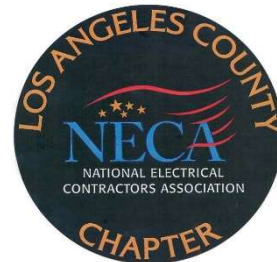


# SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA RETIREE HEALTH PLAN



## Prestaciones para jubilados y cónyuges con derecho a cobertura en virtud del Southern California IBEW-NECA

### Descripción resumida del plan a fecha del 1 de febrero de 2018

Este folleto contiene un resumen en inglés de su Plan de derechos y beneficios del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund. Si usted tiene dificultades para entender cualquier parte de este folleto, comuníquese con la oficina Administrativa en el 6023 Garfield Avenue, Commerce, California 90040, Estados Unidos. Las horas de servicio son de 8:30 a. m. a 5:30 p. m. de lunes a viernes. También puede llamar a la oficina Administrativa al (800) 824-6935 o al (323) 221-5861 para solicitar una copia del Descripción resumida del plan en español.

Este documento también se encuentra disponible en línea en el sitio web [www.scibew-neca.org](http://www.scibew-neca.org).



**Oficina administrativa**

Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund

6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.  
(323) 221-5861  
(800) 824-6935 (para todo el país)  
(323) 726-3520 (fax)

**Dirección postal**

P.O. Box 910918  
Los Ángeles, California, 90091, Estados Unidos

**Horario laboral**

De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m., festivos no incluidos

**Consejo de fideicomisarios**

**Administradores fiduciarios laborales**

Marvin Kropke, presidente  
Eric Brown  
Dick Reed  
Kevin Norton, suplente

**Administradores fiduciarios administrativos**

James M. Wilson, secretario  
Shelly Keltner  
Cathy O'Bryant  
Jeff Davis, suplente  
David Nott, suplente

**Administrador**

Joanne M. Keller, directora ejecutiva/administradora  
Thomas Schaefer, administrador auxiliar

**Consejeros jurídicos**

Despacho de abogados Carroll & Scully, Inc.  
Laquer, Urban, Clifford & Hodge, LLP

**Actuario y asesor sobre prestaciones**

Rael & Letson, Actuaries and Consultants



## **AVISO IMPORTANTE PARA TODOS LOS PARTICIPANTES EN EL PLAN**

El consejo de fideicomisarios tiene la autoridad única y definitiva y la facultad para interpretar las disposiciones de este plan, y para resolver todas las cuestiones de hecho relacionadas con la idoneidad en virtud del presente plan o sobre la cantidad de las prestaciones pagaderas con arreglo al plan. Todas estas interpretaciones y decisiones adoptadas de buena fe por el consejo de fideicomisarios serán irrevocables y vinculantes para todas las partes, incluidos, entre otros, todos los participantes y beneficiarios. Sus interpretaciones o decisiones solamente podrán ser anuladas por un árbitro o un tribunal si dicho árbitro o tribunal considera que la interpretación o decisión del consejo de fideicomisarios ha sido arbitraria, caprichosa, ilegal o constituye un abuso de sus facultades.

Las prestaciones del Southern California IBEW-NECA Retiree Health Plan se financian en parte a través de contribuciones establecidas mediante negociación sindical diseñadas específicamente para conceder prestaciones de salud a empleados jubilados.

No hay ningún derecho adquirido para recibir las prestaciones del plan; El consejo de fideicomisarios puede cambiar, modificar, reducir o finalizar en cualquier momento el presente plan si las condiciones o las circunstancias lo requieren.

Los requisitos de idoneidad, las disposiciones que regulan las prestaciones autofinanciadas y otras cuestiones similares se establecen en una o más Descripciones resumidas del plan y en sus respectivas enmiendas, y las disposiciones que regulan las prestaciones aseguradas se establecen en las pólizas de seguros, los contratos de seguros médicos cerrados (HMO) y de atención médica integral (DMO), la Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage) y el Resumen de prestaciones y coberturas (Summary of benefits and coverage) que se encuentren en vigor en cada momento, los cuales, junto con el convenio y la declaración de fideicomiso, componen el plan.



# ÍNDICE

---

<b>ARTICLE 1: INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1 Documentos que regulan las prestaciones.....	1
1.2 Mantenimiento de un plan actualizado.....	2
1.3 Recursos de apelación .....	2
<b>ARTICLE 2: RESUMEN DE PRESTACIONES</b>	<b>4</b>
2.1 Opciones de prestaciones.....	4
2.1.1 Jubilados menores de 65 años que no reúnan los requisitos o no estén inscritos en Medicare .....	4
2.1.2 Jubilados a partir de 65 años (inscritos en las partes A y B de Medicare) .....	4
2.2 Resumen de prestaciones.....	5
2.2.1 Prejubilados (menores de 62 años que no reúnan los requisitos o no estén inscritos en Medicare).....	5
2.2.2 Jubilados con derecho a Medicare (inscritos en las partes A y B de Medicare).....	10
<b>ARTICLE 3: REQUISITOS DE IDONEIDAD E INSCRIPCIÓN</b>	<b>17</b>
3.1 Idoneidad para recibir cobertura.....	17
3.1.1 Prejubilados .....	17
3.1.2 Jubilados normales .....	17
3.1.3 Inscripciones aplazadas.....	17
3.1.4 Prestaciones por incapacidad total o parcial.....	18
3.2 Cobertura de familiares (cónyuge con derecho a cobertura) .....	18
3.2.1 Divorcio, separación legal o anulación .....	19
3.2.2 Nuevas nupcias tras la jubilación.....	19
3.2.3 Idoneidad tras el fallecimiento del jubilado .....	19
3.3 Inscripción para la obtención de cobertura.....	20
3.3.1 Plazo de solicitud de 30 días .....	20
3.3.2 Derechos especiales de inscripción en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de los Estados Unidos .....	21
3.3.3 Prima de pago por cuenta propia .....	21
3.4 Medicare .....	22
3.4.1 Asignación de Medicare a los planes de tipo HMO .....	22
3.5 Coordinación de prestaciones con otro plan de salud para jubilados .....	22

3.6 Vuelta a un empleo cubierto .....	23
3.7 Extinción y cancelación de una cobertura .....	23
3.7.1 Extinción voluntaria de una cobertura .....	23
3.7.2 Empleo eléctrico no cubierto.....	24
3.7.3 Cancelaciones de doble cobertura .....	25
3.7.4 Otras extinciones .....	26
<b>ARTICLE 4: COBERTURA MÉDICA</b> .....	<b>27</b>
4.1 Periodo de inscripción abierta.....	27
4.2 Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente.....	27
4.2.1 Kaiser Permanente en línea .....	28
4.3 Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare .....	28
4.3.1 UnitedHealthcare en línea .....	29
4.4 Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group: plan para jubilados fuera del área.....	29
<b>ARTICLE 5: PLAN DE USO OBLIGATORIO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE VENTA CON RECETA</b> .....	<b>30</b>
5.1 Requisitos de equivalente genérico.....	30
5.2 Adquisición de medicamentos.....	30
5.3 Copagos en las oficinas de farmacia de la red.....	31
5.4 Entrega a domicilio de Citizens Rx (venta por correspondencia).....	31
5.4.1 Copagos del servicio de entrega a domicilio de Citizens Rx .....	32
5.5 Reembolsos por la adquisición de medicamentos en farmacias que no formen parte de la red..	32
5.6 Prestaciones cubiertas .....	32
5.7 Limitaciones .....	34
5.8 Exclusiones.....	34
5.9 Lista parcial de cadenas de farmacias del estado de California que forman parte de la red .....	36
<b>ARTICLE 6: PRESTACIONES ADICIONALES</b> .....	<b>37</b>
6.1 Convenio de reembolso de gastos médicos .....	37
6.1.1 Gastos admisibles .....	37
6.1.2 Uso de los fondos de la cuenta del HRA .....	38
6.1.3 Periodos aplicables para las solicitudes del HRA .....	40
6.1.4 Derechos del cónyuge.....	40
6.1.5 Confiscación .....	40
6.2 Servicios de asistencia y defensa de MedExpert .....	40



