

- Los planes que tiene COB y que cubre 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 gastos de salud del niño(a) se establece por orden judicial pagan primero.
 - ▶ Si no 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.

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

Soy un empleado activo

Generalmente, el Plan paga como primario a Medicare para usted y sus dependientes. Sin embargo, hay una excepción si usted o su dependiente tiene enfermedad renal en etapa terminal (vea a continuación).

Si usted también está inscrito en Medicare, Medicare pagará como secundario. Esto significa que Medicare puede pagar por algunos de sus gastos después de que el Plan pague sus beneficios.

Soy un empleado activo, pero tengo, o mi dependiente tiene, enfermedad renal en etapa terminal (ESRD por sus iniciales en inglés)

Durante los primeros 30 meses usted (o su dependiente) son elegibles para Medicare debido a ESRD, el Plan paga como primario y Medicare paga como secundario.

Medicare pagará como primario por personas con ESRD, independientemente de su edad, comenzando 30 meses después de ser elegible para Medicare debido a ESRD. El Plan paga secundario, independientemente si usted (o su dependiente) se haya inscrito en Medicare.

Por lo general, su cobertura de Medicare por ESRD terminará, y las reglas normales de coordinación del Plan se aplicarán nuevamente:

- 12 meses después del mes en que deja los tratamientos de diálisis; o
- 36 meses después del mes en que se realiza un trasplante de riñón

Si usted (o su dependiente) tiene ESRD, debe inscribirse a Medicare para evitar que se le facturen cosas que Medicare cubrirá.

Tengo cobertura COBRA o cobertura para jubilados

Si usted y sus dependientes tienen cobertura COBRA o cobertura para jubilados, y usted (o su dependiente) es elegible para Medicare, el Plan paga como secundario a Medicare independientemente de que usted (o su dependiente) se inscriba en Medicare. El Plan no pagará montos que pueden ser pagados por Medicare.

Si tiene cobertura de jubilado o de COBRA, y no se inscribe en ambos, 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.

Cómo obtener ayuda con Medicare

Obtenga ayuda para inscribirse en Medicare u obtenga respuestas sobre Medicare:

- Llamando al **(800) 772-1213**
- Visitando en línea a www.SocialSecurity.gov
- Contactando a su oficina local del Seguro Social

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.

C-32

*Unidad de
plan 178*

Exclusiones y limitaciones generales

Conozca:

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

Las exclusiones y limitaciones en esta sección no se aplican a ningún beneficio proporcionado a través de una opción de beneficio Kaiser HMO ni a los beneficios para la visión. Llame al Fondo al (855) 484-8480 si tiene preguntas sobre esta sección.

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 la opción de beneficio PPO, medicamentos con receta bajo la opción beneficio PPO y para beneficios dentales. 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 por una HMO por el costo de cualquier servicio prestado.
- 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-6*), 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.
- Cualquier tratamiento, servicios o suministros comprados o proporcionados fuera de los

Exclusiones y limitaciones generales

D

Estados Unidos (o sus Territorios), a menos que sea una emergencia médica. La decisión de los Fideicomisarios para determinar si existe una emergencia será definitiva.

- Cualquier cargo incurrido mientras usted está confinado en un hospital, asilo de ancianos u otra instalación o institución (o una parte de dicha instalación) 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.
- Cargos hospitalarios por artículos de confort personal, incluidos pero no limitados a, teléfono, televisión, cosméticos, bandejas para invitados, revistas y camas o cunas para familiares u otros huéspedes.
- Suministros o equipo para la higiene personal, comodidad o conveniencia tales como, pero no limitado a, aire acondicionado, humidificador, equipo de acondicionamiento físico y ejercicio, cama de bronceado o cama de agua.
- Construcción de viviendas por cualquier motivo.
- Podiatría de rutina, incluyendo pero no limitada a, tratamiento de callos y durezas, el cuidado de las afecciones de las uñas y el cuidado de las afecciones dermatológicas de los pies.
- 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.
- Cualquier tratamiento dental de los dientes o sus estructuras de apoyo, o servicios o suministros asociados con dicho tratamiento, a menos que se mencione específicamente como un gasto cubierto.
- 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 tabaco, que no sean los servicios de cuidados preventivos de la salud.
- Aparatos auditivos.
- Anteojos o aparatos auditivos, excepto que se indique específicamente como cubierto.
- Exámenes de la vista o auditivos, salvo que se indique 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 para la visión (*ver página B-13*).

D-3

Exclusiones y limitaciones generales

- Cualquier gasto o cargo por un hogar de descanso, casa hogar para ancianos o asilo de ancianos.
- Cualquier cargo 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 indicado específicamente como cubierto) que no es para la corrección o cura de una lesión corporal o enfermedad.
- Procedimientos para revertir una esterilización voluntaria.
- 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 cosméticos.
- 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.
- Medicamentos con receta que no se compran a un proveedor dentro de la red, además de los consumidos en el lugar en el que se dispensan.
- 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 falsa o tergiversación.

Subrogación

Conozca:

- ▶ Sus responsabilidades o los derechos del Plan si sus gastos médicos sean a causa de un accidente o un acto causado por otra persona.

Subrogación

Esta sección solo se aplica a los miembros inscritos en la opción del Plan PPO y, para los miembros inscritos en una de las opciones de Kaiser, a esos beneficios que no se proporcionan a través de Kaiser. Si está inscrito en Kaiser, consulte su folleto de Kaiser para obtener información adicional sobre subrogación.

El derecho del Plan de recuperar los pagos

Cuando la lesión es causada por otra persona

En algunas ocasiones, usted o su dependiente sufren de lesiones e incurren 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.

Declaración de Hechos y Acuerdo para Reembolso

Para determinar los beneficios de una lesión causada por un tercero, UNITE HERE HEALTH puede requerir una Declaración de Hechos firmada. Este formulario solicita información específica sobre la lesión y pregunta si usted tiene o no la intención de iniciar una acción legal. Si recibe una Declaración de Hechos, debe presentar una copia completada y firmada a UNITE HERE HEALTH antes de que se paguen los beneficios.

