

ENMIENDA N° 2
A LA
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN PARA JUBILADOS
DEL
FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE IBEW-NECA EN LA REGIÓN
SUR DE CALIFORNIA
(*SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND*)
REFORMULADA A PARTIR DEL 1° DE FEBRERO DE 2013

La presente Enmienda, aprobada en este día 29 de agosto, a la Descripción Resumida del Plan para Jubilados del Fondo de Fideicomiso para la Salud en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund's Retiree Health Summary Plan Description—“SPD”*) reformulada a partir del 1° de febrero de 2013, es efectuada por la Junta de Fideicomisarios del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW—NECA en la Región Sur de California (Junta de Fideicomisarios) con respecto a los siguientes hechos y circunstancias:

A. La Junta de Fideicomisarios desea enmendar la descripción SPD para documentar la práctica, establecida hace mucho tiempo por las Oficinas del Fondo, de especificar la documentación que un/a participante debe presentar como comprobante de pago conforme al Plan de Reembolso de Primas (*Premium Reimbursement Plan*) y para resumir el proceso para la presentación de reclamos conforme al Plan de Reembolso de Primas y al Plan Suplementario de Medicare (*Medicare Supplement Plan*).

B. La Junta de Fideicomisarios se ha reservado la capacidad para enmendar la descripción SPD de vez en cuando.

POR CONSIGUIENTE, con fecha efectiva del 1° de octubre de 2013, la descripción SPD queda enmendada de la siguiente manera:

1. La dirección indicada en la definición del “Plan Suplementario de Medicare”, en las páginas 9 y 10, queda cambiada de la siguiente manera:

IBEW-NECA Claims Administration
Allied Administrators
P. O. Box 2500
San Francisco, CA 94126
Teléfono: (800) 736-0401

2. La dirección indicada en la definición del “Plan de Reembolso de Primas”, en las páginas 10 y 11, queda cambiada de la siguiente manera:

IBEW-NECA Claims Administration
Allied Administrators
P. O. Box 2500
San Francisco, CA 94126
Teléfono: (800) 736-0401

3. Lo siguiente se añadirá al final de la Sección titulada “Plan Suplementario de Medicare para Jubilados y sus cónyuges (*Medicare Supplement Plan for Retirees/Spouses*), en la página 39):

“Cómo presentar un reclamo

Al enviar un reclamo a la Oficina Administrativa, siga los siguientes pasos:

1. Obtenga de la Oficina Administrativa, del sitio en la Web del Fondo de Fideicomiso o de Allied Administrators un Formulario de reclamo del Plan Suplementario de Medicare.
2. Utilice el Formulario de reclamo del Plan Suplementario de Medicare al presentar facturas y reclamos para su pago.
3. Complete las Partes 1 y 2 del Formulario de reclamo del Plan Suplementario de Medicare.
4. Adjunte al Formulario de reclamo todos los formularios de Explicación de beneficios de Medicare (*Explanation of Medicare Benefit — “EOB”*).
5. Feche y firme el Formulario de reclamo. Guarde una copia para sus archivos personales.
6. Los Formularios de reclamo deben enviarse a la siguiente dirección:

IBEW-NECA Claims Administration
Allied Administrators
P. O. Box 2500
San Francisco, CA 94126
Teléfono: (800) 736-0401

Los beneficios (el reembolso de los gastos elegibles de Medicare pagados de su bolsillo) se pagan generalmente dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que Allied Administrators recibe toda la información necesaria.

Nota: Envíe solamente un Formulario de reclamo por mes calendario e incluya en el mismo Formulario de

reclamo todos los reclamos, tanto de la persona jubilada como de su cónyuge”.

4. El punto “Reembolso trimestral” (*Quarterly Reimbursement*) de la Sección de la descripción SPD titulada “Plan de Reembolso de Primas” (*Premium Reimbursement Plan*) (página 40) se cambia en el punto “Reembolso mensual” (*Monthly Reimbursement*) y el siguiente texto se añade a la frase existente bajo ese punto:

“Cómo presentar un reclamo para el reembolso de primas

Al enviar un Reclamo a la Oficina Administrativa o a Allied Administrators, siga estos pasos:

1. Obtenga de la Oficina Administrativa, del sitio en la Web del Fondo de Fideicomiso o de Allied Administrators un Formulario de reclamo de reembolso de primas (*Premium Reimbursement Claim Form*).
2. Complete el Formulario de reclamo para reembolso de prima en su totalidad.
3. Presente uno o más de los siguientes documentos como comprobante del pago de la prima:
 1. Un cheque cancelado (cara y dorso)
 2. Un estado de cuenta bancario (uno obtenido en línea es aceptable)
 3. Un estado de cuenta de tarjeta de crédito
 4. Un talonario de su cheque de pago que indique la deducción, o bien
 5. Otro comprobante del pago de la prima.
4. Feche y firme el Formulario de reclamo para el reembolso de prima. Guarde una copia de este formulario para sus archivos personales.
5. Los Formularios de reclamo debe enviarse a:

IBEW-NECA Claims Administration
Allied Administrators
P. O. Box 2500
San Francisco, CA 94126
Telephone: (800) 736-0401

Los beneficios (el reembolso de la prima) se pagan generalmente dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que Allied Administrators recibe toda la información necesaria.

Nota: Envíe solamente un Formulario de reclamo por mes calendario e incluya en el mismo Formulario de reclamo todos los reclamos, tanto de la persona jubilada como de su cónyuge”.

5. Todos los otros términos y condiciones del Plan continuarán en plena vigencia y efecto.

Aprobado en este día 29 de agosto en Commerce, California.

La Junta de Fideicomisarios del Fondo
de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA
en la Región Sur de California

Por _____
Presidente

Por _____
Secretario