6.3 Prestación por fallecimiento del jubilado asegurado .....	41
6.3.1 Beneficiarios.....	41
6.3.2 Importe de la cobertura.....	41
6.3.3 Pago.....	42
<b>ARTICLE 7: PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE ANTES DEL 1 DE ENERO DE 2016</b>	<b>43</b>
<b>ARTICLE 8: PRESTACIONES PARA JUBILADOS CON UNA INCAPACIDAD CON FECHA DEL 1 DE ABRIL DE 2017</b>	<b>44</b>
8.1 Prestaciones dentales .....	44
8.2 Comparación de las prestaciones dentales .....	44
8.3 Prestaciones ópticas .....	46
8.4 Copagos ópticos y Plan de prestaciones.....	46
8.5 Proveedores que no forman parte de la red .....	48
8.6 Limitaciones del plan óptico .....	48
8.7 Quejas .....	49
<b>ARTICLE 9: LEYES FEDERALES RELEVANTES</b>	<b>51</b>
9.1 Cobertura de continuación en virtud de la COBRA .....	51
9.1.1 Introducción .....	51
9.1.2 Resumen: eventos calificados que confieren derecho a cobertura en virtud de la COBRA ...	52
9.1.3 Notificación .....	52
9.1.4 Prestaciones y duración de la cobertura .....	53
9.1.5 Cancelación de la cobertura en virtud de la COBRA.....	53
9.1.6 Cambio de dirección .....	55
9.2 Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos.....	55
9.2.1 Certificado de cobertura del plan de salud grupal .....	55
9.2.2 Normas de privacidad de la HIPAA .....	56
9.2.3 Información que el jubilado debe conocer en virtud de la HIPAA .....	56
9.3 Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos.....	57
9.4 Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer .....	58
9.5 Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción .....	58
<b>ARTICLE 10: PROCEDIMIENTOS DE ENMIENDA DEL PLAN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN</b>	<b>60</b>
10.1 Procedimientos de enmienda del plan.....	60

10.1.1 Cambio, mejora, reducción o eliminación de prestaciones .....	60
10.1.2 Notificación de cambios en el plan.....	60
10.2 Norma sobre responsabilidad de terceros .....	60
10.3 Normas sobre solicitudes y recursos de apelación.....	61
10.3.1 Introducción.....	61
10.3.2 Determinación de la idoneidad.....	62
10.3.3 Recursos de apelación relativos a la idoneidad.....	62
10.3.4 Solicitudes urgentes y previas a la prestación del servicio.....	63
10.3.5 Solicitudes posteriores a la prestación del servicio .....	63
10.3.6 Agotamiento del proceso de apelación .....	63
10.3.7 Preguntas frecuentes.....	63
10.3.8 Reglamentos .....	64
10.4 Información exigida por la ERISA.....	64
10.5 Derechos del jubilado en virtud de la ERISA.....	66
10.5.1 Recibir información sobre su plan y prestaciones.....	66
10.5.2 Prolongar la cobertura del plan de salud grupal .....	67
10.5.3 Medidas prudentes de los fiduciarios del plan.....	67
10.5.4 Ejercer sus derechos .....	67
10.5.5 Recibir ayuda en lo relativo a sus dudas.....	68
10.6 Notificación a los participantes .....	68

**ARTICLE 11: GLOSARIO**

# ARTICLE 1: INTRODUCCIÓN

---

Este folleto contiene un resumen de los derechos y prestaciones de su plan en virtud del Southern California IBEW-NECA Retiree Health Plan (plan de salud para jubilados de IBEW-NECA en la región del sur de California) (en adelante, el *plan*).

En caso de que tenga dificultades para entender algún fragmento de la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description, SPD) o de que tenga alguna duda, póngase en contacto con la oficina administrativa para solicitar ayuda. Estamos a su disposición para ayudarle.

Puede ponerse en contacto con nosotros en la siguiente dirección:

**Southern California IBEW-NECA Trust Fund**

**Oficina administrativa**

6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.

(323) 221-5861

(800) 824-6935 (número gratuito para todo el país)

(323) 726-3520 (fax)

**[www.scibew-neca.org](http://www.scibew-neca.org)**

Horario laboral: de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:30 p. m., festivos no incluidos.

## 1.1 Documentos que regulan las prestaciones

El alcance de las prestaciones de cada uno de los participantes jubilados se rige por las todas las condiciones de los documentos que componen la Descripción resumida del plan y los contratos del seguro del Southern California IBEW-NECA Retiree Health Plan, la Evidencia de cobertura, el Resumen de prestaciones y coberturas; por los convenios otorgados al plan por parte de Kaiser Foundation Health Plan Inc. (para la región del sur de California), UnitedHealthcare of California, CIGNA Dental, Delta Dental of California, United Concordia, Vision Service Plan y el plan de uso obligatorio de medicamentos genéricos de venta con receta; así como por las demás normas y reglamentos sobre la idoneidad que pueda adoptar ocasionalmente el consejo de fideicomisarios. En este folleto se describen estas prestaciones en términos generales.

En caso de que exista alguna diferencia entre este folleto y los contratos del seguro, la Evidencia de cobertura y los convenios otorgados por alguno de los anteriores proveedores, prevalecerán las condiciones establecidas en los contratos del seguro, la Evidencia de cobertura y los convenios.

El Resumen de prestaciones y coberturas se distribuye a los participantes en función del plan en el que estén inscritos. Los demás documentos están disponibles en la oficina administrativa o en el sitio web del fondo de fideicomiso **[www.scibew-neca.org](http://www.scibew-neca.org)**.

# ARTÍCULO 1: INTRODUCCIÓN

---

## 1.2 Mantenimiento de un plan actualizado

El jubilado deberá comunicar de inmediato y por escrito cualquier cambio de dirección o en su estado civil a la oficina administrativa. Por ejemplo:

- matrimonio;
- divorcio;
- defunción de un cónyuge con derecho a cobertura.

**Si los cambios de dirección o de estado civil no se notifican de inmediato a la oficina administrativa, puede que el jubilado y su cónyuge con derecho a cobertura dejen de reunir los requisitos para percibir las prestaciones o que tengan que hacerse cargo de las prestaciones pagadas en exceso.**

## 1.3 Recursos de apelación

Todos los recursos de apelación relacionados con las prestaciones aseguradas se gestionan directamente por parte de la empresa aseguradora que corresponda. Consulte la Evidencia de cobertura del proveedor del seguro para obtener información sobre los procedimientos de solicitud y los recursos de apelación de cada plan de prestaciones.

La oficina administrativa se encarga de tomar todas las decisiones iniciales sobre la idoneidad básica y las cuestiones relacionadas con las inscripciones en virtud del artículo 3 (véase la página 17) y otras disposiciones similares al respecto incluidas en este documento. Tras la oportuna notificación a la oficina administrativa, el consejo de fideicomisarios gestionará los recursos de apelación por denegación de la idoneidad y la inscripción por parte de la oficina administrativa. Todas las decisiones negativas con respecto a la idoneidad, la inscripción y las demás resoluciones de los recursos de apelación se notificarán por escrito a los interesados en el plazo que exigen los reglamentos y leyes federales.

Citizens Rx es un fiduciario de solicitudes que gestiona las solicitudes y los recursos de apelación relacionados con los medicamentos de venta con receta en virtud de sus normas sobre solicitudes y recursos de apelación. Citizens Rx resolverá los recursos de apelación y realizará los exámenes médicos independientes que soliciten los participantes. Citizens Rx contratará a una empresa con licencia expedida en el estado de California para la realización de exámenes médicos independientes. Los participantes recibirán una notificación por escrito de todas las decisiones negativas dentro del plazo que exigen los reglamentos y leyes federales.

Coast Benefits, Inc. es un fiduciario de solicitudes que gestiona las solicitudes relacionadas con los convenios de reembolso de gastos médicos y el suplemento de Medicare en virtud de sus normas sobre solicitudes y recursos de apelación. En el hipotético caso de que se rechace una solicitud debido a la falta de necesidades médicas y se interponga un recurso, Coast Benefits, Inc. contratará a una empresa con licencia expedida en el estado de California para la realización de exámenes médicos independientes en todos aquellos recursos de apelación relacionados con necesidades médicas. Los participantes recibirán una notificación por escrito de todas las decisiones negativas dentro del plazo que exigen los reglamentos y leyes federales.