Junto con la Declaración de Hechos, recibirá un Acuerdo para Reembolso. Si usted decide emprender acciones legales o presentar un reclamo relacionado con el accidente, usted y su abogado (si contrata a uno) también deben firmar un Acuerdo para Reembolso antes de que UNITE HERE HEALTH pague los beneficios. El Acuerdo para Reembolso ayuda 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; o
- Su propia compañía de seguros de responsabilidad civil.

El Acuerdo para Reembolso también permite 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, 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 aplica) hasta que el monto adeudado a UNITE HERE HEALTH sea satisfecho.

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, incluyendo los términos descritos en el Acuerdo de Reembolso.

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 continua o consideraciones similares. Cuando se resuelva el reclamo, si usted considera que la cantidad a la que tiene derecho UNITE HERE HEALTH debe ser reducida, envíe una solicitud por escrito a:

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

E-4

*Unidad de
plan 178*

Elegibilidad para cobertura

Conozca:

- ▶ Quién es elegible para cobertura (quién se considera un dependiente).
- ▶ Cómo se inscriben usted y sus dependientes.
- ▶ Cuándo y cómo se convierte en elegible para cobertura.
- ▶ Cómo permanecer elegible para cobertura.

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 realizar 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 cuentan 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 realizar 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 las siguientes reglas:

- Trabaja para un empleador que es requerido por CBA (por sus iniciales en inglés) a contribuir con UNITE HERE HEALTH en su nombre.
- Las contribuciones requeridas por CBA son recibidas por UNITE HERE HEALTH.
- Usted realiza cualquier pago de contribución del empleado (EC Payment) requerido por su CBA o por UNITE HERE HEALTH.
- Cumple con las reglas de elegibilidad del Plan.

Si se requiere que usted haga cualquier pago EC 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 hacer arreglos 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
130 S. Alvarado Street
2nd Floor
Los Angeles, CA 90057

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. La cobertura para sus dependientes se proporciona sin costo para usted.

Sus dependientes serán elegibles para la misma opción de beneficio que usted elija para usted mismo.

Usted puede agregar dependientes después de que empiece su cobertura. Vea “Cobertura Para Dependiente” empezando *en la página F-13* para más 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 una de las opciones de Kaiser 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 (Qualified Medical Child Support Order).
 - ✓ 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.
 - ▶ Su nieto(a) soltero menor de 19 años, siempre y cuando él o ella viva con usted, y usted le brinde su apoyo principal.

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

Elegibilidad para cobertura

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:

- ▶ Usted (el empleado) sigue 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(a) con una discapacidad grave.

Elección de opciones de beneficios

UNITE HERE HEALTH ofrece diferentes opciones de beneficios para cobertura de beneficios médicos y de medicamentos con receta. Sus opciones de beneficios médicos y de medicamentos con receta se basan en su clasificación de empleado (hotel, centro de eventos o cafetería). Su contribución como empleado (EC Payment), si la hay, se basa en la opción de beneficios que usted elija.

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

Sus dependientes inscritos automáticamente estarán cubiertos bajo la misma opción de beneficio médico que usted seleccione. Si usted y su cónyuge son ambos empleados, usted y su cónyuge también estarán cubiertos bajo la misma opción de beneficio médico.

Opciones médicas (incluyendo cobertura de medicamentos con receta)

Sus opciones de beneficios médicos y el beneficio dental que acompaña a cada opción médica, se muestran en la siguientes tablas. También se muestra el monto de su pago EC (EC payment), el cuál es lo que usted debe al Fondo cada mes por su parte de la cobertura.

Sus Opciones de Beneficios y Pagos EC Mensuales			
	Empleados de Hotel	Empleados de Centro de Eventos	Empleados de Cafetería
Kaiser+ HMO (con Dental+)	\$0	\$25	\$25
Kaiser2+ HMO (con Dental2+)	\$25	\$50	\$50
Kaiser3+ HMO (con Dental2+)	\$50	no disponible	no disponible
Sólo para empleados que se inscribieron en PPO antes del 1 de Marzo de 2018: Si se cambia de PPO a una de las opciones HMO, no puede reelegir el PPO			
PPO (con Dental2+)	\$50	\$50	\$50

Puede inscribirse usted y/o sus dependientes en cualquier momento mientras sea elegible para los beneficios. Sin embargo, si no se inscribe cuando es elegible por primera vez para hacerlo, únicamente podrá inscribirse en la opción Kaiser+ hasta el próximo período de inscripción abierta o especial.

Requerimientos para inscripción

Empleados

Usted o su empleador deben proporcionar al Fondo cualquier información requerida antes de que se paguen los beneficios en su nombre. Esto puede incluir proporcionar un formulario de inscripción firmado.

Dependientes

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

Para poder inscribir a sus dependientes, debe proporcionar cualquier información requerida sobre ellos a UNITE HERE HEALTH.

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). Si está inscribiendo a un nieto(a), su declaración de impuestos debe demostrar que usted reclamó al nieto(a) como dependiente.
- 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.

Elegibilidad para cobertura

- 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.

No se proporcionarán beneficios de ningún tipo para sus dependientes hasta que estén debidamente inscritos.

Cuando inicia su cobertura (elegibilidad inicial)

Su cobertura inicia a las 12:01a.m. en el primer día del período de cobertura correspondiente al primer período de trabajo para el cual se requieren contribuciones en su nombre, y por el cual usted realiza cualquier pago EC aplicable para el último mes del período de trabajo.

Para efectos de establecer la elegibilidad inicial:

- **Período laboral** significa el período de 5 meses calendarios por el cual su empleador debe hacer contribuciones a UNITE HERE HEALTH en su nombre, incluyendo cualquier pago EC o cualquier monto que esté requerido a contribuir bajo los términos de su CBA, y durante el cual usted cumple con el requisito de elegibilidad requerido cada mes.
- **Período de descanso (Lag period)** significa los 2 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 para el cual está vigente la cobertura determinada por 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, Enero	Febrero

Supongamos que usted trabaja las horas requeridas y su empleador realiza las contribuciones requeridas, durante cada Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre. Su cobertura comienza el 1 de Febrero —siempre y cuando usted realice cualquier pago EC requerido.

