



Los Angeles Plan

Unidad de plan 178



Descripción Resumida del Plan

Sus beneficios de salud y bienestar

UNITE HERE HEALTH

Descripción resumida del Los Angeles Plan Unidad de plan 178

Efectivo a partir del 1 de octubre de 2024

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

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 call UNITE HERE HEALTH at (855) 484-8480 (TTY: (855) 386-3889 or (855) FUNDTTY) for assistance.

Este folleto contiene un resumen en inglés de sus derechos y beneficios del plan UNITE HERE HEALTH. Si tiene dificultades para comprender alguna parte de este folleto, puede llamar a UNITE HERE HEALTH al (855) 484-8480 (TTY: (855) 386-3889 o (855) FUNDTTY) para obtener ayuda.

本手冊包含您在 UNITE HERE HEALTH 下的計劃權利和福利的英文摘要。如果您在理解本手冊的任何部分時遇到困難，可以致電 UNITE HERE HEALTH (855) 484-8480 (TTY: (855) 386-3889 或 (855) FUNDTTY) 尋求協助。

Índice

Cómo utilizar este libro	A-1
¿Cómo puedo obtener ayuda?	A-4
¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?	A-5
Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO.....	B-1
Beneficios dentales	C-1
Beneficios de la visión.....	C-5
Beneficios del seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)	C-11
Beca John Wilhelm.....	C-19
Beneficios médicos de PPO.....	D-1
Beneficio de medicamentos recetados de PPO	D-19
Coordinación de beneficios bajo los beneficios médicos PPO	D-29
Exclusiones y limitaciones generales	D-35
Subrogación.....	D-39
Elegibilidad para cobertura.....	E-1
Terminación de cobertura.....	E-17
Cómo restablecer la elegibilidad	E-21
Continuación de cobertura de COBRA	E-25
Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones.....	F-1
Definiciones	G-1
Otra información importante.....	G-9
Sus derechos en virtud de ERISA.....	G-17
UNITE HERE HEALTH Junta de Fideicomisarios	G-21

Cómo utilizar este libro

Sepa:

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

Por favor, tómese un tiempo para revisar este libro.

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

¿Qué es UNITE HERE HEALTH?

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

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

¿Qué es este libro y por qué es importante?

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

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

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

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

¿Cómo uso mi SPD?

Esta SPD está dividida en secciones. Puede obtener más información sobre diferentes temas al leer cuidadosamente cada sección. Se muestra un resumen de los temas al comienzo de cada sección. Cuando tenga preguntas, usted debe comunicarse con el Fondo al **(855) 484-8480**. El Fondo puede ayudarle a comprender cómo funcionan sus beneficios.

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

¿Cómo puedo obtener ayuda?

A

UNITE HERE HEALTH
(855) 484-8480 o (855) 386-3889 (TTY)
www.uhh.org

Llame al Fondo:

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

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

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

iPhone



Androide



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 call UNITE HERE HEALTH at (855) 484-8480 (TTY: (855) 386-3889 or (855) FUNDTTY) for assistance.

Este folleto contiene un resumen en inglés de sus derechos y beneficios del plan UNITE HERE HEALTH. Si tiene dificultades para comprender alguna parte de este folleto, puede llamar a UNITE HERE HEALTH al (855) 484-8480 (TTY: (855) 386-3889 o (855) FUNDTTY) para obtener ayuda.

本手冊包含您在 UNITE HERE HEALTH 下的計劃權利和福利的英文摘要。如果您在理解本手冊的任何部分時遇到困難，可以致電 UNITE HERE HEALTH (855) 484-8480 (TTY: (855) 386-3889 或 (855) FUNDTTY) 尋求協助。

¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?

Sepa:

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

¿Cómo obtengo el máximo provecho de mis beneficios?

Consiga un proveedor de atención primaria

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

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

- ✓ **Si usted se encuentra en la opción de Kaiser HMO:** Usted puede necesitar una referencia de su PCP para ciertos tipos de atención.

Visite www.kp.org/searchdoctors para obtener ayuda para encontrar un PCP,

o llame a Kaiser al **(800) 464-4000**.

- ✓ **Si usted se encuentra en la opción de PPO:** Llame al Fondo al **(855) 484-8480** para obtener ayuda para encontrar un PCP.

Obtenga atención médica preventiva

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

- ✓ **Si usted se encuentra en la opción de Kaiser HMO:** Viste www.kp.org para obtener más información sobre atención preventiva o llame a Kaiser al número indicado más arriba para su área.
- ✓ **Si usted se encuentra en la opción de PPO:** *Vea página D-12 o página G-7* para obtener más información sobre la atención de salud preventiva

Reconsidere la atención en la sala de emergencias

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

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

Obtenga autorización previa para su cuidado

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

- ✓ **Si usted se encuentra en la opción de Kaiser HMO:** Por lo general, su PCP de Kaiser consigue la autorización previa por usted.
- ✓ **Si usted se encuentra en la opción de PPO:** Llame a HealthCheck360 al **(844) 462-7812**.

Utilice proveedores de la red

- ✓ En algunos casos, los beneficios se pagarán solo si utiliza un proveedor de la red. Por ejemplo, ***si usted se encuentra en la opción de Kaiser HMO, solo se cubrirá la atención de urgencia y de emergencia fuera de la red.***

Reduzca sus costos con un proveedor de la red

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

¿Cómo me mantengo dentro de la red médica?

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

Si tiene preguntas sobre sus beneficios u opciones de beneficios, llame al Fondo al **(855) 484-8480**.

Programas que lo ayudarán

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

Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO

Sepa:

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

Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO

Dependiendo de su clasificación de empleado, tiene la posibilidad de elegir entre varias opciones de HMO de Kaiser (vea página B-1 para obtener más información sobre sus opciones de HMO).

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

Kaiser Permanente

www.kp.org

(800) 464-4000 (Servicios a los miembros)

(833) 574-2273 (833-KP4CARE) (enfermera asesora)

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

Cómo utilizar sus beneficios de Kaiser HMO

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

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

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

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

Usando este SPD

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

Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO

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

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

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

Obteniendo más información

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

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

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

Arbitraje

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

California y no mediante demanda o recurso de un proceso ante el tribunal, excepto según estipule la ley aplicable en cuanto a revisiones judiciales o procesos judiciales.

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

Quejas, reclamos y apelaciones

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

www.kp.org

(800) 464-4000 (TTY: 711)

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

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

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

Cómo presentar reclamos y quejas

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

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

Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO

B

Presentación inicial		
Quejas	Reclamaciones por servicios de emergencia de proveedores que no pertenecen a Kaiser, atención posterior a la estabilización, atención de urgencia fuera del área o servicios de ambulancia por emergencia	Todos los otros servicios
<ul style="list-style-type: none"> Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) Visite www.kp.org <p style="text-align: center;">O</p> <ul style="list-style-type: none"> Quejas no urgentes: Envíe por correo o lleve su queja a cualquier oficina de servicios para miembros* Quejas urgentes: Visite cualquier oficina de servicios para miembros, o: <p><u>Enviar por correo postal a:</u> Kaiser Foundation Health Plan Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p> <p><u>Llame al Expedited Review Unit:</u> (888) 987-7247 (TTY: 711)</p> <p><u>Fax del Expedited Review Unit:</u> (888) 987-2252</p>	<ul style="list-style-type: none"> Visite www.kp.org <p style="text-align: center;">O</p> <ul style="list-style-type: none"> Envíe su reclamo por correo postal a: Kaiser Foundation Health Plan Claims Administration-SCAL P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 	<ul style="list-style-type: none"> Envíe su reclamo por correo postal o llévalo a cualquier oficina de servicios a los miembros* Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) Visite www.kp.org

* Visite www.kp.org para un directorio

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

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

B-5

Cómo presentar apelaciones

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

Cómo presentar una apelación		
Apelación de quejas	Reclamaciones por servicios de emergencia de proveedores que no pertenecen a Kaiser, atención posterior a la estabilización, atención de urgencia fuera del área o servicios de ambulancia por emergencia	Apelación de todos los otros servicios
<ul style="list-style-type: none"> Envíe su apelación por correo postal o llévela a cualquier oficina de servicios a los miembros* Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) Visite www.kp.org 	<ul style="list-style-type: none"> Envíe su apelación por correo postal a: Kaiser Foundation Health Plan Special Services Unit P.O. Box 23280 Oakland, CA 94623 Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) Visite www.kp.org 	<ul style="list-style-type: none"> Envíe su apelación por correo postal o llévela a cualquier oficina de servicios a los miembros* Llame a servicios a los miembros: (800) 464-4000 (TTY: 711) Visite www.kp.org

* Visite www.kp.org para un directorio.

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

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

- Llame al **(888) 987-7247 (TTY: 711)** o fax: **(888) 987-2252**
- Visite cualquier oficina de servicios a los miembros (visite www.kp.org para encontrar un directorio).
- Complete un formulario de queja en www.kp.org
- Envíe una solicitud por correo postal a:
Kaiser Foundation Health Plan Inc.
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

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

Beneficios médicos y de medicamentos recetados de Kaiser HMO

B

Revisión médica independiente

La revisión médica independiente está disponible si usted cree que Kaiser negó, modificó o retrasó indebidamente los servicios o el pago de los servicios, y se cumple uno de los siguientes requisitos:

- La negación se basó en la conclusión de que los servicios no son médicamente necesarios.
- El tratamiento solicitado fue denegado por ser experimental o investigativo.
- Un proveedor recomendó servicios médicamente necesarios.
- Recibió servicios de emergencia, servicios de ambulancia de emergencia o servicios de atención de urgencia de un proveedor que determinó que los servicios eran médicamente necesarios.
- Usted fue visto por un proveedor del Plan para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica.

Asimismo, si presenta una queja y después necesita ayuda con ella debido a que su queja es una emergencia, no se ha resuelto a su satisfacción o no se resuelve después de 30 días, puede comunicarse con el Departamento de Atención Médica Administrada de California al número de llamada gratuita **(888) HMO-2219** y a la línea de TDD **(877) 688-9891** para recibir asistencia para personas con discapacidades auditivas y del lenguaje.

Derechos de apelación adicionales

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

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

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

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

B-7

B-8

Beneficios dentales



Beneficios dentales

UNITE HERE HEALTH (el Fondo) ha contratado a Delta Dental of Illinois, operando como DeltaCare, para brindarle beneficios dentales a usted y a sus dependientes. Usted recibirá un documento detallado que también enumera cualquier otro tipo de dependientes que usted puede inscribir en la cobertura dental, además de los dependientes enumerados en este SPD. Las reglas sobre quién es su dependiente bajo DeltaCare DHMO solo se aplican a los beneficios dentales y no se aplican a ningún otro beneficio ofrecido bajo el Plan. Llame al fondo al **(855) 484-8480** si necesita ayuda para comprender qué dependientes son elegibles para la cobertura dental de DeltaCare, ya que el Fondo toma todas las decisiones de elegibilidad.

Si existe algún conflicto entre este SPD y los documentos de DeltaCare, los cuales contienen ciertas reglas específicas del estado sobre beneficios y costos compartidos, regirán los términos de los documentos de DeltaCare. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios dentales, por favor comuníquese con DeltaCare. LIBERTY le enviará una copia de la evidencia de cobertura (EOC) que describe cómo funciona su DHMO, su costo compartido para su atención dental y otra información importante. Este EOC generalmente reemplaza la información de DHMO en este SPD. Sin embargo, a excepción de otros tipos de dependientes que puede inscribir en la cobertura dental, su SPD explica sus reglas de elegibilidad correctas. Por favor, no tome en cuenta las secciones de Elegibilidad y Terminación en el EOC, el Fondo determina quién es elegible.

DeltaCare
(800) 422-4234

www.deltadentalins.com/deltacare

Programa de auto pago dental para jubilados

Si se jubila y era elegible para recibir beneficios dentales inmediatamente antes de jubilarse, puede solicitar el programa de autopago dental para jubilados. Debe solicitar a más tardar 90 días después de la fecha en que pierde la elegibilidad para los beneficios dentales como empleado activo. Comuníquese con UNITE HERE HEALTH si desea inscribirse o si tiene preguntas sobre las cuotas trimestrales.

Usted y sus dependientes inscritos serán elegibles para los beneficios de DHMO descritos en esta sección.

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

- Debe estar calificado para recibir ingresos de jubilación del Fondo 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 el Fondo de Los Angeles Hotel-Restaurant Employer-Union Welfare y/o UNITE HERE HEALTH.

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

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

Usted podrá continuar realizando autopagos hasta su fallecimiento. Si usted muere mientras continúa siendo elegible para este programa, usted y sus dependientes, sus dependientes sobrevivientes inscritos en el programa de autopago dental para jubilados pueden continuar haciendo autopagos para la cobertura dental.

La cobertura para un hijo dependiente bajo el programa de autopago dental para jubilados finalizará si el hijo deja de cumplir con la definición de hijo (*vea página E-2*).

El programa dental de autopago para jubilados no es un beneficio adquirido. El programa puede modificarse, finalizarse o enmendarse 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.

C-4

Beneficios de la visión

Sepa:

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

Beneficios de la visión

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

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

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

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

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

Proveedores de la red versus proveedores fuera de la red

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

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

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

Lo que usted paga

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

Beneficio máximo:

Este Plan solo paga hasta el beneficio o asignación máximo que se muestra en la tabla *en la página C-6* para su tipo particular de atención de la vista (usted paga cualquier cargo que exceda los máximos).

Qué está cubierto

Los beneficios están disponibles una vez cada 24 meses. (Las mujeres embarazadas y los niños menores de 13 años pueden obtener un examen de la vista adicional o un nuevo par de anteojos como se muestra en *página C-6*.)

- Exámenes, consultas o tratamientos realizados por un profesional de la vista autorizado (incluyendo la dilatación cuando esté indicada profesionalmente).
- Lentes estándar, incluidos monofocales, bifocales, trifocales o lenticulares.
 - ▶ Si utiliza un proveedor de la red, los lentes con revestimiento estándar resistente a rayones, revestimiento ultravioleta, lentes de moda, de sol o de color degradado y lentes de policarbonato están cubiertos para niños menores de 19 años sin costo adicional.
- Monturas
- Lentes de contacto electivas (blandas, de uso diario, desechables o de reemplazo planificado) en lugar de anteojos.
 - ▶ Se cubrirán cuatro cajas de paquetes múltiples desechables de lentes de contacto si utiliza un proveedor de la red.

Beneficios de la visión

- ▶ Si utiliza un proveedor de la red, la adaptación/evaluación y hasta dos visitas de seguimiento están cubiertas solo para los contactos del formulario. Si elige contactos que no figuran en el formulario, la asignación de la red no incluye cargos por adaptación y evaluación.
- Contactos médicamente necesarios, con autorización previa de UnitedHealthcare.

Lo que no está cubierto

El contrato con UnitedHealthcare determina qué está cubierto y qué no está cubierto.

Los siguientes tipos de tratamientos, servicios y suministros son ejemplos de lo que no está cubierto:

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

- Servicios que pueden estar cubiertos por la Compensación al Trabajador o una ley similar de responsabilidad del empleador.
- Servicios obtenidos sin costo a través de cualquier organización o programa gubernamental.
- Servicios que sean experimentales o de investigación.
- Lentes intraoculares.

C-10

*Unidad de
plan 178*

Beneficios del seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)

Sepa:

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

Beneficios del seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)

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

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

Beneficio de vida y AD&D: lo que paga el plan	
Seguro de vida	
Empleados	
Empleados	\$20,000
Dependientes	
Cónyuge	\$20,000
Menor – desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad	\$10,000
Menor – 6 meses y mayores	\$20,000
Seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés):	
Sólo empleados (monto total)	\$20,000

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

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

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

Beneficio del seguro de vida

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

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

Beneficios del seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)

Continuación si queda totalmente discapacitado

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

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

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

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

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

Conversión a cobertura de seguro de vida individual

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

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

BCBSIL
701 E. 22nd St., Suite 300
Lombard, IL 60148
(800) 348-4512

Beneficios del seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)

Beneficio por enfermedad terminal

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

Beneficios por muerte accidental y desmembramiento

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

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

Exclusiones de AD&D

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

- Cualquier enfermedad o debilidad mental o corporal, y cualquier tratamiento médico o quirúrgico de la misma.
- Cualquier infección, excepto una infección de una herida accidental.
- Cualquier lesión auto infligida intencionalmente.

Beneficios del seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)

- Suicidio o intento de suicidio ya sea durante estado de cordura o demencia.
- Mientras está bajo la influencia de narcóticos u otras sustancias controladas, gases o humos.
- Un resultado directo de su intoxicación.
- Su participación activa en una revuelta o insurrección
- Guerra o un acto de guerra mientras sirve en el ejército, si muere mientras está en el ejército o dentro de los 6 meses posteriores a su servicio en el ejército.

Consulte su certificado para obtener mayores detalles.

Beneficios adicionales del seguro por muerte accidental y desmembramiento

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

- **Beneficio Educativo**—Si tiene hijos en la universidad al momento de su fallecimiento, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio equivalente al 3% del monto de su beneficio de seguro de vida, con un máximo de \$ 3,000 cada año. Los beneficios se pagarán por hasta cuatro años por hijo. Si tiene hijos en la escuela primaria o secundaria al momento de su muerte, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio único de \$1,000.
- **Beneficio del cinturón de seguridad:** si usted estaba usando el cinturón de seguridad al momento de un accidente que resulta en su muerte, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio equivalente al 10 % del monto de su beneficio de seguro de vida, con un beneficio mínimo de \$1,000 y un beneficio máximo de \$25,000. Si no está claro si llevaba puesto el cinturón de seguridad al momento del accidente, su cobertura adicional de AD&D solo pagará un beneficio de \$1,000.
- **Beneficios de la bolsa de aire:** si usted estaba usando el cinturón de seguridad al momento de un accidente que resulta en su muerte y se despliega una bolsa de aire, su cobertura adicional de AD&D paga un beneficio equivalente al 5 % del monto de su beneficio de seguro de vida, con un beneficio mínimo de \$1,000 y un beneficio máximo de \$5,000. Si no está claro si la bolsa de aire se desplegó, su cobertura adicional de AD&D solo pagará un beneficio de \$1,000.
- **Beneficio de transporte:** si usted muere a más de 75 millas de su casa, su cobertura adicional de AD&D paga hasta \$5,000 para transportar sus restos a una morgue.

Beneficios del seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)

Nombramiento de un beneficiario

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

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

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

Servicios adicionales

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

Servicios de recursos para viajes

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

- **Asistencia de emergencia médica:** lo ayuda, a usted y a sus dependientes, a recibir atención y apoyo durante una emergencia médica. Ejemplos de servicios que se ofrecen actualmente incluyen:
 - ▶ Referencias médicas.
 - ▶ Monitoreo médico.
 - ▶ Evacuación médica.
 - ▶ Asistencia de admisión a hospitales extranjeros.
 - ▶ Asistencia con recetas.
- **La Asistencia de emergencia para viajes** le ayuda a usted y a sus dependientes a obtener asistencia si tiene una emergencia mientras viaja. Ejemplos de servicios que se ofrecen actualmente incluyen:

Beneficios del seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés)

- ▶ Viaje para que un acompañante lo acompañe si está hospitalizado solo.
- ▶ Cuidado de niños de emergencia para menores si usted se lesiona.
- ▶ Transporte para un acompañante si necesita ser transportado para recibir atención médica.
- ▶ Transporte para su cuerpo si usted fallece.
- ▶ Otros servicios, incluida la devolución de su vehículo, referencias legales e intérpretes, coordinación de efectivo de emergencia y fianza, e información de planificación previa al viaje.

Assist America

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

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

medservices@assistamerica.com

Número de referencia: 01-AA-TRS-12201

También puede obtener la aplicación móvil.

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

Servicios de recursos para beneficiarios

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

Morneau Shepell

(800) 769-9187

www.beneficiaryresource.com

(nombre de usuario: beneficiary)

C-18

*Unidad de
plan 178*

Beca John Wilhelm

Sepa:

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

Beca John Wilhelm

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

Quién es elegible.