# ARTÍCULO 1: INTRODUCCIÓN

---

Para obtener más información sobre los recursos de apelación, véase el artículo 10.3: Normas sobre solicitudes y recursos de apelación en la página 61.

# ARTÍCULO 1: INTRODUCCIÓN

---

[INSERT BLANK PAGE].

## ARTICLE 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

---

### 2.1 Opciones de prestaciones

#### 2.1.1 Jubilados menores de 65 años que no reúnan los requisitos o no estén inscritos en Medicare

Los residentes en la región del sur de California pueden elegir una de las siguientes opciones si están afincados en la jurisdicción geográfica determinada por el plan de tipo HMO que seleccionen.

	Opciones de prestaciones	Prestaciones de medicamentos de venta con receta
Opción 1	Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente	Plan de medicamentos de venta con receta de Kaiser Permanente
Opción 2	Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare	Programa de uso obligatorio de medicamentos genéricos de venta con receta

La única opción disponible para los participantes que residan fuera del área de servicio de los planes de tipo HMO indicados (por ejemplo, residentes en la región del norte de California o fuera del estado) es la siguiente:

Opciones de prestaciones	Prestaciones de medicamentos de venta con receta
Plan para jubilados fuera del área de la aseguradora (a través de UnitedHealthcare)	Optum Rx de UnitedHealthcare

#### 2.1.2 Jubilados a partir de 65 años (inscritos en las partes A y B de Medicare)

Los residentes en la región del sur de California pueden elegir una de las siguientes opciones si están afincados en la jurisdicción geográfica determinada por el plan de tipo HMO que seleccionen.

	Opciones de prestaciones	Prestaciones de medicamentos de venta con receta
Opción 1	Plan de tipo HMO Kaiser Permanente Senior Advantage	Plan de medicamentos de venta con receta Kaiser Permanente Senior Advantage
Opción 2	Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group (HMO)	Programa de medicamentos de venta con receta Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group

La única opción disponible para los participantes que residan fuera del área de servicio de los planes de tipo HMO indicados (por ejemplo, residentes en la región del norte de California o fuera del estado) es la siguiente:

## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Opciones de prestaciones	Prestaciones de medicamentos de venta con receta
Plan para jubilados fuera del área de la aseguradora (a través de Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group)	Jubilados fuera del área: Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group

Los participantes que estuvieran cubiertos por el plan suplementario de Medicare que entró en vigor el 1 de enero de 2016, cuando se eliminó la cobertura de dicho plan, podrán continuar acogiéndose a dicha cobertura. Para obtener más información al respecto, consulte el Article 7: Plan suplementario de Medicare en la página 43.

### 2.2 Resumen de prestaciones

#### 2.2.1 Prejubilados (menores de 62 años que no reúnan los requisitos o no estén inscritos en Medicare)

Resumen de prestaciones para los prejubilados (menores de 62 años que no reúnan los requisitos o no estén inscritos en Medicare)			
	Plan HMO de Kaiser Permanente (solo dentro de la red)	Plan HMO de UnitedHealthcare (solo dentro de la red)	Plan para jubilados fuera del área de UnitedHealthcare (prestaciones dentro de la red)
Número del servicio de atención al cliente para miembros	(800) 464-4000	(800) 624-8822	Región del norte de California: (800) 624-8822 Fuera del estado: (866) 633-2446
Sitio web	<a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a>	<a href="http://www.myuhc.com">www.myuhc.com</a>	<a href="http://www.myuhc.com">www.myuhc.com</a>
Características generales			
Cantidad deducible por año natural	Ninguna	Ninguna	500 \$ por persona 1000 \$ por familia



## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Resumen de prestaciones para los prejubilados (menores de 62 años que no reúnan los requisitos o no estén inscritos en Medicare)			
	Plan HMO de Kaiser Permanente (solo dentro de la red)	Plan HMO de UnitedHealthcare (solo dentro de la red)	Plan para jubilados fuera del área de UnitedHealthcare (prestaciones dentro de la red)
Máximas prestaciones	Ilimitadas	Ilimitadas	Ilimitadas
Máximo copago anual	1500 \$ por persona 3000 \$ por familia	1000 \$ por persona 3000 \$ por familia	4500 \$ por persona 9000 \$ por familia
Prestaciones hospitalarias	Sin cargo	Sin cargo	80 % después de superar la cantidad deducible
Servicios de urgencias <i>Exención del copago cuando se produzca un ingreso</i>	Copago de 5 \$	Copago de 50 \$	Copago de 100 \$; no se aplica ninguna cantidad deducible
Servicios de necesidad urgente <i>Servicios necesarios por razones médicas que se solicitan fuera del área geográfica prestados por Primary Medical Group</i>	Copago de 5 \$	Copago de 50 \$	Copago de 50 \$; no se aplica ninguna cantidad deducible
Enfermedades preexistentes	Todas las enfermedades que necesiten tratamiento por razones médicas estarán cubiertas siempre y cuando constituyan una prestación cubierta.		
<b>Prestaciones hospitalarias para pacientes hospitalizados</b>			
Deshabitación del alcoholismo, drogadicción y otras toxicomanías	Sin cargo	Sin cargo	80 % tras superar la cantidad deducible

## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Resumen de prestaciones para los prejubilados (menores de 62 años que no reúnan los requisitos o no estén inscritos en Medicare)			
	Plan HMO de Kaiser Permanente (solo dentro de la red)	Plan HMO de UnitedHealthcare (solo dentro de la red)	Plan para jubilados fuera del área de UnitedHealthcare (prestaciones dentro de la red)
Servicios de salud mental <i>De acuerdo con lo exigido por la ley, la cobertura incluye el tratamiento de enfermedades mentales graves de adultos y de trastornos psíquicos graves.</i>	Sin cargo	Sin cargo	80 % tras superar la cantidad deducible
Atención médica	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Cirugía reparadora	Sin cargo	Sin cargo	80 % tras superar la cantidad deducible
Atención de rehabilitación <i>Incluida la fisioterapia, la terapia ocupacional y la foniatría</i>	Sin cargo	Sin cargo	Copago de 20 \$
Centro especializado en enfermería <i>Hasta 100 días consecutivos desde el primer tratamiento por incapacidad</i>	Sin cargo	Sin cargo	80 % tras superar la cantidad deducible
<b>Prestaciones ambulatorias</b>			
Deshabitación del alcoholismo, drogadicción y otras toxicomanías	5 \$ por consulta	Sin cargo	Copago de 20 \$

## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Resumen de prestaciones para los prejubilados (menores de 62 años que no reúnan los requisitos o no estén inscritos en Medicare)			
	Plan HMO de Kaiser Permanente (solo dentro de la red)	Plan HMO de UnitedHealthcare (solo dentro de la red)	Plan para jubilados fuera del área de UnitedHealthcare (prestaciones dentro de la red)
Ambulancia	Sin cargo	Sin cargo	80 % tras superar la cantidad deducible
Equipos médicos permanentes	Sin cargo	Sin cargo	80 % tras superar la cantidad deducible
Interrupción voluntaria del embarazo (servicios médicos, farmacológicos y quirúrgicos): Primer trimestre	Copago de 5 \$	Copago de 75 \$	La cantidad pagadera depende del lugar en el que se preste el servicio cubierto.
Servicios de laboratorio <i>Cuando estén disponibles en el médico de atención primaria o cuando este los autorice</i>	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención maternal, métodos analíticos	Sin cargo	Sin cargo	La cantidad pagadera depende del lugar en el que se preste el servicio cubierto.
Servicios de salud mental <i>De acuerdo con lo exigido por la ley, la cobertura incluye el tratamiento de enfermedades mentales graves de adultos y de trastornos psíquicos graves.</i>	Copago de 5 \$	Copago de 5 \$	Copago de 20 \$

## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Resumen de prestaciones para los prejubilados (menores de 62 años que no reúnan los requisitos o no estén inscritos en Medicare)			
	Plan HMO de Kaiser Permanente (solo dentro de la red)	Plan HMO de UnitedHealthcare (solo dentro de la red)	Plan para jubilados fuera del área de UnitedHealthcare (prestaciones dentro de la red)
Servicios de cirugía oral <i>No dentales</i>	Sin cargo	Sin cargo	Copago de 40 \$
Terapia ambulatoria de rehabilitación médica en centros de cirugía ambulatoria o centros participantes independientes	Copago de 5 \$	Copago de 5 \$	Copago de 20 \$
Cirugía ambulatoria en centros de cirugía ambulatoria o centros participantes independientes	Copago de 5 \$	Sin cargo	80 % tras superar la cantidad deducible
Medicina preventiva <i>Servicios médicos, de laboratorio, radiología y otros recomendados por la academia americana de pediatría (AAP), el comité asesor de prácticas de inmunización y el grupo de trabajo de servicios preventivos de los Estados Unidos que hayan sido autorizados por el proveedor de atención primaria del paciente</i>	Copago de 5 \$	Sin cargo	Sin cargo
Consultas al médico	Copago de 5 \$	Copago de 5 \$	Copago de 20 \$ para médicos de atención primaria. Copago de 40 \$ para especialistas

## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Resumen de prestaciones para los pre jubilados (menores de 62 años que no reúnan los requisitos o no estén inscritos en Medicare)			
	Plan HMO de Kaiser Permanente (solo dentro de la red)	Plan HMO de UnitedHealthcare (solo dentro de la red)	Plan para jubilados fuera del área de UnitedHealthcare (prestaciones dentro de la red)
Atención ginecológica <i>Incluye citologías vaginales realizadas por un médico de atención primaria o un obstetra/ginecólogo de PMG y las remisiones por parte de PMG para la realización de mamografías de acuerdo con las recomendaciones del grupo de trabajo de los EE. UU. en materia de servicios preventivos</i>	Copago de 5 \$	Sin cargo	Sin cargo

### 2.2.2 Jubilados con derecho a Medicare (inscritos en las partes A y B de Medicare)

Resumen de prestaciones para los jubilados con derecho a Medicare (inscritos en las partes A y B de Medicare)			
	Plan de tipo HMO Kaiser Permanente Senior Advantage	Plan HMO Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group	Plan para jubilados fuera del área Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group
Número del servicio de atención al cliente para miembros	(800) 464-4000	(800) 457-8506	(800) 457-8506
Sitio web	<a href="http://www.kp.org">www.kp.org</a>	<a href="http://www.uhcretiree.com">www.uhcretiree.com</a>	<a href="http://www.uhcretiree.com">www.uhcretiree.com</a>

## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Resumen de prestaciones para los jubilados con derecho a Medicare (inscritos en las partes A y B de Medicare)			
	Plan de tipo HMO Kaiser Permanente Senior Advantage	Plan HMO Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group	Plan para jubilados fuera del área Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group
<b>Características generales</b>			
Cantidad deducible por año natural	Ninguna	Ninguna	Ninguna
Máximas prestaciones	Ilimitadas	Ilimitadas	Ilimitadas
Máximo copago anual	1500 \$ por persona 3000 \$ por familia	6700 \$	6700 \$
Prestaciones hospitalarias	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de urgencias <i>Exención del copago cuando se produzca un ingreso</i>	Copago de 5 \$	Copago de 20 \$	Copago de 20 \$
Servicios de necesidad urgente <i>Servicios necesarios por razones médicas que se solicitan fuera del área geográfica prestados por Primary Medical Group</i>	Copago de 5 \$	Copago de 15 \$	Copago de 15 \$
Enfermedades preexistentes	Todas las enfermedades que necesiten tratamiento por razones médicas estarán cubiertas siempre y cuando constituyan una prestación cubierta.		
<b>Prestaciones hospitalarias para pacientes hospitalizados</b>			

## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Resumen de prestaciones para los jubilados con derecho a Medicare (inscritos en las partes A y B de Medicare)			
	Plan de tipo HMO Kaiser Permanente Senior Advantage	Plan HMO Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group	Plan para jubilados fuera del área Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group
Deshabitación del alcoholismo, drogadicción y otras toxicomanías	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de salud mental <i>De acuerdo con lo exigido por la ley, la cobertura incluye el tratamiento de enfermedades mentales graves de adultos y de trastornos psíquicos graves.</i>	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención médica	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Cirugía reparadora	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Atención de rehabilitación <i>Incluida la fisioterapia, la terapia ocupacional y la foniatría</i>	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Centro especializado en enfermería <i>Hasta 100 días consecutivos desde el</i>	Sin cargo	Sin cargo hasta 100 días	Sin cargo hasta 100 días

## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Resumen de prestaciones para los jubilados con derecho a Medicare (inscritos en las partes A y B de Medicare)			
	Plan de tipo HMO Kaiser Permanente Senior Advantage	Plan HMO Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group	Plan para jubilados fuera del área Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group
<i>primer tratamiento por incapacidad</i>			
<b>Prestaciones ambulatorias</b>			
Deshabitación del alcoholismo, drogadicción y otras toxicomanías	Copago de 5 \$ por cada consulta individual Copago de 2 \$ por cada consulta grupal	Copago de 5 \$	Copago de 5 \$
Ambulancia	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Equipos médicos permanentes	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de salud mental <i>De acuerdo con lo exigido por la ley, la cobertura incluye el tratamiento de enfermedades mentales graves de adultos y de trastornos psíquicos graves</i>	Copago de 5 \$ por cada consulta individual Copago de 2 \$ por cada consulta grupal	Copago de 5 \$	Copago de 5 \$
Servicios de cirugía oral <i>No dentales</i>	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo



## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Resumen de prestaciones para los jubilados con derecho a Medicare (inscritos en las partes A y B de Medicare)			
	Plan de tipo HMO Kaiser Permanente Senior Advantage	Plan HMO Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group	Plan para jubilados fuera del área Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group
Terapia ambulatoria de rehabilitación médica en centros de cirugía ambulatoria o centros participantes independientes	Copago de 5 \$	Sin cargo	Sin cargo
Cirugía ambulatoria en centros de cirugía ambulatoria o centros participantes independientes	Copago de 5 \$	Sin cargo	Sin cargo
Evaluaciones periódicas del estado de salud <i>Servicios médicos, de laboratorio, radiología y otros recomendados por la academia americana de pediatría (AAP), el comité asesor de prácticas de inmunización y el grupo de trabajo de servicios preventivos de los Estados Unidos que hayan sido autorizados por el médico de atención primaria del paciente</i>	Copago de 5 \$	Sin cargo	Sin cargo
Consultas al médico	Copago de 5 \$	Copago de 5 \$	

## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Resumen de prestaciones para los jubilados con derecho a Medicare (inscritos en las partes A y B de Medicare)			
	Plan de tipo HMO Kaiser Permanente Senior Advantage	Plan HMO Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group	Plan para jubilados fuera del área Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group
			Copago de 5 \$
<p>Consulta de atención ginecológica</p> <p><i>Incluye citologías vaginales realizadas por un médico de atención primaria o un obstetra/ginecólogo de Primary Medical Group y las remisiones por parte de Primary Medical Group para la realización de mamografías de acuerdo con las recomendaciones del grupo de trabajo de los EE. UU. en materia de servicios preventivos</i></p>	Copago de 5 \$	Sin cargo	Sin cargo
<b>Medicamentos de venta con receta</b>			
Oficina de farmacia: medicamentos genéricos	Copago de 5 \$ Para un suministro de existencias hasta 100 días	Copago de 5 \$ Para un suministro de existencias hasta 30 días	Copago de 10 \$ Para un suministro de existencias hasta 30 días
Oficina de farmacia: medicamentos de marca	Copago de 15 \$	Copago de 15 \$	Copago de 20 \$

## ARTÍCULO 2: RESUMEN DE PRESTACIONES

Resumen de prestaciones para los jubilados con derecho a Medicare (inscritos en las partes A y B de Medicare)			
	Plan de tipo HMO Kaiser Permanente Senior Advantage	Plan HMO Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group	Plan para jubilados fuera del área Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group
	Para un suministro de existencias hasta 100 días	Para un suministro de existencias hasta 30 días	Para un suministro de existencias hasta 30 días
Venta por correspondencia: medicamentos genéricos	Copago de 5 \$ Para un suministro de existencias hasta 100 días	Copago de 10 \$ Para un suministro de existencias hasta 30 días	Copago de 20 \$ Para un suministro de existencias hasta 90 días
Venta por correspondencia: medicamentos de marca	Copago de 15 \$ Para un suministro de existencias hasta 100 días	Copago de 30 \$ Para un suministro de existencias hasta 30 días	Copago de 40 \$ Para un suministro de existencias hasta 90 días

## **ARTICLE 3: REQUISITOS DE IDONEIDAD E INSCRIPCIÓN**

---

Los requisitos de idoneidad e inscripción que se describen en este artículo se aplican a los participantes que comenzaron a recibir una prestación del Southern California IBEW-NECA Pension Plan a partir del 1 de abril de 2017. Si desea obtener información sobre los requisitos previos de idoneidad, consulte las versiones anteriores de la Descripción resumida del plan.