Requisitos de trabajo

- ✓ Para ser elegible, usted también debe realizar cualquier pago EC mensual requerido.
- ✓ Para los propósitos de determinar sus requisitos de trabajo, usted es un “empleado con derechos protegidos” (grandfathered employee) si, entre el 1 de Marzo de 2010 y el 31 de

Elegibilidad para cobertura

Mayo de 2011, usted YA SEA QUE haya trabajado al menos una hora O estuvo cubierto por lo menos un mes bajo el Los Angeles Hotel-Restaurant Employer-Union Welfare Fund.

Requisitos Mensuales de Trabajo			
	Empleados de Hotel	Empleados de Centro de Eventos	Empleados de Cafetería
Empleados con Derechos Protegidos (Grandfathered Employees)	80 horas	60 horas	80 horas
Todos los Demás Empleados	80 horas	100 horas - <i>primeros 5 años de empleo</i>	120 horas - <i>primeros 5 años de empleo</i>
		80 horas - <i>después de 5 años de empleo</i>	80 horas - <i>después de 5 años de empleo</i>

Regla especial para empleados del centro de eventos Dodger's Stadium

Si la temporada comienza después del 5to día del mes, o termina antes del día 25 del mes, ese mes es considerado como “mes corto”. Si usted trabaja al menos 40 horas durante un “mes corto”, se considerará que ha cumplido con el requisito de horas de elegibilidad.

Por ejemplo, si la temporada termina el 15 de Octubre, únicamente necesita trabajar 40 horas en Octubre para cumplir con el requisito de trabajo para Octubre.

Continuación de la elegibilidad

Una vez que establece la elegibilidad, usted mantiene la elegibilidad cuando continúa cumpliendo con los requisitos de trabajo que se describen a continuación, durante los períodos de trabajo correspondientes, y realiza cualquier contribución mensual aplicable al empleado.

Para propósitos de continuación de la elegibilidad:

- **Período laboral** significa el mes calendario por el cual su empleador debe hacer una contribución a UNITE HERE HEALTH en su nombre, incluyendo cualquier pago EC o cualquier monto que usted esté requerido a contribuir bajo los términos de su Acuerdo de Negociación Colectiva.
- **Período de descanso (Lag period)** significa los 2 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 para el cual está vigente la cobertura determinada por el período de trabajo correspondiente.

Elegibilidad para cobertura

Ejemplo: Continuación de la Elegibilidad		
Mes Laboral	Período de Descanso (Lag Period)	Período de Cobertura
Diciembre	Enero - Febrero	Marzo
Enero	Febrero - Marzo	Abril
Febrero	Marzo - Abril	Mayo

Supongamos que ya es elegible, y su empleador debe contribuir en su nombre para el mes de Diciembre. Si usted cumple con la regla de continuación de la elegibilidad que se describe a continuación, y realiza cualquier pago EC requerido, su cobertura continúa durante Marzo. Las contribuciones para Enero continúan su cobertura para Abril, y así sucesivamente.

Work requirements

- ✓ Para mantener su elegibilidad, usted también debe realizar cualquier pago EC mensual requerido.
- ✓ Para los propósitos de determinar sus requisitos de trabajo, usted es un “empleado con derechos protegidos” (grandfathered employee) si, entre el 1 de Marzo de 2010 y el 31 de Mayo de 2011, usted YA SEA QUE haya trabajado al menos una hora O estuvo cubierto por lo menos un mes bajo el Los Angeles Hotel-Restaurant Employer-Union Welfare Fund

Requisitos Mensuales de Trabajo			
	Empleados de Hotel	Empleados de Centro de Eventos	Empleados de Cafetería
Empleados con Derechos Protegidos (Grandfathered Employees)	80 horas	60 horas	80 horas
Todos los Demás Empleados	80 horas	100 horas - <i>primeros 5 años de empleo</i> 80 horas - <i>después de 5 años de empleo</i>	120 horas - <i>primeros 5 años de empleo</i> 80 horas - <i>después de 5 años de empleo</i>

Regla especial para empleados del centro de eventos Dodger's Stadium

Si la temporada comienza después del 5to día del mes, o termina antes del día 25 del mes, ese mes es considerado como “mes corto”. Si usted trabaja al menos 40 horas durante un “mes corto”, se considerará que ha cumplido con el requisito de horas de elegibilidad.

Por ejemplo, si la temporada termina el 15 de Octubre, únicamente necesita trabajar 40 horas en Octubre (en lugar de 60 horas) para cumplir con el requisito de trabajo para Octubre.

Una vez que sea elegible, si trabaja más de la cantidad de horas requeridas durante un período de trabajo, esas horas adicionales pueden ser guardadas. Estas horas adicionales le ayudarán a continuar su elegibilidad bajo las reglas de Dodger's Stadium si usted no tiene el número de horas requeridas en los próximos meses. Puede usar estas horas extras para continuar su elegibilidad hasta 2 meses después de que termine la temporada. Sin embargo, las horas extras que gana durante un año calendario no se pueden continuar durante el próximo año calendario. Sin embargo, no puede combinar horas acumuladas con horas que trabaja para otros empleadores.

- *Por ejemplo, usted **es** un empleado con derechos protegidos (grandfathered employee):* Si usted gana un total de 80 horas en Agosto de 2018, tiene 20 horas extras. Si solo gana 50 horas en Septiembre, puede usar 10 horas de sus horas extras para cumplir con la regla de las 60 horas. Esto lo deja con un total de 10 horas extras. Las 10 horas extras no se traspasarán a 2019.
- *Por ejemplo, usted **no es** un empleado con derechos protegidos (grandfathered employee) y tiene menos de cinco años de experiencia:* Si usted gana un total de 120 horas en Agosto de 2018, tiene 20 horas extras. Si solo gana 90 horas en Septiembre, puede usar 10 horas de sus horas extras para cumplir con la regla de las 100 horas. Esto lo deja con un total de 10 horas extras. Las 10 horas extras no se traspasarán a 2019.