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

Debe cumplir con los siguientes requisitos:

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

Cómo aplicar

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

Decisiones de becas

Con base en numerosos factores, el Fondo determinará la cantidad y el número de becas, si las hubiera, otorgadas para cada año académico. El Fondo también determinará si usted cumple con el requisito de elegibilidad del Fondo descrito anteriormente. Las determinaciones con respecto al

requisito de elegibilidad se harán a discreción única e independiente del Fondo y serán definitivas y vinculantes para todas las personas que soliciten la beca.

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

Otra información importante

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

Derechos de apelación

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

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

Vea página F-9 para obtener más información sobre la revisión de su apelación por parte del subcomité y cuándo se le notificará la decisión del Subcomité de Apelaciones.

C-22

*Unidad de
plan 178*

*El PPO está cerrado para los empleados que aún no estén inscritos en esta opción a partir del 1 de marzo de 2018.
Si decide cambiarse a una opción HMO, no podrá volver a la PPO.*

Beneficios médicos de PPO

Sepa:

- ▶ Lo que paga por atención médica.
- ▶ Cuándo debe llamar para obtener una autorización previa
- ▶ Cómo utilizar sus beneficios médicos.
- ▶ Cómo los límites de desembolso lo protegen de los grandes gastos de desembolso directo.
- ▶ Qué tipos de atención médica están cubiertos.
- ▶ Qué tipos de atención médica no están cubiertos.

Beneficios médicos de PPO

Esta sección no se aplica si está inscrito en una opción HMO de Kaiser.

Por favor llame al Fondo si tiene preguntas sobre sus beneficios: (855) 484-8480

Beneficios médicos de PPO

En general, lo que paga por atención médica se basa en el tipo de atención que recibe, en dónde la recibe y si acude a un proveedor de la red o fuera de la red. Por ejemplo, usted paga menos acudiendo a un centro de atención de urgencia en lugar de ir a la sala de emergencias para atención no urgente.

Esta sección muestra lo que usted paga por su atención (llamado "costo compartido"). Usted paga los copagos, deducibles, su parte del coseguro, cualquier monto que exceda el beneficio máximo y los gastos que no estén cubiertos, incluyendo los cargos que superen el cargo permitido cuando utiliza un proveedor fuera de la red, a menos que se apliquen protecciones federales contra facturación sorpresa, *vea página D-9* para obtener más información.

Si no llama a HealthCheck360 al (844) 462-7812 para obtener una autorización previa, su reclamo podría ser rechazado por completo. *Vea página D-5* para más información

Beneficios médicos de PPO—lo que usted paga

	Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red
Deducibles por año calendario		
Deducibles por año calendario	\$300/Persona y \$600/familia	
Límites anuales de desembolso		
Límite básico de desembolso personal El máximo coseguro que paga de su bolsillo por <i>gastos médicos</i> cubiertos en la red en un año calendario	\$700/persona	No corresponde
Límite de desembolso personal de la red de seguridad Lo máximo que usted paga de su bolsillo por deducibles, copagos y coseguros para ciertos <i>gastos médicos y de medicamentos recetados</i> cubiertos por la red en un año calendario.	\$6,350/Persona y \$12,700/familia	No corresponde

Beneficios médicos de PPO

Beneficios médicos de PPO—lo que usted paga		
	Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red
Visitas a un consultorio		
Servicios de atención sanitaria preventiva— <i>vea página D-12 y página G-7</i>	\$0	No cubierto (<i>excepto extractores de leche y suministros relacionados que no sean de uso hospitalario</i>)
Visitas al consultorio del proveedor de atención primaria (PCP)	10% después del deducible	50% después del deducible
Visitas en el consultorio de un especialista		
Visitas al consultorio para servicios de salud mental/ abuso de sustancias		
Atención quiropráctica, hasta 40 visitas por persona cada año calendario.		
Acupuntura , <i>hasta 40 visitas por persona por año calendario; beneficios limitados a un pago máximo de beneficio de \$50 por visita</i>	20% después del deducible	50% después del deducible
Visita Podología no rutinaria	10% después del deducible	50% después del deducible
Inyecciones de alergia en una oficina		
Servicios de emergencia y atención de urgencia		
Centro de atención de urgencias	10% después del deducible	50% después del deducible
Servicios en la sala de emergencias	\$100 copago/visita <i>no se aplica copago si es admitido</i>	
Servicios profesionales de ambulancia	20% después del deducible	
Servicios ambulatorios		
Servicios de laboratorio	10% después del deducible	50% después del deducible
Servicios de radiología		
Diagnóstico por imagen		

Inicio de acciones legales

Ni usted, ni su beneficiario ni ningún otro reclamante pueden iniciar una demanda contra el Plan (o su Junta de Fideicomisarios, proveedores o personal) por beneficios denegados hasta que se hayan agotado los procedimientos internos de apelación del Plan. Este requisito no se aplica a sus derechos a una revisión externa por parte de una organización de revisión independiente (IRO) como se describe *en la página E-14*.

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

Beneficios médicos de PPO

Beneficios médicos de PPO—lo que usted paga		
	Proveedor de la red	Proveedor fuera de la red
Servicios ambulatorios		
Cirugía ambulatoria		
Fisioterapia, terapia del habla o terapia ocupacional— hasta 60 visitas por persona por año calendario	10% después del deducible	50% después del deducible
Terapia de habilitación para niños con trastorno del espectro autista— se aplican ciertos límites (vea página D-13)	\$10 copago/día	50% después del deducible
Tratamiento hospitalario para pacientes internados		
Hospitalización para pacientes internados (incluido el tratamiento residencial)	10% después del deducible	50% después del deducible
Centro de enfermería especializada:— hasta 60 días en total por persona por año calendario	\$0	
Otros servicios y suministros		
Educación sobre diabetes		
Asesoramiento nutricional— hasta \$200 por persona por año calendario	\$0 de copago/visita	No tiene cobertura
Servicios de atención médica en casa— hasta 60 días en total por persona por año calendario	\$0 de copago/visita	50% después del deducible
Cuidados paliativos — hasta 60 días en total por persona por año calendario	\$0 de copago/visita	\$0 de copago/visita
Hospitalización parcial, tratamiento ambulatorio intensivo o desintoxicación ambulatoria	10% después del deducible	50% después del deducible
Equipo médico duradero	20% después del deducible	
Viajes y alojamiento— vea página D-15 para obtener información	El Plan paga el 100% hasta \$10,000 por episodio de atención, incluyendo hasta \$200 por día para alojamiento y hasta \$50 por día para comida	
Alimentos medicinales—vea página D-16 para obtener información	El plan le reembolsa el 100%	
Todos los demás gastos cubiertos	10% después del deducible	50% después del deducible

D

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. Esto ayuda a asegurar que no reciba atención médica innecesaria y lo ayuda a controlar 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.

Para obtener autorización previa, llame gratis a:

HealthCheck360
(844) 462-7812

Línea de enfermería 24 horas al día, 7 días a la semana
(866) 823-9827

El programa de autorización previa no es un asesoramiento médico. Usted aún es responsable de tomar cualquier decisión sobre asuntos médicos. UNITE HERE HEALTH, su fondo de salud, (“el Fondo”) no es responsable de las consecuencias derivadas de las decisiones que usted o su proveedor tomen en función del programa de autorización previa o la determinación del Plan sobre los beneficios pagará.

Obtenga autorización previa para ciertos servicios y suministros

- ✓ Si utiliza un proveedor de la red para una hospitalización, el centro hospitalario debe obtener una autorización previa para usted.

Usted o su proveedor de atención médica deben obtener una autorización previa antes de recibir cualquiera de los tipos de atención que se enumeran más abajo. Si no obtiene la autorización previa antes de recibir estos tipos de atención, su reclamo puede ser denegado. El asegurarse de obtener la autorización previa ayuda a evitar facturas médicas sorpresa. **Si recibe tratamiento, servicios o suministros que no han sido aprobados, no están cubiertos o que no son médicamente necesarios, usted pagará el 100 % de su atención.**

HealthCheck360
(844) 462-7812

- ✓ La autorización previa no garantiza la elegibilidad para los beneficios. El pago de los beneficios del Plan está sujeto a todas las reglas del Plan, incluido entre otros, elegibilidad, costo compartido y exclusiones.

Cuándo debe llamar para obtener una autorización previa

- ✓ La lista de autorización previa puede cambiar de un momento a otro. Comuníquese con el Fondo al (855) 484-8480 para obtener la información más actualizada.

Beneficios médicos de PPO

Usted o su proveedor de atención médica deben obtener autorización previa antes de cualquiera de los siguientes:

- Transporte en ambulancia aérea.
- Cualquier admisión como paciente internado, excepto para tratamiento de salud mental/ abuso de sustancias, independientemente del tipo de instalación o atención, incluyendo, entre otros, atención en un centro de enfermería especializada, atención de rehabilitación aguda y atención en un centro agudo a largo plazo.
- Ensayos clínicos.
- Los siguientes servicios de radiología:
 - Tomografía computarizada (TC) o angiografía por tomografía computarizada (ATC).
 - Discografía.
 - MRA y MRI (resonancia magnética o angiografía por resonancia magnética)
 - Tomografía PET (gammagrafía con tomografía por emisión de positrones)
- Alquiler o compra de equipo médico de uso a largo plazo durable de más de \$500 (lo que incluye extractores de leche de más de \$500)
- Servicios quirúrgicos de reasignación de género y cierta terapia hormonal
- Pruebas genéticas.
- Terapia de habilitación para niños con trastorno del espectro autista
- Tratamiento hiperbárico.
- Alimentos médicos para errores innatos del metabolismo.
- Servicio de oncología y hematología.
- Alquiler o compra de aparatos ortopédicos o protésicos de más de \$500.
- Cirugía ortognática.
- Cirugía o procedimientos ambulatorios realizados en un centro quirúrgico ambulatorio, y procedimientos de diagnóstico quirúrgicos o invasivos realizados en el área de cirugía ambulatoria de un hospital. Sin embargo, las colonoscopías o sigmoidoscopías no requieren autorización previa.
- Servicios especializados brindados en casa, incluida atención médica e infusión en casa.
- Estudios del sueño.
- Procedimientos de la articulación temporomandibular.

- Servicios de trasplante, incluidas consultas.
- Transporte y alojamiento.
- Procedimientos de venas varicosas.

Además, también debe obtener autorización previa para los tipos de atención que se enumeran en la siguiente sección. HealthCheck360 puede comunicarse con usted o su profesional de atención médica para asegurarse de que esta atención se reciba en el lugar más rentable y sea médicamente apropiada:

- Diálisis.
- Fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.

Por último, debe notificar a HealthCheck360 sobre los siguientes tipos de atención que se enumeran a continuación. HealthCheck360 puede comunicarse con usted o su profesional de atención médica para asegurarse de que esta atención se reciba en el lugar más rentable y sea médicamente apropiada. Sin embargo, este tipo de servicios o suministros no se negarán si no se notifica a la empresa de revisión de utilización con antelación al tratamiento.

- Todos los tratamientos de salud mental y abuso de sustancias para pacientes hospitalizados y residenciales.

Para admisiones de emergencia, asegúrese de llamar a más tardar el primer día hábil siguiente a la admisión. No se requiere autorización previa para tratamiento médico de emergencia, incluida la observación o admisiones posteriores a una visita de emergencia.

Si está hospitalizada porque no tiene que llamar a HealthCheck360 para autorización previa si su estadía será superior a 48 horas para un parto normal, o 96 horas para una cesárea. Esta protección bajo la Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y la Madres (NMHPA, por sus siglas en inglés) también significa que sus beneficios no están restringidos durante el período de 48 horas (o el período de 96 horas, según corresponda). Sin embargo, NMHPA no prohíbe que su proveedor de atención (o el de su recién nacido) le den de alta a usted o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda), después de consultar con usted primero.

Usted no necesita autorización previa para recibir atención obstétrica o ginecológica de un proveedor de atención médica especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, se le puede requerir al proveedor de atención médica que cumpla ciertos procedimientos, incluido obtener autorización previa para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento aprobado previamente o procedimientos para dar referencias. Para obtener ayuda para encontrar proveedores de la red que se especialicen en obstetricia o ginecología, llame al Fondo al **855-484-8480**.

Consulte "*Reglas para la autorización previa de beneficios*" en la página F-6 para obtener información sobre cuándo HealthCheck360 deben responder a su solicitud de autorización previa y sobre cómo apelar una denegación de autorización previa.

Línea de servicio de enfermería

(866) 823-9827

HealthCheck360 ofrece una línea de servicio de enfermería gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana para responder preguntas sobre su salud o la de su familia. La línea de servicio de enfermería de HealthCheck360 está abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días al año. El enfermero puede ayudar a responder preguntas como:

- ¿Debo ver a mi PCP o acudir a la sala de emergencias?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de mis medicamentos?
- ¿Mi nuevo medicamento interactuará con otros medicamentos?

Programa de Administración de Casos

Usted y sus dependientes pueden ser elegibles para el programa de administración de casos en determinadas circunstancias, incluso si tiene una condición médica compleja o crónica, o si su condición tiene un alto costo esperado. Es posible que lo contactemos para participar en la administración de casos, pero usted o su proveedor de atención médica también pueden solicitar servicios de administración de casos. HealthCheck360 proporciona servicios de administración de casos (Case management).

Si es seleccionado para el programa de administración de casos, un administrador de casos 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 asegurar que se cubran sus necesidades de atención médica mientras se le ayuda a trabajar para obtener el mejor resultado médico posible y a administrar el costo de su atención.

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

En algunos casos, es posible que se requiera la Administración de casos (Case management). Por ejemplo, es posible que se le requiera utilizar el programa de administración de casos (case management program) para obtener beneficios por trasplantes o costos de viaje y alojamiento. Si no usa el programa de Administración de casos (Case management) cuando es necesario, es posible que no se paguen los beneficios del Plan. A menos que se especifique como obligatorio, usted decide si desea unirse al programa de administración de casos y si debe seguir o no las recomendaciones del programa.

Proveedores de la red

Los beneficios se pagan en función de si utiliza un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. El tratamiento brindado por un proveedor fuera de la red generalmente se reembolsa a un nivel más bajo.

Para encontrar proveedores de la red, comuníquese con:

Red PPO de Blue Cross and Blue Shield of Illinois (BCBSIL)-PPO

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

www.bcbsil.com

(Diríjase al buscador de proveedores y seleccione la red “Organización de Proveedores Participantes (PPO, por sus siglas en inglés)”).

- ✓ **Los proveedores de BlueShield of California no están en su red.** Sólo los proveedores de BlueCross of California se consideran proveedores de la red.

Vea *página A-7* para obtener más información sobre cómo permanecer en la red puede ayudarlo a ahorrar dinero.

Cuándo un proveedor fuera de la red puede considerarse un proveedor de la red

En las circunstancias especiales que se enumeran a continuación, el Plan pagará los servicios fuera de la red al costo compartido de la red, y el costo compartido de la red se aplicará a su límite de gastos de bolsillo.

En algunos casos, es posible que deba pagar la diferencia entre el cargo permitido y el cargo real del proveedor (llamado facturación de saldo). En otros casos, el proveedor no puede facturarle el saldo. La siguiente lista indicará si el proveedor puede facturarle el saldo.

Un proveedor fuera de la red puede ser considerado un proveedor de la red cuando:

- *Tratamiento médico de emergencia*
Usted recibe tratamiento médico de emergencia de un proveedor fuera de la red. El proveedor fuera de la red no puede facturarle el saldo de su tratamiento médico de emergencia. (Vea *página G-4* para conocer la definición de “tratamiento médico de emergencia”).
- *Utiliza un hospital de la red o un centro quirúrgico ambulatorio de la red*
Obtiene servicios y suministros de proveedores fuera de la red en relación con una visita a un hospital de la red (incluyendo el departamento de pacientes ambulatorios) o un centro de cirugía ambulatoria de la red. El proveedor fuera de la red no puede facturarle el saldo. Sin embargo, esto no se aplica si da su consentimiento informado a su profesional de atención médica aceptando renunciar a sus protecciones de la facturación del saldo (no es necesario que dé su consentimiento si no lo desea).
- *Proveedores fuera de la red que brindan consultas para pacientes internados o que se especializan en anestesiología, medicina de emergencia, patología o radiología*
Utiliza proveedores fuera de la red que brindan consultas para pacientes internados o que se

Beneficios médicos de PPO

especializan en anestesiología, medicina de emergencia, patología o radiología. Usted paga el costo compartido de la red. A menos que se apliquen las reglas anteriores sobre tratamiento médico de emergencia o visitas a un hospital de la red o un centro quirúrgico ambulatorio de la red, el proveedor también puede facturarle el saldo.

- *Servicios de ambulancia*

Usted utiliza un servicio de ambulancia fuera de la red (terrestre, aéreo, acuático). Los proveedores de ambulancia aérea fuera de la red no pueden facturarle el saldo. Los proveedores de ambulancias terrestres y acuáticas fuera de la red pueden facturarle el saldo.

- *El directorio de proveedores*

es incorrecto Usted confía en el directorio de proveedores del Plan, o el Fondo o Blue Cross Blue Shield of Illinois le informa que un proveedor está en la red cuando el proveedor realmente no está en su red. Comuníquese con el Fondo si cree que esta regla aplica a su reclamo. El proveedor puede facturarle el saldo.

Asegúrese de preguntar siempre si el proveedor está en su red.

- *Su proveedor abandona la red*

Usted está recibiendo un curso de tratamiento con un proveedor que sale de la red y usted es un "paciente de atención continua" según lo define la ley federal porque:

- ▶ Está embarazada y recibe atención por su embarazo.
- ▶ Está recibiendo tratamiento por una condición grave y compleja que requiere atención médica especializada.
- ▶ Está recibiendo atención hospitalaria.
- ▶ Ha programado una cirugía no electiva (incluida atención postoperatoria).
- ▶ Tiene una enfermedad terminal (se espera que viva 6 meses o menos).

El Fondo puede continuar pagando los beneficios de la red por los servicios cubiertos que recibe de ese proveedor hasta por 90 días (o hasta que finalice su atención continua, si es antes). En este caso, el proveedor fuera de la red no puede facturarle el saldo.

Si su proveedor deja la red, recibirá un aviso y una solicitud de continuación de atención. Si cree que usted califica como paciente de atención continua y desea continuar el tratamiento con su proveedor, debe devolver la solicitud al Fondo. Su proveedor deberá documentar que usted cumple con la definición de un paciente de atención continua (como se indica más arriba).

El aviso incluirá la fecha límite para solicitar la continuación de atención e información sobre cómo enviar su solicitud.

- *Servicios si vive fuera de la red PPO* Usted recibe atención de proveedores fuera de la red porque vive fuera de la red PPO. Usted paga el costo compartido de la red, pero el proveedor también puede facturarle el saldo.

Si cree que su reclamo no se pagó correctamente según estas reglas, puede presentar una apelación. *Vea página C-21* para información sobre cómo apelar reclamos, incluido su derecho a una revisión externa.

Lo que usted paga

Debe pagar su costo compartido (como copagos, coseguro o deducibles) para su parte de los gastos cubiertos. También debe pagar cualquier gasto que no se considere un gasto cubierto (*vea página D-17* para obtener información sobre lo que no está cubierto), incluidos los cargos una vez que se ha establecido un beneficio máximo o una limitación.

Consulte su Resumen de beneficios a partir de *en la página D-2* para obtener más información sobre su costo compartido.

Deducibles

Su deducible del año calendario se aplica tanto a los gastos dentro como fuera de la red. Solo tiene que pagar el deducible una vez al año. Una vez que haya pagado su deducible (a veces llamado "cubrir su deducible"), no tiene que hacer más pagos contra su deducible durante el resto de ese año. El deducible individual de \$300 se aplica a cada persona cubierta por el Plan. Sin embargo, una vez que se ha cubierto su deducible familiar de \$600, nadie más en su familia tiene que pagar deducibles durante el resto de ese año.