### **3.1 Idoneidad para recibir cobertura**

Los jubilados no se inscribirán automáticamente en el plan de salud para jubilados. En caso de que cumplan los requisitos de idoneidad de este plan, también deberán rellenar una solicitud, entregar el paquete de inscripción cubierto y abonar la prima médica mensual. Para obtener más información sobre los requisitos de inscripción, consulte el artículo 3.3: Inscripción para la obtención de cobertura en la página 20.

#### **3.1.1 Prejubilados**

Prejubilados que hayan cumplido cincuenta y seis (56) años a los cuales se les conceda una prestación de jubilación anticipada sin reducciones del plan de prestaciones definido del Southern California IBEW-NECA y que hayan trabajado como mínimo cuarenta y cuatro mil quinientas (44 500) horas en el marco de un convenio laboral colectivo que exija la realización de contribuciones a este plan destinadas al plan de salud para jubilados (incluidas las horas abonadas al fondo de salud mediante reciprocidad), de las cuales diez mil quinientas (10 500) horas deben haber sido trabajadas en siete (7) de los diez (10) años inmediatamente anteriores a la fecha original de entrada en vigor de la pensión.

#### **3.1.2 Jubilados normales**

En el caso de los jubilados normales que se jubilen a partir de los 62 años en virtud del Southern California IBEW-NECA Pension Trust Fund, se limitará el derecho a cobertura del plan de salud para jubilados a aquellos que tengan al menos diez (10) años de servicio abonados en el plan de pensión y que hayan acumulado diez mil quinientas (10 500) horas para el fondo de salud en el marco de un convenio laboral colectivo que exija la realización de contribuciones al plan de salud para jubilados (incluidas las horas abonadas al fondo de salud mediante reciprocidad) en siete (7) de los diez (10) años inmediatamente anteriores a la fecha original de entrada en vigor de la pensión.

#### **3.1.3 Inscripciones aplazadas**

Las personas que se hayan jubilado en virtud del Southern California IBEW-NECA Pension Plan y que reúnan todos los requisitos de idoneidad del plan de salud para jubilados podrán aplazar su inscripción en dicho plan hasta que se agote la última de las coberturas de las que disfrutaban, ya sea la reserva del banco de horas o la cobertura en virtud de la COBRA en el marco del plan para empleados en activo. Si la persona en cuestión falleciese durante este aplazamiento de la inscripción autorizado, su cónyuge podrá inscribirse en el plan de salud para jubilados antes de que se agote la reserva del banco de horas o la cobertura en virtud de la COBRA en el marco del plan para empleados en activo.

## ARTÍCULO 3: REQUISITOS DE IDONEIDAD E INSCRIPCIÓN

---

### 3.1.4 Prestaciones por incapacidad total o parcial

Las prestaciones por incapacidad total o parcial y el abono de las horas de incapacidad para tener derecho a la cobertura del plan de salud para jubilados no estarán disponibles para aquellas personas que se jubilen a partir del 1 de abril de 2017. En esta fecha dejaron de estar en vigor los requisitos iniciales de idoneidad para recibir las prestaciones del plan de salud para jubilados a través del convenio del sector de mantenimiento tras la jubilación.

**NOTA:** Previa petición, tiene a su disposición la información sobre los anteriores requisitos de idoneidad para la inscripción inicial de los jubilados incapacitados.

### 3.2 Cobertura de familiares (cónyuge con derecho a cobertura)

El cónyuge es el único familiar con derecho a cobertura en virtud de las prestaciones plan de salud para jubilados. Para que el cónyuge pueda tener derecho a cobertura, la pareja debe estar casada legalmente en la fecha de expedición del primer cheque con la pensión del Southern California IBEW-NECA Pension Plan.

En el plan de salud para jubilados, los hijos (biológicos, adoptados, hijastros u otros) no se considerarán familiares con derecho cobertura.

La pareja deberá seleccionar la misma opción de cobertura. Por ejemplo, si el jubilado elige el plan de tipo HMO de Kaiser Permanente, su cónyuge también se deberá inscribir en el plan de tipo HMO de Kaiser Permanente. En ese sentido, si el jubilado no tiene derecho a la cobertura de Medicare, pero su cónyuge sí, el cónyuge estará cubierto por el plan Kaiser Permanente Senior Advantage.

En caso de que el jubilado rechace la cobertura para su cónyuge cuando se inscriba en la cobertura del plan de salud para jubilados, más adelante no podrá añadir a ese mismo cónyuge a la cobertura de su plan. La única excepción a esta norma es que el cónyuge conserve sus derechos especiales de inscripción en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de los Estados Unidos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), de acuerdo con lo que se detalla en el artículo 3.3.1: Plazo de solicitud de 30 días.)

El plazo de inscripción en el plan de salud para jubilados es de 30 días tras la última ocurrencia de las siguientes circunstancias:

1. Reunir por primera vez los requisitos de idoneidad para recibir la cobertura del plan de salud para jubilados.
2. Recibir una prestación de jubilación del Southern California IBEW-NECA Pension Plan.
3. Agotar toda la cobertura de la reserva del banco de horas en el marco del plan para empleados en activo.
4. Agotar toda la cobertura en virtud de la COBRA en el marco del plan para empleados en activo.
5. Derechos especiales de inscripción en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de los Estados Unidos (véase el artículo 3.3.2: Derechos especiales de

## ARTÍCULO 3: REQUISITOS DE IDONEIDAD E INSCRIPCIÓN

---

inscripción en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de los Estados Unidos).

En caso de que no se inscriba en la cobertura del plan de salud para jubilados en el plazo aplicable previamente indicado, perderá para siempre el derecho a escoger una cobertura del plan de salud para jubilados. (Véase el artículo 3.3: Inscripción para la obtención de cobertura.)

Si el cónyuge es un participante jubilado con derecho a las prestaciones del plan de salud para jubilados, este dejará de tener la consideración de familiar con derecho a recibir prestaciones en virtud de la cobertura del jubilado.

### 3.2.1 Divorcio, separación legal o anulación

El cónyuge dejará de tener la consideración de familiar con derecho a cobertura del plan de salud para jubilados. La cobertura del cónyuge finaliza el primer día del mes siguiente a la fecha de formalización del divorcio, separación legal o anulación.

Dado que será necesario devolver todas las prestaciones no autorizadas que haya recibido un cónyuge sin derecho a ellas, el jubilado deberá notificar lo antes posible el divorcio, la separación legal o la anulación a la oficina administrativa. Para obtener más información sobre la cobertura de continuación en virtud de la COBRA, véase el artículo 9.1: Cobertura de continuación en virtud de la COBRA en la página 51.

### 3.2.2 Nuevas nupcias tras la jubilación

En caso de que el jubilado se vuelva a casar después de jubilarse, deberá ponerse en contacto con la oficina administrativa y facilitar una prueba por escrito del matrimonio (p. ej., un certificado de matrimonio), a más tardar al final del segundo mes natural tras la fecha de celebración del matrimonio. La cobertura del nuevo cónyuge comenzará el primer día del mes siguiente a la inscripción.