Elegibilidad para empleados que trabajan para más de un empleador

Si usted trabaja para más de un empleador, su empleador no puede deducir de la nómina ningún pago EC requerido, por ejemplo, si no gana suficientes horas para ser elegible con ese empleador, es posible que tenga que realizar su pago EC directamente a UNITE HERE HEALTH. Llame al Fondo si tiene preguntas sobre cómo realizar un pago EC.

Comuníquese con el Fondo al **(855) 484-8480** con preguntas sobre su elegibilidad si trabaja para más de un empleador.

Elegibilidad para empleados que trabajan para más de un grupo de empleados

Si usted trabaja en más de un grupo de empleadores (hotel, centro de eventos y cafetería), su elegibilidad se determinará basada en las horas que gane. Si no cumple los requisitos de elegibilidad para un grupo de empleados, pero lo cumple para un segundo grupo de empleados, su elegibilidad continuará según las reglas del segundo grupo de empleados. Esto significa que se aplicarán las reglas de elegibilidad, opciones de beneficios y pagos EC del segundo grupo de empleados, si corresponde.

- *Por ejemplo, supongamos que usted es un empleado con derechos protegidos (grandfathered employee).* Durante Agosto de 2018, usted trabaja 65 horas como empleado de hotel y 15 horas como empleado de centro de eventos. Usted necesita 80 horas para continuar con la elegibilidad como empleado de hotel, o 60 horas para continuar con la elegibilidad como empleado de centro de eventos. No tiene suficientes horas para continuar la cobertura como empleado de hotel, pero tiene suficientes horas para continuar la cobertura como empleado de centro de eventos porque trabajó el mínimo de 60 horas para la cobertura de los empleados de centro de eventos.

Elegibilidad para cobertura

Usted será elegible durante el mes de Noviembre de 2018 como empleado de centro de eventos si realiza cualquier pago EC requerido. Las horas que trabaje durante Septiembre de 2018 determinarán su elegibilidad para Diciembre de 2018. Si trabaja al menos 80 horas como empleado de hotel durante el mes de Septiembre, nuevamente será cubierto como empleado de hotel durante el mes de Diciembre.

Si usted es elegible como empleado de cafetería o empleado de centro de eventos, y estaba cubierto bajo Kaiser3+ como empleado de hotel, se le cambiará automáticamente a la cobertura de Kaiser2+ incluso si tuviera algunas horas como empleado de hotel.

- Sin embargo, tiene la opción de comprar derechos (buy-up) de cobertura para continuar con su opción de beneficio Kaiser3+. Si desea comprar derechos (buy-up) para Kaiser3+, debe pagar la diferencia en el costo entre 80 horas como empleado de hotel y las horas que realmente trabajó.
- Si decide comprar derechos (buy-up) para Kaiser3+, debe continuar comprando derechos para Kaiser+3 cada mes que sea elegible como empleado de cafetería o centro de evento. Si no compra derechos (buy-up) para la opción de beneficio Kaiser3+, no podrá volver a elegir Kaiser3+ hasta que recupere su elegibilidad como empleado de hotel.

Si es elegible como empleado de cafetería o empleado de centro de eventos, y estaba cubierto bajo Kaiser2+ como empleado de hotel, continuará cubierto bajo la opción de beneficio Kaiser2+. La misma regla se aplica si está cubierto por Kaiser+ o la opción PPO.

Comuníquese con el Fondo al **(855) 484-8480** con preguntas sobre su elegibilidad si trabaja en más de un grupo de empleados, o para comprar derechos (buy-up) para Kaiser3+ (si está disponible).

Horas de vacaciones

Si usted no trabaja las horas suficientes para continuar con su elegibilidad, las horas de vacaciones que su empleador le paga se aplicarán automáticamente para ayudar a mantener su elegibilidad. Las horas de vacaciones se pueden aplicar en cualquier incremento(s) necesario.

Las horas de vacaciones no aplicadas dentro de 12 meses no pueden ser transferidas

Horas de crédito por discapacidad

- ✓ A efectos de esta sección, totalmente discapacitado significa que se le impide, por lesión o enfermedad trabajar en una ocupación por la cual está calificado.
- ✓ Las horas de crédito por discapacidad no se aplicarán hasta que haya agotado cualquier permiso disponible conforme la Family and Medical Leave Act. Hable con su empleador si tiene preguntas sobre dicha licencia de ausencia.

Las horas de crédito por discapacidad le ayudan a continuar la elegibilidad para su nivel actual de cobertura si queda totalmente discapacitado. Si su elegibilidad continúa debido a las horas de crédito por discapacidad, usted será elegible para los mismos beneficios para los que era elegible antes de que quedara totalmente discapacitado.

Elegibilidad para cobertura

Si califica para elegibilidad durante una discapacidad, se le otorgarán créditos por discapacidad de 8 horas por cada día que esté discapacitado.

Para calificar para las horas de crédito por discapacidad, debe cumplir con todas las reglas a continuación:

- Usted trabaja para un empleador contribuyente durante el período de trabajo durante el cual comienza su discapacidad total.
- Ha trabajado para un empleador contribuyente durante el período de trabajo anterior al período de trabajo en el que comienza su discapacidad total.
- Usted ha sido elegible para recibir beneficios debido a que trabajó al menos en 9 de los 12 períodos de trabajo inmediatamente anteriores al período de trabajo en el que comienza la discapacidad total.