Los deducibles individuales de \$300 y familiares de \$600 solo se aplican a los beneficios médicos (incluidos los beneficios de salud mental y abuso de sustancias). Los montos que usted paga por medicamentos recetados o cuidado de la visión o atención dental no aplicarán a los deducibles. Además, los deducibles no se aplican a ciertos beneficios médicos. *Vea página D-2* para ver qué servicios se requiere el deducible y qué servicios están cubiertos antes de satisfacer el deducible.

Cualquier cargo permitido aplicado a su deducible del año calendario durante octubre, noviembre o diciembre también se aplicará a su deducible para el siguiente año calendario.

Vea página C-6 para obtener más información sobre qué es un deducible.

Copagos

Usted paga copagos por ciertos tipos de atención (*vea página D-2*). Su copago es el único costo compartido por toda la atención médica que recibe durante una visita a la sala de emergencias. Usted solo paga un copago por toda la atención médica que reciba durante la visita a la sala de emergencias, incluso si recibió otros servicios al mismo tiempo.

Vea página G-2 para obtener más información sobre qué es un copago.

Límite de gastos de bolsillo

Hay dos tipos de límites de desembolso personal que limitan lo que usted paga por los servicios de red.

Límite de gastos de bolsillo básico

El coseguro máximo que usted paga por servicios médicos de la red (incluidos servicios de salud mental y abuso de sustancias) en un año calendario es de \$700 por persona. El coseguro del 50 % que usted paga por servicios fuera de la red no cuenta para su límite básico de desembolso personal.

Límite de seguridad de pagos de su bolsillo

Su costo compartido de bolsillo (deducibles, coseguro y copagos) para la mayoría de los gastos médicos (incluidos los de salud mental y abuso de sustancias) y de medicamentos recetados cubiertos por la red está limitado a \$6,350 por persona (\$12,700 por familia) cada año calendario. Una vez que los costos por los gastos fuera de su bolsillo por gastos cubiertos cumplan con estos límites, El Plan generalmente pagará el 100% de los gastos médicos y de medicamentos con receta cubiertos dentro de la red para usted (o su familia) durante el resto de ese año calendario. Los montos que paga de su bolsillo por gastos de medicamentos recetados según la sección de este SPD titulada “Beneficios de medicamentos recetados” también cuentan para este límite de desembolso.

Vea [página G-6](#) para obtener más información sobre qué es un límite de gastos de bolsillo.

Qué está cubierto

El Plan solo pagará beneficios por lesiones o enfermedades que no estén relacionadas con su trabajo. Los beneficios se determinan en función de los cargos permitidos por servicios cubiertos que resultan de atención y tratamiento médicamente necesarios prescritos o provistos por un proveedor de atención médica.

- **Servicios de atención médica preventiva** ([vea página G-7](#)) cuando acuda a un proveedor de la red.
Los gastos fuera de la red no están cubiertos. Sin embargo, los extractores de leche de grado no hospitalario (limitados a uno por embarazo) y los suministros para extractores de leche estarán cubiertos cuando se obtengan de un proveedor fuera de la red. Es posible que se apliquen ciertos límites o reglas sobre cuándo y cómo obtener atención médica preventiva según su sexo, edad y estado de salud.
 - ▶ Las pruebas de PSA para hombres están cubiertas anualmente.
 - ▶ Las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou y detección del virus del papiloma humano) están cubiertas una vez por año calendario para las mujeres, independientemente de la edad.
 - ▶ Las mamografías de rutina están cubiertas una vez por año calendario para mujeres de 35 años o más, y una vez por año calendario para mujeres menores de 35 años que tienen un alto riesgo de cáncer de mama.
- **Servicios médicos y quirúrgicos profesionales** por parte de un proveedor de atención médica.
- Tratamiento de **condiciones de salud mental y abuso de sustancias**, incluido el tratamiento hospitalaria y residencial, atención ambulatoria, hospitalización parcial, atención ambulatoria intensiva y desintoxicación ambulatoria.
- **Servicios quiroprácticos**, hasta un total de 40 visitas por persona cada año calendario.
- **Servicios de acupuntura**, hasta un total de 40 visitas por persona cada año calendario. El pago máximo del beneficio del Plan por cada visita es de \$50.
- **Atención podiátrica**, excluyendo radiografías y atención de rutina. No se cubre la atención podiátrica de rutina, como el tratamiento de callos y durezas, el cuidado de afecciones de las

uñas o el cuidado de afecciones dermatológicas de los pies.

- **Medicamentos inyectables**, incluidas las vacunas proporcionadas por un proveedor de atención médica.
- Servicios cubiertos proporcionados en un **centro de atención de urgencia**.
- Transporte proporcionado por un **servicio de ambulancia profesional** hasta el área de un centro médico que pueda brindar el tratamiento requerido.

Si usted no tiene control ya sea sobre el tipo de ambulancia que se solicita, por ejemplo, cuando la ambulancia es solicitada por un profesional de atención médica, un empleador, la policía, la escuela, etc. esta ambulancia se considerará médicamente necesaria. Comuníquese con el Fondo si usted no tenía control sobre el tipo de ambulancia solicitada.

- **Servicios de laboratorio**,
- **Radiología**, que incluye, entre otros, radiografías, ecografías y monitorización fetal.
- **Servicios de instalaciones quirúrgicas ambulatorias**, incluidos suministros generales, anestesia, medicamentos y salas de operaciones y recuperación, pero excluidos los servicios profesionales, para procedimientos quirúrgicos que normalmente no se realizan en el consultorio de un profesional de la salud. Si tiene varias cirugías, los gastos cubiertos se limitan a los cargos por la cirugía primaria.
- Servicios de rehabilitación ambulatoria de **fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional**, hasta un total de 60 visitas por persona cada año calendario.
- **Terapia de habilitación** para niños con trastorno del espectro autista *Debe obtener autorización previa para la terapia de habilitación antes de que el Plan pague los beneficios.* Los beneficios están limitados a 30 horas por persona por semana y a un total de 36 meses. La “terapia habilitativa” incluye la terapia de análisis conductual aplicado (ABA) y tipos de tratamiento similares. No incluye fisioterapia, terapia del habla ni terapia ocupacional.
 - ▶ Su hijo/a debe tener por lo menos 2 años de edad pero no ser mayor de ocho.
 - ▶ Su hijo 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 estar certificado por la Junta de Certificación de Analistas del Comportamiento (BACB) como Analista del Comportamiento Certificado por la Junta o Doctor en Analista del Comportamiento Certificado por la Junta (o estar autorizado para supervisar este tipo de tratamiento).
 - ▶ La persona que brinde la terapia de habilitación debe estar certificada por la BACB como Analista Conductual Asistente Certificado por la Junta o Técnico Conductual Registrado (o debe estar autorizada de otra manera para brindar este tipo de tratamiento).
 - ▶ Solo se pagarán beneficios por servicios complementarios a cualquier terapia para la cual su hijo sea elegible a través de su escuela o distrito escolar. No se pagarán beneficios por la terapia proporcionada a través de la escuela o el distrito escolar.
 - ▶ La terapia de habilitación y el plan de tratamiento deben obtener la autorización previa del Fondo antes de comenzar el tratamiento. Las notas y el plan de tratamiento deben

Beneficios médicos de PPO

ser revisados por el Fondo por lo menos dos veces al año y debe demostrar que:

- » Su hijo/a demuestra mejoría.
- » Usted ha recibido capacitación y participan en la terapia habilitante.
- » Usted sigue el plan de tratamiento.

- **Cargos hospitalarios** por habitación y comida, así como otros servicios hospitalarios o ambulatorios.
- **Anestesia**, incluida la administración de anestesia.
- Tratamiento del **embarazo** y de afecciones relacionadas con el embarazo, incluidos el parto, el aborto espontáneo o el aborto inducido, únicamente para empleados y cónyuges dependientes. Sin embargo, los servicios de atención médica preventiva (*vea página G-7*) y el tratamiento médico de emergencia para el embarazo de un niño dependiente también se considerarán un gasto cubierto. No se cubrirán los servicios de atención médica no preventiva para el embarazo de un niño dependiente, incluidos, entre otros, ecografías, cargos asociados con un embarazo de alto riesgo, abortos y cargos por parto.
- **Mastectomías**, incluidas todas las etapas de la cirugía para reconstruir el seno extirpado (reconstrucción), cirugía y reconstrucción del otro seno para que los senos luzcan uniformes, implantes y prótesis mamarias, y tratamiento de problemas de salud física derivados de una mastectomía, incluida la inflamación de los ganglios linfáticos (linfedema).
- **Servicios médicos para trasplantes de órganos** si se cumplen las siguientes reglas:
 - ▶ El trasplante debe estar cubierto por Medicare, incluido cumplir los requerimientos clínicos, del centro y del proveedor de Medicare.
 - ▶ Usted debe utilizar cualquier programa de administración de casos recomendado por el Fondo o su representante.
 - ▶ Debe obtener autorización previa para el trasplante.
 - ▶ Los gastos del donante para su trasplante solo se cubren si el donante no tiene otra cobertura.
 - ▶ La cobertura del trasplante no incluye sus gastos si es que usted está donando un órgano en vez de recibirlo.
- **Reducción de la mandíbula**, abierta o cerrada, para una mandíbula fracturada o dislocada.
- **Atención en un centro de enfermería especializada**, hasta un máximo de 60 días por persona cada año calendario, siempre que esté bajo el cuidado de un profesional de la salud y esté confinado como un paciente en cama regular.
- Servicios profesionales para **educación sobre diabetes** y capacitación para la atención, monitoreo o tratamiento de la diabetes. Los servicios fuera de la red no están cubiertos.
- Servicios profesionales de **asesoramiento nutricional** proporcionados por un proveedor de la red, hasta un máximo de \$200 por persona cada año calendario. Los servicios fuera de la red no están cubiertos.

- **Sangre y plasma sanguíneo**, y su administración.
- **Servicios de atención médica domiciliaria**, hasta un máximo de 60 días por persona cada año calendario. Los servicios generales de limpieza o cuidado de custodia no están cubiertos.
- Servicios y suministros de **cuidados paliativos** autorizados por un profesional de la salud si tiene una enfermedad terminal, hasta un máximo de 60 días por persona cada año calendario.
- **Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)** y suministros para todos los dispositivos o artículos no desechables prescritos por un proveedor de atención médica, como sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores y sistemas de apoyo asociados, bombas de infusión, equipos de diálisis en casa, dispositivos de monitoreo, unidades de tracción en casa y otros equipos o dispositivos médicos similares.
 - ▶ Las tarifas de alquiler están cubiertas si el DME solo se puede alquilar y el precio de compra está cubierto si el DME solo se puede comprar.
 - ▶ Sin embargo, si el DME se puede alquilar o comprar, y si las tarifas de alquiler para el curso del tratamiento probablemente sean superiores al precio de compra del equipo, los beneficios pueden limitarse al precio de compra del equipo.
 - ▶ Si se compra el DME, los gastos de reparación o mantenimiento también están cubiertos.
- Reembolso de **costos razonables de viaje, alojamiento y comidas** para obtener tratamiento médico cubierto que no esté disponible a través de un proveedor de la red dentro de 100 millas de su hogar. Aplican las siguientes reglas:
 - ▶ Excepto en situaciones limitadas, el Plan generalmente requiere que usted obtenga autorización previa de estos gastos para recibir el reembolso. Asegúrese de comunicarse con el Fondo antes de obtener servicios para obtener más información.
 - ▶ No están cubiertos los gastos que no sean principalmente necesarios o esenciales para la atención médica.
 - ▶ También se cubrirán los gastos de viaje, alojamiento y comida de otra persona que viaje con usted (el mismo día que usted).
 - ▶ Los gastos de viaje son reembolsables para pasajes de avión o tren a la tarifa de autobús, taxi o transporte terrestre, o reembolso de millas a la tarifa de millas actual emitida por el IRS para la ruta más directa entre su residencia y la instalación. También se consideran gastos de viaje subvencionables los peajes y los gastos de estacionamiento.
 - ▶ No están cubiertos los gastos que no estén directamente relacionados con el viaje y el alojamiento. Esto incluye, entre otros: alcohol, tabaco, lavandería, limpieza en seco, teléfono, cargos que excedan las tarifas de clase turista, seguro de viaje o de viaje personal, cuidado de niños, cuidado de casas o perreras, reembolso por salarios perdidos, cargos relacionados con una persona de apoyo familiar no incurridos durante su estadía en la instalación, mantenimiento del automóvil, ropa, entretenimiento, flores, tarjetas, artículos de papelería, servicios domésticos, cargadores de teléfonos celulares, servicios de limpieza,

Beneficios médicos de PPO

depósitos de seguridad, artículos de tocador, multas o multas de tránsito.

- ▶ El reembolso está limitado a \$10,000 por episodio de atención combinado para usted y su compañero de viaje. Esto incluye hasta \$200 por día para alojamiento y hasta \$50 por día para costos de comida para usted y su compañero de viaje combinados.
- ▶ Debe proporcionar al Plan los recibos y cualquier información necesaria para procesar su reclamo.
- ▶ Debe participar en cualquier programa de administración de casos requerido por el Fondo.
- ▶ No se le puede reembolsar por los gastos relacionados con su participación en un ensayo clínico ni por servicios fuera de los Estados Unidos.
- ▶ El Fondo puede organizar o pagar por adelantado ciertos costos de viaje o alojamiento en lugar de exigirle que los pague usted mismo y luego solicite el reembolso.

Si su reembolso excede ciertos límites del IRS, se considera “ingreso imputado” (beneficios que no forman parte de su salario pero que se gravan como ingresos) y el Fondo le enviará un formulario de impuestos. Más detalles sobre el beneficio están disponibles a pedido.

- **Alimentos médicos** si tiene un error innato del metabolismo (IEM). *Debe obtener autorización previa para sus costos de alimentos médicos antes de que el Plan le reembolse.* El Plan le reembolsará el 100 % de sus costos por alimentos médicos. Para ser reembolsado, el alimento médico debe ser: (1) ordenado y utilizado bajo la supervisión de un proveedor de atención médica; (2) la fuente principal de su nutrición; y (3) etiquetado y utilizado para el manejo alimentario de su IEM.
- **Quimioterapia y radioterapia.**
- **Reparación de dientes naturales sanos** y sus estructuras de soporte, si los gastos cubiertos son resultado de una lesión.
- **Procedimientos de esterilización** para empleados y cónyuges. En el caso de las niñas dependientes, están cubiertos los procedimientos de esterilización aprobados por la FDA que se consideran atención médica preventiva (*vea página G-7*).
- **Suministros y apósitos quirúrgicos**, incluidos moldes, férulas, prótesis, aparatos ortopédicos, muletas y bragueros.
- Tratamiento de **tumores, quistes y lesiones** no considerados como un procedimiento dental.
- **Oxígeno** y alquiler de equipo para su administración.
- Cobertura de **cargos por instalaciones**, incluyendo anestesia y otros servicios auxiliares, y cargos por la administración de anestesia por un anesesiólogo, cuando se requiere un entorno institucional para administrar de manera segura atención dental cubierta, incluso para el tratamiento si usted padece condiciones médicas o de comportamiento, como autismo o Alzheimer, que limitan gravemente su capacidad para cooperar con la atención necesaria. Este gasto cubierto solo se aplica en la medida en que el tratamiento estaría cubierto por un beneficio dental.
- Si tiene un diagnóstico de disforia de género, los siguientes **servicios de reasignación de género** y cargos relacionados (por ejemplo, análisis de laboratorio, radiografías, visitas al consultorio, etc.) están cubiertos cuando se obtiene autorización previa:

- ▶ Procedimientos quirúrgicos, incluidas cirugías correctivas médicamente necesarias, para cambiar su género una sola vez (por ejemplo, si el Plan cubre procedimientos que cambian su género de masculino a femenino, el Plan no pagará entonces para cambiar su género nuevamente a masculino).
- ▶ Terapia hormonal para la reasignación de género si la terapia hormonal sólo puede ser administrada por un profesional de la salud. (Vea [página D-22](#) para obtener información sobre la cobertura de la terapia hormonal bajo los beneficios de medicamentos recetados).

Qué no está cubierto

La siguiente lista generalmente no se aplicará al tratamiento médico de emergencia. Sin embargo, el Fondo seguirá sin cubrir ningún tratamiento que de otro modo estaría excluido, independientemente de las circunstancias (por ejemplo, el Fondo no cubre ningún tratamiento que no sea médicamente necesario).

Vea [página D-35](#) para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones generales del Plan. Además de esa lista, el Plan no pagará beneficios por, o en relacionados con, los siguientes tratamientos médicos, servicios y suministros:

- Fármacos y medicamentos recetados, que no sean los utilizados donde se dispensan. Los medicamentos recetados pueden estar cubiertos por el beneficio de medicamentos recetados que se muestra *en la página D-19*.
- Procedimientos para el tratamiento de disfunción de la articulación temporomandibular, trastornos craneofaciales o trastornos ortognáticos, a menos que se haya recibido la aprobación previa del Fondo/UNITE HERE HEALTH o su representante.
- Cirugía para modificar las relaciones de la mandíbula, incluido, pero no limitado a procedimientos de osteoplastia y genioplastia. Sin embargo, las operaciones de tipo Le Fort están cubiertas principalmente para reparar defectos congénitos de la boca, condiciones de la parte media de la cara (sobre o subdesarrollo de rasgos faciales) o daños causados por lesiones.
- A menos que se indique específicamente como cubierto, procedimientos de aumento de cresta alveolar o de implantes, extracciones dentales, servicios dentales para o en conexión con el cuidado de rutina de los dientes y los tejidos bucales de soporte, o servicios de restauración para reemplazar dientes naturales perdidos como resultado de una lesión.
- Servicios de enfermería privada.
- Anticonceptivos orales o dispositivos anticonceptivos de venta libre.
- Refracción ocular, anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, estos servicios pueden estar cubiertos por los beneficios de la visión.
- Artículos o servicios no relacionados con la salud, incluidos, entre otros, nutrición oral o suplementos y suministros desechables, como vendajes, antisépticos y pañales.

D-18

*Unidad de
plan 178*

El PPO está cerrado para los empleados que aún no estén inscritos en esta opción a partir del 1 de marzo de 2018.

Si decide cambiarse a una opción HMO, no podrá volver a la PPO.

Beneficio de medicamentos recetados de PPO

Sepa:

- ▶ Lo que usted paga por sus medicamentos recetados cubiertos.
- ▶ Qué tipos de medicamentos recetados están cubiertos.
- ▶ Cómo es que los programas seguridad y contención de costos lo ayudan a ahorrar dinero y a proteger su salud.
- ▶ Cuánto de un medicamento recetado puede recibir a la vez.
- ▶ 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 recetados no están cubiertos.

Beneficio de medicamentos recetados de PPO

Esta sección no se aplica si está inscrito en una opción HMO de Kaiser.

Hospitality Rx (una subsidiaria de UNITE HERE HEALTH) brinda servicios de administración de beneficios de farmacia. Hospitality Rx tiene contratos con varias organizaciones para brindar servicios administrativos especializados. El Plan únicamente pagará beneficios si usted compra sus medicamentos con receta en una farmacia que participe en la red, como Walgreens. *No todas las farmacias minoristas están en su red de farmacias.* CVS, Sam's Club y Wal-Mart no están en su red.

Asegúrese de visitar www.hospitalityrx.org para encontrar una farmacia dentro de la red.

Si utiliza una farmacia que no pertenece a su red, usted deberá pagar el 100% del costo del medicamento con receta. El Plan no le reembolsará el costo de los medicamentos recetados que compre en una farmacia fuera de la red.

