

**DOCUMENTO DEL PLAN
Y
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN**

Se emite para los empleados y dependientes elegibles.

Cubiertos por el

PLAN BÁSICO UNICANN

Brindado por UFCW National Health and Welfare Fund

Disponible el 1 de Abril de 2020



DOCUMENTO DEL PLAN Y DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN

Se emite para los empleados y dependientes elegibles.

Cubiertos por el

PLAN BÁSICO UNICANN

Brindado por UFCW National Health and Welfare Fund

**66 Grand Avenue
Englewood, New Jersey 07631-3545
(201) 569-8801**

FIDEICOMISARIOS

Fideicomisarios del sindicato

**George J. Orlando, presidente
Tom R. Ballard
James E. Blau, CEBS
Frank J. Runey**

Fideicomisarios del empleador

**Michelle Lewis
Danny K. Ma
John Pepe
Geraldine Senack**

ADMINISTRADOR DEL FUND

Maurice Hodos, CEBS

CONSULTORES ACTUARIALES

Segal Consulting

ASESOR LEGAL

Larry Magarik, Esq.

TABLA DE CONTENIDO

<u>SECCIÓN</u>	<u>PÁGINA</u>
I. Introducción	1
II. Programa de Beneficios	2
III. Disposición Especial para Los Hospitales, Proveedores y Centros de la Red	5
IV. Definiciones y Restricciones	5
V. Órdenes Calificadas de Asistencia Médica para Niños y Procedimientos Administrativos	17
VI. Cambio en el Estado Familiar	18
VII. Elegibilidad	18
VIII. Beneficios Médicos Principales Integrales	21
IX. Certificación para Admisiones Hospitalarias	22
X. Servicios Médicos que Requieren Autorización Previa	23
XI. Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos de 1996	23
XII. Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer	24
XIII. Deducibles	24
XIV. Obligaciones Financieras	24
XV. Servicios de Emergencia	25
XVI. Exclusiones	25
XVII. Subrogación y/o Reembolso	30
XVIII. Beneficios de Medicamentos con Receta	33
XIX. Coordinación de Beneficios	36
XX. Terminación de Elegibilidad	37
XXI. Derechos a la Cobertura de Continuación Según COBRA	38
XXII. Licencia Familiar y Médica	44
XXIII. Licencia por Servicio Militar	45
XXIV. Disposiciones Generales	46
XXV. Aviso y Prueba del Reclamo	47
XXVI. Revisión de Reclamos y Procedimiento de Apelación	48
XXVII. Pago de los Beneficios	57
XXVIII. Examen e Investigación de los Reclamos	57
XXIX. Recuperación del Excedente	57
XXX. Información sobre ERISA	58
XXXI. Información Adicional	60
XXXII. Documentación sobre la Cobertura de Salud	62

I. INTRODUCCIÓN

Estimado participante:

El UFCW National Health and Welfare Fund (el Fund) es un fondo fiduciario de beneficios para empleados conjunto entre el empleado y el empleador, financiado por las contribuciones fijadas por el contrato colectivo de trabajo u otros acuerdos escritos y administrado por una cantidad igualitaria de Fideicomisarios designados por los empleadores contribuyentes y el Sindicato conforme al Contrato y Declaración de Fideicomiso, que puede ser enmendado de vez en cuando. El Fund no forma parte de ningún Sindicato local, internacional ni asociación de Empleadores. El Contrato de Fideicomiso le brinda al Consejo de Fideicomisarios la autoridad y la discreción para determinar los beneficios y los miembros de dicho Consejo adoptaron de manera correspondiente este Plan de beneficios descrito en esta Descripción resumida del plan (SPD). De acuerdo con este Contrato de Fideicomiso y esta SPD, los Fideicomisarios pueden, bajo su discreción, revisar, discontinuar, mejorar, reducir, modificar o realizar cambios al Plan, los tipos y montos de los beneficios proporcionados, la cobertura y las disposiciones de elegibilidad, las condiciones y las reglas, en cualquier momento. Cualquier cuestión de interpretación, construcción, aplicación o cumplimiento de los términos del Plan y esta SPD y todas las determinaciones sobre los reclamos y apelaciones de los beneficios están sujetas a la discreción del Consejo de Fideicomisarios o su Comité de Revisión de Reclamos, cuyas determinaciones son finales y vinculantes.

Esta Descripción resumida del plan (SPD) describe todos los beneficios proporcionados por su Fondo de bienestar. Esta SPD también sirve como documento del plan.

El tipo de beneficios del plan a los que usted tiene derecho depende de ciertos requisitos, que generalmente están descritos en esta SPD y, específicamente, en el Programa de beneficios.

Este es un Plan de salud no protegido. Tenga en cuenta que el plan que se aplica para usted y sus dependientes proporciona solo aquellos beneficios que se muestran específicamente en el Programa de beneficios.

Esta SPD está diseñada para explicar en un lenguaje no técnico el funcionamiento de su plan.

Los Fideicomisarios se complacen en que estos beneficios importantes están disponibles para los participantes del Fund. Mientras que los Fideicomisarios del UFCW National Health and Welfare Fund esperan que el Plan continúe, se reservan el derecho a cambiar o discontinuar el Plan o estos beneficios, por completo o en parte, en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si después de leer esta SPD todavía tiene preguntas, no dude en comunicarse con la oficina del Fund.

Atentamente.

CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS

II. PROGRAMA DE BENEFICIOS

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible por año calendario		
Individual	\$250	\$250
Familiar	\$500	\$500
Coseguro después del deducible	20 %	30 %
Máximo de por vida (Monto a pagar por individuo elegible, incluye todos los beneficios pagados mediante la cobertura de los beneficios hospitalarios, médicos y de receta)	Sin límite	
Desembolso máximo		
Individual	\$6,850	\$13,700
Familiar	\$13,700	\$41,100
Visitas al consultorio médico y otros gastos de consultorio elegibles		
Médico primario	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Especialista (Incluye cardiólogo, psiquiatra, podólogo, entre otros)	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Beneficios de atención preventiva (Un examen anual por año calendario que incluye análisis de sangre, análisis de orina, radiografía de tórax, electrocardiograma y mamografía)	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
Servicios de laboratorio	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Ambulancia	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 20 %, después del deducible
Sala de emergencias (Exoneración de copago si hay admisión)	Copago adicional de \$50 Coseguro del 20 %	Copago adicional de \$50 Coseguro del 20 %

RESUMEN DE LOS BENEFICIOS	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Beneficios hospitalarios Pensión completa diaria en el hospital, semiprivado y otros gastos permitidos	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
Multa hospitalaria de certificación previa	50 % de los beneficios hasta un máximo de \$5,000	
Trastorno mental y por abuso de sustancias Paciente hospitalizado	Sin cargo	Coseguro del 30 %, después del deducible
Paciente ambulatorio	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Atención de salud en el hogar	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Establecimiento de enfermería especializada	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Equipo médico duradero (el alquiler total no debe superar el precio de compra)	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Dispositivos protéticos externos -Pelucas, tupés o extensiones. (Máximo de 2 por diagnóstico o curso de tratamiento. No cubre el diagnóstico de alopecia androgénica en el patrón de calvicie masculina).	Coseguro del 20 %, después del deducible y cualquier monto superior a \$350 como máximo.	Coseguro del 30 %, después del deducible y cualquier monto superior a \$350 como máximo.
Terapia física, ocupacional y del habla	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible
Atención quiropráctica (Hasta 12 visitas por año calendario)	Coseguro del 20 %, después del deducible	Coseguro del 30 %, después del deducible

PLAN DE MEDICAMENTOS CON RECETA	SU PARTE DE LOS GASTOS ELEGIBLES	
	Dentro de la red	Fuera de la red
Suministro para 30 días al por menor		
Medicamentos genéricos	Coseguro del 10 %, después del deducible	No está cubierto
Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 20 %, después del deducible	No está cubierto
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 20 %, después del deducible	No está cubierto
Suministro para 90 días en órdenes por correo		
Medicamentos genéricos	Coseguro del 10 %, después del deducible	No está cubierto
Medicamentos de marca preferidos	Coseguro del 20 %, después del deducible	No está cubierto
Medicamentos de marca no preferidos	Coseguro del 20 %, después del deducible	No está cubierto

Beneficios dentales

Brindados por Delta Dental: llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-452-9310 y al 1-800-335-8265 para Prestadores en su zona

También puede obtener información en el sitio web www.deltadentalnj.com.

Beneficios de la visión

Brindados por VSP: llame al Servicio de atención al cliente al 1-800-877-7195

También puede obtener información en el sitio web www.vsp.com.

III. DISPOSICIÓN ESPECIAL PARA LOS HOSPITALES, PROVEEDORES Y CENTROS DE LA RED

Si usted o su dependiente está postrado o recibe atención en/desde un hospital, proveedor o centro de la red, el Fund pagará los cargos de la red siempre que el Fund determine que los cargos de la red son razonables, habituales, usuales, que representan un valor real de mercado y que son de esa manera pagaderos de acuerdo con esta Descripción resumida del plan. Se aplicarán todas las otras disposiciones de esta SPD, incluso el requisito que dichos servicios son necesarios y apropiados, y que es decisión del Fund determinar la propiedad de los cargos y el nivel de beneficios a pagar.

Sus tarjetas de identificación del UFCW National Health and Welfare Fund incorporan una red para obtener los servicios elegibles dentro de la red. Asegúrese de tener con usted su tarjeta de identificación y mostrarla a sus proveedores de atención de la salud para que todos los reclamos procesados por usted tengan la información correcta.

Para encontrar a un médico participante, puede llamar al número en su tarjeta de identificación. También puede llamar a la oficina del Fund para recibir asistencia al 1-800-821-1222 hora del Pacífico o al 1-888-773-8329 hora del Este.

IV. DEFINICIONES Y RESTRICCIONES

“Gasto permitido” significa todo o una porción de cualquier elemento de valor real del mercado de un gasto médico necesario, razonable, acostumbrado, usual y justo, que incurre una persona elegible que parece cumplir con la definición de necesidad médica del Plan descrita a continuación y no se encuentra excluido ni limitado por dicho Plan.

“Deducible anual” significa el monto que el paciente debe pagar cada año calendario por los gastos cubiertos antes de que el Fund sea el responsable de su parte de dichos gastos.

“Límite de desembolso anual” significa el monto total de todos los gastos cubiertos del valor del mercado razonable, acostumbrado, usual y justo incurrido en un año calendario que no fue reembolsado por el cual el paciente fue el responsable y fue elegible para que se le acredite en función del límite de desembolso anual. Cuando el deducible anual y los coseguros lo ayudan a ahorrar para el máximo de desembolso, el Plan paga el 100 % del gasto del valor del mercado razonable, acostumbrado, usual y justo por el resto del año calendario.

Lo siguiente no se considera para el límite de desembolso anual:

- Los costos incurridos cuando usted o su dependiente no obtuvieron las aprobaciones necesarias.
- Los costos incurridos cuando usted y su dependiente usaron centros de emergencia y el Fund determinaron que no se requería un tratamiento de emergencia.

- Los cargos por un proveedor no preferido por encima del cargo del valor del mercado usual, razonable, acostumbrado y justo.
- Los cargos de los beneficios cubiertos que superan todo límite del beneficio máximo aplicable.
- Los cargos por beneficios no cubiertos.
- Los cargos que parecen superar los límites del valor de mercado razonable, acostumbrado, usual y justo del Fund.

Una vez que usted y cada uno de sus dependientes haya pagado el monto de desembolso máximo por persona, o una vez que cualquier combinación de usted y sus dependientes haya pagado el monto máximo de desembolso familiar, el Fund comenzará a pagar el 100 % del cargo del valor de mercado usual, razonable, acostumbrado y justo por el resto del año calendario.

“Ediciones de reclamos”: El Fund utiliza varios recursos para editar los reclamos durante el procesamiento del reclamo. Una edición de reclamos encuentra servicios o suministros que no son elegibles en función de las reglas del Fund o los estándares de la industria nacional a partir de fuentes como los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la Iniciativa Nacional de Codificación Correcta (CCI) y la Asociación Médica Estadounidense (AMA). De esta manera, el Fund puede utilizar las metodologías de codificación correctas para controlar la codificación inapropiada que lleva a un pago inapropiado.

“Coseguro” significa el porcentaje del gasto del valor de mercado usual, razonable, acostumbrado y justo que debe pagar una persona con cobertura.

“Copago” significa un monto en dólares específico que debe pagar un paciente por ciertos servicios antes de que el Fund sea financieramente responsable por los gastos cubiertos.

“Cuidado de custodia” significa la atención comprendida de los servicios y suministros, incluso la habitación y comidas y otros servicios institucionales, que se proporcionan a una persona, ya sea que esté incapacitada o no, especialmente para asistir a dicha persona en las actividades de su vida diaria. Dichos servicios y suministros son un cuidado de custodia sin considerar el médico o el proveedor que los prestó, recomendó o realizó.

“Dependiente” según se utiliza en esta SPD incluye a un miembro de la familia del Empleado por quien se realizó alguna contribución aplicable y que cumple con los siguientes requisitos de elegibilidad:

1. El cónyuge legal del Empleado.
2. Todo hijo del Empleado hasta el final del mes en que cumple los 26 años de edad.

Las limitaciones de la edad especificada anteriormente se extenderán por un período indefinido en el caso de todo hijo dependiente del Empleado que sea incapaz de mantener por sí mismo un empleo por motivos de enfermedad física o mental antes de los 19 años de edad, siempre que el hijo continúe sin casarse, incapaz de mantener un empleo por sí mismo, completamente dependiente del Empleado con respecto al sustento financiero y reciban cobertura por parte del UFCW National Health and Welfare Fund u otra cobertura de salud desde el comienzo de la invalidez.

Además, siempre se requerirá al Empleado que presente al UFCW National Health and Welfare Fund evidencia de dicha incapacidad de la manera y forma prescrita por el Fund.

3. El término "Hijo del Empleado" como se utiliza en el presente significa hijo natural del Empleado o del cónyuge legal del Empleado y todos los otros hijos que residen con el Empleado y que el Empleado le fue designado como tutor legal o padre adoptivo por un tribunal y que son totalmente dependientes del Empleado para su sustento financiero. El término "Dependiente" no incluye al cónyuge después del divorcio o la separación legal del Empleado. Un hijo que es adoptado o colocado en adopción antes de los 18 años de edad según Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) se trata conforme a los mismos términos y condiciones que se aplican en el caso de los hijos dependientes naturales dentro de este Plan.
4. Una vez que el Fund reciba una Orden médica calificada de manutención de los hijos, el Fund enviará una notificación de los procedimientos para la determinación de la calificación de la orden, de acuerdo con sus procedimientos administrativos.

"Incapacidad o incapacitado" significa que usted no es capaz de realizar las tareas usuales como resultado de una enfermedad o lesión. Siempre que la condición del dependiente esté certificada por un médico, se lo considerará incapacitado si no es capaz de realizar sus actividades cotidianas usuales.

"Equipo médico duradero" significa el equipo que:

- A. está diseñado para el uso reiterado;
- B. es usado principal y habitualmente para fines médicos y
- C. generalmente no es usado por una persona que no esté enferma o lesionada.
- D. Incluye, aunque no se limita a elementos como:
 - 1) una cama de hospital,
 - 2) una silla de ruedas,
 - 3) aparatos ortopédicos y
 - 4) muletas.
- E. El Equipo médico duradero no incluye y no se limita a la exclusión de tales elementos como:

- 1) aires acondicionados y purificadores;
- 2) lámparas de calor y almohadillas;
- 3) tablas para la cama;
- 4) zapatos ortopédicos o dispositivos correctivos para usar en los zapatos;
- 5) dispositivos de tracción de gravedad;
- 6) bicicletas para ejercicio;
- 7) equipo para levantar peso y
- 8) vehículos especialmente equipados.

F. El alquiler total no debe superar el precio de compra.

“Gasto elegible” significa el menor de los cargos del valor del mercado real, razonable, acostumbrado y usual por un servicio cubierto o el cargo real del proveedor.

“Fecha de elegibilidad” significa la fecha en que una persona se convierte en una “persona elegible”.

“Persona elegible” significa que usted y sus dependientes, si correspondiera, son elegibles para obtener los beneficios proporcionados por el Plan.

“Emergencia” significa Servicios de emergencia de la salud y son servicios que se proporcionan en caso de una emergencia auténtica. Esto se define como una enfermedad repentina, grave, urgente, que atenta contra la vida, y que lleva 12 horas desde su comienzo. Se ha demostrado que los síntomas urgentes (incluido dolor muy agudo) son lo suficientemente graves y, la falta de atención médica inmediata, bien podría dar como resultado:

- poner la salud del paciente en peligro,
- deterioro grave de las funciones corporales, o
- el mal funcionamiento de cualquier órgano o parte corporal.

No se incluye atención electiva ni de rutina; ni la atención por una enfermedad menor, como el tratamiento del dolor de garganta, dolor de oídos, gripe o dolor de muelas.

“EmpiRx” significa EmpiRx Health, LLC, un Administrador de beneficios farmacéuticos y una Red nacional de farmacias. Este es el Administrador de beneficios farmacéuticos (PBM) actual del National Fund.

“Empleado” como se lo utiliza en esta Descripción resumida del plan (SPD) significa una persona que cumple con todos los requisitos de elegibilidad, que fue empleado por un Empleador, que firmó un Contrato de participación, un Programa de contribuciones y beneficios u otro contrato por escrito aceptable para el Fund que adoptó el Contrato y la Declaración de Fideicomiso del UFCW National Health and Welfare Fund y en nombre de quien se realizan contribuciones a dicho UFCW National Health and Welfare Fund. Donde corresponda, “Empleado” también puede significar un funcionario de tiempo completo de un Sindicato o los empleados de tiempo completo del Fund.

“Empleador” significa un Empleador que califica como tal conforme a los términos y disposiciones del Contrato de fideicomiso.

“Gasto incurrido” significa los montos que se cobran regular y habitualmente en un área geográfica en particular por los servicios o suministros médicos generalmente suministrados por condiciones de naturaleza y severidad comparables. Se considera que se incurrió en un gasto en la fecha en que se prestó u obtuvo el servicio o suministro.

“Experimental o investigativo” significa un medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento que:

- A. No se puede comercializar legalmente sin la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) y no se otorgó la aprobación para la comercialización al momento en que se suministró la droga o el dispositivo; o
- B. Si el Consejo de Revisión Institucional del centro del tratamiento revisó y aprobó el documento de consentimiento informado utilizado con el medicamento, dispositivo, tratamiento médico o procedimiento u otro organismo que se desempeña en una función similar o si la ley federal requiere dicha revisión o aprobación; o
- C. Es el sujeto de las pruebas clínicas en curso de la Fase I o Fase II; es el sujeto de una investigación, un experimento, un estudio o una rama investigativa de pruebas clínicas en curso de la Fase III o, de otra manera, se encuentra bajo estudio para determinar la dosis tolerada máxima, la toxicidad, la seguridad, la eficacia o la eficacia en comparación con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico; o
- D. La opinión preponderante entre los expertos sobre el medicamento, el dispositivo, el tratamiento médico o el procedimiento médico es que es necesario realizar más estudios o pruebas clínicas para determinar la dosis tolerada máxima, la toxicidad, la seguridad, la eficacia o la eficacia en comparación con los medios estándares de tratamiento o diagnóstico.

El hecho de que un médico recetó, ordenó, recomendó o aprobó el tratamiento, servicio o suministro no hace que sea elegible en sí para el pago ni afectará la manera en que el Plan paga los gastos incurridos ni los máximos establecidos del Plan.

“Valor real del mercado”: el cargo, según lo determinado por el Fund, que representaría un valor justo por los servicios prestados en el momento y en el área donde se prestaron los servicios. El Fund tendría en consideración el cargo para el mismo servicio o servicios similares por el mismo proveedor o proveedores similares.