La cantidad máxima de tiempo que puede continuar con su elegibilidad utilizando las horas de crédito por discapacidad depende de su clasificación como empleado:

Tiempo máximo que puede ganar horas de crédito por discapacidad		
Empleados de Hotel	Empleados de Centro de Eventos	Empleados de Cafetería
hasta 6 meses durante cualquier período de 12 meses consecutivos	hasta 3 meses durante cualquier período de 12 meses consecutivos	hasta 3 meses durante cualquier período de 12 meses consecutivos

Los períodos de discapacidad por la misma causa se tratarán como 1 período de discapacidad a menos que usted haya regresado a trabajar durante al menos 2 semanas. Los períodos de discapacidad por causas no relacionadas se tratarán como períodos separados de discapacidad si usted ha regresado a trabajar durante al menos 2 semanas.

Créditos por discapacidad extendidos para empleados de hotel

Si está cubierto como empleado de hotel, será elegible para créditos por discapacidad extendidos hasta 12 meses después de haber agotado sus horas de crédito por discapacidad, si cumple con todas las reglas a continuación:

- Tenía al menos 50 años de edad antes de quedar totalmente discapacitado.
- Usted era elegible bajo el Plan durante al menos 120 de los 150 meses inmediatamente anteriores a quedar totalmente discapacitado.
- Permanece totalmente discapacitado e incapaz de trabajar.

Después de agotar sus créditos por discapacidad extendidos, tiene la opción de realizar pagos individuales por hasta 6 meses adicionales. Será elegible para los mismos beneficios que cuando era un empleado activo.

Comuníquese con UNITE HERE HEALTH con preguntas acerca de continuar su elegibilidad mientras está discapacitado.

Auto-pagos (self-payments)

Si elige realizar un auto-pago (o pago en efectivo), también se le requerirá que realice cualquier contribución mensual aplicable al empleado.

Auto-pagos (self-payments) para continuar la cobertura

Usted puede realizar auto-pagos (a veces llamados pagos en efectivo) para continuar su cobertura si no cumple con las horas mínimas para continuar con su elegibilidad. El período de trabajo para el cual realiza un auto-pago debe seguir inmediatamente a uno por el que se le acreditaron las horas suficientes para continuar con su elegibilidad. Esto incluye realizar auto-pagos o recibir horas de crédito por discapacidad.

El monto del auto-pago requerido depende de la cantidad de horas que trabajó, y del grupo(s) de empleados en el que trabajó. Si elige realizar un auto-pago (o pago en efectivo), también se le requerirá que realice cualquier contribución mensual aplicable al empleado.

Los auto-pagos vencen el día 15 de cada mes inmediatamente anterior al período de cobertura aplicable. También debe pagar cualquier pago EC aplicable.

Puede realizar auto-pagos por hasta 12 períodos de trabajo consecutivos. Usted dejará de ser elegible para realizar auto-pagos si su empleo finaliza, o si no se realiza un auto-pago puntual y no se realiza la contribución mensual aplicable del empleado.

La cantidad de meses para los que puede realizar auto-pagos se reduce por la cantidad de meses para los que es elegible basado en la cobertura por discapacidad (ver “Horas de Crédito por Discapacidad”). Por ejemplo, si obtiene 3 meses de créditos por discapacidad, solo será elegible para realizar 9 meses de auto-pagos. Si es elegible para 12 o más meses debido a una discapacidad, no tendrá derecho a realizar auto-pagos.

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 auto-pagos (self-payments) para continuar con su cobertura hasta que se complete la remodelación o restauración. Sin embargo, sólo puede realizar auto-pagos por 18 meses a partir de la fecha en que su lugar de trabajo comenzó la remodelación o restauración.

Auto-pagos (self-payments) 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.
- El sindicato certifica que se están tomando acciones afirmativas para continuar la relación de negociación colectiva con el Empleador.

Puede realizar 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.

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.

Sus dependientes serán elegibles cuando comience su cobertura. Si tiene un nuevo dependiente, el nuevo dependiente será elegible en la fecha en que él o ella cumpla con la definición de dependiente. Sin embargo, debe inscribir a cada dependiente de acuerdo con las reglas de inscripción del Plan. No se proporcionarán beneficios de ningún tipo para sus dependientes hasta que estén debidamente inscritos.

Sus dependientes seguirán bajo cobertura mientras usted siga siendo elegible.

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. Debe enviar el material de inscripción requerido y hacer arreglos para realizar cualquier pago EC requerido.

Puede inscribirse a usted mismo y/o sus dependientes en cualquier momento mientras sea elegible para los beneficios. Sin embargo, si no se inscribe cuando es elegible por primera vez para hacerlo, únicamente podrá inscribirse a la opción Kaiser+ hasta el próximo período de inscripción abierta o especial.

Períodos especiales de inscripción

En algunos casos especiales, no es necesario esperar por el período de inscripción abierto para cambiar sus opciones de beneficios. (Recuerde, puede agregar dependientes en cualquier momento.) Usted califica para un período de inscripción especial al comunicarse con el Fondo dentro de los 60 días siguientes a cualquiera de los eventos a continuación:

- 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 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 las primas.
- Su matrimonio.
- El nacimiento de un hijo(a).
- La adopción o colocación para la adopción de un hijo(a) menor a 26 años.
- Un dependiente que anteriormente residía en un país extranjero viene a los Estados Unidos y se toma residencia con usted.

Elegibilidad para cobertura

- 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 cambia sus opciones de beneficios durante un período de inscripción especial, comuníquese con el Fondo al **(855) 484-8480** 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.

Finalización de la cobertura

Conozca:

- ▶ Cuándo finaliza su cobertura y la cobertura 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-7*. 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-24*.

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) 484-8480**.

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.
- El último día del período de cobertura por el cual usted realizó por última vez un pago EC aplicable.
- El último día del período de cobertura por el cual usted realizó por última vez un auto-pago (self-payment) a tiempo, si se le permite hacerlo.

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-3*).

También puede solicitar al Fondo que deje de cubrir a su dependiente (o dependientes). Comuníquese con el Fondo al **(855) 484-8480** para obtener más información sobre cómo dejar de cubrir a un dependiente, o cómo volver a inscribir a un dependiente si cambia de opinión.

El efecto de 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 terminación 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.