Información de contacto importante

Si usted desea:	Llame a:	Al:
Encontrar una farmacia dentro de la red o hacer preguntas sobre sus beneficios	Hospitality Rx	(844) 813-3860 www.hospitalityrx.org
Obtener autorización previa para medicamentos con receta o para preguntar qué medicamentos requieren autorización previa	Hospitality Rx	(844) 813-3860 www.hospitalityrx.org
Obtener un glucómetro gratis	FreeStyle (by Abbott)	(866) 224-8892 www.ChooseFreeStyle.com use código de pedido RAFITLWP
	OneTouch (by LifeScan)	(800) 668-7148 www.OneTouch.orderpoints.com use código de pedido 573EXP333
Ordenar de la farmacia de pedidos por correo	WellDyneRx Home Delivery (a través de Hospitality Rx)	(844) 813-3860 wellview.welldyne.com
Ordenar de la farmacia especializada	Farmacia especializada Welldyne	(800) 373-1879 welldynespecialty.com

Beneficio de medicamentos recetados de PPO

Lo que usted paga

Usted debe pagar el monto aplicable que se muestra a continuación por cada abastecimiento de un medicamento con receta. También deberá pagar cualquier gasto que no se considere cubierto (vea página D-27 para obtener información sobre lo que no está cubierto).

Beneficios de medicamentos recetados: lo que paga			
	Por Receta Médica		
Beneficios de medicamentos recetados del formulario en farmacias minoristas de la red y pedidos por correo	Farmacia Minorista <i>hasta un suministro de 34 días</i>	Pedido por Correo <i>hasta un suministro de 60 días</i>	
Medicamentos para servicios de atención médica preventiva— <i>vea página G-7</i>	\$0		
Genéricos y algunos medicamentos de marca	\$10		
Medicamentos preferidos	\$30		
Medicamentos no preferidos	\$50		
Medicamentos especializados selectos y biosimilares selectos*	No cubierto	Genéricos	De marca
		\$10	25%
Medicamentos con Receta y Suministros No Incluidos en el Formulario	No tiene cobertura, a menos que se apruebe una excepción		
<i>*El proveedor de beneficios farmacéuticos actual activamente administrará y determinará los medicamentos en el nivel (in tier). Los medicamentos especializados únicamente están disponibles a través de la farmacia especializada de pedidos por correo. Sin embargo, si toma medicamentos especializados como parte de su plan de tratamiento del VIH, es posible que pueda recibir una excepción para usar su farmacia minorista de la red.</i>			

Los medicamentos y suministros en el formulario son seguros, efectivos y de alta calidad. No se pagan beneficios por medicamentos que no están en el formulario a menos que el Fondo apruebe el medicamento. Los medicamentos y suministros recetados pueden ser agregados o eliminados del formulario ocasionalmente. Utilice la herramienta de búsqueda de formulario en www.hospitalityrx.org o llame a Hospitality Rx al (844) 813-3860 si usted o su proveedor de atención médica tienen preguntas sobre qué medicamentos recetados y suministros están en el formulario.

Pídale a su proveedor de atención médica que le recete un medicamento que esté 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 o www.hospitalityrx.org para obtener una excepción del formulario. La excepción del formulario le permite a su proveedor de atención médica pedir la aprobación para que usted obtenga cobertura de un medicamento con receta que no esté en el formulario. Sin embargo, recuerde que el Fondo no considerará la cobertura de un medicamento que no esté en el formulario hasta que usted haya probado todas las alternativas de medicamentos recetados del formulario que sean médicamente apropiadas para su situación.

Límite de gastos de bolsillo para medicamentos recetados

Su costo compartido para la mayoría de los gastos médicos y de medicamentos recetados de la red está limitado a \$6,350 por persona (\$12,700 por familia) cada año calendario. Una vez que los costos por los gastos fuera de su bolsillo por gastos cubiertos cumplan con estos límites, El Plan generalmente pagará el 100% de los gastos médicos y de medicamentos con receta cubiertos dentro de la red para usted (o su familia) durante el resto de ese año calendario. Los montos que usted pague fuera de su bolsillo por gastos médicos cubiertos bajo la sección titulada “Beneficios Médicos” 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 cualquier monto que usted deba pagar además de su copago cuando usted o su médico eligen un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible. (Vea a continuación “Política de medicamentos genéricos recetados”). Estos gastos no cuentan hacia su límite de gastos fuera de su bolsillo y usted continuará siendo responsable de estos gastos incluso si ya ha alcanzado el límite de gastos fuera de su bolsillo para el año.

Puede obtener más información sobre sus límites de desembolso personal *en la página D-11* y *en página G-6*.

Qué está cubierto

Un medicamento o suministro debe estar incluido en el formulario de enfoque para poder ser cubierto (a menos que usted obtenga una excepción del formulario de parte del Plan). El Plan paga beneficios únicamente por los siguientes gastos del formulario:

- Medicamentos y suministros aprobados por la FDA que pueden ser adquiridos legalmente sólo con una receta escrita de un proveedor de atención médica. Esto incluye anticonceptivos orales e inyectables 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.
- Los siguientes suministros para diabéticos: insulina, tiras reactivas para diabéticos, solución de control para glucómetros, jeringas y agujas desechables, lancetas y dispositivos de lancetas.
- Medicamentos recetados y ciertos suministros y servicios de atención médica preventiva de venta libre (*vea página G-7*), incluidas las vacunas de rutina. Debe tener una receta médica para servicios y suministros de atención médica preventiva de venta libre para que el Fondo pague por estos servicios.
- Vitaminas.
- Terapia hormonal, siempre y cuando las hormonas estén aprobadas por la FDA y únicamente estén disponibles con receta médica. Se requiere autorización previa para ciertas terapias hormonales.

Beneficio de medicamentos recetados de PPO

Glucómetros gratis

Usted puede obtener un glucómetro gratuito una vez cada 12 meses a través de este programa gratuito de glucómetro.

Glucómetro gratuito del fabricante Los fabricantes proporcionarán un glucómetro gratis cada 36 meses:

<p>OneTouch (by LifeScan) www.OneTouch.orderpoints.com (800) 668-7148 Código de pedido 573EXP333</p> <p><i>Lleve su comprobante y receta médica de glucómetro a una farmacia de la red</i></p>	<p>FreeStyle (by Abbott) www.ChooseFreeStyle.com (866) 224-8892 Código de pedido RAFITLWP</p> <p><i>Su medidor será enviado a la dirección que proporcione durante el proceso de pedido</i></p>
--	--

Los detalles del programa del fabricante, como el modelo del glucómetro, el código de pedido y otros detalles, pueden cambiar de vez en cuando. Visite www.hospitalityrx.org para obtener la información más actualizada.

Glucómetro gratuito llamando a Hospitality Rx Si necesita un glucómetro antes de lo que permite el fabricante, llame a Hospitality Rx al **(844) 484-4726** o visite www.hospitalityrx.org para obtener autorización previa para un nuevo glucómetro.

- Usted necesita una receta médica para el glucómetro de su proveedor de atención médica.
- Debe ir a una farmacia de la red para obtener su glucómetro gratis (asegúrese de pagar en el mostrador de la farmacia).

Si no desea un glucómetro gratuito, usted mismo paga el costo total del glucómetro. Puede presentar un reclamo bajo los beneficios médicos para el glucómetro, pero se aplican todas las reglas de beneficios médicos y es posible que no le reembolsen el monto total—se aplica cualquier costo compartido correspondiente para el equipo médico duradero (consulte el Resumen de beneficios que comienza *en la página D-2*).

Programas de seguridad y contención de costos para medicamentos recetados

El Fondo ofrece protección extra a través de varios programas de seguridad y contención de costos. Estos programas pueden cambiar ocasionalmente y los medicamentos recetados, o tipos de medicamentos recetados que forman parte de estos programas también pueden cambiar ocasionalmente. Usted y su proveedor de atención médica siempre pueden obtener la información más reciente comunicándose con 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 ven si es seguro para usted tomar un medicamento recetado. Por ejemplo, algunos medicamentos recetados no pueden tomarse juntos. Los programas de seguridad ayudan a asegurarse de que usted no esté tomando dos o más medicamentos con receta en una combinación que podría causarle daño.

Beneficio de medicamentos recetados de PPO

Los programas también pueden ayudar a asegurar que su dinero no se desperdicie en medicamentos recetados que no funcionan para usted. Por ejemplo, algunos medicamentos recetados causan efectos secundarios graves en algunos pacientes. Al limitar su receta a una pequeña cantidad de pastillas, puede estar seguro de que el medicamento recetado es seguro para usted lo tome antes de pagar por una gran cantidad de pastillas que tendrá que desechar si experimenta efectos secundarios graves.

Si un medicamento con receta está sujeto a un programa de seguridad o de contención de costos, usted debe seguir el programa para poder obtener los beneficios para el medicamento.

Vea página F-9 para obtener información sobre cómo apelar una denegación de autorización previa o apelar una denegación de beneficios de medicamentos con receta.

Política de medicamentos genéricos recetados

Los medicamentos genéricos tienen el mismo ingrediente activo que los medicamentos de marca, pero usted paga menos por ellos. Pídale a su médico que lo ayude a ahorrar dinero recetándole medicamentos genéricos cuando sea posible.

Si usted o su proveedor eligen un medicamento recetado de marca cubierto cuando podría obtener un equivalente genérico en su lugar, usted paga la diferencia de costo entre el medicamento de marca recetado y el equivalente genérico. Por ejemplo, si el medicamento de marca recetado cuesta \$80 al por menor y el costo del Fondo por el equivalente genérico es \$30, usted debe pagar los \$50 de diferencia. También tendrá que pagar el copago del medicamento genérico.

La política de medicamentos genéricos recetados no aplica a ciertos medicamentos recetados que deben ser monitoreados de cerca, o si cambios muy pequeños en la dosis podrían ser perjudiciales. Los medicamentos recetados que no están sujetos a la política de medicamentos genéricos recetados cambian ocasionalmente. Puede obtener información actualizada llamando a Hospitality Rx al (844) 813-3860. Esta regla tampoco aplicará si obtiene una excepción a través de un programa de seguridad o contención de costos. Su proveedor de atención médica deberá obtener aprobación previa para que esta excepción aplique a sus medicamentos recetados.

Si usted está aprobado para una excepción a la política de medicamentos genéricos recetados, igual tendrá que pagar el copago aplicable.

Autorización previa

Si su proveedor de atención médica prescribe ciertos medicamentos, él o ella necesitarán proporcionar sus registros médicos para demostrar que el medicamento recetado es clínicamente apropiado para su situación médica. La lista de medicamentos recetados que requieren autorización previa cambia ocasionalmente. Llame a HospitalityRx al (844) 813-3860 para obtener una lista de medicamentos en la lista de autorización previa o para obtener una autorización previa para un medicamento.

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

Beneficio de medicamentos recetados de PPO

Por ejemplo, si usted necesita un ARB (bloqueador de los receptores de la angiotensina), 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 de marca.

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 autorización previa.

Administración de casos (Case management)

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

¡Asegúrese de hablar con los administradores de caso si se comunican con usted!

Límites de cantidad

La cantidad de una receta médica que el Plan abastecerá al mismo tiempo se limita a la menor de:

- La cantidad prescrita por su profesional de atención médica.
- Si usted utiliza una farmacia minorista, hasta un suministro de 34 días.
- Si usted utiliza la farmacia no especializada de pedido por correo, hasta un suministro de 60 días.
- La cantidad permitida bajo cualquier programa de seguridad o de contención de costos. Por ejemplo, la mayoría de recetas surtidas a través de la farmacia especializada de pedidos por correo estarán limitadas a un suministro de menos de 34 días o 60 días.

Si su receta médica es para un medicamento que únicamente está disponible en cantidades de 90 días, o es un medicamento anticonceptivo que utiliza una liberación constante de hormonas a lo largo del tiempo (como NuvaRing®), puede obtener la cantidad total de 90 días. Aún tendrá que pagar el copago aplicable basado en el nivel del medicamento (genérico, de marca o especializado).

Excepciones a los límites de cantidad estándar

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

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

Beneficio de medicamentos recetados de PPO

Reabastecimientos anticipados

Por lo general, usted no puede reabastecer una receta médica antes de lo permitido bajo cualquier norma aplicable, programas de seguridad o de contención de costos u otras reglas del Plan. En algunos casos, podría reabastecer su receta antes de lo que normalmente se permite. Por ejemplo, puede obtener un reabastecimiento anticipado si:

- Usted demuestra que estará afuera del país cuando se quede sin un medicamento con receta. Si se aprueba su resurtido anticipado, usted puede obtener un suministro de hasta 60 días por el copago aplicable de medicamentos al por menor.
- Pierde o le roban su medicamento.
- Se le acaba un medicamento demasiado pronto porque malinterpretó las instrucciones o accidentalmente tomó demasiado. Podrá obtener dicho reabastecimiento anticipado una sola vez de por vida por este medicamento.

Es posible que se le requiera utilizar el programa de administración de casos (case management program) para poder obtener un abastecimiento anticipado.

Llame a Hospitality Rx al **(844) 813-3860** si necesita un reabastecimiento anticipado de un medicamento.

Farmacia de pedidos por correo

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

wellview.welldyne.com

Farmacia especializada

Usted debe usar la farmacia especializada para comprar todos los medicamentos especializados con receta. 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. Sin embargo, si toma medicamentos especializados como parte de su plan de tratamiento del VIH, es posible que pueda recibir una excepción para usar su farmacia

Beneficio de medicamentos recetados de PPO

minorista de la red. Aplicarán copagos de medicamentos especializados, incluso si usted obtiene una excepción. Puede obtener una copia del formulario que debe completar para solicitar esta exención llamando a Hospitality Rx al **(844) 484-4726**.

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.

WellDyne Specialty Pharmacy
(800) 373-1879
www.welldynespecialty.com

Qué no está cubierto

Vea página D-35 para obtener una lista de las exclusiones y limitaciones generales del Plan. Por ejemplo, los tratamientos experimentales y de investigación, incluidos los medicamentos, no están cubiertos. Además de esa lista, los tipos de tratamientos, servicios y suministros de medicamentos con receta a continuación no están cubiertos por el beneficio de medicamentos con receta:

- Medicamentos recetados que no han sido aprobados por la FDA. Sin embargo, el Fondo o su representante podría cubrir medicamentos con receta no aprobados por la FDA en ciertas situaciones. Usted o su profesional de atención médica pueden solicitar una excepción a través del programa de autorización previa.
- Medicamentos o suministros no incluidos en el formulario, a menos que el Fondo o su representante otorgue una aprobación previa para el medicamento o suministro. Usted debe probar todas las alternativas en el formulario medicamento apropiados antes de que pueda obtener una excepción al formulario.
- Medicamentos o fármacos utilizados, consumidos o administrados en el lugar donde se dispensan, aparte de las inmunizaciones. (Estos medicamentos pueden estar cubiertos bajo sus beneficios médicos. *Vea página D-12.*)
- Recetas o reabastecimientos en cantidades superiores a los límites de cantidad (*vea página D-25*).
- Vitaminas, suplementos dietéticos o ayudas dietéticas, excepto aquellos específicamente incluidos en el formulario.
- Medicamentos utilizados por razones cosméticas, incluyendo Rogaine y otros medicamentos para prevenir la caída del cabello.
- Hormona del crecimiento humano, excepto para tratar la emaciación debida al SIDA.
- Medicamentos o suministros cubiertos no comprados en una farmacia dentro de la red.

Beneficio de medicamentos recetados de PPO

- Dispositivos anticonceptivos e implantes distintos de la atención médica preventiva que haya sido prescrita por un proveedor de atención médica.
- Antihistamínicos no sedantes.
- Medicamentos para la fertilidad.
- 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.
- Medicamentos para el control del peso, a no ser que sea para el tratamiento de la obesidad mórbida bajo la supervisión directa de un proveedor de atención médica, y autorizado por escrito por el Fondo o su representante.
- Servicios y suministros de atención médica preventiva que debe obtener a través de los beneficios médicos.
- 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 con receta nuevos en el mercado hasta que el Fondo o su representante haya revisado y aprobado el medicamento con receta.
- Medicamento especializados con receta si usted no utiliza la farmacia especializada. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos contra el VIH/SIDA si está aprobado para utilizar una farmacia minorista de la red para estos medicamentos.
- Medicamentos de venta libre que no están específicamente enumerados en el formulario.
- Medicamentos “yo también”, a menos que el Fondo o su representante apruebe la compra del medicamento. Los medicamentos “me-too” suelen tener muy pocas diferencias en su funcionamiento, pero son considerados medicamentos “nuevos” sin equivalente genérico. A menudo, el fabricante cobra precios altos por estos medicamentos a pesar de que hay otros medicamentos disponibles que funcionan igual de bien por un costo menor. Puede averiguar si un medicamento “yo también” está cubierto comunicándose con Hospitality Rx.
- Diagnóstico (medicamentos utilizados para ayudar en el proceso de diagnóstico de ciertas condiciones médicas).
- Medicamentos, fármacos o suministros 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.
- Alimentos médicos (los alimentos médicos pueden estar cubiertos bajo el beneficio médico—*vea página D-16*).

El PPO está cerrado para los empleados que aún no estén inscritos en esta opción a partir del 1 de marzo de 2018.

Si decide cambiarse a una opción HMO, no podrá volver a la PPO.

Coordinación de beneficios bajo los beneficios médicos PPO

Sepa:

- ▶ **Cómo se pagan los beneficios si está en el PPO y está cubierto por otros planes.**

Esta sección sólo se aplica a usted si está en la opción de beneficio PPO. Si está en un HMO de Kaiser, consulte la sección que comienza en la página B-1 para obtener información sobre sus beneficios médicos y de medicamentos recetados.

Coordinación de beneficios bajo los beneficios médicos PPO

Estas disposiciones de coordinación de beneficios sólo se aplican a los beneficios médicos del PPO. Si tiene preguntas sobre cómo se coordinan sus beneficios, comuníquese con el Fondo.

No se aplica ninguna coordinación de beneficios a los beneficios de medicamentos recetados bajo la opción de beneficios PPO, a los beneficios proporcionados a través de una HMO, a los beneficios dentales ni a los beneficios de la visión.

Si usted o sus dependientes están cubiertos por este Plan y también están cubiertos por otro plan de salud colectivo, los dos planes coordinarán los pagos de beneficios. La coordinación de beneficios (COB, por sus siglas en inglés) significa que dos o más planes pueden pagar una parte 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 colectivo, general o de franquicia.
- Cobertura colectiva de Blue Cross o Blue Shield.
- Cualquier otra cobertura colectiva, incluidos planes de gestión laboral administrados, planes de beneficios de organizaciones de empleados o planes de beneficios de organizaciones de empleadores.
- Cualquier cobertura bajo programas gubernamentales o proporcionada por cualquier estatuto, excepto Medicaid.
- Cualquier póliza de seguro de automóvil (incluida pero no limitada la cobertura "sin culpa" que contenga disposiciones de protección contra lesiones personales (PIP)).

Este Plan no coordinará beneficios con Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) ni reembolsará a una HMO por servicios brindados. El Plan tampoco coordinará con una póliza individual.

¿Qué plan paga primero?

El primer paso para coordinar los beneficios es determinar qué plan paga primero (el plan primario) y qué plan paga segundo (el plan secundario). Si el Plan es primario, pagará todos sus beneficios. Sin embargo, si el Plan es secundario, los beneficios que hubiera pagado se utilizarán para complementar los beneficios provistos bajo el otro plan, hasta el 100% de los gastos permitidos. Comuníquese con el Fondo para obtener más información sobre cómo el Plan determina los gastos permitidos cuando es secundario.

Orden de pago

Las reglas generales que determinan qué plan paga primero se resumen más abajo. Comuníquese con el Fondo si tiene alguna pregunta.

- Los planes que no contienen disposiciones COB siempre pagan antes que aquellos que las tienen.
- Los planes que tienen COB y cubren a una persona como empleado siempre pagan antes que los planes que cubren a la persona como dependiente.