“Agencia de atención de salud domiciliaria” significa una agencia u organización pública o privada que cumple con todos los requisitos que se mencionan a continuación:

- A. Su principal actividad es proporcionar servicios de enfermería especializada y otros servicios terapéuticos en los domicilios de sus pacientes.
- B. Posee políticas, establecidas por un grupo del personal profesional asociado con la agencia u organización, que rige los servicios que proporciona.

- C. Provee la supervisión de sus servicios mediante un médico o enfermero registrado.
- D. Mantiene los registros clínicos de todos sus pacientes.
- E. Posee una licencia de acuerdo con las leyes aplicables del estado en el que reside la persona elegible que recibe el tratamiento o de la localidad en la que está ubicada o proporciona los servicios.
- F. Es elegible para participar en Medicare.

“Hospital” significa una institución que cumple en su totalidad con cada una de las siguientes pruebas:

1. Su principal actividad es proporcionar, a través de la compensación o en función de los pacientes internados, instalaciones para los diagnósticos quirúrgicos y médicos, tratamiento y atención de personas lesionadas y enfermas bajo la supervisión de médicos del personal.
2. Proporciona de manera continua las 24 horas del día el servicio de enfermería registrada.
3. No es, excepto en situaciones aisladas, un lugar para descansar, para las personas de edad avanzada, para los adictos a las drogas, para los alcohólicos o una residencia para ancianos.

“Beneficios dentro de la red” significa el nivel de pago de beneficios aplicado a un servicio cubierto que es proporcionado por un Proveedor preferido.

“Beneficios de gastos médicos” significa aquellos beneficios a pagar dentro de las Reglas y Regulaciones del Plan para los gastos especificados incurridos en el tratamiento de una lesión corporal o enfermedad.

“Medicamento necesarios” significan los servicios, pruebas, medicamentos o suministros prestados, supervisados u ordenados por un hospital, centro de enfermería especializada, médico u otro proveedor requerido para tratar una enfermedad o lesión y habitualmente reconocido dentro de la profesión médica como apropiado para la atención y tratamiento de la condición diagnosticada según la opinión del Fund, sujeto a la Revisión de reclamos y procedimientos de apelación de esta SPD.

Solo se proporciona cobertura para un servicio o suministro, que es necesario para el diagnóstico, la atención o el tratamiento de la condición física o mental involucrada. Debe ser ampliamente aceptada de manera profesional en los Estados Unidos como eficaz, apropiada y esencial en función de los estándares reconocidos de la especialidad de atención médica involucrada.

En ninguna circunstancia lo siguiente será considerado necesario:

1. aquellos servicios prestados por un proveedor que no requiere las habilidades técnicas de dicho proveedor;
2. aquellos servicios y suministros proporcionados principalmente para el confort o la conveniencia personal de la persona, de alguna persona que cuida a la

persona o cualquier otra persona que es parte de la familia de la persona en cuestión;

3. aquellos servicios y suministros proporcionados a una persona solamente debido a que dicha persona es un paciente internado en cualquier día que la condición física o mental de ella podría ser diagnosticada o tratada de manera segura y adecuadamente sin estar confinada y
4. esa parte del costo, que supera el de cualquier servicio o suministro que hubiera sido suficiente para diagnosticar o tratar de manera segura y adecuadamente la condición física o mental de la persona.

“Medicare” significa el seguro de salud del programa para personas de la tercera edad dentro del Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las Enmiendas del Seguro Social de 1965 de la forma en que este programa está constituido actualmente y debido a que puede ser enmendado de vez en cuando.

“Trastorno mental o nervioso” significa una neurosis, una psiconeurosis, una psicopatía, una psicosis o una enfermedad mental o emocional o un trastorno de cualquier tipo.

“Lesión no ocupacional” es una lesión corporal accidental que no surge de ningún trabajo (ni en el transcurso del mismo) para obtener una paga o ganancia, ni de ninguna manera resulta de una lesión que lo fuera.

Nota: Si usted y sus dependientes son autónomos o participan de actividades autónomas, no hay beneficios disponibles por parte de este Plan con respecto a las lesiones o enfermedades que resulten de dichas actividades. Ejemplos de actividades autónomas incluyen, aunque no se limitan a, la construcción, las actividades agrícolas, las actividades de hacienda, las ventas, el trabajo doméstico o los servicios de peluquería.

Si usted o sus dependientes participan de cualquier actividad autónoma, es su responsabilidad determinar sus propias necesidades personales y asegurarse la cobertura apropiada fuera de este Plan para dichas exposiciones.

“Proveedor no preferido” significa un médico, hospital, instalación médica u otro proveedor de atención de la salud que esté fuera de la red, que fue designado por el Fund para prestar servicios relacionados con la salud a los participantes del Fund.

“Tratamiento de ortodoncia” significa cualquier servicio médico o dental o suministro proporcionado para prevenir, diagnosticar o corregir una alineación incorrecta de los dientes, la mordida, las relaciones de las mandíbulas o de las articulaciones de la mandíbula, ya sea con fines de aliviar el dolor o no. Esto no incluye la instalación de un separador ni un procedimiento quirúrgico para corregir la mal oclusión.

“Beneficios fuera de la red” significa el nivel de pago de beneficios aplicado a un servicio cubierto que es proporcionado por un Proveedor no preferido, según lo determinado por el Fund.

“Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios” significa un centro quirúrgico que cumple con todos los siguientes requisitos:

- a) Es un centro de atención de la salud operado con el principal objetivo de realizar cirugías en función de pacientes ambulatorios y al que un paciente es admitido y dado de alta dentro de las 24 horas.
- b) Debe obtener una licencia regularmente como centro quirúrgico para pacientes ambulatorios del gobierno u otra agencia que sea responsable de dicha licencia.
- c) Debe ser supervisada por un médico de tiempo completo.
- d) Todo médico que realice una cirugía en las instalaciones también debe estar autorizado a realizar cirugías en un hospital local.
- e) Debe emplear a un anestesista con licencia y a un enfermero registrado (Registered Nurse, RN).
- f) Debe conservar registros médicos y administrativos centrales sobre todos sus pacientes.
- g) Debe tener, al menos, dos quirófanos y una sala de recuperación.
- h) Debe estar equipado para manejar emergencias médicas.
- i) Debe tener un acuerdo con un hospital local para tratar los pacientes que sufran complicaciones.

“Participante” significa un Empleado que es elegible para los beneficios proporcionados por el Fund dentro de este Plan.

“PBM (Administrador de beneficios farmacéuticos)” es una empresa que administra el programa de beneficios de medicamentos recetados para el empleador o el plan de salud. Independientemente de que los miembros de plan tengan acceso a las recetas por correo o en una farmacia, las PBM procesan y pagan por las solicitudes de medicamentos recetados y son responsables por la creación y actualización de la lista de medicamentos del plan de salud.

“Médico” significa una persona con licencia para practicar la medicina o realizar cirugías como un Doctor en medicina (MD) o un Doctor de osteopatía (DO) que se desempeña dentro del ámbito de su licencia u otros profesionales de las artes de la curación según sea determinado por el Fund. Según el alcance con que se proporcionan los beneficios, un doctor también incluye a una persona con licencia para desempeñarse como podólogo, quiropráctico, optometrista, psicólogo o dentista que posee una licencia para realizar una cirugía oral en la medida en que los servicios proporcionados se relacionen directa o indirectamente con cualquier cirugía o tratamiento de la mandíbula. “Doctor” no lo incluye a usted, a uno de sus dependientes ni a ninguna persona cuyo cónyuge, padre, hijo, hermano o hermana suyo o de uno de sus dependientes.

El Fund también considerará elegible los cargos por los servicios realizados por un enfermero profesional, un asistente médico y un primer asistente de enfermería registrado que está legalmente autorizado por el Estado en el que se lleva a cabo la práctica de acuerdo con la ley estatal y está certificado por un organismo certificado reconocido a nivel nacional que estableció los estándares para dichos profesionales, si los servicios son del tipo que se consideran servicios médicos en caso de ser suministrados por un doctor en medicina o de osteopatía (MD/DO) y se realizan en

colaboración con un MD/DO según lo requiere la ley del estado donde se prestan los servicios o, en ausencia de colaboración de una ley estatal vigente, se incluye la documentación de la participación activa del médico en el proceso de toma de decisiones al firmar y fechar en conjunto los registros médicos del paciente en la fecha en que se prestaron los servicios. No están cubiertos los servicios de los asistentes de enfermería certificados.

“**Plan**” significa el plan de beneficios del UFCW National Health and Welfare Fund.

“**Proveedor preferido**” o “**Proveedor de la red**” significa un médico, un hospital, una instalación médica u otro proveedor de atención de la salud que esté incluido en una red que fue designada por el Fund para prestar servicios relacionados con la salud a los participantes del Fund.

“**Pareja de hecho calificada**” (si aplica) significa lo siguiente:

- a.) Una relación de pareja de hecho del sexo opuesto debe cumplir con los requisitos del estado de residencia.
- b.) Un acuerdo de relación de pareja de hecho del mismo sexo debe cumplir con los siguientes requisitos:
 - 1) Ambas partes deben haber alcanzado la mayoría de edad.
 - 2) Ambas partes deben ser competentes para celebrar contratos.
 - 3) Ninguna parte debe estar casada o comprometida en otra relación de pareja de hecho.
 - 4) Ambas partes tienen la intención de que la relación de hecho tenga duración ilimitada.
 - 5) Ambas partes deben residir en la misma vivienda y no ser familiares.
 - 6) Las partes deben compartir responsabilidades económicas, según lo evidencia la copropiedad, o las designaciones de beneficiarios de herencias o pensiones.
 - 7) Se debe presentar una declaración jurada ante el administrador del plan, donde se afirme el estado de pareja de hecho.

“**Cargo razonable y acostumbrado**”: El valor del mercado razonable, acostumbrado, usual y real es solo una parte del cargo que se cubre. El cargo del valor del mercado razonable, acostumbrado, usual y real por un servicio o suministro es más bajo que el cargo usual del proveedor por proporcionarlo o el cargo que el Fund determine que sea un nivel de cargo del valor del mercado razonable, acostumbrado, usual y real establecido para el servicio o suministro en el área geográfica donde se lo proporcionó. El Fund puede utilizar bases de datos reconocidas a nivel nacional adquiridas a un proveedor independiente para ayudar a la determinación de un cargo elegible.

Para determinar el cargo razonable por un servicio o suministro que no es usual, no se proporciona a menudo en el área o solo lo brindan un número pequeño de proveedores en el área, el Fund puede tomar en cuenta factores como los siguientes:

1. la complejidad;
2. el grado de habilidad necesario;

3. el tipo o la especialidad del proveedor;
4. el rango de servicios o suministros proporcionados por un centro;
5. el cargo preponderante en otras áreas y
6. el valor real del mercado de los servicios proporcionados.

En la mayoría de los casos, los servicios de los Proveedores no preferidos cumplirán con los requisitos. Sin embargo, en ocasiones, un proveedor no preferido puede cobrar un monto que superen los gastos razonables, consuetudinarios, usuales y de valor normal en el mercado del Fund. En estos casos, usted será responsable de cubrir la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que permite el Fund. De forma adicional, el Fund cubrirá los gastos de la red, siempre y cuando este determine que los costos son razonables, acostumbrados, usuales y que representan un valor real del mercado y que son de esa manera pagaderos de acuerdo con esta Descripción resumida del plan.

“Cargo por habitación y comidas” significa los cargos de la institución por la habitación y las comidas y otros servicios y suministros necesarios realizados regularmente de manera diaria o semanal como una condición de la ocupación del tipo de alojamiento utilizado.

“Tarifa semiprivada” significa el cargo por una habitación y comidas que aplica una institución a la cantidad mayor de camas en habitaciones semiprivadas que contienen dos camas o más. Si la institución no posee dichas habitaciones, el Fund determinará la tarifa. Será la tarifa diaria por habitación y comidas la que se cobra más a menudo por las habitaciones semiprivadas con dos camas o más por instituciones similares en el área. El término área significa una ciudad, un condado o un área más grande necesaria para obtener una sección representativa de instituciones similares.

“Enfermedad”, como se la utiliza en esta SPD, significa una enfermedad que resulta de una pérdida cubierta por esta SPD, siempre que dicha pérdida comience mientras que la SPD esté vigente y que no surja como resultado de algún empleo para obtener un salario o ganancia. El término "Enfermedad" como se utiliza en esta SPD también incluye el embarazo o las complicaciones de este.

“Centro de enfermería especializada” significa un centro de enfermería, independientemente de su denominación, que:

- A. Sea una institución, o una parte exclusiva de una institución, que posea un contrato de transferencia con uno o más hospitales.
- B. Se dedique especialmente a proporcionar atención de enfermería especializada a pacientes internados o servicios relacionados para las personas elegibles que requieren atención médica o de enfermería.
- C. Cuente con la licencia correspondiente por parte de las autoridades gubernamentales apropiadas.
- D. Posea uno o más médicos y uno o más enfermeros registrados (RN) responsables de la atención de los pacientes internados.
- E. Requiera que todos los pacientes estén bajo la supervisión de un médico.
- F. Mantenga los registros administrativos centrales de todos sus pacientes.
- G. Proporcione servicios de enfermería 24 horas al día.
- H. Proporcione los métodos y procedimientos apropiados para distribuir y administrar los medicamentos y productos biológicos.

- I. Posea un plan de revisión de utilización vigente.

“Establecimiento de tratamiento” significa un centro (o parte exclusiva de este) para el tratamiento del alcoholismo o el abuso de drogas, que cumple por completo con cada una de las siguientes pruebas:

1. Su principal actividad es proporcionar, para compensación de sus pacientes, un programa para el diagnóstico, evaluación y tratamiento eficaz del alcoholismo o el abuso de drogas.
2. Proporciona todos los servicios de desintoxicación en las instalaciones, las 24 horas del día.
3. Proporciona todos los servicios médicos de nivel de enfermería normales requeridos durante el período de tratamiento, ya sea que esté relacionado o no con el alcoholismo o los abusos de drogas. También proporciona o posee un contrato con un hospital en el área para brindar otros servicios médicos que puedan ser necesarios.
4. En todo momento durante el período de tratamiento se encuentra bajo la supervisión del personal médico y proporciona servicios de enfermería especializada por parte del personal de enfermería con licencia bajo la dirección de un enfermero graduado registrado de tiempo completo.
5. Prepara y mantiene un Plan individual escrito de tratamiento por cada paciente en función de una evaluación de diagnóstico de las necesidades médicas, psicológicas y sociales del paciente con documentación de que el Plan se encuentra bajo la supervisión de un médico.
6. Cumple con todos los estándares de licencia aplicables establecidos por la jurisdicción en la que está ubicado.

“Tratamiento del alcoholismo o abuso de drogas” significa un programa de terapia para el alcoholismo o abuso de drogas que es recetado y supervisado por un médico y que cumple con uno de lo siguiente:

1. El médico certifica que se estableció un programa de seguimiento que incluye terapia con un médico o terapia de grupo bajo la dirección de un médico, por lo menos una vez por mes.
2. Incluye la asistencia por lo menos dos veces por mes a reuniones u organizaciones dedicadas al tratamiento terapéutico del alcoholismo o abuso de drogas, cualquiera sea la condición que se esté tratando.

El tratamiento únicamente para la desintoxicación o principalmente para la atención de mantenimiento no se considera un tratamiento efectivo. La desintoxicación es una atención que apunta especialmente a vencer los efectos secundarios de un episodio específico del abuso de bebidas o drogas. La atención de mantenimiento consiste en proporcionar un entorno sin acceso al alcohol ni a las drogas.

“Tratamiento de enfermedades o condiciones mentales o nerviosas” solo incluye el tratamiento de una enfermedad o condición mental o nerviosa que no esté relacionada, ni acompañe ni derive del alcoholismo ni el abuso de drogas de la persona. El tratamiento de cualquier enfermedad o condición relacionada, que acompañe o deriva del alcoholismo o abuso de drogas será considerada para ser parte del tratamiento de

dicho alcoholismo o abuso de drogas.

“Contrato de Fideicomiso” significa el Contrato de fideicomiso del UFCW National Health and Welfare Fund según fue enmendado y reformulado.

“Fideicomisarios del Consejo de Fideicomisarios” significa aquellas personas que son nombradas según las disposiciones del Contrato de Fideicomiso y quienes poseen la autoridad para controlar y administrar el funcionamiento y la administración del Plan.

“Sindicato” significa una organización que califica como “Sindicato” dentro del Contrato de Fideicomiso del Plan.

“Gestión de utilización” se usa para gestionar la utilización del paciente y maximizar el uso del medicamento más seguro y rentable al garantizar que se proporcione la utilización, la selección y la cantidad adecuada de medicación. Para lograr esto, el Administrador de beneficios farmacéuticos (PBM) utilizará los siguientes métodos:

1. **“Autorización previa”** para garantizar el uso adecuado a nivel clínico de los medicamentos. La PBM trabajará junto con su médico para alcanzar este beneficio.
2. **“Tratamiento escalonado”**: El tratamiento escalonado (también denominado Protocolo escalonado) es una práctica de comenzar con una terapia de medicamentos específica para una condición médica con la terapia de medicamentos más asequible y segura. Si un paciente no responde satisfactoriamente, se prescribe progresivamente una terapia más costosa, riesgosa o diferente según sea necesario. El tratamiento escalonado permite que el Plan defina la secuencia lógica de las alternativas terapéuticas. Los objetivos son controlar los costos y minimizar los riesgos.
3. **"Directrices de dosificación de medicamentos"** Se alinea la cantidad suministrada con la pauta de dosis autorizada por la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drugs Administration, FDA) y otra evidencia de respaldo.

Por lo tanto, su médico podría comunicarse con su farmacéutico para ayudarlo a cumplir con la disposición de “Gestión de utilización”.

V. ÓRDENES CALIFICADAS DE ASISTENCIA MÉDICA PARA NIÑOS Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

De acuerdo con la ley federal, una Orden médica calificada de manutención de los hijos, o QMCSO, es una orden de un tribunal o agencia administrativa estatal que resulta de un divorcio o separación legal que fue recibida por el Plan y que:

- designa a un padre para que pague la cobertura del Plan de salud del hijo;
- indica el nombre y el último domicilio conocido del padre o de la madre que debe pagar la cobertura, y el nombre y el domicilio de cada hijo cubierto por las QMCSO; contiene una descripción razonable del tipo de cobertura que se proveerá bajo el Plan de atención médica del padre o de la madre designados, o la manera en que se determinará el tipo de cobertura;
- establecer el período por el que se aplica la QMCSO e
- identificar cada Plan de atención de la salud a la que se aplica la QMCSO.

La QMCSO puede que no requiera que un Plan proporcione ningún beneficio que no sea otro que el proporcionado dentro del Plan, pero, si el Empleado participa de un Plan y brinda cobertura a los hijos dependientes, la QMCSO puede requerir que el Plan proporcione cobertura a los hijos dependientes del Empleado y que acepte contribuciones por dicha cobertura de un padre que no es participante del Plan.

La QMCSO también puede requerir que el Plan pague los beneficios debido a los gastos incurridos por los hijos dependientes, o en nombre de ellos, ya sea a un proveedor de atención médica que prestó los servicios o al padre tutor de los hijos dependientes. Si la oficina del Fund o su representante determina que recibió una QMCSO, y si el Plan proporciona la cobertura de los hijos dependientes, se pagarán los beneficios debido a los gastos incurridos por los hijos dependientes, o en nombre de ellos, según lo requerido por esa QMCSO.

Si el Empleado y su cónyuge están divorciados, y si un tribunal o agencia administrativa estatal emitieron una orden con respecto a la cobertura de atención médica de todos los hijos dependientes del Empleado, la oficina del Fund o su representante determinará si la orden del tribunal o de la agencia administrativa es una Orden médica calificada de manutención de los hijos (QMCSO) según lo definido por la ley federal y la determinación será vinculante para el Empleado. La cobertura de un hijo dependiente dentro de una QMCSO finalizará cuando finalice la cobertura del empleado por cualquier motivo, incluso si no paga alguna de las contribuciones requeridas, sujeto a los derechos del hijo dependiente de elegir la cobertura de continuación COBRA si aplica dicho derecho.