**Por ejemplo, si un jubilado se vuelve a casar en enero de 2018, podrá inscribir a su nuevo cónyuge hasta el 31 de marzo de 2018. La cobertura en virtud del plan de salud para jubilados del cónyuge comenzará el 1 de abril de 2018.**

### 3.2.3 Idoneidad tras el fallecimiento del jubilado

Tras el fallecimiento del jubilado, el cónyuge superviviente inscrito puede continuar recibiendo cobertura del plan de salud para jubilados.

En caso de que el jubilado hubiera aplazado la cobertura del plan de salud para jubilados porque disponía de una cobertura del plan de salud de empleados en activo, cuando se agote la cobertura de la reserva del banco de horas o se inscriba en la cobertura en virtud de la COBRA, el cónyuge superviviente podrá inscribirse en la cobertura del plan de salud para jubilados a más tardar cuando se agote la cobertura de la reserva del banco de horas o finalice la cobertura en virtud de la COBRA.

## ARTÍCULO 3: REQUISITOS DE IDONEIDAD E INSCRIPCIÓN

---

### 3.3 Inscripción para la obtención de cobertura

La obtención de cobertura del plan de salud para jubilados no es automática. La solicitud de cobertura en virtud del plan de salud para jubilados y de las prestaciones de jubilación son dos procesos independientes.

Normalmente, la solicitud del Cálculo de horas del plan de salud/Plan de salud para jubilados se envía por correo tras la notificación de la solicitud del jubilado para obtener las prestaciones de jubilación en virtud del Southern California IBEW-NECA Pension Plan.

Una vez entregada la solicitud del Cálculo de horas del plan de salud/Plan de salud para jubilados en la oficina administrativa, si el jubilado tiene derecho a recibir las prestaciones del plan para la salud de jubilados, la oficina administrativa le enviará el paquete de inscripción para dicho plan. En caso de que no entregue el paquete de inscripción, la oficina administrativa le enviará un recordatorio por carta certificada. Si opta por no participar en el plan de salud para jubilados, deberá realizar una declaración afirmativa marcando la casilla de rechazo de la cobertura. **En caso de que la oficina administrativa no reciba los formularios de inscripción del jubilado en un plazo de 30 días desde la fecha de envío del recordatorio por carta certificada, este perderá para siempre el derecho a escoger la cobertura del plan de salud para jubilados.** Se supondrá que el jubilado rechaza participar en el plan de salud para jubilados.

El jubilado deberá asegurarse de que la oficina administrativa reciba la documentación de inscripción en el plazo aplicable previamente indicado. El plan no se hace responsable de los retrasos en el envío de la solicitud a la oficina administrativa.

En cuanto la oficina administrativa reciba el paquete de inscripción válido debidamente cubierto, el jubilado comenzará a disfrutar de las prestaciones del plan de salud para jubilados el primer día del mes siguiente. La cobertura para el cónyuge con derecho a esta comenzará en la misma fecha.

**Por ejemplo, si se recibe un paquete de inscripción válido y debidamente cubierto el 15 de enero, la cobertura para el jubilado y su cónyuge con derecho a cobertura comenzará el 1 de febrero.**

#### 3.3.1 Plazo de solicitud de 30 días

El plazo de inscripción en el plan de salud para jubilados es de 30 días tras la última ocurrencia de las siguientes circunstancias:

1. Reunir por primera vez los requisitos de idoneidad para recibir la cobertura del plan de salud para jubilados.
2. Recibir una prestación de jubilación del Southern California IBEW-NECA Pension Plan.
3. Agotar toda la cobertura de la reserva del banco de horas en el marco del plan para empleados en activo.
4. Agotar toda la cobertura en virtud de la COBRA en el marco del plan para empleados en activo.
5. Derechos especiales de inscripción en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de los Estados Unidos (véase el artículo 3.3.2 Derechos especiales de

## ARTÍCULO 3: REQUISITOS DE IDONEIDAD E INSCRIPCIÓN

---

inscripción en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de los Estados Unidos).

**En caso de que no se inscriba en la cobertura del plan de salud para jubilados en el plazo aplicable previamente indicado, perderá para siempre el derecho a escoger una cobertura del plan de salud para jubilados.** (Véase el artículo 3.3: Inscripción para la obtención de cobertura.)

### 3.3.2 Derechos especiales de inscripción en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de los Estados Unidos

La única excepción para el plazo de 30 días de la inscripción inicial que se detalla en el artículo 3.3.1: Plazo de solicitud de 30 días se produce cuando el jubilado o su cónyuge aplazan la aplicación de la cobertura del plan de salud para jubilados porque disponen de otra cobertura sanitaria. Este constituye de un derecho especial de inscripción que se exige en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), y solo se aplica durante la inscripción inicial del jubilado y su cónyuge para recibir la cobertura del plan de salud para jubilados.

El jubilado deberá avisar por escrito a la oficina administrativa de su decisión de aplazar su inscripción en el plan de salud para jubilados debido a que ya dispone de otra cobertura sanitaria. La oficina administrativa debe recibir dicho aviso por escrito antes de que termine el plazo de solicitud de 30 días indicado (artículo 3.3.1: Plazo de solicitud de 30 días), ya que, de lo contrario, el jubilado perderá sus derechos especiales de inscripción en virtud de la HIPAA.

Cuando finalice la otra cobertura sanitaria, el jubilado deberá inscribirse en la cobertura del plan de salud para jubilados en un plazo de 30 días desde la pérdida de la otra cobertura sanitaria. En ese momento, deberá presentar una prueba por escrito sobre la otra cobertura, su duración y su fecha de finalización. De no inscribirse en el plazo de 30 días, el jubilado perderá sus derechos especiales de inscripción en virtud de la HIPAA, así como la capacidad de escoger una cobertura del plan de salud para jubilados.

### 3.3.3 Prima de pago por cuenta propia

Previa petición, la oficina administrativa puede facilitar una tabla en la que se indica el importe de la prima de pago por cuenta propia mensual del plan de salud para jubilados correspondiente para cada una de las opciones de plan de salud para jubilados.

Existen dos formas de abonar la prima de pago por cuenta propia mensual:

1. deducción de la prestación mensual del Southern California IBEW-NECA Pension Plan (la oficina administrativa facilitará un formulario de autorización que se deberá cubrir y firmar);
2. pago mensual abonado directamente al Southern California IBEW-NECA Health Plan.

La prima mensual de pago por cuenta propia deberá recibirse antes del día 15 del mes anterior (es decir, el pago de la prima del mes de enero deberá abonarse antes del 15 de diciembre). No se



## ARTÍCULO 3: REQUISITOS DE IDONEIDAD E INSCRIPCIÓN

---

concederá ninguna cobertura hasta que se reciba la prima de pago por cuenta propia del mes correspondiente.

Normalmente, el importe de la prima mensual de pago por cuenta propia se ajusta de forma anual y entra en vigor el día 1 de enero. El jubilado recibirá una notificación como mínimo con 60 días de antelación antes de que se produzca cualquier cambio en las primas o, en general, en la inscripción abierta (normalmente se producen durante los meses de noviembre y diciembre, y los cambios en el plan entran en vigor el día 1 de enero). El importe del pago por cuenta propia se basa en que el jubilado pague una parte de la prima del plan de tipo HMO o el costo de la prestación del plan.

El consejo de fideicomisarios se reserva el derecho a cambiar la prima mensual de pago por cuenta propia en cualquier momento.

### 3.4 Medicare

El jubilado y su cónyuge con derecho a cobertura deberán inscribirse en las partes A y B de Medicare cuando cumplan los 65 años o tengan derecho a cobertura en virtud de Medicare independientemente de su edad.

El jubilado y su cónyuge no se deberán inscribir en la cobertura de la parte D (para medicamentos de venta con receta) de Medicare. Al inscribirse en la parte D de Medicare, se extinguirá la cobertura del plan de salud para jubilados y el jubilado no se podrá volver a inscribir en ella. El actuario del plan de salud ha determinado que las prestaciones de medicamentos de venta sin receta que se ofrecen a través del plan de salud para jubilados son iguales o superiores a las prestaciones de la parte D de Medicare.