Coordinación de beneficios bajo los beneficios médicos PPO

- Los planes que tienen COB y que cubren a una persona (o dependiente de dicha persona) que está despedida, jubilada o inscrita en una cobertura de continuación ofrecida de acuerdo con la ley federal o estatal serán secundarios a la cobertura activa, incluida la cobertura de autopago.
- La cobertura de continuación ofrecida de acuerdo con la ley federal o estatal, como COBRA, será secundaria a cualquier cobertura que no sea de continuación, sujeta a la regla para planes militares o gubernamentales, que se detalla a continuación.
- Generalmente, la cobertura militar o gubernamental será secundaria a cualquier otra cobertura.
- Con respecto a los planes que tienen COB y cubren a los hijos dependientes menores de 18 años de edad cuyos padres no están separados o divorciados, los planes que cubren al padre cuyo cumpleaños es antes en un año pagan antes de los planes que cubren al padre cuyo cumpleaños es posteriormente ese año (la regla del cumpleaños).
- Con respecto a los planes que tienen COB y cubren a los hijos dependientes menores de 18 años de edad cuyos padres están separados o divorciados:
 - ▶ Los planes que cubren al padre cuya responsabilidad financiera por los gastos de atención médica del hijo establecida por orden judicial pagan primero.
 - ▶ Si no hay una orden judicial que establezca la responsabilidad financiera, el plan que cubre al padre con custodia paga primero.
 - ▶ Si el padre con custodia se ha vuelto a casar y el hijo está cubierto como dependiente según el plan del padrastro, el orden de pago es el siguiente:
 - » El plan del padre con custodia.
 - » El plan del padrastro con custodia.
 - » El plan del padre sin custodia.
- Con respecto a los planes que tienen COB y cubren a los hijos dependientes adultos mayores de 18 años de edad bajo los planes de ambos padres, independientemente de si estos padres están separados o divorciados, o no, el plan que cubre al padre cuyo cumpleaños es antes en el año paga antes que el plan que cubre al padre cuyo cumpleaños es posteriormente en el año, a menos que una orden judicial ordene de otra forma.
- Con respecto a los planes que tienen COB y cubren a los hijos dependientes adultos mayores de 18 años de edad bajo el plan de uno o más padres y también bajo el plan del cónyuge del hijo dependiente, el plan que haya cubierto al hijo dependiente por más tiempo pagará primero. En el caso de que la cobertura del hijo dependiente bajo el plan del cónyuge haya comenzado en la misma fecha que los planes de uno o ambos padres, el orden de los beneficios se determinará aplicando la regla de cumpleaños a los padres y al cónyuge del hijo dependiente.

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

COB, autorización previa y referencias

Cuando este Plan es secundario (paga sus beneficios después del otro plan) y se cumplen los requerimientos de autorización previa o gestión de utilización del plan primario, no se requerirá que usted o su dependiente cumplan los requisitos de gestión de utilización o autorización previa de este Plan. El Plan aceptará la autorización previa o las determinaciones de gestión de utilización realizadas por el plan primario.

Reglas especiales para Medicare

Soy un empleado activo

Generalmente, el Plan paga principalmente a Medicare por usted y sus dependientes. Sin embargo, existe una excepción si usted o su dependiente padecen enfermedad renal terminal (ver a continuación).

Si también está inscrito en Medicare, Medicare pagará de forma secundaria. Esto significa que Medicare puede pagar algunos de sus gastos después de que el Plan pague sus beneficios.

Yo o mi dependiente tenemos enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Independientemente de si tiene cobertura activa, de jubilado o COBRA, el Plan paga de manera primaria durante los primeros 30 meses en que usted (o su dependiente) es elegible para Medicare debido a ESRD y Medicare paga de manera secundaria.

Medicare pagará de manera primaria por personas con ESRD, independientemente de su edad, a partir de los 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare debido a ESRD. El Plan paga de manera secundaria, independientemente de si usted (o su dependiente) se haya inscrito o no en Medicare.

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

- 12 meses después del mes en que suspende 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 en Medicare para evitar que le facturen por cosas que Medicare cubrirá.

Tengo cobertura COBRA o cobertura para jubilados

Si usted y sus dependientes tienen cobertura COBRA o cobertura de jubilado, y usted (o su dependiente) son elegibles para Medicare, el Plan paga de manera secundaria a Medicare para los empleados no activos y sus dependientes que son elegibles para Medicare, independientemente de si usted (o su dependiente) se inscriben o no en Medicare. El Plan no pagará montos que pueda pagar Medicare.

Si tiene cobertura de jubilado o COBRA, y no se inscribe en las Partes A (Beneficios Hospitalarios) y B (Beneficios Médicos) de Medicare cuando tenga 65 años, tendrá que pagar el 100% de los costos que hubiera pagado Medicare.

Cómo obtener ayuda con Medicare

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

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

Cuando el Plan coordina consigo mismo

Si está cubierto por este Plan como empleado y dependiente (por ejemplo, si usted es un empleado **y** dependiente de su cónyuge o de sus padres), o sus dependientes también están cubiertos como dependientes de otro empleado (por ejemplo, si usted y su cónyuge cubren a sus hijos), este Plan coordina la mayor parte de su coseguro y copagos consigo mismo, lo que reduce lo que usted paga de su bolsillo.

Sin embargo, este Plan **no** coordinará ninguno de los siguientes elementos:

- Máximos de beneficios (por ejemplo, límites de visitas o máximos en dólares).
- Deducibles.
- Coaseguro y copagos para tratamientos que no sean de emergencia en una sala de emergencias dentro o fuera de la red.
- Coaseguro y copagos para proveedores fuera de la red (excepto consultas en el hospital o proveedores como anestesiólogos, patólogos, radiólogos o proveedores de salas de emergencia que el Plan paga como proveedor de la red).

D-34

*Unidad de
plan 178*

El PPO está cerrado para los empleados que aún no estén inscritos en esta opción a partir del 1 de marzo de 2018.

Si decide cambiarse a una opción HMO, no podrá volver a la PPO.

Exclusiones y limitaciones generales

Sepa:

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

Esta sección sólo se aplica a usted si está en la opción de beneficio PPO. Si está en un HMO de Kaiser, consulte la sección que comienza en la página B-1 para obtener información sobre sus beneficios médicos y de medicamentos recetados.

Exclusiones y limitaciones generales

Cada sección de beneficios específicos tiene una lista de los tipos de tratamiento, servicios y suministros que no están cubiertos. Además de esas listas, los siguientes tipos de tratamientos, servicios y suministros tampoco están cubiertos por toda la atención médica bajo el beneficio médico PPO ni por los gastos del beneficio PPO de medicamentos recetados.

La siguiente lista generalmente no se aplicará al tratamiento médico de emergencia. Sin embargo, el Fondo seguirá sin cubrir ningún tratamiento que de otro modo estaría excluido, independientemente de las circunstancias (por ejemplo, el Fondo no cubre ningún tratamiento que no sea médicamente necesario).

No se pagarán beneficios bajo el Plan por cargos incurridos o que resulten de cualquiera de los siguientes:

- Cualquier lesión corporal o enfermedad por la cual la persona para quien se hace un reclamo no se encuentre bajo atención de un proveedor de atención médica.
- Cualquier lesión, enfermedad o tratamiento dental o de la vista que surja de o en el curso de cualquier ocupación o empleo, o por el cual usted haya obtenido o tenga derecho a recibir beneficios según una ley de compensación laboral o enfermedad ocupacional, ya sea que usted han solicitado o han sido aprobados para dichos beneficios.
- Cualquier tratamiento, servicio o suministro:
 - Por el cual no se realice cargo.
 - Por el cual usted, su cónyuge o hijo no deban pagar.
 - El cual sea provisto por o pagadero en virtud de algún plan o ley de una entidad gubernamental federal o estatal, provisto por un hospital parroquial, municipal o del condado en el que no exista requerimiento legal de pago por tal tratamiento, servicio o suministro.
- Cualquier cargo realizado por una HMO por el costo de cualquier servicio prestado.
- Cualquier cargo que sea superior al cargo permitido por el Plan.
- Tratamiento, servicios o suministros no recomendados o aprobados por su proveedor de atención médica o que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de la lesión o enfermedad según lo define UNITE HERE HEALTH.
- Tratamiento experimental o tratamiento que no cumple con los estándares médicos o dentales profesionales generalmente aceptados según lo define UNITE HERE HEALTH.
- Cualquier cargo negado por cualquier tratamiento, servicio o suministro que requiera autorización previa, cuando este programa obligatorio no se utilice según lo requerido.
- Atención preventiva, a menos que se considere específicamente atención médica preventiva o que se indique lo contrario como cubierta. Si no cumple con los criterios de atención médica preventiva que el Plan cubre, es posible que no esté cubierta por el Plan.
- Cualquier gasto o cargo por no cumplir con presentarse a una cita de acuerdo con lo programado, cargo por la compleción de un formulario de reclamo o cargos financieros.
- Cualquier tratamiento, servicio o suministro provisto por una persona relacionada por sangre o matrimonio con usted, su cónyuge o su hijo, o quien normalmente viva en su casa.

Exclusiones y limitaciones generales

- Cualquier tratamiento, servicio o suministro comprado o provisto fuera de los Estados Unidos (o sus territorios), a menos que se haya debido a una emergencia. La decisión de la Junta de Fideicomisarios de determinar si existió una emergencia será final.
- Cualquier gasto o cargo de una casa de reposo, asilo o residencia de ancianos.
- Cualquier cargo incurrido mientras estuvo confinado en un hospital, residencia de ancianos, así como otro centro o institución (o parte de tales centros) los cuales sean principalmente para educación, capacitación o atención de custodia.
- Cualquier tratamiento, servicio o suministro para o en conexión con el embarazo o condiciones relacionadas con el embarazo incurridas por un hijo dependiente, excepto servicios de atención médica preventiva y tratamiento médico de emergencia. Por ejemplo, cargos por ultrasonidos, tratamiento asociado con un embarazo de alto riesgo, atención no preventiva y parto no cubiertos con respecto al embarazo de una hija dependiente.
- Cargos hospitalarios por artículos de comodidad personal, incluido, entre otros, teléfonos, televisores, cosméticos, bandejas para invitados, revistas, así como camas o cunas para familiares u otros invitados.
- Suministros o equipos de higiene personal, comodidad o conveniencia, a modo de ejemplo, pero no limitado a aire acondicionado, humidificador, equipos de acondicionamiento físico y ejercicios, camas solares o camas de agua.
- Construcción de vivienda por cualquier motivo.
- Podología de rutina, que incluye, entre otros, el tratamiento de callos y durezas, el cuidado de afecciones de las uñas y el cuidado de afecciones dermatológicas de los pies.
- Tratamiento para o en relación con la infertilidad, que no sea para servicios de diagnóstico.
- Cualquier tratamiento dental de los dientes o sus estructuras de soporte, o servicios o suministros asociados con dicho tratamiento, a menos que se indique específicamente como un gasto cubierto.
- Programas o tratamientos para bajar de peso, excepto para tratar la obesidad mórbida si el programa está bajo la supervisión directa de un proveedor de atención médica, o si se indica específicamente que está cubierto (por ejemplo, educación sobre diabetes o asesoramiento nutricional).
- Cualquier tratamiento, medicamento o dispositivo para dejar de fumar que le ayude a dejar de fumar o consumir tabaco, que no sean servicios de atención médica preventiva o que se indique lo contrario como cubiertos.
- Anteojos, lentes de contacto o audífonos, excepto que se indique específicamente que está cubierto.
- Exámenes de la vista o audición, excepto según se indique específicamente como cubierto, 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 oftalmológicos (*vea página C-5*).

Exclusiones y limitaciones generales

- Cualquier cambio incurrido por tratamiento, servicios o suministros como resultado de una guerra declarada o no declarada, o cualquier acto de la misma; o cualquier pérdida, gasto o cargo incurrido mientras una persona se encuentra en servicio activo o en entrenamiento en las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o la Reserva de cualquier estado o en cualquier país.
- Cualquier procedimiento electivo (que no sea esterilización o aborto, o que sea de otra forma específicamente indicado como cubierto) que no sea para corrección o cura de una lesión corporal o enfermedad.
- Procedimientos para revertir una esterilización voluntaria.
- Cualquier lesión o enfermedad que resulte de participar en una insurrección o revuelta, o de su participación en la comisión de un acto delictivo o agresión.
- Masoterapia, método Rolfing, digitopuntura o capacitación en biorretroalimentación.
- Naturopatía o naprapatía.
- Entrenamiento atlético.
- Educación o capacitación, a menos que se indique específicamente que está cubierta.
- Servicios provistos por, o a través de una escuela, distrito escolar o programa educativo o de intervención comunitario o estatal, incluido pero no limitado a cualquier parte de un Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus sigla en inglés).
- Tratamiento de cualquier tipo ordenado o dispuesto por el Tribunal, incluido cualquier tratamiento de otra forma cubierto por este Plan cuando tal tratamiento se ordene como parte de algún litigio o sentencia ordenada por un tribunal, o penalidad.
- Tratamiento, terapia o medicamentos diseñados para corregir hábitos dañinos o potencialmente dañinos en vez de tratar una enfermedad específica, que no sean servicios o suministros específicamente indicados como cubiertos.
- Terapia de megavitaminas, terapia primal, psicodrama o carboxiterapia.
- Servicios, tratamientos o suministros para la Ciencia Cristiana.
- Servicios Cosméticos.
- Medicamentos recetados que no se adquieran a un proveedor de la red, excepto aquellos consumidos en el lugar en el que se dispensan.
- Un servicio o ítem no cubierto bajo las pautas de procesamiento de reclamos del Plan o cualquier otra regla, pauta, protocolo o criterio similar interno en el que depende el Plan.
- Cualquier gasto que supere los beneficios máximos del Plan o cualquier gasto incurrido antes del inicio de la elegibilidad para cobertura o después que termine la elegibilidad, a menos que se estipule específicamente en el Plan.
- Cargos o reclamos incurridos como resultado, en totalidad o en parte, de fraude, información falsa o engaños.

Subrogación

Sepa:

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

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

El derecho del Plan de recuperar pagos

Cuando la lesión es causada por otra persona.

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

Ejemplos típicos incluyen lesiones sufridas:

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

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

Declaración de Hechos y acuerdo de reembolso

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

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

- La persona responsable de la lesión;
- La compañía de seguros de la persona responsable de la lesión.

- Su propia compañía de seguros de responsabilidad civil.

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

Cómo conciliar su reclamo

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

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

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

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

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

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

D-42

*Unidad de
plan 178*

Elegibilidad para cobertura

Sepa:

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

Elegibilidad para cobertura

Usted establece y mantiene la elegibilidad trabajando para un empleador obligado a realizar contribuciones a UNITE HERE HEALTH en su nombre. Puede haber un período de espera antes de que su empleador deba comenzar a realizar esas contribuciones. Es posible que también tengas que cumplir otras reglas o requisitos de elegibilidad antes de que su empleador deba contribuir en su nombre. Cualquier hora que trabaje durante un período de espera o antes de cumplir con todos los criterios de elegibilidad antes de que su empleador deba comenzar a hacer contribuciones para usted no cuenta para establecer su elegibilidad bajo UNITE HERE HEALTH. Si tiene alguna pregunta sobre cuándo su empleador comenzará a hacer contribuciones por usted, hable con su empleador o representante sindical.

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

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

¿Quién es elegible para recibir cobertura?

Empleados

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

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

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

UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 809328
Chicago, IL 60680-9328

Dependientes

Si usted tiene dependientes cuando se vuelve elegible para cobertura, también puede inscribir a sus dependientes para cobertura durante su período de inscripción inicial. La cobertura de sus dependientes no puede comenzar antes que su cobertura. No puede declinar cobertura para usted e inscribir a sus dependientes.

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

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

Quiénes son sus dependientes

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

- Su **cónyuge** legal.
 - Mientras esté inscrito en Kaiser HMO, su pareja de hecho puede ser considerada su cónyuge si proporciona una copia de la Declaración de pareja de hecho del estado de California. Cualquier hijo de su pareja doméstica también puede considerarse un dependiente si él o ella cumple con la definición de “hijo” indicada más abajo.
 - Su nieto soltero menor de 19 años, siempre que viva con usted y usted sea su principal sustento.
 - Sus **hijos** menores de 26 años, incluyendo cualquiera de los siguientes:
 - ▶ Hijos biológicos.
 - ▶ Hijastros.
 - ▶ Hijos adoptados o niños colocados con usted para adopción y de los cuales usted es legalmente responsable de mantener hasta que se finalice la adopción.
 - ▶ Niños de quienes usted es el tutor legal o sobre quienes tiene custodia exclusiva de acuerdo con una ley estatal de relaciones domésticas.
 - ▶ Hijos que tengan derecho a cobertura en virtud de una Orden de Manutención Infantil Médica Calificada (QMCSO, por sus siglas en inglés).
- ✓ La ley federal exige que UNITE HERE HEALTH cumpla las Órdenes de Manutención Infantil Médica Calificada. UNITE HERE HEALTH ha establecido procedimientos para determinar si un decreto de divorcio o una orden de manutención cumple los requisitos federales y para la inscripción de cualquier hijo nombrado en la Orden de Manutención Infantil Médica Calificada. Para obtener una copia de estos procedimientos sin costo alguno o para obtener más información, comuníquese con el Fondo.

Si está inscrito en la opción HMO de Kaiser: Si su hijo tiene más de 26 años de edad y está discapacitado, su cobertura puede continuar bajo el plan. A fin de continuar la cobertura, el hijo debe estar física o mentalmente discapacitado de acuerdo con la reglas establecidas por Kaiser HMO y/o la ley estatal aplicable. El hijo debe recibir apoyo y manutención de su parte (el empleado) o de su cónyuge.

Debe brindar prueba de la discapacidad mental o física dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que finalizaría la cobertura debido a que su hijo(a) cumple 26 años de edad. También es posible que deba presentar pruebas de la discapacidad y dependencia periódicamente. Comuníquese con el Fondo para obtener más información sobre cómo continuar la cobertura para un hijo con una discapacidad grave.

Elegibilidad para cobertura

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

- ▶ Usted (el empleado) sigue siendo elegible.
- ▶ La discapacidad del niño comenzó antes de los 19 años.
- ▶ El plan cubrió a su hijo el día anterior a su cumpleaños número 19.

Debe brindar prueba de la discapacidad mental o física dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que finalizaría la cobertura debido a que su hijo(a) cumple 26 años de edad. El Fondo también podrá exigirle que presente periódicamente pruebas de la discapacidad. (Se aplican reglas especiales a los hijos con discapacidades mentales o físicas cuando un nuevo empleador comienza a participar en Plan Unit 178). Si tiene preguntas, comuníquese con el Fondo). Comuníquese con el Fondo para obtener más información sobre cómo continuar la cobertura para un hijo con una discapacidad grave.

Elección de opciones de beneficios

UNITE HERE HEALTH ofrece diferentes opciones de beneficios para beneficios médicos y cobertura de medicamentos recetados. Sus opciones de beneficios médicos y de medicamentos recetados se basan en su clasificación de empleado (hotel, centro de eventos o cafetería). Su pago por su parte de la cobertura y la de sus dependientes, si corresponde, se basa en la opción de beneficio que elija.

Si decide inscribirse, deberá inscribirse en todas las coberturas. No se puede elegir médico pero no visión, por ejemplo.

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

Opciones médicas (incluyendo la cobertura de medicamentos recetados)

Sus opciones de beneficios médicos se muestran en la siguiente tabla. También se muestra el monto de su pago por su parte de la cobertura suya y de sus dependientes, si corresponde, que es lo que debe al Fondo cada mes por su parte de su cobertura.

Sus opciones de beneficios y pagos mensuales a empleados			
	Empleados del hotel	Empleados del centro de eventos	Empleados de la cafetería
Kaiser+ HMO	\$0	\$25	\$25
Kaiser2+ HMO	\$10	\$50	\$50
Kaiser3+ HMO	\$20	no disponible	no disponible
Solo para empleados que se inscribieron en el PPO antes del 1 de marzo de 2018: <i>Si se muda del PPO a uno de los HMO, no puede volver a elegir el PPO.</i>			
PPO	\$50	\$50	\$50

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

Requisitos de inscripción

Empleados

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

Usted elige el nivel de cobertura correcto para usted: (Consulte la sección titulada "*Elección de opciones de beneficios*" más arriba.)