Siempre que el Fund reciba una orden médica de manutención de los hijos, la oficina del Fund notificará al participante y a los hijos reconocidos conforme a la orden que tienen el derecho a inscribirse en el Fund con respecto a dicho participante de la recepción de la orden y adjuntará una copia del Procedimiento administrativo. Luego se enviará la orden al Asesor de beneficios del Fund y el Consejo determinará si cumple con los requisitos para considerarla calificada. Dentro de un período de tiempo razonable, la oficina del Fund entonces determinará si la orden es calificada y notificará al participante y a los hijos. Los hijos pueden designar a un representante para recibir las copias de dicho aviso. El Fund utilizará las direcciones incluidas en la orden. Todo

pago de beneficios a un hijo o al padre de la custodia o tutor legal del hijo dentro de una orden calificada se realizará directamente al hijo, padre de la custodia o tutor legal. Los participantes o beneficiarios pueden obtener, sin cargo, una copia de este procedimiento del Administrador del Plan.

VI. CAMBIO EN EL ESTADO FAMILIAR

Se requiere que **notifique a la oficina del Fund dentro de los 30 días** de ocurrido el evento que ocasionó un cambio en el estado familiar o si quiere cambiar su beneficiario del seguro de vida. Si no cumple con notificar al Fund, se puede demorar la elegibilidad hasta el período de inscripción abierta de su Empleador o, en ausencia de un período de inscripción abierta, hasta el aniversario de la renovación del contrato del Fund con su Empleador. Ocurre un cambio en el estado familiar cuando:

- contrae matrimonio, se divorció o se anuló su matrimonio;
- nace o adopta de un hijo, o un hijo es puesto en adopción;
- muere un dependiente.

Otros cambios

Debe notificar de inmediato a la oficina del Fund cuando ocurre cualquiera de lo siguiente:

- Cambia de nombre.
- Su hijo dependiente alcanza el límite de edad de 26 años del Plan o tiene una discapacidad física o mental.
- Usted o sus dependientes elegibles se inscriben o pierden la cobertura de Medicare.
- Usted o sus dependientes elegibles se inscriben o pierden la cobertura dentro de otra cobertura médica o aplicable.
- Se otorgan o finalizan los beneficios por incapacidad del Seguro social para usted o su dependiente elegible.

VII. ELEGIBILIDAD

Si por el contrario usted es elegible para los beneficios, la elegibilidad comienza en el período de inscripción abierta de su Empleador o en ausencia de un período de inscripción abierta, el aniversario del contrato del Fund con el Empleador.

- A. Si estaba trabajando en la fecha de entrada en vigor en la que su Empleador adoptó el Contrato y Declaración de Fideicomiso del UFCW National Health and Welfare Fund y estaba cubierto en ese momento, usted debería ser elegible para los beneficios del Fund. Por lo tanto, un Empleado regular de tiempo completo u otra clasificación de empleados (según lo definido por el Convenio colectivo y lo acordado por el UFCW National Fund) y sus dependientes elegibles, si corresponde, se convertirán en elegibles para los beneficios provistos por el Fund el primer día del mes en que su Empleador realiza una contribución al Fund según lo especificado antes o en los contratos correspondientes. En todo

caso, la cobertura del dependiente no entrará en vigor antes del día en que la cobertura del Empleado entre en vigor. El cónyuge de un empleado o participante de este Plan será elegible para los beneficios de este Plan de acuerdo con el acuerdo correspondiente entre las partes.

- B. Si tiene antigüedad con su Empleador, pero no se encontraba en el trabajo en la fecha de entrada en vigor en la que el Empleador adoptó el Contrato y Declaración de Fideicomiso del UFCW National Health and Welfare Fund, su elegibilidad para los beneficios comienza el primer día del mes calendario de su regreso al trabajo.
- C. Si se volvió elegible para los beneficios y la elegibilidad finaliza o se suspende por motivo de un despido temporal, licencia temporal o ausencia del trabajo debido a una huelga o cierre patronal, usted volverá a ser elegible para los beneficios el primer día del mes calendario en que regrese al trabajo con el mismo Empleador o uno diferente, o cuando su elegibilidad se especifique en los contratos y documentos correspondientes. Si alguna vez se volvió elegible para los beneficios y la elegibilidad terminó porque usted fue despedido, renunció, se jubiló o por algún otro motivo de pérdida de antigüedad, debe ser elegible para los beneficios dentro de esta SPD de acuerdo con el siguiente párrafo "D".
- D. Si no es elegible para los beneficios de acuerdo con los párrafos "A, B o C" anteriores, lo será para todos los beneficios a partir del primer día del mes calendario posterior al vencimiento del período de prueba según lo especificado o cuando su elegibilidad se especifique en los contratos y documentos correspondientes.
- E. No se le requerirá que cumpla con más de un período de elegibilidad, excepto según lo indicado en el párrafo "C" anterior.
- F. Sus dependientes se volverán elegibles para los Beneficios médicos principales integrales y los Beneficios de medicamentos con receta descritos en esta SPD en la fecha en que usted se volvió elegible para los beneficios establecidos en el presente.
- G. Si su contrato lo permite y usted rechaza la inscripción para usted y sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a que cuenta con otra cobertura de seguro médico, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este Plan en el futuro, siempre y cuando pierda dicha cobertura por motivos ajenos a usted y solicite la inscripción en un plazo de 30 días posteriores a la finalización de la otra cobertura. Además, si usted tiene un nuevo dependiente a consecuencia de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, puede inscribirse o inscribir a sus dependientes siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días posteriores del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción. Si no notifica al Fund dentro de los 30 días, su solicitud de elegibilidad se considerará una Inscripción tardía y usted será elegible en el período de inscripción abierta de su Empleador o en el período aniversario anual del contrato del Fund con su Empleador.

- H. A los fines de elegibilidad (incluso elegibilidad continuada) de cualquier persona para inscribirse en los beneficios, no se tomará en cuenta ningún factor de salud relacionado con la persona o un dependiente de la persona ni la ausencia de trabajo debido a algún factor de salud (como estar ausente en el trabajo debido a una licencia por enfermedad aprobada por escrito hasta los límites de tiempo específicamente establecidos en el Contrato colectivo de trabajo aunque no más de un año o un período de beneficios por licencia por compensación para trabajadores aprobada o una licencia bajo la Ley de Licencia Médica y Familiar aprobada) y se considerará que está activo en el trabajo de acuerdo con la Sección 702 de ERISA y las regulaciones federales aplicables. Sin embargo, en todos los casos, solo se proporcionará cobertura siempre que el Fund reciba la contribución completa para los beneficios. Si su Empleador proporciona los beneficios para usted por un período específico de tiempo que no sean las circunstancias descritas anteriormente, el Fund continuará los beneficios para usted según COBRA, sujeto a la prima COBRA requerida completa que se paga, ya sea que la prima COBRA la pague el Empleador o el Empleado y por el período máximo de tiempo estipulado según COBRA.
- I. Su Empleador puede tener reglas y procedimientos sobre la inscripción para la cobertura del Fund con los que usted debe cumplir como condición para la cobertura del Fund. Póngase en contacto con su Empleador para obtener estas reglas y procedimientos para asegurarse la cobertura para usted y sus dependientes elegibles. En todo caso, la cobertura del Fund está supeditada a la recepción en tiempo y forma por parte del Fund de todas las contribuciones completas y la información de cobertura.
- J. Como condición de la cobertura, el Fund requiere la recepción de la contribución completa requerida por el Contrato de participación del Empleador o el Programa de contribuciones y beneficios con el Fund así como también el Contrato colectivo de trabajo u otro contrato escrito que financien las contribuciones. Se puede requerir que pague una porción de las contribuciones y debería consultar con su Empleador o el Contrato colectivo de trabajo para que se determine el monto que se requiere que remita al Empleador. En todos los casos, se deben remitir las contribuciones completas al Fund como condición de la cobertura para cualquier participante, dependiente o beneficiario elegible.
- K. Si ingresa al servicio militar activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos durante más de 31 días, puede continuar con la cobertura de atención médica para usted y sus dependientes, si corresponde, durante el período de la licencia (hasta un máximo de 18 meses) siempre que realice las contribuciones de continuación requeridas (consulte la sección titulada "Cobertura de continuación (COBRA) según las disposiciones de la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employees Re-employment Rights Act, USERRA).

Además, conservará su elegibilidad hasta que sea dado de baja de las Fuerzas Armadas, siempre que regrese al trabajo o esté disponible para trabajar con un Empleador contribuyente dentro de los 90 días posteriores a la baja. Si no se cumplen los requisitos anteriores, perderá su estado de elegible.

Si cumple con las disposiciones anteriores, se le restablecerán los beneficios proporcionados por el Fund tan pronto como se establezca su elegibilidad.

Esta disposición solo aplica al período de incorporación inicial. Si se reincorpora, perderá su elegibilidad con respecto a los beneficios proporcionados por el Fund.

- L. El UFCW National Health and Welfare Fund no tomará de nuevo un plan de cobertura de un inscrito una vez que dicho inscrito esté cubierto por dicho plan o la cobertura involucrada, excepto que esto no se aplique a la persona con cobertura que llevó a cabo un acto o una práctica que constituye fraude o realiza una declaración falsa intencional de un hecho material según está prohibido por los términos del plan o de la cobertura.

VIII. BENEFICIOS MÉDICOS PRINCIPALES INTEGRALES

El UFCW National Health and Welfare Fund pagará los Beneficios médicos principales integrales, especificados en su Programa de beneficios, por los gastos incurridos por usted o su dependiente cubierto dentro de esta SPD. Dichos beneficios estarán sujetos a las disposiciones que aparecen en su Programa de beneficios.

Los servicios cubiertos incluirán los cargos por habitación y comida prestados por un hospital que funciona legalmente para el alojamiento en una sala o habitación semiprivada, siempre que usted o su dependiente ocupen una habitación privada dicha parte del cargo incurrido que es igual al cargo usual del hospital para una habitación semiprivada se considerará un servicio cubierto. Todos los otros servicios hospitalarios necesarios para el diagnóstico, la cura y el tratamiento de cualquier condición se considerarán un servicio cubierto hasta el alcance que estén indicados o pedidos por un médico con licencia.

Los servicios cubiertos incluirán aquellos prestados por un médico con licencia para el diagnóstico, la cura o el tratamiento de todas las condiciones así como también los medicamentos que solo se obtienen con una receta escrita, la insulina/las agujas o jeringas para insulina, los medicamentos o dispositivos anticonceptivos, el equipo empleado para el uso de materiales radiológicos o radiactivos, el transporte hasta el lugar del tratamiento médico, siempre que el transporte sea proporcionado por una ambulancia de buena fe o un vehículo generalmente utilizado para el transporte de personas que necesitan atención médica y se considere médicamente necesario y los servicios realizados por un enfermero registrado cuando dichos servicios son una parte necesaria del tratamiento prescrito por un médico.

El Fund también considerará elegible los cargos por los servicios realizados por un enfermero profesional, un asistente médico y un primer asistente de enfermería registrado que está legalmente autorizado por el Estado en el que se lleva a cabo la práctica de acuerdo con la ley estatal y está certificado por un organismo certificado reconocido a nivel nacional que estableció los estándares para dichos profesionales, si los servicios son del tipo que se consideran servicios médicos en caso de ser suministrados por un doctor en medicina o de osteopatía (MD/DO) y se realizan en colaboración con un MD/DO según lo requiere la ley del estado donde se prestan los

servicios o, en ausencia de colaboración de una ley estatal vigente, se incluye la documentación de la participación activa del médico en el proceso de toma de decisiones al firmar y fechar en conjunto los registros médicos del paciente en la fecha en que se prestaron los servicios. No están cubiertos los servicios de los asistentes de enfermería certificados.

Se puede realizar el pago al médico o al grupo médico (Empleador) por los enfermeros profesionales, asistentes médicos y los primeros asistentes de enfermería registrados. Todos los pagos de beneficios pueden estar sujetos a su deducible y al coseguro del Plan. En ausencia de una tarifa contratada para el pago, el Fund pagará el 85 % de la tarifa del programa de prestación médica de Medicare o, si no está disponible la prestación del programa de tarifas de Medicare, el 25 % de los cargos del valor del mercado razonables, acostumbrados, usuales y reales por los servicios cubiertos por un enfermero profesional, un asistente médico y un primer asistente de enfermería registrado. Para recibir el pago directo por los servicios profesionales independientes, se requiere que los proveedores presenten reclamos con sus propios números de identificación de factura.

Los servicios cubiertos incluirán solo aquellos cargos incurridos necesariamente por usted, en nombre suyo o de su dependiente, que son médicamente necesarios y se considere que son razonables, acostumbrados, usuales y que representen el valor real del mercado por los servicios y suministros relacionados con los cargos. Si los cargos incurridos superan estos cargos, no se realizará ningún pago con respecto a dicho exceso.

Los servicios cubiertos incluirán los exámenes físicos de rutina, los exámenes de la visión de rutina realizados por un Médico y los servicios preventivos adicionales a intervalos regulares a menos que se especifique lo contrario en este resumen.

Se requiere justificación médica para ciertos medicamentos existentes. En caso de que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) apruebe los nuevos medicamentos con receta, el Fund se reserva el derecho a revisar y limitar los reembolsos según lo considere apropiado.

IX. CERTIFICACIÓN PARA ADMISIONES HOSPITALARIAS

El miembro debe ponerse en contacto con el proveedor de precertificaciones del Fund tal como aparece en su tarjeta de identificación por lo menos diez días hábiles antes de una admisión a un hospital de atención no de emergencia, centro de enfermería especializada, centro de rehabilitación o cualquier otra admisión a un centro para pacientes internados y no más de un día hábil posterior a las admisiones de emergencia. **Aplican multas si las admisiones no están certificadas.**

X. SERVICIOS MÉDICOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

El Fund requiere una certificación previa para las internaciones en el hospital. El miembro debe llamar al número de contacto que aparece en la parte trasera de la tarjeta de identificación médica para obtener una certificación previa antes de la internación.

Ciertos servicios o procedimientos médicos requieren una autorización previa a través del Fund. Los proveedores deben llamar al número que aparece en la parte trasera de la tarjeta de identificación médica para obtener la autorización previa antes de que se realice el procedimiento o servicio médico. El objetivo del programa es determinar qué es lo que paga el Plan. Este programa no fue diseñado para practicar medicina ni para sustituir el criterio médico de un profesional médico responsable ni de otro proveedor de atención médica.

Se requiere una certificación previa para los siguientes servicios médicos:

- Internación de pacientes en el hospital
- Trasplante de órganos
- Servicio de enfermería especializada/privada
- Atención de salud en el hogar

Se requiere autorización previa del Fund para los siguientes servicios médicos:

- Resonancia magnética para pacientes ambulatorios (MRI)
- Tomografía axial computarizada (tomografías CT o CAT)
- Electromiogramas (EMG, pruebas y estudios nerviosos)
- Apnea del sueño (estudios, tratamiento, dispositivos, prueba, cirugía y otros servicios relacionados con los trastornos del sueño)

Si el tratamiento o servicio médico particular no está certificado/autorizado, significa que el Plan no considerará dicho tratamiento como apropiado para el reembolso dentro del Plan. Si no se obtiene una certificación previa/autorización previa por los servicios y procedimientos médicos requeridos enumerados tendrá como resultado la negación de los beneficios cuando se reciba su reclamo para el procesamiento.

XI. LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS DE 1996

Por lo general, los Planes de salud grupales y los emisores de seguro de salud, conforme a la ley federal, no podrán restringir los beneficios por ninguna duración de estadía en el hospital relacionada con el parto, para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas luego de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley federal en general no prohíbe al proveedor tratante de la madre o el recién nacido, después de consultar con la madre, dar el alta a cualquiera de ellos antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no podrán, conforme a la ley federal, requerir

que el proveedor reciba autorización del plan o el emisor para indicar una duración de estadía que no supere las 48 horas (o 96 horas).

XII. LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER

Como lo exige la Ley de Derechos sobre Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA, Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998, este plan cubre lo siguiente:

1. Todas las etapas de la reconstrucción de la mama donde se realizó la mastectomía.
2. Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
3. Prótesis y complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas de una manera determinada con consulta con el médico responsable y el paciente.

Dicha cobertura puede estar sujeta a deducibles anuales y a las disposiciones de coseguro que se consideren apropiadas y sean consistentes con las establecidas para otros beneficios del plan o de la cobertura.

XIII. DEDUCIBLES

Los beneficios de los planes de seguro médico mayor se deben pagar cuando los gastos incurridos por los servicios cubiertos exceden el monto deducible especificado en su "Programa de beneficios".

XIV. OBLIGACIONES FINANCIERAS

El monto que usted o sus personas a cargo deben pagar por los servicios cubiertos depende de si recibe servicios de parte de:

- un proveedor preferido o
- un proveedor no preferido.

Proveedores preferidos

Cuando usted o las personas que tiene a cargo reciben servicios de parte de "Proveedores preferenciales", se pagan los beneficios dentro de la red de proveedores. Su obligación financiera será para con los deducibles determinados, y los montos de copagos y coseguro. Los "Proveedores preferidos" han aceptado el pago del Plan, menos cualquier deducible correspondiente, montos de copagos y coseguro, como pago total.

De forma adicional, el Fund cubrirá los gastos de la red, siempre y cuando este determine que los costos son razonables, consuetudinario, usuales y que representan un valor justo en el mercado y que le correspondan.

Proveedores no preferenciales

Cuando usted o las personas que tiene a cargo reciben servicios de parte de "Proveedores no preferidos", se pagan los beneficios fuera de la red de proveedores. El Fund, o su red designada, no tiene acuerdos especiales o contratos con los Proveedores no preferidos.

En la mayoría de los casos, los servicios de los Proveedores no preferidos cumplirán con los requisitos. Sin embargo, en ocasiones, un proveedor no preferido puede cobrar un monto que superen los gastos razonables, consuetudinarios, usuales y de valor normal en el mercado del Fund. En estos casos, usted será responsable de cubrir la diferencia entre lo que el proveedor cobra y lo que permite el Fund.

XV. SERVICIOS DE EMERGENCIA

Los servicios de emergencia de la salud son servicios que se proporcionan en caso de una emergencia auténtica. Esto se define como una enfermedad repentina, grave, urgente, que atenta contra la vida, y que lleva 12 horas desde su comienzo. Se ha demostrado que los síntomas urgentes (incluido dolor muy agudo) son lo suficientemente graves y, la falta de atención médica inmediata, bien podría dar como resultado:

- poner la salud del paciente en peligro,
- deterioro grave de las funciones corporales, o
- el mal funcionamiento de cualquier órgano o parte corporal.

No se incluye atención electiva, de rutina o seguimiento; ni la atención por una enfermedad menor, como el tratamiento del dolor de garganta, dolor de oídos, gripe o dolor de muelas.

XVI. EXCLUSIONES

No se cubrirán los siguientes beneficios bajo esta "Descripción resumida del plan":

1. Cualquier medicamento sin receta, medicamentos experimentales, dispositivos terapéuticos u prostéticos, accesorios, aparatos de apoyo y otros productos no médicos, vacunas, medicamentos recetados para el tratamiento de una condición o servicio que esté fuera de la cobertura, medicamentos recetados principalmente con fines cosméticos, medicamentos clínicamente innecesarios, y medicamentos que no hayan finalizado las pruebas clínicas que se requieren para la aprobación de nuevos medicamentos.
2. A menos que se indique lo contrario en la sección de Coordinación de beneficios, cualquier servicio por el que usted o su dependiente esté asegurado bajo otro grupo asegurador; por el que esté cubierto bajo un Plan federal, estatal u otra jurisdicción gubernamental, o por cualquier servicio donde no se aplica un cargo exigible a usted o su dependiente.