Certificado de cobertura acreditable (Certificate of creditable coverage)

Usted o su dependiente pueden solicitar un certificado de cobertura acreditable dentro de los 24 meses inmediatamente después a la fecha de finalización de su cobertura o la de sus dependientes. El certificado muestra a las personas cubiertas por el Fondo y la duración de la cobertura aplicable a cada una. El Fondo únicamente enviará un certificado de cobertura acreditable si usted o su dependiente lo solicitan.

Comuníquese con el Fondo si tiene preguntas sobre certificados de cobertura acreditable.

Reestablecer la elegibilidad

Conozca:

- ▶ Se aplican reglas especiales si usted están en una licencia de ausencia debido a la Family Medical Leave Act.
- ▶ Se aplican reglas especiales si usted está en una licencia de ausencia debido a un llamado a servicio militar activo.
- ▶ Cómo puede reestablecer la elegibilidad de usted y sus dependientes.

Reestablecer la elegibilidad

Transferibilidad (Portability)

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 (portability). 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 (Family and Medical Leave Act) (FMLA por sus iniciales en inglés)

- ✓ Su elegibilidad se continuará durante su licencia de ausencia bajo la Family and Medical Leave Act (FMLA).

Si usted está realizando pagos EC para su cobertura cuando comienza su licencia FMLA, puede continuar su cobertura durante su licencia realizando cualquier pago EC requerido a su empleador. Si usted deja de realizar pagos EC, su cobertura bajo el Plan terminará. Generalmente, su cobertura comenzará de nuevo el primer día del mes en el que su empleador debe realizar una contribución en su nombre después de que usted regrese a trabajar, siempre y cuando usted realice su pago 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 física 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.
- 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 física 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.

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-7*). 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.

F-22

*Unidad de
plan 178*

Cobertura de continuación ***COBRA***

Conozca:

- ▶ Cómo puede realizar 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 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-3*).
- Su cobertura bajo Medicare. (La cobertura de Medicare significa que usted es elegible para recibir cobertura bajo Medicare; usted ha solicitado o se ha 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 atención médica disponible para otros empleados que no han tenido un evento calificativo. La cobertura de continuación COBRA incluye beneficios médicos/medicamentos con receta, beneficios para la visión y beneficios dentales. **Los beneficios de seguro de vida 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 calificativo 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 realiza 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-24*), siempre y cuando esos eventos calificativos hubieran resultado en una pérdida de cobertura a pesar de la existencia de cualquier evento calificativo 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 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.

Cobertura de continuación COBRA

- Si usted está cubierto por Medicare y posteriormente experimenta un evento calificador, 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 calificador y que siguen siendo beneficiarios calificados en el momento del segundo evento calificador.

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 calificador.

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 calificador, 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 requerida, debe presentar información que describa el evento calificador, incluyendo su nombre, número de Seguro Social, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y su relación con el beneficiario 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.

Cobertura de continuación COBRA

- 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 (por ejemplo, edad o dejar de cumplir la definición de dependiente).
- Por su muerte: La fecha de su muerte, 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 a usted.

Plazos de elección y 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 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 calificativo. 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.

Cobertura de continuación COBRA

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 809328
Chicago, IL 60680-9328

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 una de las siguientes:

- 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 aplicación 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.

Cobertura de continuación COBRA

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 al Fondo al **(855) 484-8480**.

Para obtener más información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través de un Mercado de Seguro Médico, visite www.healthcare.gov.

F-30

*Unidad de
plan 178*

Disposiciones de prestación y apelación de reclamos

Conozca cómo presentar reclamos y apelar un reclamo denegado:

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

Disposiciones de prestación y apelación de reclamos

Esta sección no se aplica a los reclamos de beneficios proporcionados a través de Kaiser HMO. Consulte su folleto de HMO correspondiente para obtener más información sobre cómo presentar reclamos y apelaciones para 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:

- Diagnósticos.
- Fechas de servicio(s).
- Identificación de servicio(s) específico(s) prestado(s).
- Cargos incurridos por cada servicio(s).
- 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 seguro de vida 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 su oficina regional del Fondo al **(855) 484-8480**.

Reclamos por medicamentos con receta bajo la opción de beneficio PPO

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

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

Disposiciones de prestación y apelación de reclamos

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 manejará 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

Reclamos de seguro de vida

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, incluyendo reclamos de atención médica bajo la opción de beneficio médico PPO

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

Disposiciones de prestación y apelación de reclamos

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
Reclamos de la visión	12 meses siguientes a la fecha en que se produjo el reclamo.
Todos los demás reclamos (incluyendo reclamos dentales, y reclamos de atención médica y medicamentos con receta bajo la opción de beneficio PPO)	18 meses siguientes a la fecha en que se produjo el reclamo

Si usted no se presenta un reclamo de beneficios en el plazo apropiado, su reclamo será denegado, 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, IL 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)..

Disposiciones de prestación y apelación de reclamos

- 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.

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 por qué se necesita 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 qué 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 denegación a su reclamo. (Si el Plan es modificado o terminado, la reducción o terminación de beneficios no se considera una denegación).

Por ejemplo, si usted es aprobado para una estadía de 30 días en un centro de enfermería especializada, pero sus registros en el día 20 de su 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 denegación a su reclamo.

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

Su solicitud de que el curso de su tratamiento aprobado 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 denegación o no) a más tardar 24 horas después de recibir su reclamo.

Disposiciones de prestación y apelación de reclamos

Reclamos de seguro de vida

En general, se le notificará de la decisión en cuanto a su reclamo de seguro de vida 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 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 original, por qué 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.

Disposiciones de prestación y apelación de reclamos

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 denegación por escrito. La negación incluirá toda la información que la ley federal requiere. La negación explicará por qué se denegó la solicitud, 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 denegación 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 denegación de beneficios de autorización previa.

Si una solicitud de beneficios es denegada

Si su solicitud de beneficios, o solicitud de autorización previa, es denegada en su totalidad o parcialmente, recibirá una notificación por escrito explicando las razones de la denegación, 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.