Dependientes

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

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

Vea *página E-14* para obtener información sobre cuándo comienza la cobertura para sus dependientes.

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

Elegibilidad para cobertura

- Una copia certificada de su acta de matrimonio.
- Una conmemoración del matrimonio de una denominación generalmente reconocida de religión organizada.
- Una copia certificada de la partida de nacimiento.
- Un certificado de bautizo.
- Registros hospitalarios de nacimiento.
- Prueba escrita de adopción o tutela legal.
- Decretos judiciales que requieren que brinde beneficios médicos para un hijo dependiente.
- Copias de su declaración de impuestos federales más reciente (Formulario 1040 o sus equivalentes). Si está inscribiendo a un nieto, su declaración de impuestos debe mostrar que declaró al nieto como dependiente.
- Documentación de condición de dependiente emitida y certificada por el Servicio de Inmigración y Naturalización de los Estados Unidos (INS, por sus siglas en inglés).
- Documentación de condición de dependiente emitida y certificada por una embajada extranjera.
- Si se está inscribiendo en una HMO y tiene una pareja de hecho, debe proporcionar al Fondo una copia de su Declaración de pareja de hecho de California para poder inscribir a su pareja de hecho.

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

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

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

Requisitos laborales para ser elegible

- ✓ Para ser o seguir siendo elegible, también debe realizar los pagos requeridos para su parte de la cobertura y la de sus dependientes.
- ✓ A los efectos de determinar sus requisitos laborales, usted es un “empleado con derechos adquiridos” si, entre el 1 de marzo de 2010 y el 31 de mayo de 2011, usted TRABAJÓ al menos una hora O estuvo cubierto durante al menos un mes por el Fondo de Bienestar de Empleadores y Sindicatos de Los Angeles Hotel-Restaurant.

Elegibilidad para cobertura

Requisitos de trabajo mensuales			
	Empleados del hotel	Empleados del centro de eventos	Empleados de la cafetería
Empleados con derechos adquiridos	60 horas - <i>camareros/ bartenders de banquetes de hotel</i> 80 horas - <i>todos los demás empleados del hotel</i>	60 horas	80 horas
Todos los demás empleados	60 horas - <i>camareros/ bartenders de banquetes de hotel</i> 80 horas - <i>todos los demás empleados del hotel</i>	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>

Si usted es camarero o barman de banquetes de un hotel y no cumple con el requisito de trabajo de 60 horas, las horas reales que se le acreditan durante un período de trabajo cuentan para su requisito de trabajo como empleado del hotel.

Reglas especiales para los empleados del centro de eventos del Dodger Stadium

Si la temporada comienza después del día 5 del mes o termina antes del día 25 del mes, ese mes se considera un “mes corto”. Si trabaja al menos 40 horas durante un “mes corto”, se considerará que cumple con el requisito de horas para ser elegible. Por ejemplo, si la temporada termina el 15 de octubre, solo necesita trabajar 40 horas en octubre 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, estas horas adicionales se pueden ahorrar. Estas horas adicionales le ayudarán a continuar su elegibilidad según las reglas del Dodger Stadium si no tiene la cantidad de horas requerida en los meses futuros. Puede utilizar estas horas adicionales para continuar su cobertura hasta el final del mes inmediatamente anterior al mes en el que comienza la temporada del año siguiente. (Por ejemplo, si la temporada inicia en abril, usted puede usar sus horas ahorradas para continuar su cobertura a lo largo de marzo). Sin embargo, no puede combinar horas acumuladas con horas que trabaja para otros empleadores.

- Por ejemplo, usted **es** un empleado con derecho adquirido: si gana un total de 80 horas en agosto de 2018, tiene 20 horas adicionales. Si solo gana 50 horas en septiembre, puede usar 10 de sus horas adicionales para cumplir con la regla de las 60 horas. Esto le deja con un total de 10 horas adicionales.
- Por ejemplo, usted **no es** un empleado con derechos adquiridos y tiene menos de cinco años de experiencia: si gana un total de 120 horas en agosto de 2018, tiene 20 horas adicionales. Si solo gana 90 horas en septiembre, puede usar 10 de sus horas adicionales para cumplir con la regla de las 100 horas. Esto le deja con un total de 10 horas adicionales.

Las horas que se le acreditan como empleado del Dodger Stadium no se pueden contabilizar para

Elegibilidad para cobertura

cumplir con sus requisitos de trabajo bajo ninguna otra clasificación de empleado.

Reglas especiales

- Si se reporta que normalmente trabaja para más de un empleador, pero no tiene horas trabajadas para un período de trabajo en particular, puede continuar su cobertura si cumple con las reglas de elegibilidad que requieren la menor cantidad de horas. Por ejemplo, si usted normalmente trabaja tanto para un hotel como para un centro de eventos, puede continuar cobertura si cumple con las reglas de elegibilidad del centro de eventos, utilizando horas de vacaciones, realizando autopagos, y/o usando horas de crédito por discapacidad.
- *Vea página E-11* para obtener información sobre el uso de horas de vacaciones para continuar con su elegibilidad si no trabaja suficientes horas durante un período de trabajo.

Elegibilidad inicial

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

A los efectos de establecer la elegibilidad inicial:

- **Período de trabajo** significa un período de 5 meses calendario durante el cual se le acredita la cantidad mínima de horas requeridas cada mes (ver “*Requisitos laborales para ser elegible*”) y durante el cual su empleador debe realizar contribuciones a UNITE HERE HEALTH en su nombre, incluido cualquier monto que deba contribuir para su parte del costo de la cobertura.
- **Período de demora** (Lag period) significa el período de 2 meses calendario entre el final de un período de trabajo y el inicio del período de cobertura correspondiente.
- **Período de cobertura** significa el mes calendario en el que obtiene cobertura de beneficios (según el período de trabajo relacionado).

Ejemplo: Establecimiento de elegibilidad inicial		
Periodo laboral	Periodo de demora	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 uno de los meses de julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre. Su cobertura comienza el 1 de febrero, siempre y cuando realice el pago requerido para su parte de la cobertura.

Continuación de elegibilidad

Una vez que establezca su elegibilidad, continuará siendo elegible siempre que su empleador esté obligado a realizar contribuciones en su nombre como se explica en su CBA y usted realice cualquier pago requerido para su parte del costo de la cobertura.

Para propósitos de elegibilidad continua:

- **Período de trabajo** significa un mes calendario para el cual se le acredita la cantidad mínima de horas requeridas (ver “*Requisitos laborales para ser elegible*”) y para el cual su empleador debe realizar contribuciones a UNITE HERE HEALTH en su nombre, incluido cualquier monto que deba contribuir para su parte del costo de la cobertura.
- **Período de demora** (Lag period) significa el período de 2 meses calendario entre el final de un período de trabajo y el inicio del período de cobertura correspondiente.
- **Período de cobertura** significa el mes calendario en el que obtiene cobertura de beneficios (según el período de trabajo relacionado).

Ejemplo: Continuación de elegibilidad

Periodo laboral	Periodo de demora	Período de cobertura
Diciembre	Enero y febrero	Marzo
Enero	febrero y marzo	Abril
Febrero	Marzo y abril	Mayo

Supongamos que ya es elegible y su empleador debe contribuir en su nombre para diciembre. Si cumple con la regla de elegibilidad continua que se describe a continuación y realiza cualquier pago requerido para su parte de su cobertura, su cobertura continúa durante marzo. Las contribuciones de enero continúan su cobertura para abril, y así sucesivamente.

Elegibilidad para empleados que trabajan para más de un empleador

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

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

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

Si trabaja en más de un grupo de empleados (hotel, centro de eventos y cafetería), su elegibilidad se determinará en función de las horas que gane. Si no cumple con los requisitos de elegibilidad para un grupo de empleados, pero sí 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, las opciones de beneficios y el pago de su parte del costo de la cobertura, si corresponde, del segundo grupo de empleados.

- *Por ejemplo, supongamos que usted es un empleado con derechos adquiridos que ya es elegible.* Durante agosto, trabaja 65 horas como empleado del hotel (no como camarero/barman de banquetes del hotel) y 15 horas como empleado del centro de eventos. Necesita 80 horas para continuar siendo elegible como empleado de un hotel, o 60 horas para continuar siendo elegible como empleado de un centro de eventos. No tiene suficientes horas para continuar con la cobertura como empleado de un hotel, pero sí tiene suficientes horas para continuar con la cobertura como empleado de un centro de eventos porque trabajó el mínimo de 60 horas para la cobertura de empleado de un centro de eventos.

Será elegible durante noviembre como empleado del centro de eventos si realiza algún pago requerido. Las horas que trabaje durante septiembre determinarán su elegibilidad para diciembre. Si trabaja al menos 80 horas como empleado de hotel durante septiembre, volverá a estar cubierto como empleado de hotel durante diciembre.

Si obtiene elegibilidad como empleado de cafetería o de un centro de eventos, pero estaba cubierto por Kaiser3+ como empleado de hotel, pasará automáticamente a la cobertura de Kaiser2+ incluso si tuvo algunas horas como empleado de hotel.

- Sin embargo, tiene la opción de comprar cobertura para continuar con su opción de beneficio Kaiser3+. Si desea comprar Kaiser3+, debe pagar la diferencia de costo entre 80 horas (60 horas si es camarero/bartender de banquetes de hotel) como empleado del hotel y las horas que realmente trabajó.
- Si decide comprar hasta Kaiser3+, debe continuar comprando Kaiser3+ cada mes que sea elegible como empleado de cafetería o centro de eventos. Si no compra la opción de beneficio Kaiser3+, no podrá volver a elegir Kaiser3+ hasta que recupere su elegibilidad como empleado del hotel.

Si usted es elegible como empleado de una cafetería o de un centro de eventos, y estaba cubierto por Kaiser2+ como empleado de un hotel, continuará cubierto por la opción de beneficio Kaiser2+ (siempre que pague cualquier pago requerido para K2+). 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 hasta Kaiser3+ (si está disponible).

Horas de vacaciones

Si no trabaja suficientes horas para continuar con su elegibilidad, las horas de vacaciones que su empleador le pague se aplicarán automáticamente para ayudarlo a mantener su elegibilidad. Las horas de vacaciones se pueden aplicar en cualquier incremento que sea necesario.

Las horas de vacaciones no aplicadas dentro de 12 meses no podrán acumularse.

Horas de crédito por discapacidad

- ✓ Para los efectos de esta sección, estar totalmente discapacitado significa que usted está impedido por una lesión o enfermedad de trabajar en una ocupación para la cual está calificado.
- ✓ Las horas de crédito por discapacidad no se aplicarán hasta que haya agotado cualquier licencia disponible para usted según la Ley de Licencia Familiar y Médica. Hable con su empleador si tiene preguntas sobre dicha licencia.

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

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

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

- Usted trabaja para un empleador contribuyente durante el período de trabajo durante el cual comienza su incapacidad total.
- Un empleador contribuyente debe realizar una contribución en su nombre durante el período de trabajo anterior al período de trabajo en el que comienza su incapacidad total.
- Usted ha sido elegible para recibir beneficios debido a que trabajó durante al menos 9 de los 12 períodos de trabajo inmediatamente anteriores al período de trabajo en el que comienza su incapacidad total.

Elegibilidad para cobertura

El período máximo durante el cual puede continuar siendo elegible utilizando las horas de crédito por discapacidad depende de su clasificación de empleado:

Tiempo máximo durante el cual puede obtener horas de crédito por discapacidad		
Empleados del hotel	Empleados del centro de eventos	Empleados de la 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 incapacidad por la misma causa se tratarán como 1 período de incapacidad a menos que haya regresado al trabajo durante al menos 2 semanas. Los períodos de incapacidad debidos a causas no relacionadas se tratarán como períodos de incapacidad separados si ha regresado a trabajar durante al menos 2 semanas.

Créditos por discapacidad extendidos para empleados del hotel

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

- Tenía al menos 50 años antes de quedar totalmente discapacitado.
- Usted fue 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.

Tendrá derecho a los mismos beneficios que tenía mientras era empleado activo.

Después de agotar sus créditos por discapacidad extendida, tiene la opción de realizar pagos individuales por hasta 6 meses adicionales.

Una vez que agote su elegibilidad durante la incapacidad, puede ser elegible para la cobertura de continuación de COBRA (*vea página E-26*).

Comuníquese con UNITE HERE HEALTH si tiene preguntas sobre cómo continuar con su elegibilidad mientras está discapacitado.

Self-payments (autopagos)

- ✓ Todos los autopagos deben realizarse en el portal para miembros en www.uhh.org/member o tener matasellos a más tardar el día 15 del mes inmediatamente anterior al período de cobertura para el cual se pretende continuar con la cobertura.
- ✓ Si decide realizar un autopago, también se le solicitará que realice cualquier contribución correspondiente para su parte del costo de la cobertura.

Autopagos para continuar con la cobertura

Puede realizar autopagos para continuar con su cobertura si no cumple con las horas mínimas para continuar su elegibilidad. El período de trabajo por el cual realiza un autopago debe ser inmediatamente posterior a aquel para el cual se le acreditaron horas suficientes para continuar con su elegibilidad. Esto incluye realizar autopagos o recibir horas de crédito por discapacidad.

El monto del autopago requerido depende de la cantidad de horas que trabajó y del grupo de empleados en el que trabajó. Si decide realizar un autopago, también se le solicitará que realice cualquier contribución de empleado mensual correspondiente.

Los autopagos deben realizarse antes del día 15 del mes inmediatamente anterior al período de cobertura aplicable. También debe realizar cualquier pago correspondiente a su parte del costo de la cobertura.

Puede realizar autopagos por hasta 12 períodos de trabajo consecutivos. Dejará de ser elegible para realizar autopagos si su empleo finaliza o si no realiza un autopago oportuno y la contribución mensual correspondiente como empleado.

La cantidad de meses en los que puede realizar autopagos se reduce por la cantidad de meses para los que es elegible según la cobertura por discapacidad (consulte “*Horas de crédito por discapacidad*”). Por ejemplo, si recibe 3 meses de créditos por discapacidad, solo será elegible para realizar 9 meses de autopagos. Si es elegible por 12 meses o más debido a una discapacidad, no tendrá derecho a realizar autopagos.

Los autopagos se pueden realizar en el portal de miembros en www.uhh.org/member o llamando al Fondo al (855) 484-8480. También puede enviar su autopago por correo postal. Contacte el Fondo para más detalles.

Autopagos durante remodelación o restauración

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

Sin embargo, si el centro no se vuelve a abrir, si no lo retiran o si rechaza el retiro, no se aceptarán más pagos por cuenta propia para continuar con su cobertura. Su cobertura terminará el último día del mes en el que se aceptó el último pago. Sin embargo, usted puede ser elegible para la cobertura COBRA (*vea página E-26*).

Autopagos durante una huelga

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

- Su CBA ha expirado.
- Su empleador está involucrado en negociaciones colectivas con el sindicato y se ha llegado a un punto muerto.

Elegibilidad para cobertura

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

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

Cobertura de dependientes

La cobertura de sus dependientes no puede comenzar antes que su cobertura. Sus dependientes seguirán cubiertos mientras usted siga siendo elegible y sigan cumpliendo con la definición de dependiente. La cobertura de dependientes no puede continuar después de que finalice su cobertura (excepto en ciertas circunstancias limitadas, *vea página E-25*). No hay ningún costo para usted para cubrir a sus dependientes, pero debe inscribirlos antes de que el Plan pague los beneficios (*vea página E-5*).

Sus dependientes tendrán la misma cobertura que usted.

Periodos de inscripción

Periodos de inscripción abierta

Los períodos de inscripción abierta le brindan la oportunidad de inscribirse, agregar dependientes o cambiar sus opciones de beneficios. Debe hacer arreglos para realizar los pagos requeridos por su parte del costo de la cobertura. Si desea inscribir a sus dependientes, debe proporcionar toda la información de inscripción requerida. Sus materiales de inscripción abierta describirán los plazos para la inscripción y cuándo comenzará la cobertura.

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

Períodos especiales de inscripción

En algunas circunstancias especiales, no necesita esperar hasta el período de inscripción abierta para inscribirse, agregar dependientes, o cambiar sus opciones de beneficios. Puede realizar estos cambios dentro de los 60 días posteriores a cualquiera de los siguientes eventos:

- Terminación de otra cobertura médica que usted (o su dependiente) tenía cuando ya era elegible para cobertura (o su dependiente era elegible para cobertura por primera vez). Si su otra cobertura (o la de su dependiente) era COBRA, tiene un derecho de inscripción especial solo si usted (o su dependiente) ha agotado el período máximo de continuación de COBRA.
- Su matrimonio.

Elegibilidad para cobertura

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

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

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

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

Si no aprovecha un período de inscripción especial, debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta o período de inscripción especial para cambiar su opción de beneficio. (*Vea página E-14* para obtener información sobre cómo agregar un dependiente fuera de los períodos de inscripción abierta o especial).

Terminación de cobertura

Sepa:

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

Terminación de cobertura

Su cobertura y la de sus dependientes continúan siempre que mantenga su elegibilidad como se describe *en la página E-8* y realiza los pagos requeridos para su parte de la cobertura. Sin embargo, su cobertura termina si ocurre uno de los eventos descritos a continuación. Si su cobertura finaliza, usted puede ser elegible para hacer pagos a fin de continuar su cobertura (llamado continuación de cobertura de COBRA). *Vea página E-26*.

Si usted (el empleado) se ausenta del empleo cubierto debido a un servicio uniformado, puede elegir continuar la cobertura de atención médica bajo el Plan para usted mismo y sus dependientes por hasta 24 meses a partir de la fecha en la que se ausente debido a que comienza el servicio uniformado. Para obtener más información, incluido el efecto de esta elección sobre sus derechos de COBRA, comuníquese con UNITE HERE HEALTH al **(855) 484-8480**.

Cuándo finaliza la cobertura del empleado

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

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

Vea página E-19 para conocer las reglas especiales que se aplican si el convenio colectivo de su empleador vence.

Cuándo finaliza la cobertura de dependientes

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

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

También puede pedirle al Fondo que deje de cubrir a su dependiente (o dependientes). 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 contribuciones del empleador en mora severa

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

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

Reglas especiales de terminación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Certificado de cobertura acreditable

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

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

Cómo restablecer la elegibilidad

Sepa:

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

Portabilidad

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

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

Ley de Ausencia Familiar y Médica

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

El efecto de las fuerzas armadas

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

Restablecimiento de la elegibilidad perdida por otras razones

Restablecimiento de la elegibilidad para los empleados

Si pierde la elegibilidad y su pérdida de elegibilidad es menos de 12 meses consecutivos, puede restablecer su elegibilidad cumpliendo con las reglas de elegibilidad continua del Plan (*vea página E-8*). Si su pérdida de elegibilidad dura 12 meses o más, debe volver a cumplir con las reglas de elegibilidad iniciales del Plan (*vea página E-8*).

Restablecimiento de la elegibilidad para dependientes

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

E-24

*Unidad de
plan 178*

Continuación de cobertura de COBRA

Sepa:

- ▶ Cómo puede realizar pagos para continuar con su cobertura.

Continuación de cobertura de COBRA

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

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

¿Qué es la continuación de cobertura de COBRA?

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

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

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

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

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

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

Continuación de cobertura de COBRA

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

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

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

¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura de COBRA?

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

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

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

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

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

Continuación de cobertura de COBRA

Debe usar los formularios del Fondo para notificar cualquier evento que califica, si la Administración del Seguro Social determina que usted o un dependiente están discapacitados, o si ya no lo están. Puede obtener un formulario llamando al Fondo al **(855) 484-8480**.

¿Cómo se brinda la continuación de cobertura de COBRA?