3. A menos que se indique lo contrario en este resumen, tratamiento bucal o dental (incluyendo atención hospitalaria), procedimientos de revisión o tratamiento, operaciones y dispositivos. Esto incluye: ortodoncias, tratamientos de conducto, coronas, dentaduras, puentes, cirugía bucal, tratamiento de dientes impactados, atención odontológica preventiva y tratamiento del síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ), problemas en la articulación de la mandíbula, afección craneomandibular, dolor miofascial u otras afecciones de la articulación que conecta el hueso de la mandíbula (maxilar) con el cráneo y con el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación.
4. Cualquier pérdida como resultado de una lesión, enfermedad o muerte a causa de suicidio, intento de suicidio o ideación suicida. Cualquier acto voluntario de intoxicación alcohólica, o la ingesta de cualquier droga o sustancia extraña o controlada que haya sido ingerida sin la indicación del médico, o de una forma que no fue indicada por este, excepto si la lesión ocurre a partir de un acto de violencia doméstica o de un problema de salud (tanto físico como mental) con documentación de los orígenes médicos o psicológicos de la lesión.
5. Cualquier servicio médico relacionado con la hospitalización o con cirugía ambulatoria que no esté certificada por completo o en parte por el proveedor de precertificación del Fund. En caso de incumplimiento total de los requisitos de cualquier programa de preadmisión o de uso implementado por el Fund, los gastos a cargo del socio serán más altos. Los gastos cubiertos se reducirán el 50 % y tendrán una penalidad máxima de \$5,000 que se paga luego en los niveles de beneficios regulares del Plan. Además, la penalidad por incumplimiento de este programa no aplica a los montos máximos de gastos a cargo del socio por año calendario.
6. Los gastos por los servicios o pérdidas a partir de una lesión o enfermedad causada por, o que pueda atribuirse a participar en un acto o profesión ilegal, o al cometer o intentar cometer un crimen, acto criminal, agresión u otro comportamiento criminal, o por participar en disturbios o perturbación del orden público.
7. Los gastos por servicios o suministros innecesarios, según los determine el Fund, para el diagnóstico, atención o tratamiento de una enfermedad física o mental. Esto aplica aun cuando estos hayan sido recetados, recomendados o aprobados por el médico responsable o dentista, o los que la ley requiere que deban proporcionar cualquier proveedor, organización o sistema escolar.
8. Los gastos por la atención, el tratamiento, los servicios o los suministros que no han sido recetados, recomendados o aprobados por el médico responsable.
9. Los gastos por procedimientos, servicios, medicamentos y otros suministros que, según determina el Fund, son experimentales o aún están bajo investigación clínica por los profesionales de la salud.
10. Los gastos por los servicios de un médico que actúa en su capacidad de residente o interno.

11. Los gastos, según determine el Fund, en la medida que no sean razonables, consuetudinarios, usuales y que no representen un valor normal en el mercado.
12. Los gastos que se generan solo porque hay una cobertura de salud.
13. Los gastos que una persona asegurada no está obligada a pagar de forma legal.
14. Tratamiento de la obesidad, programas de control de peso o gastos relacionados con planes nutricionales comerciales y clínicas para la pérdida del peso, o cualquier servicio o análisis de laboratorio requeridos que se los relaciona con dichos planes, alimentos o bebidas dietéticos, excepto para los procedimientos quirúrgicos de obesidad documentados en los registros clínicos, se relacionen o no con una enfermedad. El Fund utiliza las Pautas de atención de Milliman, que incluye las Indicaciones clínicas, que han sido revisadas especialmente para la cirugía bariátrica. También se podrían usar otras pautas o protocolos. De forma adicional, el Fund requiere aprobación y preautorización para la cirugía de bypass gástrico en los casos de obesidad mórbida. A su vez, limita los gastos de la cirugía de baipás gástrico aprobada y preautorizada en los casos de obesidad mórbida a aquellos de un Centro de excelencia que se especializa en el procedimiento. Según las pautas del Fund, se requiere un umbral de 50 de IMC como uno de los criterios para la intervención quirúrgica. Se reduce a un IMC de 40 cuando hay comorbilidades importantes.
15. Los gastos por los suministros médicos para los pacientes ambulatorios (como vendas, artículos desechables, etcétera).
16. Los gastos de revisión, con el propósito específico de obtener una licencia de matrimonio, empleo o seguro, o revisiones antes de comenzar una actividad recreacional, escolar o un viaje.
17. Los gastos de servicios y suministros, en la medida que la ley donde se proporciona el plan lo permita, que son: Suministrados, pagados o por los que los beneficios son proporcionados o requeridos bajo cualquier ley gubernamental. Esto no incluye un Plan establecido por un gobierno para sus propios empleados o sus personas a cargo, o Medicaid. Un ejemplo son los beneficios proporcionados, en la medida que lo requiera la ley, bajo la ley de "Seguro de la responsabilidad objetiva" ("No-Fault" Auto Insurance Law).
18. Los gastos por audífonos, lo que incluye todos los gastos contraídos por la adaptación de estos dispositivos o sus suministros.
19. Los gastos por educación, educación especial o capacitación de empleados que se lleven a cabo en una instalación que también proporcione tratamiento médico o no.
20. Los gastos incurridos de parte de un pariente del paciente o participante por tratamiento, servicio o suministros.
21. Los gastos que surjan a partir de cirugías plásticas, de cirugía reconstructiva, del control del peso, de cirugía cosmética u otros servicios y suministros que

mejoren, alteren o realcen la apariencia, sea o no por razones psicológicas o emocionales; excepto en la medida que se necesite:

- a. Mejorar la función de una parte del cuerpo con una malformación, que no sea un diente o una estructura que los apoye, como resultado de un defecto grave de nacimiento, como resultado directo de una enfermedad o de una cirugía llevada a cabo para tratar la enfermedad o lesión. Esto incluye: labio leporino o dedos de las manos o de los pies conectados con membranas.
 - b. Reparar una lesión que ocurra mientras la persona se encuentra asegurada bajo el Plan. La cirugía debe realizarse dentro del año de ocurrido el accidente que originó la lesión.
22. Los gastos para revertir un procedimiento de esterilización.
23. Los gastos relacionados con el matrimonio, la profesión o los asesoramientos pastorales o financieros.
24. Los gastos por terapia con acupuntura. No se excluye la acupuntura en los casos en los que:
- a. se lleve a cabo por un médico y
 - b. se use como anestesia vinculada con una cirugía que esté incluida en este Plan.
25. No se cubren los gastos por queratomía radial (RK), queratomía fotorrefractiva (PRK), queratoplastia lamelar automatizada (ALK), anillos intracorneales y procedimientos similares que se usan para corregir la miopía, y otras anomalías visuales.
26. Los gastos sin autorización previa del Fund por MRI ambulatorias, CT o electromiogramas excepto cuando han sido pedidos por el cirujano antes de una cirugía de espalda. Los gastos por servicios de estudios, tratamiento, dispositivos, pruebas, cirugía y otros servicios relacionados con la apnea del sueño.
27. Excepto una ambulancia, si corresponde, traslado o transporte, incluidos los gastos incurridos en caso de necesitar una habitación o gastos aborados por ese traslado o transporte.
28. A menos que se indique lo contrario en el Plan, los dispositivos prostéticos dentales, incluido cualquier cargo por la adaptación de estos. A menos que se determine o se obtenga este servicio o dispositivo como resultado de una lesión accidental, la que ocurrió mientras el individuo, que reúne los requisitos, estaba asegurado en este Plan.
29. Todos los tratamientos y/o consultas con un trabajador social, a menos que este trabaje bajo la supervisión directa de un médico.

30. Cualquier tipo de cuidado bajo custodia. Cuidado bajo custodia significa atención designada principalmente a ayudar a un individuo que reúne los requisitos a cumplir con las actividades cotidianas, y aplica a toda aquella atención, independientemente del nivel de servicio o como se lo describa.
31. Por otro lado, un individuo que reúne los requisitos está confinado a una institución, la que es principalmente un lugar para descanso, un lugar para personas de edad avanzada o una residencia para ancianos.
32. Gastos por educación, capacitación, vacante o posgrado en una institución, la que es principalmente una escuela o instituto de enseñanza o capacitación.
33. Cualquier tipo de fisioterapia o terapia ocupacional, ya sea el pronóstico o la historia clínica del individuo elegible que esté en tratamiento o terapia no indica probabilidades razonables de mejoras.
34. Gastos relacionados con la foniatría. Esta exclusión no aplica a los gastos por foniatría para restablecer el habla en una persona que ha perdido las funciones existentes del habla (la habilidad de expresar pensamientos, enunciar palabras y oraciones) a raíz de una apoplejía.
35. Todos los gastos originados por un médico u otro proveedor de servicios por completar formularios de reclamos y formularios requeridos por el Plan para el procesamiento de reclamos.
36. Todos los gastos para la atención y/o tratamiento que el individuo que reúne los requisitos ya ha recibido beneficios y supera el monto máximo establecido en el Resumen y/o en la Explicación de los beneficios.
37. Servicios o suministros para diagnosticar o tratar la infertilidad, lo que incluye lo siguiente:
 - A. Inseminación artificial;
 - B. Fertilización in vitro u otros procedimientos que involucren óvulos y esperma;
 - C. Implantación de un embrión crecido in vitro;
 - D. Tratamiento con medicamentos;
 - E. Tratamiento de inducción a la ovulación; y
 - F. Estudios de monitoreo mediante laboratorio, radiología y ultrasonido.
38. Los gastos que surjan a partir, o durante, el tiempo de empleo o empleo autónomo del individuo que reúne los requisitos. La disposición del Plan excluye el pago por todas las lesiones o enfermedades contraídas mientras se realizaba cualquier acto o elemento perteneciente a cualquier empleo ocupacional para la remuneración de una ganancia. Además, aplica a cualquier gasto al que una persona asegurada tiene derecho bajo cualquier Ley de Indemnización por Accidentes en el Trabajo (Worker's Compensation Law), incluso si el individuo asegurado ha renunciado a la participación en dicha ley, Ley de Enfermedades Laborales (Occupational Disease Law) o cualquier otra ley de Estados Unidos, de un estado o de una subdivisión de Estados Unidos.

39. Todo tratamiento, atención, servicio, suministro u hospitalización que no se proporcione para el tratamiento, la corrección o que esté relacionado con una enfermedad específica, lesión accidental o defecto congénito.
40. Los servicios relacionados con el cuidado de los pies u ortopedia, incluido emparejar y quitar durezas y callosidades, o el corte de uñas. Sin embargo, se cubren los servicios asociados con el cuidado de los pies por la diabetes o la enfermedad vascular periférica cuando son clínicamente necesarios.

XVII. SUBROGACIÓN Y/O REEMBOLSO

1. Si usted o sus dependientes tienen la oportunidad de recuperar fondos relacionados con una enfermedad, lesión, accidente, ocurrencia, condición u otra pérdida en los que los beneficios del Fund sean pagaderos, a través de un reclamo contra cualquier tercera parte con la que el Fund tiene un gravamen, subrogación y tiene el derecho a percibir un reembolso de esos fondos con todo el alcance de los beneficios pagados por el Fund. Un "Reclamo contra cualquier tercero" se refiere a un reclamo de cualquier tipo, ya sea que el reclamo exista o vaya a existir o que los fondos son o hayan sido recuperados de un tercero a través de un reclamo, de una acción legal, de un acuerdo, de un consorcio de seguros o política de seguros, de un automovilista sin seguro o infrasegurado, u otra política o consorcio; de un derecho de recuperación gubernamental o privado, de la Compensación de los trabajadores, orden o adjudicación por discapacidad, juicio, programa de responsabilidad objetiva, de lesiones personales, reembolso del beneficio médico de una cobertura que no ha sido adquirida por usted, por compromiso o ni de ninguna otra forma de cualquier tercera parte, persona, agencia, organización o fondo de dinero.
2. El Fund tiene derecho a obtener un gravamen completo o la recuperación total del monto de los beneficios pagados, independientemente del monto de fondos que la tercera parte pagó o le otorgó; incluso si esos fondos son menores al monto completo que usted procura o podría procurar de la tercera parte, independientemente de: si los fondos son para o se los describen como gastos médicos, de cómo se los describe o para qué son y de si se obtiene o está disponible la indemnización completa. No se puede efectivizar una reducción del derecho absoluto del Fund para recuperar el monto total de beneficios a pagar sin el consentimiento por escrito del Fund. El Fund se reserva la discreción única y final de decidir si, y en qué caso, se otorgará dicho consentimiento, de ser requerido. El Fund tiene un fideicomiso, un derecho derivado del régimen de "Equity" (equidad) y gravamen con respecto a cualquier fondo que un participante y/o su beneficiario, representante legal o apoderado reciba de un tercero.
3. Esta disposición aplica a cualquier tipo de pago que, de cualquier forma, se origine a partir de, o en relación con, enfermedad, lesión, accidente, ocurrencia, pérdida o condición, sea el pagador el causante o legalmente responsable. Aplica independientemente de si dicha responsabilidad es denegada o si se encuentra en disputa.

4. El Fund se reserva la discreción única y final de determinar si hace valer sus derechos bajo esta disposición como gravamen, a través de subrogación o de reembolso, para anticipar los pagos de beneficios y exigir el reintegro, o a través de cualquier combinación, o variación, de estos métodos. La determinación de qué método, o métodos, se usará en un caso en particular será para proteger los intereses del Fund y sus participantes, y queda a discreción única y final de este.
5. Si de parte de usted, o la persona a su cargo, existe o podría existir un reclamo, usted debe notificar al Fund dentro de los 30 días de la fecha que dicho reclamo se manifiesta por escrito y debe indicar nombre, dirección, número de teléfono y razón del reclamo contra el tercero; nombre, dirección y número de teléfono del apoderado, representante u otro agente que gestione el reclamo en su nombre o la persona a su cargo. También debe notificar por escrito al tercero y a su asesor legal o representante del gravamen del Fund dentro de los 30 días de la fecha en la que hace valer su reclamo contra el tercero.
6. Se requiere que usted, la persona a su cargo y cualquier apoderado, representante o agente que lo esté representando en cualquier reclamo contra una tercera parte, firme y posea una declaración escrita, proporcionada por el Fund, donde dice que reconoce, acepta y se adhiere al gravamen del Fund, derecho de subrogación o reembolso, y a esta disposición del Plan. El formulario existente, el cual el Fund requiere que sea completado por usted o cualquier apoderado, incluye esta disposición completa y se lo presenta a continuación. El Fund podría modificarlo sin previo aviso en cualquier momento, a su discreción única y exclusiva, y le proporcionará una copia de la versión nueva o revisada para ser ejecutada y enviada al Fund en un plazo de 10 días de la notificación. El Fund podría requerirle a usted, a su dependiente y/o a cualquier apoderado, representante o agente, en su exclusiva y final discreción, que ejecuten cualquier otro documento que el Fund crea necesario, útil o apropiado para proteger sus derechos bajo la disposición. Puede que también se le pida que permita la intervención del Fund en cualquier procedimiento, y puede que también deba presentar un gravamen, un consentimiento al gravamen, una cesión u otros formularios para proteger los intereses del Fund.
7. El Fund, tal y como lo decida según su exclusiva y discreción final, puede detener o suspender el pago de cualquiera o todos los beneficios en caso de que exista un reclamo contra cualquier tercera parte cuyo reembolso se encuentre pendiente, cuyo reconocimiento garantizado del reembolso del Fund esté pendiente o haya una orden de la Corte pendiente. Si usted, la persona que está a su cargo, apoderado, representante o agente no cumplen o se niegan a cooperar con esta disposición y con los derechos del Fund al disputar el gravamen, deja de notificar a este el estado del reclamo contra el tercero, omite información necesaria, no ejecuta el formulario de Consentimiento de gravamen como se describe más arriba o de cualquier otra forma, el Fund retendrá, suspenderá y excluirá el pago de cualquier beneficio que serían pagables bajo el Plan de cualquier otra forma. Ni usted ni la persona a su cargo puede accionar luego de una pérdida para perjudicar tales derechos. Perjudicar los derechos de Subrogación del Plan puede ocasionar que se le nieguen los beneficios o la terminación de su participación en el Fund. Esta es una exclusión y limitación específica del Plan, adicional a cualquier otro derecho legal que el Fund pueda

tener o a cualquier otra medida que tome el Fund para proteger sus derechos.

8. Usted, la persona a su cargo, su apoderado, representante o agente debe notificar al Fund el estado de cualquier reclamo contra la tercera parte, incluida la información sobre la tercera parte, asegurador, demandas y cualquier otro dato relacionado con el reclamo o con la existencia de un reclamo. Se debe proporcionar dicha información al principio del reclamo, cada 12 meses en adelante, cuando se propone un acuerdo y cuando el Fund lo pida.
9. No se puede llegar a un acuerdo o resolver un reclamo contra la tercera parte y no se debe aceptar ningún pago de la tercera parte sin el consentimiento por escrito del Fund. A menos que, y hasta que el Fund haya recibido el reembolso total, no se podrán distribuir fondos a usted, a la persona a su cargo, a su apoderado, a su representante o agente, de parte de una tercera parte sin el consentimiento por escrito del Fund. Estos fondos son, con todo el alcance de los beneficios pagables o pagados por el Fund, activos de y deudas para con el Fund. La decisión de otorgar o abstener su consentimiento es la decisión final y exclusiva del Fund.
10. El Fund puede, mediante un aviso por escrito, pedir que cualquier otra persona también cumpla con esta disposición, para asegurar los derechos del Fund en la ejecución de su discreción exclusiva y final.
11. La cooperación absoluta de esta disposición es una condición para que se paguen los beneficios conforme a este Plan. En caso de que falle la cooperación o se incumpla esta disposición, usted, la persona a su cargo, su apoderado, representante o agente serán responsables del reembolso completo y de su pérdida, incluidos costos, intereses y tarifas.
12. Esta disposición lo abarca no solo a usted como participante; también a las personas a su cargo, apoderados, representantes y agentes, y sus herederos, tutores, ejecutores, sucesores y cesionarios.
13. Ningún otro gravamen puede ser mayor al gravamen o derechos del Fund bajo esta disposición. El Fund puede, según su discreción, y en un caso pertinente, aceptar a la reducción de su gravamen para el pago de una parte de los honorarios del abogado y los costos de los procesos legales, si se están cumpliendo todos los términos de esta disposición.
14. En caso de no resolverse con el Departamento de reclamos del Fund, todas las disputas que se originen bajo o en relación con esta Sección, incluidas las disputa sobre los gravámenes, su monto, el reembolso u omisión de beneficios, reducciones o compromisos en el gravamen del Fund se tomarán de acuerdo con el procedimiento de reclamos de esta SPD, incluida la revisión del Comité de Revisión de Reclamos y del Consejo de Fideicomisarios del UFCW National Health and Welfare Fund y, tal y como se detalla en la SPD. Dondequiera que se establezca la discreción del Fund en esta Sección, se refiere a la discreción del personal del Fund y a la del Comité de Revisión de Reclamos del Consejo de Fideicomisarios.

15. Formulario para gravamen. Las disposiciones seguidas de este texto, deben ejecutarse tal y como se describe más arriba.

POR EL PRESENTE ADMITO, ACEPTO Y QUEDO OBLIGADO SEGÚN LA DISPOSICIÓN DE "REEMBOLSO Y/O SUBROGACIÓN" ANTES MENCIONADA DEL UFCW NATIONAL HEALTH AND WELFARE FUND.