Reclamos de seguro de vida

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 denegados (que no sean reclamos de seguro de vida)

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.

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 por denegación de autorización previa realizada por NHS

Primer nivel de apelación

Todas las apelaciones de reclamos de beneficios que son denegadas por NHS (denegación de autorización previa o extensiones de tratamiento más allá de los límites aprobados) debe enviarse dentro de los 180 días siguientes en que usted recibió la denegación del reclamo a:

NHS
Attn: Appeals Department
P.O. Box 61440
Las Vegas, NV 89160

Segundo nivel de apelación

Si se confirma la denegación original total o parcial (lo que significa que el reclamo sigue siendo denegado, 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, IL 60504

Dos niveles de apelación de reclamo de medicamentos con receta denegado bajo la opción PPO

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 denegado 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 denegación original total o parcial (lo que significa que el reclamo sigue siendo denegado, 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 denegación de primer nivel:

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

Un nivel de apelación para la mayoría de los otros reclamos

Si usted no está de acuerdo con el reclamo denegado ya sea la totalidad o en parte de LA Dental Center, el reclamo de visión denegado, o reclamo denegado de atención médica bajo la opción de beneficio PPO, o cualquier otro reclamo de atención médica, 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, IL 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 denegación original de beneficios basándose en sus prácticas y políticas convencionales.

Disposiciones de prestación y apelación de reclamos

Apelaciones que involucran reclamos de cuidados de urgencia

Si usted está apelando la denegación 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 denegación llamando a:

- (630) 699-4372 para apelaciones urgentes de atención médica.
- (844) 813-3860 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, IL 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 denegación de su reclamo. Usted tiene derecho a esta información, incluso si esta información no fue brindada cuando su apelación fue denegada.
- Designar a alguien que actúe como su representante autorizado (*ver página G-4* para más detalles).

Disposiciones de prestación y apelación de reclamos

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 asignado de UNITE HERE HEALTH que no es el individuo que inicialmente denegó su reclamo, ni subordinado de dicha persona.
- Si la denegación 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 médicamente necesario u apropiado) un Fideicomisario asignado por UNITE HERE HEALTH consultará con un proveedor de atención médica que tenga la capacitación 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
Sujeto a un nivel de apelación	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
Sujeto a dos niveles de apelación	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 denegado 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 denegación 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 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

Disposiciones de prestación y apelación de reclamos

intercambio de buena fe de información entre usted y el Plan; y no refleja un patrón o práctica de incumplimiento del Plan.

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) de su derecho a presentar una apelación interna. El plazo límite 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 en ese aspecto.

Comienzo de 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 denegados 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 denegación 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 denegación 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-14

*Unidad de
plan 178*

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 la opción de beneficio Kaiser HMO o los beneficios de la visión. Llame al Fondo al (855) 484-8480 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. Excepto cuando la ley federal exija un cargo permisible diferente para el tratamiento médico de emergencia fuera de la red. El Plan calcula los beneficios (si hubiera alguno) 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, se aplica un **copago** de \$15 a cada examen de la vista bajo el beneficio para la visión.

Si usted está en PPO, sus **copagos** médicos se aplican a sus límites de gastos médicos fuera de su bolsillo (*ver página C-10*), y sus **copagos** de medicamentos con receta cuentan hacia su límite de gastos para medicamentos con receta fuera de su bolsillo (*ver página C-20*).

Usted puede obtener más información acerca de sus **copagos** médicos y de medicamentos con receta, 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 dental2+, su **coseguro** del 15% por una cirugía oral de \$1,000 equivale a \$150. El Fondo paga el resto del cargo permitido.

Si usted está en PPO, su **coseguro** de medicamentos con receta cuenta hacia sus límites de gastos para medicamentos con receta fuera de su bolsillo.

Servicios cosméticos

Los **servicios cosméticos** están destinados principalmente a mejorar la apariencia física. “los servicios cosméticos” no incluyen servicios de reconstrucción, que son principalmente para restaurar la función corporal o para corregir deformidades significativas causadas por lesión accidental, trauma, condición congénita o proceso terapéutico previo.

Las mastectomías y la reconstrucción después de una mastectomía no será considerado un **servicio cosmético** (*ver página H-3*).

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.

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.

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(a) 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 comprobado**.

Proveedor de atención médica

Un **proveedor de atención médica** es cualquier persona que tiene licencia para practicar cualquiera 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 **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 pariente relacionado por sangre o matrimonio, o una persona que normalmente vive en su hogar con usted, no será considerado un proveedor de atención médica.

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. Para los empleados y cónyuges únicamente, enfermedad también incluye el embarazo y condiciones relacionadas con el embarazo, incluyendo el aborto.

La opción de beneficio PPO únicamente paga los beneficios de atención médica preventiva para un hijo(a) dependiente embarazada. *Generalmente, los cargos de maternidad para un hijo(a) embarazada dependiente que no sea atención médica preventiva (ver página H-6) no están cubiertos por el Plan.* “Atención de maternidad no preventiva” incluye, pero no se limita a, ultrasonidos, atención para un embarazo de alto riesgo y el nacimiento y parto en sí. No se pagan beneficios para el hijo(a) de su hijo(a) (a menos que el niño(a) cumpla con la definición de dependiente del Plan—*ver página F-3*).

El Plan también considerará los procedimientos de esterilización voluntaria para usted, su cónyuge y sus hijas mujeres que cumplan con la definición de dependiente, como 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**.

Medicamento necesario

Los servicios, suministros y tratamiento **medicamento necesarios** son:

- Acorde con y efectivo para la lesión o enfermedad que se está tratando;
- 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 **medicamento 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 **medicamento necesarios**, o si el cuidado o el tratamiento son experimentales o de investigación. En todos los casos, la determinación de los Fideicomisarios será definitiva y vinculante. 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, cuáles 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 de gastos 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.