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

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

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

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

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

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

- UNITE HERE HEALTH debe recibir el primer pago dentro de los 45 días posteriores a la fecha en que recibe su formulario de elección. El primer pago debe ser igual a las primas adeudadas desde la fecha de finalización de la cobertura hasta el final del mes en que se realiza el pago. Esto significa que su primer pago puede ser por más de un mes de continuación de cobertura de COBRA.

Continuación de cobertura de COBRA

- Después del primer pago, los pagos adicionales vencen el primer día de cada mes durante el cual se continuará la cobertura. Para continuar la cobertura, cada pago mensual debe tener fecha de franqueo a más tardar 30 días después del plazo de pago.

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la continuación de cobertura de COBRA si el empleado o ex empleado muere; adquiere el derecho de recibir beneficios de Medicare (según la Parte A, la Parte B o ambas); se divorcia o se separa

Continuación de cobertura de COBRA

legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo evento que califica hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente pierdan cobertura bajo el Plan si no hubiera ocurrido el primer evento que califica.

¿Cuándo finalizará la continuación de cobertura de COBRA?

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

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

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

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

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de cobertura de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través de autopagos (si tiene esa opción), o Healthcare Insurance Marketplace, en Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), u otras opciones de cobertura de planes de salud colectivos (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura de COBRA. Puede obtener más información sobre muchas de estas opciones en www.HealthCare.gov.

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura de COBRA y elegir la cobertura más conveniente para usted. Por ejemplo, si se cambia a otra cobertura,

es posible que pague más en gastos de bolsillo de lo que pagaría con COBRA porque la nueva cobertura puede imponer un nuevo deducible.

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

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

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

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

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

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

Si tiene preguntas

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

Mantenga a su Plan informado sobre cambios de dirección

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

Información de contacto del Plan

UNITE HERE HEALTH
Attn: COBRA Department
P.O. Box 6557
Aurora, IL 60589-0557
(855) 484-8480

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

Sepa:

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

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

Esta sección no aplica a reclamos de beneficios provistos a través de las HMO (ya sean HMO médicas o HMO dentales).

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

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

Presentando un reclamo de beneficios

Su reclamo de beneficios debe incluir toda la siguiente información:

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

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

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

Los reclamos de beneficios de vida o AD&D pueden requerir una copia certificada del certificado de defunción. Todos los reclamos de beneficios deben hacerse como se muestra más abajo. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, comuníquese con el Fondo al **(855) 484-8480**.

Reclamos por atención médica, quirúrgica y de salud mental o abuso de sustancias bajo la opción PPO
Los proveedores de la red generalmente presentarán el reclamo por usted ante el plan Blue Cross Blue Shield local donde recibió el tratamiento.

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

Cuándo debe presentar una reclamación directamente al Fondo:

Sin embargo, en algunos casos es posible que necesite presentar una reclamación directamente al Fondo:

- Si su proveedor fuera de la red no presenta un reclamo por usted o si pagó de su bolsillo por servicios y necesita un reembolso.
- Reclamaciones de reembolso, como por ejemplo de aparatos auditivos, alimentos médicos y gastos de viaje y alojamiento.

En estos casos, asegúrese de incluir un formulario de reclamo completo y recibos detallados, así como cualquier otra información necesaria. Formularios de reclamaciones Puede obtener el formulario de reclamación en www.uhh.org. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, comuníquese con el Fondo al **(855) 484-8480**.

UNITE HERE HEALTH
Attention: Claims Manager
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
Fax: **(630) 236-4394**
correo electrónico: claims@uhh.org

El Fondo siempre es cuidadoso con su información personal, pero el correo electrónico no siempre es privado ni seguro. Por favor tenga esto en cuenta antes de enviar un correo electrónico a el Fondo.

Reclamaciones de medicamentos recetados bajo la opción PPO

Si usa una farmacia dentro de la red, la farmacia debe presentar un reclamo por usted. Los beneficios no serán pagaderos si acude a una farmacia que no participa en la red de farmacias. Sin embargo, si necesita presentar un reclamo por un medicamento recetado o un suministro comprado en una farmacia de la red, debe enviarlo a:

WellDyneRx Claim Reimbursement
P.O. Box 90369
Lakeland, FL 33804

Reclamaciones de visión

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

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

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

Todos los demás reclamos

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

UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
(855) 484-8480

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

Plazos para presentar una reclamación de beneficios

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

Fecha límite para presentar un reclamo	
Tipo de reclamo	Fecha límite para presentar
Reclamos oftalmológicos	12 meses después de la fecha en que se produjo el reclamo
Seguro de vida	Dentro de un plazo razonable
Seguro AD&D	<ul style="list-style-type: none">Se debe recibir un <i>aviso</i> por escrito dentro de los 31 días posteriores a la pérdida (o lo antes posible).El <i>comprobante de pérdida</i> por escrito debe recibirse dentro de los 90 días de la pérdida (o lo antes posible). Es posible que se apliquen otros plazos a sus beneficios de seguro AD&D adicionales: su certificado de seguro proporciona más información.
Todas las demás reclamaciones, incluyendo las reclamaciones rechazadas porque no es elegible y las reclamaciones de atención médica y medicamentos recetados bajo la opción PPO	18 meses después de la fecha en que se produjo el reclamo

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

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

Personas que pueden presentar un reclamo de beneficios

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

¿Quién es un representante autorizado?

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

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

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

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

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

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

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

Determinación de reclamos

Reclamaciones de atención médica posteriores al servicio que no involucran decisiones de atención concurrentes

Se le notificará la decisión dentro de un período de tiempo razonable y apropiado a sus circunstancias médicas, pero a más tardar 30 días después de recibir su reclamo. En general, los beneficios por servicios médicos/quirúrgicos se pagarán al proveedor de esos servicios.

Este período de 30 días puede extenderse una vez por hasta 15 días adicionales si es necesario por asuntos fuera del control del Plan. Si se requiere una extensión de 15 días, se le notificará antes de que finalice el período original de 30 días. También se le notificará por qué es necesaria la extensión y cuándo se espera una decisión. Si esta extensión es necesaria porque no envía la

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

información necesaria, tiene 60 días a partir de la fecha en que se le informa que se necesita más información para enviarla. Se le indicará qué información adicional debe proporcionar. Si no proporciona la información requerida dentro de los 60 días, su reclamo será rechazado y no se pagarán los beneficios que de otro modo serían pagaderos.

Decisiones sobre atención concurrente

Si se aprobó su tratamiento actual, cualquier decisión de reducir o finalizar los beneficios pagaderos por ese tratamiento se considera una denegación de su reclamo. (Si se modifica o termina el Plan, la reducción o terminación de los beneficios no constituye una denegación).

Por ejemplo, si se le aprueba una estadía de 30 días en un centro de enfermería especializada, pero sus registros clínicos en el día 20 de su estadía muestran que solo necesita quedarse un total de 25 días, la aprobación para su estadía en un centro de enfermería especializada puede cambiar de 30 días a 25 días. Los últimos 5 días de su estadía original de 30 días no estarán cubiertos y se considerarán una denegación de su reclamo.

Si se rechaza su reclamo de atención concurrente, se le notificará la decisión a tiempo para que pueda apelar antes de que se reduzca o finalice el beneficio.

Su solicitud de que se extienda su curso de tratamiento aprobado también se considera un reclamo de atención concurrente. Si su solicitud de extensión de su curso de tratamiento es un reclamo de atención urgente/tratamiento de emergencia, se tomará una decisión con respecto a su solicitud lo antes posible, teniendo en cuenta las circunstancias médicas. Se le notificará la decisión (ya sea denegación o no) a más tardar 24 horas después de recibir su reclamo, siempre que presente el reclamo al menos 24 horas antes del vencimiento del período de tratamiento inicial.

Reclamos de vida y AD&D

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

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

Reglas para la autorización previa de beneficios

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

Sin embargo, este período de 15 días puede extenderse por 15 días más por circunstancias fuera del control de la compañía de autorización previa, incluso si usted o su proveedor de atención médica no presentaron toda la información necesaria para tomar una decisión. Si se necesita más tiempo, se le informará, antes de que finalice el período original de 15 días, por qué se necesita más tiempo y cuándo se tomará una decisión.

Si se le solicita más información, deberá proporcionarla dentro de los 45 días siguientes a que se la soliciten. Una vez que le informen que se necesita una extensión, el tiempo que tarde en responder a la solicitud de

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

más información no contará para el límite de tiempo de 15 días para tomar una decisión. Si no proporciona ninguna información requerida dentro de 45 días, su solicitud de autorización previa será denegada.

En caso de tratamiento de emergencia/atención urgente, usted tiene no menos de 48 horas para proporcionar cualquier información requerida. Se tomará una decisión lo antes posible, pero no más tarde de 48 horas, después de que haya proporcionado toda la información solicitada.

Si no sigue las reglas para solicitar autorización previa, se le notificará cómo presentar dicha solicitud. Este aviso se proporcionará dentro de los 5 días (24 horas en caso de un reclamo de atención urgente) posteriores a la falla.

Reglas especiales para decisiones que involucran atención concurrente urgente

Si se solicita una extensión del período de tiempo prescrito por su proveedor de atención médica, e implica un tratamiento de emergencia/atención de urgencia, se debe tomar una decisión lo antes posible, pero a más tardar 24 horas después de recibir su solicitud, siempre que 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 antelación, la decisión deberá tomarse a más tardar 72 horas después de recibir su solicitud. Si la solicitud de extensión del período prescrito no es una solicitud que involucre atención urgente, la solicitud se tratará como una nueva solicitud de autorización previa de beneficios y se decidirá sujeta a las reglas para una nueva solicitud.

Si una solicitud de autorización previa es denegada

Si se rechaza total o parcialmente una solicitud de autorización previa de beneficios, recibirá una denegación por escrito. La denegación incluirá toda la información que requiere la ley federal. La denegación explicará por qué se rechazó su solicitud y sus derechos a obtener información adicional. También le explicará cómo puede apelar la denegación y su derecho a iniciar acciones legales si la denegación se confirma después de la revisión.

Apelación de una denegación de autorización previa de un beneficio

Si su solicitud de autorización previa de beneficios es rechazada, total o parcialmente, puede apelar la decisión. La siguiente sección explica cómo apelar una denegación de autorización previa de un beneficio.

Si se rechaza un reclamo de beneficios

Si su reclamo de beneficios o solicitud de autorización previa es rechazado, total o parcialmente, recibirá una notificación por escrito explicando los motivos del rechazo, incluida toda la información requerida por la ley federal. El aviso también incluirá información sobre cómo puede presentar una apelación y los límites de tiempo relacionados, incluido cómo obtener una revisión acelerada para tratamiento de emergencia/atención de urgencia, si corresponde.

Reclamos de vida y AD&D

Puede presentar una apelación dentro de los 60 días posteriores a la decisión de BCBSIL. BCBSIL generalmente responderá a su apelación dentro de los 60 días (pero puede solicitar una extensión

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

de 60 días). Si necesita ayuda para presentar una apelación o si tiene preguntas sobre cómo funciona el proceso de reclamos y apelaciones de BCBSIL, comuníquese con BCBSIL.

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

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

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

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

Dos niveles de apelación para denegaciones de autorizaciones médicas previas bajo la opción PPO

Primer nivel de apelación

Todas las apelaciones por reclamos médicos o quirúrgicos rechazados conforme al programa de autorización previa (rechazos de autorización previa, rechazos basados en una revisión retrospectiva o extensiones del tratamiento más allá de los límites previamente aprobados) deben enviarse dentro de los 12 meses posteriores a la recepción del rechazo del reclamo a:

HealthCheck 360
Appeals
800 Main Street
Dubuque, IA 52001

Segundo nivel de apelación

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

The Appeals Subcommittee
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
Fax: **(630) 236-4394**
correo electrónico: claims@uhh.org

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

Dos niveles de apelaciones para denegaciones de reclamos de medicamentos recetados bajo la opción PPO

Primer nivel de apelación Si se deniega un reclamo de medicamentos recetados, incluido un reclamo de autorización previa, el reclamo tiene dos niveles de apelaciones. La primera apelación de una denegación de un reclamo de medicamentos recetados debe enviarse dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la denegación de Hospitality Rx a:

UNITE HERE HEALTH
Attn: Hospitality Rx
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020

Segundo nivel de apelación

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

The Appeals Subcommittee
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
Fax: (630) 236-4394
correo electrónico: claims@uhh.org

Beneficios de becas John Wilhelm: un nivel de apelación

Si usted o sus dependientes no obtienen el beneficio de una beca porque no cumple con el requisito de elegibilidad del Fondo como se describe *en la página C-20*, puede apelar el rechazo dentro de los 60 días posteriores a la recepción del aviso de rechazo para:

The Appeals Subcommittee (El Subcomité de Apelaciones)
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
Fax: (630) 236-4394
correo electrónico: claims@uhh.org

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

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

Reclamaciones de atención de la vista: un nivel de apelación

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

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

Un nivel de apelación para las denegaciones de continuidad de la atención

Si se rechaza su solicitud de continuidad de atención para un proveedor de la red que abandona la red (*vea página D-10*) debe apelar la denegación dentro de los 180 días posteriores a la recepción de la denegación a:

The Appeals Subcommittee
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
Fax: (630) 236-4394
correo electrónico: claims@uhh.org

Todas las demás reclamaciones: un nivel de apelación

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

The Appeals Subcommittee
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
Fax: (630) 236-4394
correo electrónico: claims@uhh.org

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

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

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

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

Apelaciones que involucran reclamos de atención de urgencia

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

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

Apelaciones bajo la autoridad exclusiva del administrador del plan

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

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

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

The Plan Administrator
UNITE HERE HEALTH
P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
Fax: **(630) 236-4394**
correo electrónico: claims@uhh.org

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

Revisión de apelaciones

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

- Previa solicitud, examinar y obtener copias, sin cargo, de todos los documentos, registros y otra información del Plan que afecten su reclamo.
- Presentar comentarios por escrito, documentos, registros y otra información relacionada con su queja.
- Información que identifique a los expertos médicos o vocacionales cuya opinión se obtuvo en nombre de UNITE HERE HEALTH en relación con la denegación de su reclamo. Usted tiene derecho a esta información incluso si no se basó en ella cuando se denegó su apelación.
- Designar a alguien para que actúe como su representante autorizado (*vea página F-5 para más detalles*).

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

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

Aviso de la decisión sobre su apelación

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

	Tratamiento de emergencia y atención de urgencia	Autorización previa	Todas las demás Reclamaciones de atención médica
Sujeto a un nivel de apelación	Lo antes posible, no más tarde de 72 horas.	Dentro de un plazo razonable, pero a más tardar 30 días	Dentro de un plazo razonable, pero a más tardar 60 días
Sujeto a dos niveles de apelación	Lo antes posible, pero no más tarde de 72 horas para ambos niveles de apelación combinados	Dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 15 días para cada nivel de apelación	Dentro de un período de tiempo razonable, pero a más tardar 30 días para cada nivel de apelación

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

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

Procedimientos de revisión externa independiente

Dentro de los cuatro meses posteriores a la fecha en que recibe un aviso final del Subcomité de Apelaciones de que su apelación ha sido denegada, puede solicitar una revisión externa por parte de una organización de revisión externa independiente. Si desea que la organización de revisión externa revise su reclamo, debe enviar su solicitud al Plan.

El Plan realizará una revisión preliminar de su elegibilidad para una revisión externa dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud. Para ser elegible para una revisión externa, debe cumplir con todos los siguientes requisitos:

- Debe haber sido elegible para los beneficios en el momento en que incurrió en el gasto médico.
- La negación de su reclamo debe involucrar un juicio médico, reclamos sujetos a protecciones federales de facturación sin sorpresas o rescisión de la cobertura.
- La denegación no debe estar relacionada con su incumplimiento de los requisitos de elegibilidad del Plan (las reclamaciones de elegibilidad no están sujetas a revisión externa).

Disposiciones para la presentación de reclamos y apelaciones

- Debe haber agotado sus derechos internos de apelación.
- Debe presentar toda la información y los formularios necesarios.

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

Si es elegible para una revisión externa, el Plan enviará su información a la organización de revisión. La revisión externa será independiente y la organización de revisión no otorgará ninguna deferencia a las decisiones anteriores del Plan. Puede enviar información adicional a la organización de revisión dentro de los diez días hábiles posteriores a 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 que lo atienda.
- Informes y otros documentos.
- Los términos del Plan.
- Guías de práctica, incluyendo estándares basados en evidencia.
- Cualquier criterio de revisión clínica desarrollado o utilizado por el Plan.

Dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la solicitud de revisión, se le notificará la decisión de la revisión externa. El aviso 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 Plan. Si aprueba su solicitud, el Plan brindará cobertura inmediata.

Excepción de apelación interna

En ciertas situaciones, si el Plan no sigue sus procedimientos de reclamo, se considerará que usted ha agotado el proceso de apelación interno del Plan, y puede buscar inmediatamente una revisión externa independiente o emprender acciones legales en virtud del Artículo 502(a) de ERISA. Por favor, tenga en cuenta que esta excepción no aplica si la falla del Plan es de menor importancia; sin prejuicios; en base a una buena causa o asuntos más allá del control del Plan; parte de un intercambio de información de buena fe entre usted y el Plan; y no refleja un patrón o práctica de incumplimiento del plan. Si usted cree que el Plan violó sus propios procedimientos internos, puede solicitar al Plan una explicación por escrito de la violación. El Plan le brindará una respuesta dentro de los diez (10) días. Para utilizar esta excepción, usted 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 rechaza su solicitud de revisión inmediata, el Plan le notificará (dentro de los 10 días) de su derecho de presentar una apelación interna. El plazo aplicable para que usted presente su apelación interna comenzará a correr cuando usted reciba esa notificación del Plan.

No asignación de reclamos

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

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

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

Inicio de acciones legales

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

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

F-16

*Unidad de
plan 178*

Definiciones

*Estas definiciones explican cómo el Fondo utiliza ciertos términos.
Estos términos pueden significar cosas diferentes para los beneficios brindados a través de las opciones HMO de Kaiser y DeltaCare.*

Cargos permitidos

Un **cargo permitido** es la cantidad de cargos por tratamientos, servicios o suministros cubiertos que el Plan usa para calcular los beneficios que paga por un reclamo. Si elige un proveedor fuera de la red, es posible que el proveedor le cobre más que el **cargo permitido**. Usted debe pagar cualquier diferencia entre los cargos reales y los **cargos permitidos**. Cualquier cargo por encima del **cargo permitido** no está cubierto. El Plan no pagará beneficios por cargos por encima del **cargo permitido**.

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

- Los **cargos permitidos** por los servicios prestados por proveedores de la red se basan en las tarifas especificadas en el contrato entre UNITE HERE HEALTH y la red de proveedores. Los proveedores de la red generalmente ofrecen tarifas con descuento para usted y su familia. Esto significa gastos de bolsillo más bajos para usted y su familia.
- El tratamiento por parte de un proveedor fuera de la red significa que usted paga más gastos de bolsillo. Excepto cuando la ley federal exija un cargo permitido diferente para el tratamiento médico de emergencia fuera de la red o para reclamos sujetos a las protecciones federales de facturación sorpresa, el Plan calcula los beneficios para los proveedores fuera de la red en función de una métrica independiente, como las tarifas de Medicare, o las tarifas de red contratadas. Este Plan no pagará la diferencia entre lo que realmente cobra un proveedor fuera de la red y lo que se considera un cargo permitido. Usted paga esta diferencia en el costo. (Esto a veces se llama "facturación del saldo").

Puede aplicarse una definición diferente a los beneficios proporcionados a través de las opciones HMO de Kaiser o DeltaCare.

Copago o pago compartido

Un monto fijo (por ejemplo, \$20) que paga por un servicio de atención médica cubierto.

Generalmente tiene que pagar su **copago** al proveedor en el momento en que recibe atención médica. El monto puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto. Normalmente, una vez que usted ha pagado su **copago**, el Plan paga el resto de los gastos cubiertos.