Nombre del Participante

Nombre del Apoderado o Agente

Dirección

Dirección

Firma

Fecha

Firma

Fecha

Nombre del dependiente (si aplica)

Dirección

Firma

Fecha

XVIII. BENEFICIOS DE MEDICAMENTOS CON RECETA

El Fund proporciona beneficios de medicamentos recetados para los individuos que cumplan con los requisitos a través de EmpiRx Health, LLC. Al momento de la compra, usted debe mostrar su tarjeta para medicamentos recetados para los medicamentos que se adquieran en una farmacia adherida.

Requisito general para medicamentos con receta

Cuando esté disponible un medicamento genérico, pero el participante requiere que la farmacia le entregue la marca registrada, el participante pagará la diferencia entre el costo de la marca registrada y el costo del medicamento genérico. Además, si es diferente al coseguro del medicamento genérico, el participante deberá pagar el coseguro de la marca.

El "tratamiento escalonado" (también denominado "protocolo escalonado") es la práctica de comenzar un tratamiento para una condición médica con un medicamento específico con el tratamiento farmacológico más asequible y seguro. Si un paciente no responde satisfactoriamente, se prescribe progresivamente una terapia más costosa, riesgosa o diferente según sea necesario. El tratamiento escalonado permite que el Plan defina la secuencia lógica de las alternativas terapéuticas. Los objetivos son

controlar los costos y minimizar los riesgos.

1. Medicamentos genéricos: El coseguro para cada receta nueva o resurtido para un suministro de 30 días es del 10 % después del deducible.
2. Medicamentos de marca registrada: El coseguro para cada receta nueva o resurtido para un suministro de 30 días es del 20 % después del deducible.
3. Medicamentos de marca no preferidos: El coseguro para cada receta nueva o resurtido para un suministro de 30 días es del 20 % después del deducible.

Se recomienda la venta por correo de medicamentos de uso continuo. Puede que reciba un suministro de 90 días al usar la venta por correo de la farmacia. El coseguro de cada suministro de 90 días al usar la venta por correo de la farmacia es del 10 % del costo después del deducible del medicamento genérico; del 20 % después del deducible para medicamentos de marca; y del 20 % después del deducible para medicamentos de marca no preferidos.

Se elimina el requisito para la venta por correo, en ciertos casos, cuando se aplica una tarjeta de copago o descuento del fabricante a los planes de recetas para medicamentos de mantenimiento, a largo plazo o de especialidad que se obtengan a través de una venta por correo de la farmacia.

Se requiere justificación médica para ciertos medicamentos existentes. En caso de que la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) apruebe los nuevos medicamentos con receta, el Fund se reserva el derecho a revisar y limitar los reembolsos según lo considere apropiado.

El Fund tiene una política en la que se requiere la preaprobación para los medicamentos para mejorar la calidad de vida, como Viagra y otros medicamentos para la impotencia, y limita la aprobación a un máximo de 6 pastillas por mes, y siempre que:

- a) Se presente y se revise una carta de necesidad clínica de parte del médico responsable del paciente, basándose en un diagnóstico que indique que la causa de la impotencia no es psicológica (según los diagnósticos detallados por el Administrador de Beneficios de Farmacia del Fund).
- b) La dosis expedida no debe exceder el máximo de 6 pastillas por mes. Se deben adquirir a través del Administrador de Beneficios de Farmacia exclusivamente, para así llevar un control y monitoreo continuo. El Fund solicitará al Administrador de Beneficios de Farmacia los informes de costo y uso.
- c) Esta política también aplicará a todos los medicamentos presentes y futuros para el tratamiento de una impotencia orgánica.
- d) La medicación se autorizará y se entregará cuando el Fund reciba la carta de necesidad clínica. En este momento, el Fund enviará por fax una autorización al Administrador de Beneficios de Farmacia. Esta carta debe verificar que la causa de la impotencia no es psicológica, como en el caso de la diabetes o daños al sistema nervioso.

El formulario o la lista de medicamentos preferenciales, desarrollada por EmpiRx, contiene un grupo extenso de medicamentos, que han sido estudiados y diseñados para cumplir con las necesidades de medicamentos con receta de todo tipo de pacientes. Luego de un análisis detallado, un grupo exclusivo de médicos y farmacéuticos se han puesto de acuerdo con respecto a los medicamentos que deben estar incluidos en esta lista. La lista ha sido diseñada para que su médico la revise y seleccione el medicamento adecuado para usted. Sin embargo, usted seguirá estando cubierto con cualquiera de los medicamentos que le recete su médico, excepto aquellos excluidos por el Plan.

Limitaciones y exclusiones. El Fund no pagará cargos relacionados con lo siguiente:

1. Medicamentos que se obtengan de forma legal, sin receta, excluyendo a la insulina inyectable.
2. Dispositivos terapéuticos y/o suministros, incluidas jeringas hipodérmicas, jeringas, prendas de soporte y otras sustancias no médicas, independientemente de su uso indicado.
3. Costos por la aplicación de medicamentos de venta bajo receta o insulina inyectable.
4. Medicamentos e insulina inyectable expedidas durante la hospitalización, lo que incluye en una casa de descanso, sanatorio, instalaciones para atención prolongada, instalaciones con servicio de enfermería especializada o en una institución similar donde opere una instalación para expedir productos farmacéuticos.
5. Cualquier medicamento etiquetado como "Advertencia: limitado por la Ley Federal para uso sometido a investigación", u otro medicamento experimental.
6. Cualquier receta que supere el número especificado por el médico o cualquier resurtido expedido luego de un año de la orden del médico.
7. Cualquier receta para la que un individuo que reúne los requisitos está autorizado a recibir un reembolso bajo cualquier Ley de Indemnización por Accidentes en el Trabajo (Worker's Compensation Act), o bajo una ley similar, o está autorizado a recibir un reembolso de dicho medicamento con receta sin cargo de parte de un programa municipal, estatal o federal, que incluye el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Title XVII of the Social Security Act), a menos que la ley disponga lo contrario.
8. Los medicamentos expedidos en caso de una lesión accidental a partir, o durante, el tiempo de empleo o empleo autónomo del individuo que reúne los requisitos.
9. Medicamentos con receta, que hayan sido recibidos adecuadamente sin cargo bajo un programa local, estatal o federal, a menos que la ley disponga lo contrario.

10. Medicamentos para la fertilidad.
11. Medicamentos con fines cosméticos.
12. Retin-A para mayores de 24 años con autorización previa.
13. Vitaminas, excepto prenatales.
14. Medicamentos contra la obesidad.
15. Anfetaminas

XIX. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Todos los reclamos sobre los beneficios cubiertos estarán sujetos a la Coordinación de beneficios, donde la responsabilidad del UFCW National Health and Welfare Fund se reducirá en la medida que usted o las personas a su cargo estén autorizados a recibir beneficios bajo cualquier otro grupo de Planes respecto de los mismos gastos.

Cuando más de un Plan cubre los mismos gastos, se utilizará el método de Coordinación de beneficios para determinar qué plan tiene la responsabilidad primaria para pagar los beneficios de dichos gastos y qué Plan tiene la responsabilidad secundaria. Un Plan sin una disposición de coordinación es siempre primaria. Si todos los Planes tienen dicha disposición: (1) el Plan que cubre al paciente como Empleado, en vez del dependiente del Empleado, es primario y el otro es secundario; excepto que un Plan activo sea primario sobre un Plan de retiro, independientemente de si el paciente está cubierto como Empleado o es dependiente de dicho Plan activo; (2) si un niño está cubierto bajo los Planes de ambos padres, será primario el Plan del padre cuya fecha de nacimiento ocurra primero en el año calendario.

Cuando los padres estén separados o divorciados, sus Planes tendrán este orden: (1) si un decreto de la corte estableció que la responsabilidad financiera sobre los gastos médicos del niño, el Plan del padre con esa responsabilidad; (2) el Plan del padre con la custodia del niño; (3) el Plan del padrastro casado con el padre que tiene la custodia del niño; (4) el Plan del padre que no tiene la custodia del niño.

Si su cónyuge recibió un incentivo económico, una recompensa o un beneficio para renunciar a la cobertura disponible de parte del Plan de salud grupal del Empleador (ya sea en dinero efectivo, a través de una cuenta flexible o de beneficios, otros beneficios, beneficios adicionales, seguro o vacaciones, o de cualquier otra forma), el Fund considerará que su cónyuge podrá obtener la cobertura bajo el Plan de salud del grupo del Empleador en virtud de la disposición de Coordinación de beneficios del Fund.

Si no se requiere que su cónyuge pague un monto para recibir la cobertura para el cónyuge y/o hijos a su cargo bajo el Plan de salud grupal del Empleador y renuncia a la cobertura, el Fund considerará que tiene derecho a la cobertura bajo el Plan de salud del grupo del Empleador, en virtud de la disposición de Coordinación de beneficios del Fund.

Si se requiere que su cónyuge pague un monto para recibir la cobertura para el cónyuge y/o hijos a su cargo bajo el Plan de salud grupal del Empleador y renuncia a la cobertura, el Fund no considerará que tiene derecho a la cobertura bajo el Plan de salud del grupo del Empleador, en virtud de la disposición de Coordinación de beneficios del Fund (incluso si su cónyuge recibe un incentivo para renunciar a la cobertura disponible según se define a continuación).

Al continuar como empleado activo luego de los 65 años, los beneficios bajo este Plan serán primarios. De la misma forma, si tiene menos de 65 años y es aún empleado activo, pero su cónyuge supera los 65 años, este Plan será el primario para su cónyuge. En ambos casos, Medicare se considerará secundario y pagará solo beneficios suplementarios limitados.

Tenga en cuenta de que, en la mayoría de los casos, la afiliación de Medicare Parte A es automática. Siempre debe afiliarse a la Parte B, por lo que paga una prima al gobierno federal.

XX. TERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

- A. La elegibilidad de los beneficios para usted y dependientes, contenida en esta SPD, terminará automáticamente al final del día del último día del mes calendario, en el que:
1. Finaliza su relación laboral activa. Su relación laboral activa finaliza cuando usted:
 - (a) es despedido o se ausenta por una huelga o paro;
 - (b) finaliza una licencia por enfermedad, aprobada por escrito, dentro de los límites dispuestos específicamente por el Contrato colectivo de trabajo pertinente o en la Descripción resumida del plan, pero no más de un año, un beneficio de Incapacidad a corto plazo proporcionado por el Fund, un período de licencia autorizada por compensación para trabajadores o una licencia aprobada conforme a la Ley de Licencia Familiar y Médica (Family and Medical Act), durante la que se requiere que el Fund siga contribuyendo;
 - (c) se jubila,
 - (d) es dado de baja;
 - (e) ha renunciado, o
 2. El Acuerdo y Declaración de fideicomiso entre el Empleador y el Sindicato finaliza de manera definitiva, o
 3. Se suspende el UFCW National Health and Welfare Fund; o
 4. Cesan las contribuciones de parte de su empleador o sus pagos al UFCW National Health and Welfare Fund.

- B. La elegibilidad para los beneficios de dependientes conforme a esta SPD cesará automáticamente al finalizar el último día del mes calendario en la que esa persona deja de estar a su cargo, definidas en el presente, o al finalizar el último día del mes calendario en la que su elegibilidad termina, lo que pase primero.
- C. El Administrador del Plan también podría finalizar la cobertura de una persona "con causa". Esto significa que no se reembolsará ningún monto adeudado si la persona asegurada se involucra voluntariamente en una conducta reprochable que es dañina materialmente al plan o a los participantes de este, si la persona es deshonesto con respecto a la disposición de los beneficios bajo el plan, si la conducta de la persona asegurada es fraudulenta o poco ética en relación con o de modo que afecte la disposición de los beneficios bajo este plan, si hay una acusación formal contra la persona o si presenta cargos criminales en su contra, o si la persona asegurada no reembolsa todo el monto adeudado a su Empleador o el Fund.
- D. La ley federal les da el derecho a ciertas personas de continuar con los beneficios del cuidado de la salud pasada la fecha en la que se terminarían. La persona que continúe debe pagar el costo total (más una tarifa administrativa razonable). La cobertura terminará si el individuo asegurado no cumple con el pago a tiempo de las contribuciones o primas (dentro de un máximo de 45 días para los pagos iniciales de primas/contribuciones y 30 días a partir de entonces). Esta ley se denomina "COBRA", por sus siglas en inglés, y significa Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación de 1985 (Consolidated Omnibus Reconciliation Act).

XXI. DERECHO A LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN SEGÚN COBRA

Introducción

Usted recibe esta Notificación porque recientemente obtuvo cobertura bajo un Plan de salud grupal (el Plan). Esta notificación contiene información importante sobre su derecho a continuar la cobertura bajo COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura bajo el Plan. **Esta notificación explica la continuación de la cobertura bajo COBRA, cuándo podría estar disponible para usted y para su familia, y qué necesita hacer para proteger su derecho a recibirla.** Cuando se vuelve elegible para COBRA, también puede volverse elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuidad COBRA.

El derecho a la continuación de la cobertura bajo COBRA fue creado por la ley federal: la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La cobertura de continuidad COBRA puede volverse disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal hubiese finalizado. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones según el plan y la ley federal, debe revisar la descripción resumida del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que existan otras opciones disponibles cuando pierde la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, podría ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de seguros de salud. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, podrá calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y menores costos de desembolso. Además, podrá calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el que sea elegible (como ser el plan del cónyuge), incluso si ese plan por lo general no acepta afiliados tardíos.

¿Qué es la cobertura de continuación COBRA?

La cobertura de continuación COBRA es una continuación de la cobertura del plan que ocurre cuando esta finalizaría de otro modo debido a un hecho de vida. Esto también se llama un “hecho calificador”. Más adelante en este aviso se enumeran hechos calificadores específicos. Luego de un hecho calificador, la cobertura de continuación COBRA debe ofrecerse a toda persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden ser beneficiarios calificados si pierden la cobertura según el plan debido al hecho calificador. Según el plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación COBRA deben pagar dicha cobertura.

Si usted es un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura según el plan debido los siguientes hechos calificadores:

- Se reducen sus horas de trabajo; o
- Queda desempleado por otra razón que no sea alguna falta grave.

Si usted es cónyuge de un empleado, se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura según el plan debido los siguientes hechos calificadores:

- Su cónyuge fallece;
- Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- Su cónyuge queda desempleado por otra razón que no sea alguna falta grave;
- Su cónyuge se vuelve elegible para beneficios Medicare (bajo la Parte A, la Parte B, o ambas); o
- Se divorcia de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden la cobertura según el plan debido a los siguientes hechos calificadores:

- Fallece el padre empleado;
- Se reducen las horas de trabajo del padre empleado;
- El padre empleado queda desempleado por otra razón que no sea alguna falta grave;
- Su padre empleado se vuelve elegible para beneficios Medicare (Parte A, Parte B, o ambas);
- Los padres se separan de hecho o se divorcian; o
- El hijo deja de ser elegible para la cobertura bajo el Plan como "hijo dependiente".

En ocasiones, declarar un procedimiento de bancarrota bajo el título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un hecho calificador. Si un procedimiento de bancarrota se declara en relación con el patrocinio del Plan por parte de su empleador, y esa bancarrota resulta en la pérdida de cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el Plan, el empleado jubilado se convertirá en un beneficiario calificado. El cónyuge del empleado jubilado, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes también se convertirán en beneficiarios calificados si la bancarrota resulta en la pérdida de su cobertura bajo el Plan.

¿Cuándo está disponible la cobertura COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a los beneficiarios calificados, solo luego de que se notifique al Administrador del Plan de que ha ocurrido un hecho calificador. El empleador debe notificar al Administrador del Plan sobre los siguientes hechos calificadores:

- La finalización del empleo o la reducción de horas de trabajo;
- La muerte del empleado;
- El comienzo de un procedimiento de bancarrota en relación con el empleador o
- El empleado se vuelve elegible para beneficios Medicare (Parte A, Parte B, o ambas).

Para todos los otros eventos calificantes (divorcio del empleado y su cónyuge, o la pérdida de elegibilidad del niño como dependiente), usted debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 30 días luego de que ocurra el evento calificador. Debe entregar esta notificación al Departamento de elegibilidad del UFCW National Health and Welfare Fund.

Elegir COBRA luego de una Licencia conforme a la FMLA

Si se toma una licencia conforme a la Ley de Licencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA) y no regresa a trabajar al final de la licencia, tendrá el derecho a elegir COBRA si:

- Estuvo cubierto por el Plan el día antes de que comience la licencia conforme a la FMLA (o reciba la cobertura durante la licencia FMLA); y
- Perderá la cobertura del Plan dentro de los 18 meses debido a su imposibilidad de regresar a trabajar al final de la licencia. La cobertura COBRA elegida bajo estas circunstancias comenzará el último día de la licencia FMLA, con el mismo período de cobertura máximo de 18 meses (sujeto a una extensión o finalización temprana) por lo general aplicable a los hechos calificadores COBRA de finalización del empleo o reducción de horas. (Ver “¿Cómo se brinda la cobertura de continuidad COBRA?” a continuación).

¿Cómo se brinda la cobertura de continuidad COBRA?

Cuando se le notifique al Administrador del Plan que ocurrió un hecho calificador, se ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada uno de estos tendrá el derecho independiente de elegir la cobertura

de continuación COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres pueden elegirla en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuidad COBRA es una continuación temporal de la cobertura que por lo general dura 18 meses debido a la finalización del empleo o la reducción de horas de trabajo. Ciertos hechos calificadoros, o un segundo hecho calificador durante el período inicial de cobertura, podrían permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

Existen otras formas en las que se puede extender este periodo de 18 meses de cobertura de continuación COBRA.

Extensión del período de continuación de cobertura COBRA de 18 meses a causa de incapacidad

Si la Administración del Seguro Social determina que usted o que algún miembro de su familia cubierto según el plan está incapacitado y usted le notifica esto al Administrador del Plan de manera oportuna, usted y toda su familia pueden recibir hasta 11 meses adicionales de cobertura de continuación COBRA por un máximo de 29 meses. La incapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación COBRA, y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de cobertura de continuidad COBRA.

Segundo evento calificador para la extensión del período de continuación de cobertura de 18 meses a causa de incapacidad.

Si su familia vive otro evento calificador en el periodo de los 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA, el cónyuge e hijos dependientes de su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si el segundo hecho calificador se notifica al Plan de manera adecuada. Esta extensión podrá estar disponible para el cónyuge y todo hijo dependiente que reciben cobertura de continuidad COBRA si el empleado o ex empleado muere; se vuelve elegible para los beneficios Medicare (bajo la Parte A, la Parte B, o ambas); se divorcia; o si el hijo dependiente deja de ser elegible para el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible si el segundo hecho calificador hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdieran la cobertura del Plan si no hubiese ocurrido el primer hecho calificador.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la Cobertura de continuidad COBRA?

Sí. En lugar de afiliarse a la cobertura de continuidad COBRA, podrían existir otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de seguros de salud, Medicaid u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como ser el plan del cónyuge) durante lo que se llama un "período de afiliación especial". Debe tener en cuenta que usted cuenta con derechos de afiliación especiales conforme a la ley federal. Tiene el derecho a solicitar una afiliación especial en otro plan de salud grupal para el que resulte elegible (como ser un plan patrocinado por el empleador de su cónyuge) dentro de los 30 días luego de que su cobertura de salud grupal bajo el

Plan finaliza debido a uno de los hechos calificadores ya mencionados. También tendrá el mismo derecho de afiliación especial al final de la cobertura COBRA si obtiene cobertura COBRA por el tiempo máximo disponible para usted. Algunas de estas opciones podrían costar menos que la cobertura de continuidad COBRA. Puede obtener más información acerca de estas opciones en www.healthcare.gov.

Pago de la cobertura de continuidad COBRA

Debe pagar el costo de la cobertura de continuidad COBRA. El Consejo de Fideicomisarios determina el costo de cobertura y está sujeto a cambiar de forma periódica de acuerdo con los cambios en el costo de proporcionar los beneficios.