Los costos por gastos fuera de su bolsillo por atención o tratamiento fuera de la red no cuentan hacia su **límite de gastos fuera de su bolsillo**, a excepción de tratamiento médico de emergencia, transporte en ambulancia profesional, tratamiento proporcionado por proveedores de atención médica fuera de la red que se especializan en medicina de emergencia, radiología, anestesiología o patología, consultas de pacientes hospitalizados con proveedores fuera de la red, y cuando la red no tiene un proveedor en la especialidad requerida. El Plan no pagará el 100% por los servicios o suministros que no están cubiertos, o que son proporcionados por un proveedor fuera de la red, incluso si ya ha alcanzado su límite(s) 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-10*. Usted puede obtener más información sobre los **límites de gastos fuera de su bolsillo** para medicamentos con receta *en la página C-20*.

Documento del Plan

Las reglas y regulaciones que gobiernan el Plan de beneficios proporcionado a empleados elegibles y dependientes participando en el Plan Unit 178 (Los Angeles Plan).

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 por sus iniciales en inglés).
- Las inmunizaciones recomendadas por el Advisory Committee on Immunization Practices of the Center for Disease Control and Prevention.
- 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. El Plan también considera que las pruebas de detección de PSA de rutina (pruebas de antígenos específicos de la próstata) son cuidados médicos preventivos

Póngase en contacto El Fondo 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 bajo 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

*Unidad de
plan 178*

Otra información importante



¿Quién paga por sus beneficios?

En general, los beneficios del Plan son proporcionados por el dinero (contribuciones) que los empleadores que participan en el Plan deben contribuir en nombre de los empleados elegibles según los términos de los Acuerdos de Negociación Colectiva (CBA) negociados por su sindicato. Los beneficios del Plan también se financian con los montos que usted podría estar requerido a pagar por su parte de la cobertura y la de su dependiente.

¿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.

- Beneficios médicos PPO. Nevada Health Solutions (NHS) proporciona autorización previa y otros servicios de revisión de utilización, administración de casos y administración de condiciones crónicas.
- Los beneficios de medicamentos con receta de PPO son administrados por Hospitality Rx, LLC, una subsidiaria de propiedad absoluta de UNITE HERE HEALTH.
- 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 seguro de vida a través de Dearborn National.
- Opciones de beneficios médicos Kaiser HMO a través de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Southern California Region.
- 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-12*), la IRO tiene la 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.

Con respecto a los reclamos de beneficios proporcionados a través del Dental Center, el proveedor dental contratado tiene la autoridad exclusiva para tomar decisiones sobre los beneficios dentales y resolver todas las preguntas o controversias de cualquier carácter con respecto al Dental Center.

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 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.

Otra información importante

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 de 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 proporcionado.

Compensación por accidente laboral

El Plan no reemplaza ni afecta ningún requisito para cobertura bajo cualquier Compensación por 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 participantes, 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 participantes, 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
711 North Commons Drive
Aurora, IL 60504
(630) 236-5100

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, denegar 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 realizar 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.

Cobertura acreditable bajo la ley de Massachusetts

UNITE HERE HEALTH cree que los beneficios médicos y de farmacia bajo Los Angeles Plan cumplen con la definición de cobertura acreditable mínima de Massachusetts. Debido a que Los Angeles Plan es una cobertura acreditable mínima, usted no debe adeudar una multa fiscal a Massachusetts por los meses que está cubierto bajo Los Angeles Plan. (UNITE HERE HEALTH no está ofreciendo asesoramiento fiscal ni ninguna garantía en virtud de ninguna ley fiscal.)

Si usted vive en Massachusetts y necesita ayuda para comprender cómo el Plan cumple con las normas de Massachusetts para una cobertura acreditable mínima, o para obtener una copia de su Formulario MA Form HC-1099, llame al Fondo al **(855) 484-8480**.

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 por sus iniciales en inglés).

Si tiene alguna pregunta acerca de esta declaración o sus derechos bajo ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, que aparece en su directorio telefónico, o la Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, 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 Pública 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 denegado 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 denegación, 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 del administrador.

Si usted tiene un reclamo por beneficios que es denegado 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 usted 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 asistencia para obtener documentos del Administrador del Plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, que aparece en su directorio telefónico, o la Division of Technical Assistance and Inquiries, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 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

Blue Cross and Blue Shield of Illinois

300 East Randolph Street
Chicago, IL 60601-5099
(800) 810-2583
www.bcbsil.com

Dearborn National

1020 31st Street
Downers Grove, IL 60515-5591
(800) 348-4512

LA Dental Center

130 S. Alvarado Street
Los Angeles, CA 90057
(213) 484-9660
(800) 436 - 3702 (número de emergencia fuera del horario de oficina)

Kaiser Permanente

(800) 464-4000
www.kp.org

Dirección de Servicio para Miembros

Kaiser Permanente California Service Center
P.O. Box 23250
San Diego, CA 92193-3250

Dirección de Reclamos de Servicios de Emergencias (No Plan)

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Claims Administration Dept.
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

Hospitality Rx

P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
(844) 813-3860
www.hospitalityrx.org

Nevada Health Solutions

P.O. Box 61440
Las Vegas, NV 89160
(855) 487-0353
www.nevadahealthsolutions.org

UnitedHealthcare Vision

Liberty 6, Suite 200
6220 Old Dobbin Lane
Columbia, Maryland 21045
(800) 638-3120
www.uhc.com

UNITE HERE HEALTH

711 North Commons Drive
Aurora, IL 60504
(630) 236-5100
www.uhh.org

UNITE HERE HEALTH
Consejo de Fideicomisarios



Números de teléfono y direcciones importantes

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 de Apoyo del

Sindicato Local

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

Tom Walsh Garcia

Presidente

UNITE HERE Local 11
464 S. Lucas Avenue, Suite 201
Los Angeles, CA 90017

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

Fiduciarios del Empleador

Secretario del Consejo

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 E. Woodfield Road
Suite 400
Schaumburg, IL 60173

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

VP Total Rewards North America

Compass Group
2400 Yorkmont Road
Charlotte, NC 28217

Russ Melaragni

*Vicepresidente de Relaciones
Asociadas y Laborales*

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