#### 3.4.1 Asignación de Medicare a los planes de tipo HMO

El jubilado y su cónyuge con derecho a cobertura deberán asignar sus respectivas prestaciones en virtud de las partes A y B de Medicare al plan de riesgo Medicare. No se deberán inscribir en otros planes de riesgo Medicare. **La inscripción en otro plan de riesgo Medicare provocará la extinción de las prestaciones del plan de salud para jubilados.**

### 3.5 Coordinación de prestaciones con otro plan de salud para jubilados

Antes de tener derecho a la cobertura de Medicare, si el jubilado tiene derecho a cobertura en virtud de más de un plan de salud para jubilados, se considerará que su plan del seguro médico principal será aquel en el que haya estado cubierto durante más tiempo como empleado jubilado. En caso de que el Southern California IBEW-NECA Retiree Health Plan sea un plan secundario, las prestaciones se pagarán después de las del plan principal, cuando corresponda.

Las normas de Medicare no permiten que un jubilado con derecho a Medicare esté inscrito en dos planes de salud (además de Medicare). Para obtener más información, véase el artículo 3.7.3: Cancelaciones de doble en la página 25.

## **ARTÍCULO 3: REQUISITOS DE IDONEIDAD E INSCRIPCIÓN**

---

### **3.6 Vuelta a un empleo cubierto**

Cuando el jubilado vuelva a desempeñar un empleo cubierto, de acuerdo con la definición del Southern California IBEW-NECA Pension Plan, se cancelará la cobertura del plan de salud para jubilados del jubilado y su cónyuge y se suspenderá la prestación de jubilación (en parte o en su totalidad).

La cancelación de la cobertura del plan de salud para jubilados se hará efectiva el último día del mes anterior al mes en que se haya suspendido cualquier parte de su pensión.

Cuando, posteriormente, finalice un empleo cubierto, el jubilado deberá volverse a inscribir en la cobertura del plan de salud para jubilados en un plazo de 30 días con posterioridad a lo siguiente:

1. la fecha del siguiente cheque de la pensión;
2. la fecha de finalización de la cobertura del plan de salud para empleados en activo;
3. la fecha de finalización de la cobertura de continuación en virtud de la COBRA del plan de salud para empleados en activo.

El jubilado deberá volverse a inscribir en la cobertura del plan de salud para jubilados en el plazo previamente indicado.

Para volverse a inscribir en una cobertura del plan de salud para jubilados, deberá seguirse el procedimiento de inscripción que se especifica en el artículo 3.3: Inscripción para la obtención de cobertura que comienza en la página 20.

Al volverse a inscribir en una cobertura del plan de salud para jubilados, las prestaciones de dicho plan comenzarán con posterioridad a algunos de los siguientes momentos:

1. la fecha del siguiente cheque de la pensión;
2. el día después de la extinción de la cobertura del plan de salud para empleados en activo;
3. el día después de la extinción de la cobertura de continuación en virtud de la COBRA del plan de salud para empleados en activo.

### **3.7 Extinción y cancelación de una cobertura**

#### **3.7.1 Extinción voluntaria de una cobertura**

El jubilado puede finalizar su cobertura en virtud del plan de salud para jubilados enviando una solicitud por escrito a la oficina administrativa.

El jubilado puede finalizar la cobertura del plan de salud para jubilados de su cónyuge enviando una solicitud por escrito a la oficina administrativa. El jubilado y su cónyuge deberán firmar el aviso por escrito y dichas firmas deberán otorgarse ante notario.

## ARTÍCULO 3: REQUISITOS DE IDONEIDAD E INSCRIPCIÓN

---

Cuando la oficina administrativa reciba la solicitud de finalización, la extinción de la cobertura entrará en vigor el último día del mes siguiente.

**Por ejemplo, si la oficina administrativa recibe la solicitud el 15 de mayo, la cobertura finalizará el 30 de junio.**

Una vez finalizada la cobertura del plan de salud para jubilados del jubilado y su cónyuge, la persona cuya cobertura se haya extinguido no se podrá volver a inscribir en la cobertura de dicho plan.

Si un jubilado decide finalizar su cobertura del plan de salud para jubilados, también se extinguirá la cobertura de su cónyuge.

### 3.7.2 Empleo eléctrico no cubierto

En su artículo 1, sección 16, el Southern California IBEW-NECA Pension Plan define el empleo eléctrico no cubierto como «cualquier tipo de trabajo que se realice:

- (a) en la jurisdicción de cualquier sindicato cuyos miembros sean participantes del Southern California IBEW-NECA Pension Plan o en la jurisdicción de cualquier otro sindicato local de la Hermandad internacional de trabajadores eléctricos (IBEW) que cuente con un plan relacionado;
- (b) a partir del 1 de octubre de 1987, y a partir de la fecha en que el participante pase a ser un participante activo en el Southern California IBEW-NECA Pension Plan;
- (c) en calidad de empleado, supervisor, empresario individual, cargo directivo, director, socio o propietario de una sociedad;
- (d) para una entidad o como empresario individual, socio o propietario que preste sus servicios en el mismo sector, oficio o industria cubiertos por el plan; y
- (e) que no esté sujeto a un convenio laboral colectivo celebrado entre el sindicato y un empresario patrocinado por un capítulo local de la NECA o un sindicato local afiliado de la IBEW en el cual se exija la realización de contribuciones al Southern California IBEW-NECA Pension Plan o a otro plan similar o relacionado.
- (f) No se considerarán empleos eléctricos no cubiertos aquellos empleos no sujetos a un convenio laboral colectivo para los cuales el empresario haya firmado un convenio laboral colectivo con el sindicato o con un sindicato local afiliado de la IBEW.
- (g) Se considerará como empleo eléctrico no cubierto todos los trabajos o empleos que comiencen a partir del 1 de marzo de 2005 en el marco de programas de instrucción en materia de electricidad, programas de formación en electricidad u otro tipo de instrucción impartida en puntos de venta diferentes al programa de formación patrocinado por IBEW-NECA. En caso de que un participante intervenga en los anteriores trabajos o empleos que se especifican en la subsección (g) a partir del 1 de marzo de 2005, quedarán en suspensión todas las prestaciones

## ARTÍCULO 3: REQUISITOS DE IDONEIDAD E INSCRIPCIÓN

---

que el participante haya acumulado a partir de dicha fecha hasta que este alcance la edad normal de jubilación.

(h) Esta subsección se añade como enmienda correctora de reforma de acuerdo con el procedimiento tributario 2005-23. A partir del 1 de junio de 2004, todas las disposiciones del Southern California IBEW-NECA Pension Plan que exijan la suspensión de las prestaciones de prejubilación hasta alcanzar la edad normal de jubilación o aquellas relacionadas con el incumplimiento de los requisitos para optar a las prestaciones de prejubilación debido a un empleo eléctrico no cubierto solamente se aplicarán a las prestaciones acumuladas a partir del 1 de octubre de 1987. En virtud de esta subsección, las disposiciones recogidas en el artículo 9, sección 9.7, del Southern California IBEW-NECA en las cuales se establece la suspensión mensual de las prestaciones para empleos sujetos a suspensión, incluidos, entre otros, los empleos eléctricos no cubiertos, continuarán aplicándose a todas las acumulaciones de prestaciones y a los pagos correctores. Se adoptará una enmienda correctora diferente e independiente con respecto al «empleo sujeto a suspensión».

A efectos del plan de salud para jubilados, si una persona participa en un empleo eléctrico no cubierto después de haber reunido por primera vez los requisitos para recibir cobertura en virtud del plan de salud para empleados en activo o mientras esté cubierta por el plan de salud para jubilados, esta perderá sus derechos de cobertura del plan de salud para jubilados (de haberla, tanto continuada como en el futuro).