En general, el importe de la prima para la cobertura COBRA no excederá el 102 por ciento del costo de proporcionar beneficios a un participante o beneficiarios del plan situado del mismo modo y que no recibe cobertura de continuidad COBRA. En caso de una extensión de la cobertura de continuidad COBRA debido a discapacidad, el importe de la prima no excederá el 150 por ciento del costo de cobertura.

El primer pago se debe realizar dentro de los 45 días desde la fecha en que se eligió COBRA. Después de realizar el primer pago, todos los otros pagos se vencen el primer día del mes para el que dicha prima aplica, sujeto a un período de gracia de 30 días. Si no se paga el importe total de la prima para la fecha de vencimiento o dentro del período de gracia de 30 días, la cobertura de continuidad COBRA se cancelará de manera retroactiva hasta el primer día del mes por el que no se recibió el pago y todos los derechos COBRA se perderán.

Recisión de la cobertura COBRA antes del final del período de cobertura máximo

Su cobertura de continuidad podría reducirse por cualquiera de las siguientes razones:

- a. El Plan ya no brinda cobertura de salud grupal para ninguno de sus participantes;
- b. No se paga la prima para su cobertura de continuidad;
- c. Usted queda cubierto por otro plan de salud que no cuenta con una limitación preexistente. Incluso si la cobertura del otro plan es menos valiosa que la cobertura de continuidad, la cobertura de continuidad cesará;
- d. Si el otro plan de salud grupal cuenta con una limitación por afecciones preexistentes, la cobertura no finalizará siempre y cuando el beneficiario aporte la evidencia de la limitación preexistente en la póliza, el documento o la Descripción resumida del plan del otro plan de salud grupal.
- e. Usted se vuelve elegible para Medicare;
- f. Por cualquier motivo el Plan rescindiré la cobertura de un participante que no reciba la cobertura de continuidad (como ser fraude).

g. En caso de cobertura COBRA extendida debido a incapacidad:

- Después de que el Seguro Social determine que ya no está incapacitado;
o
- Cuando se vuelve elegible para Medicare (incluso si es antes de que expiren los 29 meses).

Derechos bajo la Ley Comercial

La Ley Comercial de 2002 creó un nuevo crédito fiscal para ciertas personas que se vuelven elegibles para la asistencia por ajustes en el comercio y para ciertos empleados jubilados que reciben pagos de jubilación de la Corporación de Garantía de los beneficios jubilatorios (“PBGC”) (personas elegibles). Bajo estas disposiciones fiscales, las personas elegibles pueden obtener un crédito fiscal o recibir un pago adelantado del 65 % de las primas pagadas por el seguro de salud calificado, lo que incluye la cobertura de continuidad COBRA. Si tiene preguntas sobre estas disposiciones fiscales, puede llamar gratis al Centro de atención al cliente por crédito fiscal de cobertura al 1-866-628-4282. Quienes llamen desde TTD/TTY, pueden comunicarse gratis al 1-866-626-4282. Hay más información disponible sobre la Ley Comercial en <http://www.doleta.gov/tradeact/benefits.cfm>.

Si tiene consultas

Las preguntas relacionadas con el Plan o con los derechos de cobertura de continuación COBRA se deben enviar al contacto o a los contactos que aparecen a continuación. Para más información acerca de sus derechos bajo la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado (ERISA, Employee Retirement Income Security Act), incluso COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, y otras leyes que afectan a planes de salud grupal, contacte a la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, Employee Benefits Security Administration) del Ministerio de Trabajo de Estados Unidos, en su zona o visite www.dol.gov/ebsa. (Encontrará los domicilios y teléfonos de las Oficinas EBSA regionales o de distrito en el sitio web EBSA). Para más información acerca del Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga su Plan actualizado con los cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan sobre cualquier cambio en los domicilios de los miembros de la familia. También debe conservar una copia, para registro propio, de las notificaciones que envíe al Administrador del Plan.

Información de contacto del Plan

La Oficina del Fund es responsable de la administración de la continuación de la cobertura de COBRA. Para contactarla diríjase a la siguiente dirección:

UFCW National Health and Welfare Fund
Department of COBRA Administration
66 Grand Avenue

XXII. LICENCIA FAMILIAR Y MÉDICA

La Ley de Licencia Familiar y Médica de 1993 (la Ley) requiere que los Empleadores cubiertos otorguen hasta 12 semanas de licencia no remunerada a los Empleados elegibles a raíz de ciertas razones familiares y médicas.

Los Empleados se consideran elegibles para esta licencia si:

- a. El empleado ha trabajado para el empleador cubierto durante al menos 1 año;
- b. El empleado ha trabajado 1,250 o más horas en los últimos 12 meses; y
- c. Hay al menos 50 Empleados en un radio de 75 millas alrededor de su lugar de trabajo. El permiso no remunerado puede otorgarse a un Empleado elegible para cualquiera de las siguientes situaciones:
 - Para cuidar al hijo después del nacimiento, o la entrega en adopción o tutela;
 - Para cuidar al cónyuge, hijo, hija o padre que esté en un estado de salud grave; o
 - Por un estado de salud grave que imposibilite al Empleado a realizar su trabajo como corresponde.

Nota: El Empleador puede sustituir o utilizar ciertos tipos de licencia con goce de sueldo antes de utilizar la licencia no remunerada (es decir, vacaciones acumuladas o licencia por enfermedad). Si el Empleador no requiere el uso de la licencia no remunerada, el Empleado tiene la opción de elegir la licencia con goce de sueldo antes de cualquier licencia no remunerada.

Se le puede solicitar al Empleado que proporcione un pedido de licencia por adelantado junto con una certificación médica. Se puede denegar la licencia si no se cumplen los siguientes requisitos:

- a. El Empleado, normalmente, debe proporcionar un aviso con 30 días de anticipación cuando la licencia sea "previsible".
- b. Un Empleador puede requerir una certificación médica para respaldar la solicitud de licencia debido a una condición de salud grave, y puede requerir una segunda o tercera opinión (a expensas de los Empleados) y un informe de aptitud para el trabajo a la hora de retomar el puesto.

La Ley de Licencia Familiar y Médica también brinda protección laboral y de beneficios a los Empleados al exigir ciertos requisitos administrativos. Por ejemplo:

- a. Mientras dure la licencia aprobada, el Empleador debe mantener la cobertura de salud del Empleado en cualquier "Plan de salud grupal". Si el Empleado suele hacer contribuciones en el costo del "Plan de salud grupal", el Empleador puede exigirle al Empleado que continúe haciendo las contribuciones durante la

licencia. El método y la duración de estas contribuciones se determinarán de común acuerdo entre el Empleador y el Empleado.

- b. Al finalizar la licencia aprobada, la mayoría de los Empleados deben ser restituidos a sus puestos originales o similares con el salario, los beneficios y otros términos de empleo equivalentes.
- c. El uso de la licencia aprobada no puede generar la pérdida de ningún beneficio de empleo acumulado antes del inicio de la licencia del Empleado.
- d. Conforme con la licencia familiar y médica, es ilegal para cualquier Empleador:
 1. Interferir, restringir o negar el ejercicio de cualquier derecho provisto por la Ley;
 2. Despedir o discriminar a cualquier persona por oponerse a cualquier práctica declarada ilegal por la Ley o por su participación en cualquier procedimiento estipulado o relacionado con la Ley.

El Departamento de Trabajo de los EE. UU. está autorizado a investigar y resolver las denuncias de incumplimiento de la Ley. Un Empleado elegible puede iniciar una acción civil contra un Empleador por incumplimiento de la ley.

Esta Ley no afecta a ninguna ley federal o estatal que prohíba la discriminación, ni reemplaza cualquier ley estatal o local, o contrato colectivo de trabajo, que otorgue mayores derechos en cuenta a la licencia familiar y médica.

Para más información: póngase en contacto con la oficina del Departamento de Salario y Carga Horaria (Wage and Hour Division) más cercano, que figuran en la mayoría de las guías telefónicas del gobierno de los EE. UU., del Departamento de Trabajo o de la oficina del administrador del Plan.

XXIII. LICENCIA POR SERVICIO MILITAR

De acuerdo con los requisitos de la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Re-Employment Rights Act) de 1994, si está activo en el servicio militar por hasta 31 días, continuará su cobertura, durante 31 días. Si está activo en el servicio militar durante más de 31 días, es posible que pueda continuar su cobertura a expensas suyas durante 18 meses. Consulte la información sobre la continuación de la cobertura (COBRA) para obtener una explicación exhausta de cuándo y cómo pueden aplicarse estos casos a su cobertura.

No obtendrá cobertura por ninguna enfermedad o lesión que el Secretario de Asuntos de los Veteranos determine que se haya incurrido o agravado durante el desempeño en los servicios uniformados. Los servicios uniformados y el Departamento de Asuntos de los Veteranos brindarán atención médica para tratar discapacidades relacionadas con el servicio.

Cuando sea dado de baja del servicio (no menos que honrosamente) en los servicios uniformados, su elegibilidad será restablecida por completo el día que regrese a trabajar con un Empleador que participe en el Contrato colectivo de trabajo del Plan, siempre que regrese a un empleo dentro de:

1. Noventa (90) días a partir de la fecha de baja si el período de servicio fue durante más de ciento ochenta (180) días; o
2. Catorce (14) días a partir de la fecha de baja si el período de servicio fue por treinta y un (31) días o más, pero por menos de ciento ochenta (180) días; o
3. Al comienzo del primer período de trabajo completo programado regularmente el primer día calendario posterior a la baja (más el trayecto de viaje y ocho horas adicionales) si el período de servicio fue menor que treinta y un (31) días.

Si está hospitalizado o convaleciente de una lesión causada por estar en servicio activo, estos plazos se extenderán hasta dos años.

Las preguntas relacionadas con su derecho a esta licencia deben remitirse a su Empleador. Las preguntas con respecto a la continuación de la cobertura deben remitirse a la oficina del Plan.

XXIV. DISPOSICIONES GENERALES

Esta SPD está estipulada de acuerdo con y sujeto a los términos, condiciones, reglas y regulaciones del Consejo de Fideicomisarios del UFCW National Health and Welfare Fund.

Ninguna persona está autorizada a:

- (a) Cambiar o modificar esta SPD,
- (b) Renunciar a cualquier condición o restricción estipulada en esta SPD,
- (c) Extender el tiempo para hacer cualquier contribución o pago, o
- (d) Obligar a los Fideicomisarios a realizar alguna declaración o promesa.

Ningún cambio en esta SPD será válido a menos que lo autorice el Consejo de Fideicomisarios del UFCW National Health and Welfare Fund y, por consiguiente, lo respalde de allí en más la firma del Presidente.

Nada en esta SPD limitará la amplia facultad de los Fideicomisarios para interpretar y aplicar las disposiciones de esta SPD o los términos del Plan.

El UFCW National Health and Welfare Fund no está bajo la supervisión del Departamento de Banca y Seguros (Department of Banking and Insurance) del estado de Nueva Jersey ni de ningún departamento similar de ningún otro estado o gobierno, excepto en la medida que los planes de beneficios de los empleados puedan regularse por ley.

Ninguno de los beneficios provistos por este plan está "Investido de derecho" ni garantizado de cualquier forma. Nada en este folleto tiene la intención de interpretar ni cambiar de ninguna manera las disposiciones expresadas en las reglas y los reglamentos del UFCW National Health and Welfare Fund. Los Fideicomisarios se reservan el derecho a enmendar, modificar o descontinuar todo o parte de este plan, siempre que lo hagan en su entera discreción cuando las condiciones lo ameriten. Si no entiende inglés y tiene preguntas sobre los beneficios o las reglas del plan, póngase en contacto con la oficina del fondo para saber cómo obtener ayuda.

Si no habla o no entiende inglés y tiene preguntas sobre los beneficios o reglamentos del plan, póngase en contacto con nuestra oficina para obtener ayuda e información.

XXV. AVISO Y PRUEBA DEL RECLAMO

- A. Debe entregar una "Notificación" por escrito que indique la lesión o la enfermedad en la que se basa el reclamo al UFCW National Health and Welfare Fund en un plazo de 30 días posteriores a la fecha del evento en que se basa el reclamo.
- B. Debe entregar una "Prueba" de la pérdida por escrito al UFCW National Health and Welfare Fund, en un plazo de 90 días posteriores a la fecha de dicha pérdida, excepto en caso de fallecimiento, donde podrá hacerlo dentro del año posterior a dicha muerte.
- C. La falta de una "Notificación" o "Prueba" en el tiempo estipulado anteriormente no cancelará ni reducirá ningún reclamo si se demuestra que no fue razonablemente posible dar tal "Notificación" o "Prueba" dentro del tiempo provisto anteriormente y que tal "Notificación" o "Prueba" se presentó tan pronto como fue razonablemente posible.
- D. Al recibir la notificación requerida por este SPD, el UFCW National Health and Welfare Fund, le proporcionará al demandante los formularios que suelen suministrar para presentar el Comprobante de pérdida. Si dichos formularios no se entregan dentro de los 15 días posteriores a la recepción por parte del Fund, se considerará que cumplió con los requisitos de este SPD en cuanto a la Prueba de pérdida luego de presentar, dentro del tiempo estipulado en este SPD para presentar el Comprobante de pérdida, la Prueba por escrito de la ocurrencia, el carácter y el alcance de la pérdida por la cual se realiza el reclamo.

XXVI. REVISIÓN DE RECLAMOS Y PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN

A. Autoridad del Fund

El UFCW National Health and Welfare Fund es un fondo fiduciario de beneficios para empleados conjunto entre empleado-empleador, financiado por las contribuciones fijadas por el contrato colectivo de trabajo u otros acuerdos escritos y administrado por una cantidad igualitaria de miembros del Consejo de Fideicomisarios designados por los empleadores contribuyentes y el sindicato conforme al Contrato y Declaración de Fideicomiso, que puede ser enmendado de vez en cuando. El Contrato de Fideicomiso le brinda al Consejo de Fideicomisarios la autoridad y la discreción para determinar los beneficios y los miembros de dicho Consejo adoptaron en consecuencia este Plan de beneficios expuesto y descrito en esta descripción resumida del plan (SPD). De acuerdo con este Contrato de Fideicomiso y esta SPD, los miembros del Consejo de Fideicomisarios pueden, bajo su discreción, revisar, discontinuar, mejorar, reducir, modificar o realizar cambios al Plan, los tipos y montos de los beneficios proporcionados, la cobertura y las disposiciones de elegibilidad, las condiciones y las reglas, en cualquier momento. Cualquier cuestión de interpretación, construcción, aplicación o cumplimiento de los términos del Plan y esta SPD y todas las determinaciones sobre los reclamos y apelaciones de los beneficios están sujetas a la discreción del Consejo de Fideicomisarios o su Comité de Revisión de Reclamos, cuyas determinaciones son finales y vinculantes.

B. Solicitud para la revisión de reclamos en litigio

Si presentó un reclamo de beneficios según esta SPD, puede presentar una solicitud de revisión de disposición o determinación adversa de beneficios apelando por escrito al Comité de Revisión de Reclamos del Consejo de Fideicomisarios del UFCW National Health and Welfare Fund, dentro de los 180 días posteriores a recibir la notificación por escrito de la acción del Fund. Envíe su apelación a la oficina del Fund al Comité de Revisión de Reclamos. Se le notificará por escrito la decisión que tome el Comité de Revisión de Reclamos dentro de los 60 días posteriores a la recepción de su solicitud de revisión, a menos que haya circunstancias especiales, en cuyo caso se lo notificará y se le hará saber la decisión dentro de los 120 días. En cualquier momento, el Comité de Revisión de Reclamos puede remitir una solicitud de revisión al Consejo de Fideicomisarios del Fund.

C. Apelación voluntaria al Consejo de Fideicomisarios

Si no está satisfecho con la decisión del Comité de Revisión de Reclamos, dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la Decisión del Comité, puede apelar por escrito al Consejo de Fideicomisarios del Fund. Se le notificará por escrito la decisión del Consejo de Fideicomisarios dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que este se haya reunido y haya decidido su apelación después de la fecha en que se haya recibido, a menos que haya circunstancias especiales, en cuyo caso será notificado y luego se le comunicará la decisión dentro de 120 días. El Fund renuncia a cualquier derecho a afirmar que usted no agotó los recursos administrativos porque no eligió presentar voluntariamente su apelación al Consejo de Fideicomisarios después de conocer la Decisión del Comité de Revisión de Reclamos. Cualquier ley de prescripción u otra defensa basada en los plazos de tiempo quedará suspendida

durante el periodo que esté pendiente cualquier apelación voluntaria al Consejo de Fideicomisarios por una Decisión del Comité de Revisión de Reclamos. Su decisión de presentar o no de manera voluntaria un litigio sobre los beneficios al Consejo de Fideicomisarios a causa de una decisión tomada por el Comité de Revisión de Reclamos no afectará su derecho a ningún otro beneficio en el Fund. Este nivel de apelación voluntaria no tiene costo alguno.

D. Información adicional

En caso de que se requiera información adicional, el Fund se encargará de solicitarla y, si no se entrega dicha información en el momento requerido, puede solicitarse la denegación del reclamo o apelación.

E. Finalidad

El Comité de Revisión de Reclamos y el Consejo de Fideicomisarios tienen la amplia facultad para interpretar y aplicar los términos de este plan y de la SPD en la toma de decisiones en lo que respecta a los reclamos.

La determinación del Fund será definitiva y vinculante para las partes si no se presenta oportunamente una objeción o una solicitud de revisión. La decisión del Comité de Revisión de Reclamos sobre una solicitud de revisión será definitiva y vinculante para las partes si no se apela oportunamente. La decisión del Consejo de Fideicomisarios del Fund será definitiva y vinculante para las partes para cualquier apelación que se presente oportunamente.

El Demandante tiene derecho a entablar una acción civil según la Sección 502(a) de la Ley de Seguridad de Ingresos Jubilatorios del Empleado, a raíz de una determinación adversa de los beneficios en la revisión. Si su reclamo involucra beneficios por incapacidad, usted y su plan pueden tener otras alternativas de litigio voluntarias, como la mediación. Una forma de averiguar cómo proceder es a través de la oficina local del Departamento de Trabajo de los EE. UU. y la Agencia Reguladora de Seguros de su estado.

F. Notificación y derecho a comentarios e información

Ante cualquier determinación adversa de beneficios, el Fund notificará al Demandante sobre la revisión de reclamos y el procedimiento de apelación y sus plazos de tiempo. El Demandante puede revisar los documentos pertinentes y enviar los problemas, comentarios, registros u otra información relacionada con el reclamo por escrito. Con solicitud previa y de forma gratuita, el Demandante deberá tener acceso, cuando se justifique, a las copias de todos los documentos, registros y otra información relevante para el reclamo. Todos los comentarios, documentos, registros y otra información presentada por el Demandante se tendrán en cuenta en cualquier etapa de la revisión de reclamos como también en el procedimiento de apelación. Si se tuvo en cuenta una regla interna, una directriz, un protocolo u otro criterio similar al tomar la determinación adversa del beneficio, esto se comunicará y se otorgará una copia a pedido. Si la determinación adversa del beneficio se basa en una necesidad médica, un tratamiento experimental, una exclusión o un límite similar, se explicará el parte científico o clínico que llevó a tomar esa determinación. Esto se hará de forma gratuita

y con una solicitud previa. El Fund dará a conocer la identidad de los expertos médicos o vocacionales cuyo asesoramiento se haya aplicado en una determinación adversa de beneficios.

G. Reclamos por atención urgente, previa y posterior al servicio

Reclamos por atención urgente

Un Reclamo que involucra una atención urgente es cualquier Reclamo de atención médica o tratamiento en la que el uso del cronograma para una determinación de atención no urgente podría poner en grave peligro la vida o la salud del demandante; o la capacidad del demandante para recuperar la función máxima; o en la opinión del médico o consultor a cargo, sometería al demandante a un dolor intenso que no podría manejarse adecuadamente sin la atención o el tratamiento por el cual se reclama.