Puede obtener más información sobre sus límites de gastos bolsillo para **copagos** médicos, de medicamentos recetados u oftalmológicos en la sección correspondiente de este SPD. (Consulte el comienzo de la SPD para ver la tabla de contenido).

- *Si usted se encuentra en la opción de Kaiser HMO:* Su copago médico aplica a sus límites de gastos de bolsillo (consulte la descripción de sus beneficios de Kaiser para obtener más información sobre sus beneficios médicos).
- *Si usted se encuentra en la opción de PPO:* Sus copagos médicos y sus copagos de medicamentos recetados se aplican a su límite de desembolso personal de red de seguridad (vea página D-11 y página D-22).

Coaseguro

Su parte de los costos de un gasto cubierto, calculada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) del cargo permitido por el servicio. Por ejemplo, si el cargo permitido por equipo médico duradero es \$1,000, su **coaseguro** del 20 % equivale a \$200. El Fondo paga el resto del cargo permitido.

- *Si usted se encuentra en la opción de Kaiser HMO:* Su coaseguro médico aplica a su límite de gastos de bolsillo (consulte la descripción de sus beneficios de Kaiser para obtener más información sobre sus beneficios médicos).
- *Si usted se encuentra en la opción de PPO:* Su coseguro médico y su coseguro de medicamentos recetados se aplican a sus límites de desembolso personal (*vea página D-11 y página D-22*).

Servicios Cosméticos

Los **servicios estéticos** tienen el propósito de mejorar su apariencia. Los “servicios estéticos” no incluyen servicios reconstructivos, que son servicios y procedimientos principalmente para restaurar la función corporal o para corregir deformidades significativas como resultado de lesiones accidentales, traumas, condiciones congénitas o procesos terapéuticos previos.

Las mastectomías y la reconstrucción posterior a una mastectomía no se considerarán un servicio **cosmético** (*vea página D-14*).

Los servicios de reasignación de género médicamente necesarios no son servicios estéticos (*vea página D-16*).

Puede aplicarse una definición diferente a los beneficios proporcionados a través de las opciones HMO de Kaiser.

Gastos cubiertos

Un tratamiento, servicio o suministro por el cual los beneficios se pagan. Los **gastos cubiertos** se limitan a los cargos permitidos.

Deducible

El monto que usted debe por los gastos cubiertos antes de que el Fondo comience a pagar los beneficios, si aplica.

Los montos que usted paga por atención que no es un gasto cubierto no contarán para su **deducible**. Esto incluye, entre otros, servicios y suministros excluidos, cargos que superan el cargo permitido, montos que superan el límite o el máximo de beneficios y otros cargos por los cuales no se pagan beneficios.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés)

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) debe cumplir todas las siguientes reglas:

- Principalmente trata o controla lesiones o enfermedades.
- Resiste el uso repetido.
- Mejora su atención médica general en un entorno ambulatorio.

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

Tratamiento médico de emergencia

Tratamiento médico de emergencia se refiere a los servicios médicos cubiertos utilizados para tratar una afección médica, incluida una afección de salud mental o un trastorno por abuso de sustancias, que muestren síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) que una persona con un conocimiento promedio sobre salud y medicina podría esperar que no reciba. La atención médica inmediata podría poner en grave peligro la salud de un paciente, incluido el feto, o provocar un deterioro grave de las funciones corporales o de los órganos o partes del cuerpo.

El **tratamiento médico de emergencia** incluye los servicios prestados en el departamento de emergencias de un hospital o en un departamento de emergencias independiente e independiente. También incluye servicios de preestabilización si ingresa al hospital desde una sala de emergencias y servicios de postestabilización relacionados con el **tratamiento médico de emergencia**, como observación ambulatoria o una estadía como paciente hospitalizado o ambulatorio. Sin embargo, el **tratamiento médico de emergencia** no incluirá los gastos cubiertos después de que usted dé su consentimiento informado aceptando renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo según lo permitido por la ley federal.

Si su tratamiento cumple con la definición de **tratamiento médico de emergencia** se determinará en función de esta definición en lugar de únicamente en su diagnóstico final.

Puede aplicarse una definición diferente a los beneficios proporcionados a través de las opciones HMO de Kaiser o DeltaCare.

Experimental, de investigación o no probado (experimental o de investigación)

Los procedimientos o suministros **experimentales, de investigación o no comprobados** son aquellos procedimientos o suministros clasificados como tales por agencias o subdivisiones del gobierno federal, como la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) o la Oficina de Evaluación de Tecnología de Salud de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por

sus siglas en inglés); o de acuerdo con el Manual de Asuntos de Cobertura de Medicare de CMS. Los procedimientos y suministros que no se proporcionan de acuerdo con la práctica médica generalmente aceptada, o que la comunidad médica considera experimentales o de investigación, también cumplirán con la definición de **experimentales, de investigación o no probados**, al igual que cualquier tratamiento, servicio y suministro que no constituya un tratamiento eficaz para la naturaleza de la enfermedad, lesión o condición que se esté tratando según lo determinen los Fideicomisarios o su designado.

Sin embargo, los costos de rutina del paciente asociados con ensayos clínicos no se consideran **experimentales, de investigación o no comprobados**.

Puede aplicarse una definición diferente a los beneficios proporcionados a través de las opciones HMO de Kaiser o DeltaCare.

Proveedor de atención médica

Un **proveedor de atención médica** es cualquier persona autorizada para ejercer en cualquiera de las ramas de la medicina y la cirugía por el estado en el que la persona practica, siempre que ejerza dentro del alcance de su licencia.

Un dentista es un **proveedor de atención médica** autorizado para practicar odontología o realizar cirugía oral en el estado en el que ejerce, siempre que ejerza dentro del alcance de esa licencia. Otro tipo de proveedor de atención médica puede considerarse un dentista si el **proveedor de atención médica** realiza un servicio dental cubierto y cumple con la definición de "proveedor de atención médica".

Un **proveedor** puede ser una persona que brinda tratamiento, servicios o suministros, o un centro (como un hospital o clínica) que brinda tratamiento, servicios o suministros.

Un pariente relacionado por sangre o matrimonio, o una persona que normalmente vive en su casa con usted, no será considerado un **proveedor de atención médica**.

Puede aplicarse una definición diferente a los beneficios proporcionados a través de las opciones HMO de Kaiser o DeltaCare.

Lesiones y enfermedades

El Plan solo paga beneficios por el tratamiento de **lesiones** o **enfermedades** que no están relacionadas con el empleo (**lesiones** o **enfermedades** no ocupacionales).

Enfermedad también incluye condiciones de salud mental y abuso de sustancias. Solo para empleadas y cónyuges, enfermedad también incluye embarazo y condiciones relacionadas con el embarazo, incluido el aborto.

El plan solo paga beneficios de atención médica preventiva y tratamiento médico de emergencia para una hija dependiente embarazada. *Los gastos de maternidad de una hija dependiente embarazada que no sean atención médica preventiva (vea página G-7) no están cubiertos por el*

Definiciones

Plan. La “atención de maternidad no preventiva” incluye, entre otros, ultrasonidos, atención para un embarazo de alto riesgo y el parto en sí. No se pagan beneficios para el hijo de su hija (a menos que el niño cumpla con la definición del Plan de un dependiente, *vea página E-2*).

El Plan también considerará como una **enfermedad** los procedimientos de esterilización voluntaria para usted, su cónyuge y sus hijas dependientes.

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

Puede aplicarse una definición diferente a los beneficios proporcionados a través de las opciones HMO de Kaiser o DeltaCare.

Medicamento necesario

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

- Consistentes y efectivos para la lesión o enfermedad que se está tratando.
- Considerados una buena práctica médica de acuerdo con los estándares reconocidos por la comunidad médica organizada en los Estados Unidos.
- No experimental o de investigación (*vea página G-4*), o no comprobado según lo determinado por las agencias gubernamentales apropiadas, la comunidad médica organizada en los Estados Unidos, así como los estándares o procedimientos adoptados ocasionalmente por la Junta de Fideicomisarios.

Sin embargo, con respecto a mastectomías y tratamientos reconstructivos asociados, los cargos permitidos para dicho tratamiento se consideran **medicamento necesarios** para los gastos cubiertos incurridos en función del tratamiento recomendado por el proveedor de atención médica de la paciente, según lo requerido en virtud de la ley federal. Para beneficios de ambulancia y requisitos de necesidad médica *vea página D-13*.

La Junta de Fideicomisarios tiene la autoridad exclusiva para determinar si la atención y el tratamiento son **medicamento necesarios**, así como si la atención y el tratamiento son experimentales o de investigación. En todos los casos, la determinación de la Junta de Fideicomisarios será definitiva y vinculante. Las determinaciones de **necesidad médica** y si un procedimiento es o no es experimental, o de investigación tienen el único propósito de establecer qué servicios o cursos de tratamiento están cubiertos por el Plan. Todas las decisiones con respecto al tratamiento médico son entre usted y su proveedor de atención médica y deben basarse en todos los factores apropiados, uno de los cuales es qué beneficios pagará el Plan.

Puede aplicarse una definición diferente a los beneficios proporcionados a través de las opciones HMO de Kaiser o DeltaCare.

Límite de gastos de bolsillo para atención y tratamiento de la red

Para protegerlo a usted y a su familia, el Plan limita su costo compartido por servicios médicos y de medicamentos recetados cubiertos por la red durante un año calendario. Estos límites se denominan límites de desembolso personal. Una vez que sus costos de bolsillo para gastos cubiertos alcancen el límite de bolsillo, este Plan generalmente pagará el 100% de sus gastos cubiertos (o los de su familia) durante el resto de ese año.

La opción PPO tiene dos límites de desembolso personal: un límite de desembolso personal básico y un límite de desembolso personal de red de seguridad. Su límite básico de desembolso personal limita la cantidad de coseguro que usted paga durante un año calendario por gastos médicos cubiertos dentro de la red. Su límite de desembolso personal de red de seguridad limita la cantidad de deducibles, coseguros y copagos que usted paga durante un año calendario por gastos médicos y de medicamentos recetados cubiertos por la red.

Los siguientes montos no cuentan para su límite de desembolso personal y no se pagarán al 100 %, incluso si ha alcanzado su límite de desembolso personal para el año:

- Cantidades que usted paga por servicios y suministros que no están cubiertos.
- Montos superiores al cargo permitido.
- Atención o tratamiento que recibe después de alcanzar el beneficio máximo del Plan.
- Cantidades que usted paga además de su copago de medicamentos recetados cuando elige un medicamento de marca cuando hay un equivalente genérico disponible.
- Atención o tratamiento fuera de la red, excepto en situaciones en las que el proveedor fuera de la red se considera un proveedor de la red (*vea página D-9*).

Puede obtener más información sobre sus **límites de desembolso** personal en las secciones de beneficios médicos y de medicamentos recetados de PPO de este SPD. (Consulte el comienzo de la SPD para ver la tabla de contenido).

Puede aplicarse una definición diferente a los beneficios proporcionados a través de las opciones HMO de Kaiser.

Documento del Plan

Las reglas y regulaciones que rigen el Plan de beneficios proporcionado a los empleados elegibles y dependientes que participan en la Unidad del Plan 178 (Plan de Los Ángeles).

Atención médica preventiva

Bajo los beneficios médicos y de medicamentos recetados, la **atención médica preventiva** está cubierta al 100% (no tiene ningún costo para usted) cuando utiliza un proveedor de la red y cumple con las reglas de edad, riesgo o frecuencia. La **atención médica preventiva** se define en virtud de la ley federal como:

- Servicios calificados como "A" o "B" por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés).
- Las inmunizaciones de rutina recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
- Atención preventiva y exámenes de detección para mujeres según lo recomendado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.
- Atención preventiva y exámenes de detección para bebés, niños y adolescentes estipulados en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud.

Es posible que ciertos servicios de **atención sanitaria preventiva** estén cubiertos de forma más liberal (por ejemplo, con mayor frecuencia o en edades más tempranas o más tardías) de lo requerido. El Plan también considera las pruebas de detección rutinarias del PSA (pruebas del antígeno prostático específico) y la administración preventiva de vitamina D como atención médica preventiva.

Comuníquese con el Fondo si tiene preguntas sobre qué tipos de **atención de salud preventiva** están cubiertos y para saber si se aplican limitaciones de edad, riesgo o frecuencia. También puede dirigirse a: www.healthcare.gov/preventive-care-benefits para un resumen. Es posible que este sitio web no muestre todas las limitaciones aplicables y que incluya ciertos servicios que aún no es necesario incluir en su Plan. Si no cumple con los criterios de atención médica preventiva, es posible que no esté cubierta por el Plan.

La lista de **atención médica preventiva** cubierta cambia periódicamente a medida que se agregan o eliminan servicios y suministros de **atención médica preventiva** de la lista de **atención médica preventiva** requerida del USPSTF. El Fondo sigue la ley federal que determina cuándo estos cambios entran en vigencia

Puede aplicarse una definición diferente a los beneficios proporcionados a través de las opciones Kaiser.

Totalmente discapacitado o discapacidad total

Se considera que usted está totalmente discapacitado si una lesión o enfermedad le impide ejercer cualquier ocupación remunerada o lucrativa para la que esté razonablemente calificado por su educación, capacitación o experiencia. Se considera que una persona dependiente está totalmente incapacitada si sufre alguna lesión o enfermedad al realizar las actividades normales de una persona sana de la misma edad y sexo.

La determinación de incapacidad total requiere certificación escrita del médico tratante y la aprobación de UNITE HERE HEALTH.

Vea página C-13 para la definición de incapacidad total aplicable a la extensión del beneficio del seguro de vida.

Otra información importante



¿Quién paga por sus beneficios?

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

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

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

- Beneficios médicos de PPO. HealthCheck360 proporciona autorización previa y otros servicios de revisión de utilización, gestión de casos y gestión de condiciones crónicas.
- Beneficios de medicamentos recetados de PPO Estos beneficios son administrados por Hospitality Rx, LLC una subsidiaria de propiedad total de UNITE HERE HEALTH.
- Beneficio de la beca John Wilhelm.

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

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

Interpretación de las disposiciones del Plan

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

Para reclamos sujetos a revisión externa independiente (*página F-13*), la IRO tiene la autoridad de tomar decisiones sobre beneficios y decidir sobre todas las preguntas sobre reclamos presentados para revisión externa independiente.

Otra información importante

Para las reclamaciones sujetas al proceso de resolución de disputas independiente bajo las protecciones federales de facturación sorpresa, la entidad de resolución de disputas independiente tiene la autoridad exclusiva para determinar los cargos permitidos para fines de pago al proveedor. Sin embargo, la entidad independiente de resolución de disputas no tiene autoridad sobre ningún otro aspecto de la administración del Fondo, lo que incluye, entre otros, la determinación de qué beneficios son pagaderos y qué gastos están cubiertos.

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

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

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

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

Restricción de jurisdicción

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

Modificación o terminación del Plan

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

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

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

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

Libre elección de proveedor

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

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

Compensación de trabajadores

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

Tipo de Plan

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

Organizaciones de empleadores y empleados

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

Administrador del Plan y agente para servicio del proceso legal

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

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

Número de Identificación del Empleador

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

Número del Plan

El número del plan es 501.

Otra información importante

Año del Plan

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

Recursos en caso de fraude

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

Terminaciones retroactivas limitadas de cobertura permitidas

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

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

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

Cobertura acreditable según la ley de Massachusetts

Esto solo aplica a usted, si es que usted (o sus dependientes) viven en Massachusetts.

UNITE HERE HEALTH cree que los beneficios médicos y de farmacia del Plan Unidad 178 cumplen con la definición de cobertura mínima acreditable de Massachusetts. Debido a que es una cobertura acreditable mínima, usted no adeuda una penalidad tributaria por mandato individual a Massachusetts por los meses que esté cubierto bajo Plan Unit 178. (UNITE HERE HEALTH no ofrece asesoría tributaria o ninguna garantía en virtud de ley tributaria alguna).

Si usted vive en Massachusetts y necesita ayuda para comprender cómo es que el Plan cumple las reglas de Massachusetts para un mínimo de cobertura acreditable, o para obtener una copia de su Formulario MA HC-1099, por favor, llame al Fondo al **(855) 484-8480**.

Beneficios no adquiridos

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

G-16

*Unidad de
plan 178*

Sus derechos en virtud de ERISA



Sus derechos en virtud de ERISA

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

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

Reciba información sobre su Plan y beneficios

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

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

Continuación de cobertura del plan de salud colectivo

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

Acciones prudentes por parte de los fiduciarios del Plan

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

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

Ejercicio de sus derechos

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

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

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

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

Ayuda con sus preguntas

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

Si tiene preguntas sobre esta declaración o sobre sus derechos en virtud de ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos del administrador del Fondo, debe comunicarse con la oficina de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU. más cercana, que figura en su guía telefónica o con la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210. También puede obtener ciertas publicaciones acerca de sus derechos y responsabilidades en virtud de ERISA llamando a la línea telefónica para publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados.

Números de teléfono y direcciones importantes

Blue Cross Blue Shield of Illinois

P.O. Box 805107
Chicago, IL 60680-4112
(800) 810-2583
www.bcbsil.com

Blue Cross Blue Shield of Illinois (Dearborn)

701 E. 22nd St, Suite 300
Lombard, IL 60148
(800) 367-6401
www.bcbsil.com/ancillary

Kaiser Permanente

(800) 464-4000
www.kp.org

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

Delta Dental of Illinois (DeltaCare)

111 Shuman Blvd.
Naperville, IL 60563
(800) 323-1743
www.deltadentalil.com

HealthCheck360

800 Main Street
Dubuque, IA 52001
(844) 462-7812
www.healthcheck360.com

Hospitality Rx

P.O. Box 6020
Aurora, IL 60598-0020
(866) 686-0003
www.hospitalityrx.org

UNITE HERE HEALTH

711 North Commons Drive
Aurora, IL 60504-4197
(630) 236-5100
www.uhh.org

UnitedHealthcare Vision

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

UNITE HERE HEALTH
Junta de Fideicomisarios



Fideicomisarios del Sindicato

Presidente de la Junta

D. Taylor

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

Carlos Aramayo

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

Hector Azpilcueta

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

Bonnie Biggerstaff

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

Donna DeCaprio

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

Thomas Walsh Garcia

Presidente Emeritus
UNITE HERE Local 11
c/o UNITE HERE HEALTH
711 N. Commons Drive
Aurora, IL 60504

Terry Greenwald

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

Chuck Hendricks

Dir. de Contratos Nacionales
UNITE HERE
1800 N. Charles St., #500
Baltimore, MD 21201

Marvin Jones

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

Karen Kent

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

Rev. Clete Kiley

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

Jose Maldonado

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

Bob McDevitt

UNITE HERE
National Pension Fund
1014 Atlantic Avenue
Atlantic City, NJ 08401

Gwen Mills

Presidenta
UNITE HERE
243 Golden Gate Avenue
San Francisco, CA 94501

Marlene Patrick-Cooper

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

Ted Pappageorge

Secretario-tesorero
Culinary Workers Union
Local 226
1630 S. Commerce St.
Las Vegas, NV 89102

Fiduciarios del Empleador

Secretaria de la Junta

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

Paul Ades

Vicepresidente Sénior de Relaciones Industriales
Hilton Worldwide
7930 Jones Branch Drive
McLean, VA 22102

Christine Andrews

VP of People
First Hospitality
222 W. Adams St., Suite 400
Chicago, IL 60606

Jim Claus

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

David Colella

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

Richard Ellis

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

Laura FitzRandolph

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

George Greene

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

Bob Kovacs

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

Stephanie Lepori

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

Susie McDaniel

Vicepresidenta ejecutivo de Recursos Humanos de Wynn North America
Wynn Resorts, Limited
3131 Las Vegas Blvd, South
Las Vegas, NV 89109

Russ Melaragni

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

Cynthia Moehring

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

Matt Morrison

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

Peter Simoncelli

Gerente general
The Ritz-Carlton, Chicago
160 East Pearson Street
Chicago, IL 60611

Harold Taegel

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