Un Médico con conocimiento del estado médico del demandante puede determinar si un Reclamo corresponde a una atención urgente. En caso de no contar con un Médico para que tome la determinación, lo podrá hacer un individuo en representación del Plan que tenga el juicio de una persona prudente y que tenga conocimiento medio de salud y medicina.

En caso de un Reclamo que involucre atención urgente, rige el siguiente horario:

Notificación al demandante sobre la determinación del beneficio 72 horas

Información insuficiente sobre el Reclamo o el incumplimiento del procedimiento del Plan para presentar un Reclamo:

Notificación al demandante, verbalmente o por escrito 24 horas

Respuesta del demandante, verbalmente o por escrito 48 horas

Determinación de beneficios, verbalmente o por escrito 48 horas

Plan de tratamiento en curso, notificación de:

Reducción o terminación antes del final del tratamiento 72 horas

Determinación de la extensión del plan de tratamiento 24 horas

Reclamo previo al servicio

Un reclamo previo al servicio es cualquier Reclamo por un beneficio cubierto por Plan en el que se haya condicionado la recepción de todo o parte del beneficio, con previa aprobación para la atención médica. Existen, por ejemplo, Reclamos sujetos a certificación o autorización previas. Consulte la sección de administración de costos de su resumen de descripción del plan para obtener más información acerca de los reclamos previos al servicio si la aprobación previa de los servicios se aplica conforme a su plan de beneficios.

En caso de un reclamo previo al servicio, rige el siguiente horario:

Notificación al demandante de la determinación del beneficio	15 días
Extensión por asuntos ajenos al control del Plan	15 días

Insuficiente información sobre el Reclamo:

Notificación	15 días
Respuesta del demandante	45 días
Notificación, verbalmente o por escrito, por negativa a seguir los procedimientos del Plan para presentar un Reclamo	5 días

Plan de tratamiento en curso:

Reducción o terminación antes del final del tratamiento	15 días
Solicitud de la extensión del curso del tratamiento	15 días
Revisión de la determinación adversa de beneficios	30 días

Reclamo posterior al servicio

Un reclamo posterior al servicio es cualquier Reclamo por un beneficio del Plan que no involucre atención urgente; en otras palabras, es un Reclamo de solicitud de pago por un servicio médico cubierto por el Plan que el demandante ya recibió.

En caso de un reclamo posterior al servicio, rige el siguiente horario:

Notificación al demandante de la determinación del beneficio	30 días
Extensión por asuntos ajenos al control del Plan	15 días

Insuficiente información sobre el Reclamo:

Notificación	15 días
Respuesta del demandante	45 días
Revisión de la determinación adversa de beneficios	60 días

En caso de que usted o su representante no sigan los procedimientos del Plan para presentar reclamos previos al servicio descritos uno por uno en la SPD, usted o su representante serán notificados de esta falta y de los procedimientos adecuados que deben seguir para presentar un reclamo de beneficios, tan pronto como sea posible, a más tardar 5 días después de la falta (24 horas en caso de ser una falta en la presentación de un reclamo que implique atención urgente).

En caso de reclamos de atención concurrente o urgente, la notificación y el derecho de revisión y apelación deben hacerse según las regulaciones del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, con una apelación inicial dentro de los procedimientos y los plazos establecidos por el revisor de utilización del Fund, descritos uno por uno en la SPD. En caso de una determinación de beneficios adversa con respecto a un reclamo de atención concurrente o urgente, el proceso de revisión acelerada que aplica a dichos reclamos se incluirá en la determinación. Después de completar la apelación a la revisión de utilización, el Demandante también tendrá

derecho a apelar dentro del Fund como se describe en esta revisión de reclamos y procedimiento de apelación.

H. Parte médico

Al decidir cualquier apelación basada en todo o en una parte de un parte médico, el Comité de Revisión de Reclamos o el Consejo de Fideicomisarios consultarán con un profesional de la salud que tenga la capacitación y la experiencia apropiadas en el campo de la medicina, que esté involucrado en el parte médico y que no haya sido consultado en relación con la determinación adversa de beneficios ni el subordinado de tal individuo.

I. Procedimiento de apelación de dos pasos en planes sin protección

- a. **General**: De acuerdo con la Ley federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y las Normas aplicables, el Fund cuenta con un Procedimiento de Revisión de Reclamos y Apelaciones en dos pasos en un Plan sin protección. El primer paso es una Apelación Interna ante el Comité de Revisión de Reclamos y el Consejo Directivo del Fund, según lo enunciado arriba. El segundo paso es una Apelación Externa ante una Organización de Revisión Independiente (IRO, Independent Review Organization). El Fund ha contratado IRO en nombre del Fund, y toda apelación externa se debe asignar a tales IRO de acuerdo con la ley federal.
- b. **Apelación externa o segundo paso**: El Demandante podrá presentar una solicitud para una Revisión Externa ante la Oficina del Fund dentro de los cuatro (4) meses desde la fecha de recibo de una Decisión de Apelación Interna desfavorable. Si no existe una fecha correspondiente cuatro (4) meses después de la fecha de recibo, es decir, se recibió la apelación el 30 de octubre y no existe el 30 de febrero, la solicitud se debe presentar antes del primer día del quinto mes posterior al recibo de la notificación. Si la última fecha de presentación coincide con un sábado, domingo o feriado, la fecha límite de presentación se extiende hasta el siguiente día hábil.
- c. **Revisión preliminar**: Dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de recibo de la solicitud de Revisión Externa del Demandante, la Oficina del Fund debe completar una revisión preliminar de la solicitud para determinar si es elegible para la Revisión Externa. Para resultar elegible para la Revisión Externa, se deben respetar los siguientes factores:
 - A. El Demandante está o estaba cubierto por el Plan al momento en que se solicitó el artículo, servicio u otro beneficio de asistencia médica o, en caso de una revisión retroactiva, estaba cubierto por el Plan al momento en que se proporcionó el artículo, servicio u otro beneficio de asistencia médica.
 - B. La determinación de beneficio desfavorable o la determinación de Apelación Interna desfavorable no se relaciona con la imposibilidad del Demandante de cumplir con los requisitos para la elegibilidad conforme a las condiciones del Plan.

- C. El Demandante ha agotado el proceso de Apelación Interna del Plan a menos que el Demandante no deba agotar el proceso de Apelación Interna conforme a las regulaciones definitivas provisionales federales o de acuerdo con este procedimiento.
- D. El Demandante ha presentado toda la información y los formularios solicitados para procesar una Revisión Externa.
- d. **Notificación de la revisión preliminar:** Dentro de un (1) día luego de la finalización de la Revisión Preliminar, la Oficina del Fund emitirá una notificación por escrito para el Demandante. Si la solicitud de Revisión externa se completa, pero no es elegible para una Revisión externa, dicha notificación incluirá las razones de la imposibilidad de ser elegible y la información de contacto para la Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado. Si la solicitud no se completa, dicha notificación describirá la información o los materiales necesarios para completar la solicitud y el Plan debe permitirle al Demandante perfeccionar la solicitud para la Revisión externa dentro del período de presentación de cuatro meses o dentro de las 48 horas de recibir la Notificación de Revisión preliminar, el período que resulte más largo.
- e. **Asignación de IRO:** De acuerdo con la ley federal, la Oficina del Fund deberá asignar una IRO acreditada para llevar a cabo la Revisión externa. La IRO deberá asignarse de acuerdo con las normas del Fund, que brindan un método de asignación o rotación que garantiza la independencia y evita la tendencia a beneficiar al Fund.
- f. **Proceso de IRO:** Tras recibir la Revisión externa, la IRO:
- A. Utilizará expertos legales cuando corresponda para tomar las determinaciones de cobertura del Plan.
- B. Notificará al Demandante a tiempo y por escrito sobre la elegibilidad y aceptación de la solicitud de revisión externa. Esta notificación incluirá una declaración de que el Demandante podrá entregar por escrito a la IRO asignada dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la fecha en que el Demandante recibe esta notificación, toda información adicional que la IRO deba considerar al llevar a cabo la Revisión externa. La IRO puede, pero no está obligada a, aceptar y considerar información adicional presentada luego de los diez (10) días hábiles.
- g. **Información para IRO:**
- A. Dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de asignación de la IRO, la Oficina del Fund debe proporcionarle a la IRO todos los documentos y toda la información considerada al tomar la determinación de beneficios desfavorable o la determinación de Apelación interna desfavorable. La imposibilidad de la Oficina del Fund de proporcionar los documentos no debe demorar la Revisión externa. Si la Oficina del Fund no presenta a tiempo los documentos y la información, la IRO podría

cancelar la Revisión externa y tomar una decisión para revertir la determinación de beneficio desfavorable o la determinación de Apelación interna desfavorable. Dentro de un (1) día hábil luego de tomar tal decisión, la IRO deberá notificar al Demandante y a la Oficina del Fund.

B. Tras recibir la información presentada por el Demandante, la IRO deberá, dentro de un (1) día hábil, reenviar dicha información a la Oficina del Fund. Tras recibir tal información, la Oficina del Fund podrá reconsiderar la determinación de beneficio desfavorable o la determinación de Apelación interna desfavorable sujeta a Revisión externa. Toda reconsideración de la Oficina del Fund no debe demorar la Revisión externa. La Revisión externa podrá finalizar si la Oficina del Fund determina, durante la reconsideración, revertir la determinación anterior y brindar la cobertura o el pago solicitado por el Demandante. La Oficina del Fund enviará una notificación escrita a la IRO y al Demandante sobre la revocación de la determinación anterior dentro de un (1) día hábil desde dicha revocación. Desde entonces, la IRO finalizará los procedimientos de Revisión externa.

C. La IRO revisará toda la información y los documentos recibidos a tiempo y revisará la demanda y toda la evidencia por segunda vez. La IRO no queda obligada por ninguna decisión o conclusión alcanzada durante la determinación de beneficio inicial o la Apelación interna. Además de los documentos y la información proporcionada, la IRO considerará lo siguiente, al determinar lo adecuado, para tomar una decisión de Revisión externa:

1. la historia clínica del Demandante;
2. la recomendación del profesional del cuidado de la salud responsable;
3. los informes de los profesionales del cuidado de la salud correspondientes y otros documentos presentados por el Plan, el Demandante o el Proveedor de tratamiento del Demandante;
4. las condiciones del Plan (a menos que se opongan a la ley correspondiente);
5. las pautas de práctica médica adecuadas, lo que incluye normas basadas en evidencia;
6. todos los criterios de revisión médica aplicables desarrollados y utilizados por el Plan (a menos que se opongan al Plan o a la ley aplicable);
7. la opinión del evaluador clínico de la IRO.

h. **Decisión de la IRO:** La IRO enviará una notificación escrita de la decisión de Revisión Externa al Demandante y la Oficina del Fund dentro de los 45 días luego de que la IRO reciba la solicitud de Revisión externa.

A. La notificación de decisión final de Revisión externa de la IRO incluirá:

- (i) una descripción general de la razón de solicitud de Revisión externa, que incluya: información suficiente para identificar la

solicitud (fecha o fechas de servicio, Proveedor, importe de la demanda, código de diagnóstico y significado correspondiente, código de tratamiento y significado correspondiente y razón del rechazo previo);

- (ii) la fecha en que la IRO recibió la asignación para llevar a cabo la Revisión externa;
 - (iii) la fecha de la decisión final de la Revisión externa de la IRO;
 - (iv) referencias a la evidencia o la documentación, que incluyan las provisiones de cobertura específicas y las normas basadas en la evidencia, consideradas para tomar la decisión;
 - (v) una explicación de la razón o las razones principales para la decisión de la IRO, lo que incluye la justificación de la decisión y todas las normas basadas en evidencia que se tuvieron en cuenta para tomar la decisión;
 - (vi) una declaración de que la determinación es vinculante excepto cuando otras soluciones pudieran estar disponibles conforme a la ley federal tanto para el Plan como para el Demandante;
 - (vii) una declaración de que la revisión judicial podría estar disponible para el Demandante; e
 - (viii) información de contacto actual, lo que incluye número telefónico, para toda oficina correspondiente de asistencia al consumidor de seguros de salud o defensor del pueblo establecidos conforme a la Ley del Servicio de Salud Pública (Public Health Service, PHS), sección 2793.
- i. **Registros:** La IRO debe mantener un registro de todas las demandas y notificaciones asociadas con la Revisión externa durante seis (6) años. Una IRO deberá facilitar tales registros para que el Demandante, el Plan o un ente de fiscalización estatal o federal los examinen a pedido, a menos que tal divulgación viole las leyes de privacidad estatales o federales.
- j. **Revisión externa urgente:**
- A. Una Revisión externa urgente se realizará cuando el Demandante sufra una condición médica que requiera de una Revisión externa urgente debido a que el marco temporal para la finalización de la Revisión externa estándar comprometería la vida o la salud del Demandante o comprometería la posibilidad de que el Demandante recupere las funciones máximas, o si la determinación de Apelación Interna desfavorable afecta a una admisión, disponibilidad de atención, estadía continuada, o artículo, servicio u otro beneficio de atención médica por el que el Demandante recibió servicios de emergencia, y por el que no ha

recibido el alta de un centro de atención de un Proveedor, o si dicho Demandante califica para una revisión de Atención urgente.

- B. La Oficina del Fund deberá, de inmediato tras recibir la solicitud de Revisión externa urgente, realizar la Revisión Preliminar considerada en la Sección 12.4(c)(2) y deberá finalizar dicha revisión tan pronto como sea posible sin importar los cinco (5) días hábiles mencionados en tal Sección. Tras la determinación de la Revisión Preliminar, la Oficina del Fund enviará de inmediato la notificación descrita arriba.
 - C. Tras una determinación de que la solicitud es elegible para una Revisión externa urgente, la Oficina del Fund deberá asignar a una IRO correspondiente y transmitir o proporcionar todos los documentos y la información descritos antes, de manera electrónica, por teléfono o fax, o por cualquier otro método urgente disponible.
 - D. La IRO debe enviar su decisión de Revisión externa final y notificación de dicha decisión tan urgente como lo requiera la condición médica del Demandante o las circunstancias, pero en ningún caso luego de las 72 horas desde que la IRO recibe la solicitud de una Revisión externa urgente. Si la IRO envía la notificación de la decisión de Revisión externa urgente de otra manera que no sea por escrito, dentro de las 48 horas de la fecha en que se envía dicha notificación, la IRO enviará una confirmación escrita de la decisión al Demandante y a la Oficina del Fund.
 - k. **Revocación de la determinación desfavorable:** En caso de que el Fund o la IRO (respectivamente) revoque la determinación de beneficio desfavorable o la determinación de Apelación Interna desfavorable, el Fund brindará la cobertura o el pago por la demanda de acuerdo con la ley y las normas correspondientes, pero se reserva el derecho a buscar una revisión judicial u otras soluciones disponibles o que podrían estar disponibles para el Fund conforme a la ley y las normas correspondientes.
- J. **Limitaciones de la acción contra el Fund:** No se iniciará ninguna demanda para recuperar los beneficios de este Fund a menos que:
- (i) El demandante haya agotado el procedimiento de apelación otorgado por el Plan; y
 - (ii) Tal demanda se presente en un plazo de un año desde la fecha de la toma de la decisión del Comité de Revisión de Reclamos o, si se presenta, a su debido tiempo, una apelación al Consejo de Fideicomisarios, a la decisión del Consejo de Fideicomisarios o, cuando corresponda, a la fecha de la decisión tomada por la Revisión externa.

XXVII. PAGO DE LOS BENEFICIOS

ASIGNACIÓN DE LOS BENEFICIOS Ni esta SPD ni el derecho a los beneficios cubiertos este SPD son asignables, excepto que:

Los beneficios, si los hubiera, pagaderos para gastos hospitalarios, quirúrgicos, médicos o gastos médicos mayores se asignen como una conveniencia para el participante, mediante un instrumento escrito presentado ante el UFCW National Health and Welfare Fund a la institución o persona que brinde el servicio, a causa de cuales se pagarán tales beneficios.

Cuando se abona, si se ha realizado una "Asignación de beneficios", la disposición se considerará una solicitud al Fund para abonarle los beneficios directamente al Proveedor. El Participante es financieramente responsable por cualquier cargo no cubierto o no abonado por esta asignación. El Fund no garantiza los pagos a un Proveedor. Si los servicios fueron pagados por el Participante o Dependiente, y el Fund lo verifica y son elegibles para la cobertura, el pago se realizará directamente al Participante.

XXVIII. EXAMEN E INVESTIGACIÓN DE LOS RECLAMOS

El UFCW National Health and Welfare Fund tendrá el derecho y la oportunidad de investigar, a cuenta propia, a la persona con la lesión o enfermedad que sea la base de una demanda, tantas veces como sea necesario durante la tramitación del reclamo en esta SPD.

Usted o su representante o cualquier otro demandante debe proporcionar, de inmediato, todos los consentimientos y las autorizaciones solicitadas al UFCW National Health and Welfare Fund para permitir que sus representantes designados examinen todos los registros médicos y hospitalarios y otros registros y comunicaciones privilegiados relacionados con cualquier reclamo archivado en esta SPD.

XXIX. RECUPERACIÓN DEL EXCEDENTE

El Fund puede recuperar o resarcir el monto de cualquier pago erróneo, con intereses, contra los beneficios pendientes o futuros de acuerdo con la ley y las regulaciones.

XXX. INFORMACIÓN SOBRE ERISA

Como participante en el UFCW National Health and Welfare Fund, usted tiene ciertos derechos y protecciones en virtud de la Ley de Ingresos y Seguridad Jubilatoria para Empleados de 1974 (ERISA). ERISA establece que todos los participantes del plan tendrán derecho a:

Recibir información sobre el Plan y los beneficios

Examine, sin cargo, en la Oficina del administrador del Plan y en otros lugares especificados, como sitios de trabajo y salas de reunión, todos los documentos que rigen el Plan, incluidos los contratos de seguro y los acuerdos de negociación colectivos y una copia del último informe anual (formulario serie 5500) presentada por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU. y disponible en la sala de declaraciones públicas de la administración de beneficios de pensiones y bienestar.

Obtenga, bajo una solicitud previa por escrito al administrador del Plan, copias de los documentos que rigen el funcionamiento del Plan, incluidos los contratos de seguro, los acuerdos de negociación colectiva, las copias del último informe anual (Formulario serie 5500) y una descripción resumida y actualizada del Plan. El administrador puede cobrarle un cargo razonable por las copias.

Reciba un resumen del informe financiero anual del Plan. El Administrador del plan está obligado por ley a otorgarle a cada participante una copia del resumen del informe anual.

Continuar con la cobertura del Plan de salud grupal

Continúe con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o dependientes, en caso de que haya una pérdida de la cobertura en el Plan como resultado de un evento calificador. Es probable que usted o sus dependientes deban abonar dicha cobertura. Revise esta descripción resumida del Plan y los documentos que lo rigen en lo que respecta a las normas que regulan sus derechos de continuación de la cobertura de COBRA.

Reduzca o elimine los períodos de exclusión de la cobertura para condiciones preexistentes en su Plan de salud grupal, si tiene una Cobertura acreditable de otro Plan. Cuando pierda la cobertura del Plan, cuando tenga derecho a elegir la continuación de la cobertura de COBRA o cuando cese su cobertura de continuación de COBRA, deberá recibir un certificado de cobertura acreditable, sin cargo, de su Plan de salud grupal o emisor de seguro médico. Deberá solicitarlo antes o 24 meses después de perder la cobertura. Si no presenta una evidencia de Cobertura acreditable, es probable que quede sujeto a una exclusión por condición preexistente durante 12 meses (18 meses para los afiliados tardíos) después de la fecha de inscripción en su cobertura.

Accionar prudente por parte de los fiduciarios del Plan

Además de otorgarles derechos a los participantes del Plan, ERISA impone deberes a las personas responsables del manejo del Plan de beneficios del empleado. Las

personas que manejan su Plan, denominadas "fiduciarios" del Plan, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en función del interés de usted y de otros participantes y beneficiarios del Plan. Nadie, incluido su Empleador o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo en modo alguno para evitar que obtenga un beneficio de bienestar social o que ejerza sus derechos en ERISA.

Hacer cumplir sus derechos

Si se le ignora o deniega todo o parte de un reclamo de beneficios de asistencia social, usted tiene derecho a saber por qué se hizo esto, a obtener copias gratis de los documentos relacionados con la decisión y a apelar cualquier denegación. Todo esto debe realizarse dentro de ciertos horarios.

En ERISA, existen ciertos pasos a la hora de hacer valer los derechos anteriores. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del Plan o el último informe anual, si lo hubiere, y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En tal caso, la corte puede requerir que el administrador del Plan proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones ajenas al control del administrador. Si tiene un reclamo por todo o parte de un beneficio negado o ignorado, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Además, si no está de acuerdo con la decisión tomada por el Plan o la falta de esta con respecto al estado calificador de una orden de pensión alimentaria o asistencia médica para menores, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. Si los fiduciarios del Plan hacen mal uso del dinero del Plan o si se lo discrimina por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda en 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 judiciales y los honorarios legales. Si gana, la corte puede ordenarle a la persona a la que ha demandado que pague los costos y las tarifas. Si pierde, la corte puede ordenarle a usted que pague los costos y las tarifas, por ejemplo, si se determina que su reclamo es infundado.

Recibir ayuda con las preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, debe comunicarse con el Administrador del plan. Si tiene alguna pregunta sobre esta declaración o sobre sus derechos conforme a ERISA o si necesita ayuda para pedirle documentos al Administrador del plan, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de EE. UU., que figura en su directorio telefónico. También puede hacerlo a la División de Asistencia Técnica e Informes, la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, el Departamento de Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue NW, Washington, DC 20210. También puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades conforme a ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

Este libreto contiene un resumen de sus beneficios y sus derechos del plan de UFCW National Health & Welfare Fund. Si tiene dificultad para comprender cualquier parte de este libreto, contacte al administrador Maurice Hodas a 66 Grand Avenue, Englewood, New Jersey 07631-3545. Horario de atención: de

8:30 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes. También podrá llamar al administrador del plan a (201) 569-8801 para asistencia.

XXXI. INFORMACIÓN ADICIONAL

Debe proporcionar la siguiente información en virtud de la Ley de Seguridad de Ingresos Jubilatorios para Empleados de 1974 (ERISA).

1. Nombre del Plan:

UFCW National Health and Welfare Fund

2. Este Plan se mantiene según el Contrato colectivo de trabajo u otro acuerdo escrito; es un Plan regulado por un convenio colectivo establecido por uno o más Empleadores y una o más organizaciones de Empleados. Este Plan lo administra en conjunto un Consejo de Fideicomisarios. Los participantes y los beneficiarios pueden solicitarle por escrito al administrador del Plan que les informe si un Empleador o una organización de Empleados en particular es Patrocinador del Plan y, de ser así, la dirección de este.

3. El encargado de mantener y administrar el Plan es el Administrador del plan:

Consejo de Fideicomisarios
UFCW National Health and Welfare Fund
66 Grand Avenue
Englewood, New Jersey 07631-3545
(201) 569-8801

4. Número de identificación del empleador del patrocinador del Plan:

EIN: 22-1458594

5. Beneficio del año: Año calendario

6. Plan del año fiscal: Del 1 de octubre al 30 de septiembre

7. Tipo de plan y tipo de administración:

Plan de bienestar y Plan de salud grupal. Los beneficios se autofinancian y autoaseguran, excepto en la medida en que ciertos beneficios ya estén asegurados. El Fund administra el Plan.

8. Fuente de las contribuciones al Plan

Los activos para proporcionar los beneficios del Plan se acumulan según lo dispuesto en el Contrato colectivo de trabajo y el Contrato de fideicomiso y se mantienen en un fondo fiduciario, con el fin de proporcionar beneficios a los participantes cubiertos y de costear los gastos necesarios.

Las fuentes de las contribuciones se brindan a través de los Contratos colectivos de trabajo de los diversos Empleadores que están asegurados por el UFCW National Health and Welfare Fund y según el Contrato colectivo de trabajo.

9. Agentes para el servicio del proceso legal:

El Consejo de Fideicomisarios ha sido designado como el agente encargado de brindar servicio en el proceso legal. El servicio en el proceso legal puede hacerlo el fideicomisario o el Administrador del plan. El agente designado para brindar servicio en el proceso legal es el:

Consejo de Fideicomisarios
UFCW National Health and Welfare Fund
66 Grand Avenue
Englewood, New Jersey 07631-3545

10. Circunstancias que pueden generar la pérdida de beneficios y poder para cancelar o modificar los beneficios:

La Descripción resumida del plan (SPD) describe las circunstancias que pueden dar lugar a la descalificación, inelegibilidad o denegación, pérdida, confiscación, suspensión, compensación, reducción o recuperación de beneficios.

El UFCW National Health and Welfare Fund (Fund) es un fondo fiduciario de beneficios para empleados conjunto entre empleado-empleador, financiado por las contribuciones fijadas por el contrato colectivo de trabajo u otros acuerdos escritos y administrado por una cantidad igualitaria de miembros del Consejo de Fideicomisarios designados por los empleadores contribuyentes y el Sindicato conforme al Contrato y Declaración de Fideicomiso, que puede ser enmendado de vez en cuando. El Contrato de Fideicomiso le brinda al Consejo de Fideicomisarios la autoridad y la discreción para determinar los beneficios y los miembros de dicho Consejo adoptaron de manera correspondiente este Plan de beneficios descrito en esta Descripción resumida del plan (SPD). De acuerdo con este Contrato de Fideicomiso y esta SPD, los Fideicomisarios pueden, bajo su discreción, revisar, discontinuar, mejorar, reducir, modificar o realizar cambios al Plan, los tipos y montos de los beneficios proporcionados, la cobertura y las disposiciones de elegibilidad, las condiciones y las reglas, en cualquier momento. Cualquier cuestión de interpretación, construcción, aplicación o cumplimiento de los términos del Plan y esta SPD y todas las determinaciones sobre los reclamos y apelaciones de los beneficios están sujetas a la discreción del Consejo de Fideicomisarios o su Comité de Revisión de Reclamos, cuyas determinaciones son finales y vinculantes.

Mientras que los Fideicomisarios del Fund esperan que el Plan continúe, se reservan el derecho a cambiar o discontinuar el Plan o estos beneficios, por completo o en parte, en cualquier momento y por cualquier motivo.

Este Plan está destinado a cumplir con todas las disposiciones de la Ley de Estadounidenses con Discapacidad (ADA, Americans with Disabilities Act), la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA) y la Ley de Portabilidad y

Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996. Cualquier Disposición de este Plan que se encuentre en conflicto con ADA, FLMA o HIPAA se enmendará para cumplir con estas Leyes.

11. Los Fideicomisarios del Plan son los siguientes:

Fideicomisarios del empleador

Michelle Lewis
Danny K. Ma
John Pepe
Geraldine Senack

Fideicomisarios del sindicato

George J. Orlando, presidente
Tom R. Ballard
James E. Blau, CEBS
Frank J. Runey

12. Domicilio para los fideicomisarios

66 Grand Avenue
Englewood, NJ 07631-3545
201-569-8801

XXXII. DOCUMENTACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE SALUD

Aviso importante sobre su derecho a la documentación de la cobertura de salud

Los cambios recientes en la ley federal pueden afectar su cobertura de salud si está inscrito o es elegible para inscribirse en una cobertura de salud que excluya la cobertura de afecciones médicas preexistentes.

La Ley HIPAA de 1996 limita las circunstancias por las cuales se puede excluir la cobertura de las afecciones médicas presentes antes de inscribirse. Conforme a la ley, una exclusión por una condición preexistente, generalmente, no puede imponerse durante más de 12 meses (18 meses en caso de un afiliado tardío). El período de exclusión de 12 meses (o 18 meses) será reducido por su cobertura de salud anterior. Tiene derecho a solicitar un certificado que evidencie su cobertura de salud previa. Si compra un seguro de salud que no sea a través del Plan de salud grupal del empleador, el certificado de cobertura previa puede ayudarlo a obtener una cobertura sin la exclusión de condición preexistente. Comuníquese con el Departamento de Seguros del Estado para obtener más información.

Para Planes de salud grupales negociados colectivamente, estos cambios generalmente entrarán en vigencia en la última fecha de terminación de los convenios de negociación colectiva relacionados con el Plan que hayan estado en vigencia el día en que se promulgó la HIPAA.

Tiene derecho a recibir un certificado de cobertura médica previa desde el 1 de julio de 1996. Es posible que deba suministrar otro tipo de documentación para los períodos de cobertura de atención médica anteriores a esta fecha. Consulte con su nuevo administrador del Plan para saber si su nuevo Plan excluye la cobertura de afecciones preexistentes y si debe proporcionar un certificado u otra documentación de su cobertura anterior.

AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

Divulgación y uso de información médica confidencial

Lo que sigue es un aviso sobre las prácticas de privacidad del UFCW National Health and Welfare Fund. La notificación establece las circunstancias en las que el Fund podría compartir su información médica confidencial con otras personas, de acuerdo con las reglas de privacidad de la Ley HIPAA de 1996.

El Fund puede usar su información médica confidencial para efectuar u obtener pagos para atenderlo y brindarle atenciones médicas. El Fund ha establecido una política de protección contra la divulgación innecesaria de la información médica.

LA INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL PODRÁ DIVULGARSE O USARSE EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS Y PARA LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS:

Para efectuar u obtener un pago. El Fund puede usar o divulgar su información médica confidencial para realizar o cobrar pagos a terceros, como otros planes o proveedores de salud, por la atención que recibe. Por ejemplo, el Fund puede proporcionar información sobre su cobertura o tratamiento de atención médica a otros planes de salud para coordinar el pago de los beneficios.

Para llevar a cabo operaciones de atención médica. El Fund puede usar o divulgar información médica confidencial para sus propias operaciones, para facilitársela a la administración del Fund y, según sea necesario, para proporcionar cobertura y servicios a todos los participantes y beneficiarios del Fund. Las operaciones de atención médica incluyen actividades como:

- a. Evaluación de calidad y actividades de mejora.
- b. Actividades diseñadas para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica.
- c. Guía clínica y desarrollo de protocolos, manejo de casos y coordinación de cuidados.
- d. Contacto con proveedores de servicios de salud, participantes y beneficiarios con conocimientos sobre tratamientos alternativos y otras funciones relacionadas.
- e. Competencia de atención médica profesional o revisión de calificaciones y evaluación de desempeño.
- f. Actividades de acreditación, certificación, licencias o credenciales.
- g. Suscripción, calificación suprema o funciones relacionadas para crear, renovar o reemplazar el seguro o los beneficios de salud.
- h. Revisión y auditoría, incluidas revisiones de cumplimiento, revisiones médicas, servicios legales y programas de cumplimiento.
- i. Planificación y desarrollo comercial que incluye la gestión de costos y el análisis relacionado con la planificación y el desarrollo de formularios.

- j. Gestión empresarial y actividades administrativas generales del Fund, incluidos los servicios para los miembros y la resolución de reclamos internos.
- k. Ciertas actividades de marketing.

Por ejemplo, el Fund puede usar su información médica confidencial para gestionar casos, mejorar la calidad, tratar enfermedades, revisar la utilización o participar en actividades de resolución de reclamos y servicio para miembros.

Para alternativas de tratamiento. El Fund puede usar o divulgar su información médica confidencial para informarle o recomendarle posibles opciones de tratamiento o alternativas que puedan llegar a interesarle.

Para la distribución de beneficios y servicios relacionados con la salud. El Fund puede usar o divulgar su información médica confidencial para proporcionarle información sobre beneficios y servicios relacionados médicos que puedan llegar a interesarle.

Para brindarle información al patrocinador del Plan. El Fund puede divulgar su información médica confidencial al patrocinador del Plan o a los fideicomisarios del Fund o para funciones administrativas del Plan gestionadas por los fideicomisarios en representación del Fund. Además, el Fund puede otorgarles a los fideicomisarios un resumen de su información médica para que puedan solicitar a las aseguradoras de salud ofertas de primas o modificar, enmendar o terminar el Plan. El Fund también puede informar a los fideicomisarios si participa en el Plan.

En caso de que sea requerido o permitido por la ley. El Fund también puede usar o divulgar su información médica confidencial cuando sea requerido o permitido por la ley. En lo que a esto respecta, la HIPAA generalmente permite que los planes de salud utilicen o divulguen la información médica confidencial para los siguientes propósitos: cuando lo exija la ley; para actividades de salud pública; para denunciar abuso infantil o doméstico; para actividades de supervisión gubernamental; para actividades de acuerdo con procedimientos judiciales o administrativos; para ciertos propósitos de cumplimiento de la ley; para que un juez de instrucción, un médico forense o un director de funeraria obtenga información sobre un individuo fallecido; para la donación de órganos, ojos o tejidos; para ciertas actividades de investigación aprobadas por el gobierno; para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad de un individuo o de terceros; para ciertas funciones gubernamentales, como las relacionadas con el servicio militar o la seguridad nacional; o para cumplir con las Leyes de Compensación de Trabajadores.

Autorización para usar o divulgar información médica confidencial

La mayoría de los usos y las divulgaciones de notas de psicoterapia, de la información médica confidencial para usos comerciales y las divulgaciones que constituyen una venta de la información médica confidencial pueden hacerse solo con el consentimiento de la persona. Por ley, los siguientes tipos, usos y divulgaciones de la información médica confidencial, generalmente, requieren su autorización: uso o divulgación de notas de psicoterapia, uso o divulgación de información médica confidencial para fines comerciales y publicitarios. Excepto lo indicado anteriormente, el Fund no divulgará su información médica confidencial a no ser que tenga su autorización por escrito. Si autoriza al Fund a utilizar o divulgar su información médica confidencial, puede revocar

dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si el Plan utiliza o divulga su información médica confidencial para fines de evaluación de riesgos, este tendrá prohibido el uso o la divulgación de información genética para estos fines.

Sus derechos con respecto a la información médica confidencial

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica confidencial que el Fund tiene:

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene derecho a solicitar restricciones en ciertos usos y divulgaciones de su información médica confidencial. Usted tiene derecho a solicitar un límite en la divulgación que hace el Fund de su información médica confidencial a alguien involucrado en el pago de su atención. No obstante, el Fund no está obligado a aceptar su solicitud, excepto si la divulgación es para realizar pagos u operaciones de atención médica, y la ley no exige lo contrario o la información médica confidencial refiere únicamente a un artículo o a un servicio de atención médica, para el cual usted o una persona en representación suya que no sea el Fund, ha pagado la entidad cubierta en su totalidad. Si desea solicitar restricciones, comuníquese con el funcionario de privacidad del Fund (consulte a la persona de contacto a continuación).

Derecho a recibir comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que el Fund se comunique con usted de una manera en particular si considera que la divulgación de su información médica confidencial podría ponerlo en peligro. Por ejemplo, puede solicitar que el Fund solo se comunique con usted a un cierto número de teléfono o por correo electrónico. Si desea recibir comunicaciones confidenciales, envíe la solicitud por escrito al correo postal del funcionario de privacidad del Fund (consulte a la persona de contacto a continuación). El Fund intentará respetar sus sensatas solicitudes de comunicaciones confidenciales.

Derecho a inspeccionar y a copiar su información médica confidencial. Tiene derecho a inspeccionar y a copiar su información médica confidencial, con algunas excepciones. Una solicitud para inspeccionar y copiar los registros que contienen su información médica confidencial debe hacerse por escrito y enviarse por correo postal al funcionario de privacidad del Fund (consulte a la persona de contacto a continuación). Si solicita una copia de su información médica confidencial, el Fund puede cobrarle una tarifa razonable por la copia, el montaje y el franqueo, si corresponde, asociados con su solicitud.

Derecho a enmendar su información médica confidencial. Tiene derecho a solicitar una enmienda de los registros de la información médica confidencial que considere inexactos o incompletos. La solicitud se considerará siempre que el Fund disponga de la información. La solicitud de enmienda de registros debe hacerse por escrito y enviarse por correo postal al funcionario de privacidad del Fund (consulte a la persona de contacto a continuación). El Fund puede denegar la solicitud si no indica por qué cree que sus registros son inexactos o incompletos. La solicitud también puede denegarse si el Fund no creó sus registros de información médica confidencial, si la información de salud que solicita modificar no forma parte de los registros del Fund, si la información de salud que desea modificar incluye información que no está permitido

cambiar o si el Fund determina que los registros que contienen su información médica confidencial son precisos y completos.

Derecho a solicitar un informe. Tiene derecho a obtener una lista de las divulgaciones de su información médica confidencial realizadas por el Fund por cualquier motivo que no sea para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica, a menos que haya autorizado la divulgación. La solicitud debe hacerse por escrito y enviarse por correo postal al funcionario de privacidad del Fund (consulte a la persona de contacto a continuación). La solicitud debe especificar el período de tiempo del cual solicita la información. El derecho a solicitar un informe no se extiende más allá de seis (6) años previos desde la fecha de su solicitud. El Fund hará sin cargo el primer informe que solicite durante cualquier período de 12 meses. Las solicitudes de informe posteriores pueden estar sujetas a una tarifa razonable basada en el costo. El Fund le informará con anticipación el costo de la tarifa, si corresponde.

Derecho a una copia de este aviso. Tiene derecho a obtener y recibir una copia de este aviso en cualquier momento, incluso si ha recibido este aviso antes. Para obtener una copia, comuníquese con el funcionario de privacidad del Fund (consulte a la persona de contacto a continuación).

Funciones del Fund

Por ley, el Fund debe mantener la privacidad de la información médica confidencial, según lo establecido en este aviso, y proporcionarle este aviso sobre sus funciones y prácticas de privacidad; además debe notificar a las personas afectadas después de que haya ocurrido una violación de su información médica confidencial. El Fund debe cumplir con los términos de este aviso, que puede ser modificado ocasionalmente. El Fund se reserva el derecho a cambiar los términos de este aviso. Debe otorgarle una copia de un aviso revisado dentro de los sesenta (60) días posteriores al cambio y hacer que las nuevas disposiciones del aviso entren en vigencia para toda la información de salud que dispone. Si el Fund cambia sus políticas y procedimientos, el Fund revisará el aviso y le hará llegar una copia del aviso revisado dentro de los 60 días posteriores al cambio. Tiene derecho a expresar sus quejas al Fund y al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si considera que se han violado sus derechos de privacidad. Cualquier queja al Fund debe hacerse por escrito y enviarse por correo postal al funcionario de privacidad del Fund (consulte a la persona de contacto a continuación). El Fund le aconseja expresar cualquier inquietud que pueda tener con respecto a la privacidad de su información. No se tomará ningún tipo de represalia por presentar una queja. Una persona tiene derecho a recibir una notificación cuando se produce una infracción (tal como se define en las reglamentaciones) de la información médica confidencial que no esté respaldada. Una persona tiene derecho a recibir una notificación cuando se produce una infracción (tal como se define en las reglamentaciones) de la información médica confidencial que no esté respaldada.

Persona de contacto

El Fund ha designado a Maurice Hodos, administrador del Fund, como su persona de contacto ("funcionario de privacidad") para todos los asuntos relacionados con la privacidad del paciente y sus derechos de privacidad. Puede contactar a esta persona de la siguiente manera:

Maurice Hodos, Fund Administrator
UFCW National Health and Welfare Fund
66 Grand Avenue
Englewood, NJ 07631-3545
Teléfono: 201.569.8801
Fax: 201.569.1085

Fecha de vigencia: 23 de septiembre de 2013