En caso de que, posteriormente, consiga un mínimo de cinco (5) años de servicio abonados en virtud del Southern California IBEW-NECA Pension Plan después de la fecha de inicio del empleo eléctrico no cubierto, dicha persona podrá volver a tener derecho a la cobertura del plan de salud para jubilados. Sin embargo, si vuelve a desempeñar un empleo eléctrico no cubierto después de haber vuelto a tener derecho a la cobertura del plan de salud para jubilados, **perderá sus derechos de idoneidad permanentemente y no podrá volver a escoger una cobertura del plan de salud para jubilados.**

En caso de que se extinga la cobertura del plan de salud para jubilados debido a un empleo eléctrico no cubierto, se ofrecerá al jubilado y al cónyuge que reúna los requisitos una cobertura no subvencionada en virtud de la COBRA y derechos de conversión en la medida que lo exija la legislación aplicable.

### 3.7.3 Cancelaciones de doble cobertura

Las normas de Medicare no permiten que un jubilado con derecho a Medicare se inscriba en dos planes de salud de riesgo de Medicare. Esta restricción también se aplica cuando el jubilado está cubierto por dos planes de salud que cuentan con las mismas opciones de prestaciones. Por ejemplo:

- **Dispone de cobertura como participante en el plan de salud para jubilados y selecciona el plan de tipo HMO de Kaiser Permanente; Y**
- **Dispone de cobertura para familiares en la cobertura sanitaria del cónyuge y selecciona el plan de tipo HMO de Kaiser Permanente.**

Si el jubilado dispone de cobertura en virtud de dos planes de salud de riesgo de Medicare, se le aconsejará que cancele la cobertura de uno de ellos.

## ARTÍCULO 3: REQUISITOS DE IDONEIDAD E INSCRIPCIÓN

---

En caso de que el jubilado cancele la cobertura del plan de salud para jubilados porque recibió un aviso de doble cobertura, podrá inscribirse más adelante en la cobertura del plan de salud para jubilados cuando finalice la cobertura del otro plan de salud.

El jubilado deberá inscribirse en la cobertura del plan de salud para jubilados en un plazo de 30 días desde la fecha de finalización de la cobertura del otro plan de salud. En el momento de volverse a inscribir, deberá facilitar la documentación por escrito que demuestre lo siguiente:

1. la cancelación de la cobertura del plan de salud para jubilados por un aviso de doble cobertura;
2. la finalización de la cobertura del otro plan de salud;
3. la existencia de una cobertura ininterrumpida en virtud del otro plan de salud desde la fecha de cancelación de la cobertura del plan de salud para jubilados.

En caso de que no complete esta reinscripción en el plan de salud para jubilados en un plazo de 30 días desde el final de la otra cobertura, perderá para siempre la capacidad de inscribirse en la cobertura del plan de salud para jubilados.

### 3.7.4 Otras extinciones

- El consejo de fideicomisarios puede cambiar, modificar, reducir o extinguir el plan de salud para jubilados en cualquier momento.
- La cobertura del cónyuge se extinguirá si este deja de ajustarse a la definición de familiar con derecho a cobertura en virtud del plan de salud para jubilados.
- La cobertura de salud para jubilados de todos aquellos jubilados a los que el Southern California IBEW-NECA Pension Plan haya denegado o suspendido en parte o en su totalidad una prestación mensual de jubilación (por ejemplo, por el proceso de verificación anual) se cancelará a partir del primer día del mes siguiente al mes en el que el plan de pensión envíe el aviso de suspensión por escrito al jubilado. Salvo que se disponga lo contrario en el plan, el jubilado volverá a tener derecho a la cobertura del plan de salud para jubilados el siguiente mes que el fondo de la pensión le envíe su cheque con la pensión.

## ARTICLE 4: COBERTURA MÉDICA

---

En este artículo se resumen las opciones del plan del seguro médico disponibles para los participantes en el plan de salud para jubilados.

Como participante en el plan de salud para jubilados, puede seleccionar alguno de los siguientes planes del seguro médico:

- Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente;
- Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group (HMO);
- Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group: plan para jubilados fuera del área (solo disponible si el jubilado vive fuera de las zonas de servicio del plan de tipo HMO).

Para obtener información detallada sobre las prestaciones, exclusiones y limitaciones de los planes de Kaiser Permanente y UnitedHealthcare, póngase en contacto con Kaiser Permanente o UnitedHealthcare o consulte la Evidencia de cobertura facilitada por Kaiser Permanente o UnitedHealthcare. La Evidencia de cobertura está disponible de forma gratuita en la oficina administrativa o en el sitio web [www.scibew-neca.org](http://www.scibew-neca.org). Asimismo, consulte el Article 2: Resumen de prestaciones a partir de la página 4.

### 4.1 Periodo de inscripción abierta

El periodo anual de inscripción abierta para el plan de salud para jubilados comprende los meses de noviembre a diciembre. Durante dicho periodo, el jubilado puede cambiar de plan del seguro médico. Por ejemplo, si en ese momento el jubilado está inscrito en el plan de tipo HMO de Kaiser Permanente, podrá cambiar al de tipo HMO de UnitedHealthcare.

Los cambios de plan que se efectúen durante el periodo de inscripción abierta entrarán en vigor el día 1 de enero.

Todos los años, el jubilado recibirá un aviso de la oficina administrativa con información sobre el periodo anual de inscripción abierta correspondiente. Si se realiza algún cambio, recibirá una confirmación por escrito de dicha modificación.

### 4.2 Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente

El plan de tipo HMO de Kaiser Permanente incluye los proveedores que emplea Kaiser Permanente. Normalmente, los centros son propiedad de Kaiser Permanente. Para poder tener derecho a las prestaciones, el jubilado deberá utilizar los centros y los proveedores de Kaiser Permanente.

Para los participantes que eligen el plan de tipo HMO de Kaiser Permanente, se ofrecen los siguientes planes:

## ARTÍCULO 4: COBERTURA MÉDICA

---

- Los participantes menores de 65 años estarán cubiertos por el plan de tipo HMO de Kaiser Permanente y dispondrán de cobertura para medicamentos de venta con receta a través de dicho HMO.
- Los participantes a partir de 65 años estarán cubiertos por el plan de tipo HMO Kaiser Permanente Senior Advantage y dispondrán de cobertura para los medicamentos de venta con receta a través del plan de medicamentos de venta con receta Kaiser Permanente Senior Advantage.

Para tener derecho a cobertura a través del plan de tipo HMO de Kaiser Permanente, el código postal del domicilio del jubilado debe pertenecer al área de servicio de Kaiser Permanente. Para averiguar si su domicilio se encuentra dentro del área de servicio de Kaiser Permanente, llame al **(800) 464-4000** o visite [healthy.kaiserpermanente.org](http://healthy.kaiserpermanente.org).

### 4.2.1 Kaiser Permanente en línea

Kaiser Permanente en línea ([healthy.kaiserpermanente.org](http://healthy.kaiserpermanente.org)) es un sitio interactivo y confidencial que ofrece servicios prácticos, información instantánea y consejos personalizados de los profesionales de la atención sanitaria.

Entre los servicios disponibles se encuentran los siguientes:

- solicitud de citas;
- consulta con farmacéuticos;
- participación en debates en línea;
- localización de los centros de Kaiser Permanente;
- búsqueda de clases sobre educación sanitaria;
- obtención de una evaluación de salud personalizada.

### 4.3 Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare

El plan de tipo HMO de UnitedHealthcare incluye una red de centros y proveedores independientes que UnitedHealthcare contrata para ofrecer servicios médicos a los participantes con derecho a cobertura. Para poder tener derecho a las prestaciones, es necesario utilizar los proveedores y centros contratados dentro la red de UnitedHealthcare del plan de salud para jubilados.

Para los participantes que eligen el plan de tipo HMO de UnitedHealthcare, se ofrecen los siguientes planes:

- Los participantes menores de 65 años estarán cubiertos por el plan de tipo HMO de UnitedHealthcare y dispondrán de cobertura para los medicamentos de venta con receta a través del programa de uso obligatorio de medicamentos genéricos de venta con receta (para

## ARTÍCULO 4: COBERTURA MÉDICA

---

más información, véase el Article 5: Plan de uso obligatorio de medicamentos genéricos de venta con receta en la página 30).

- Los participantes a partir de 65 años estarán cubiertos por el plan Medicare Advantage (HMO) de UnitedHealthcare® Group y dispondrán de cobertura para medicamentos de venta con receta a través del plan de medicamentos de venta con receta Secure Horizons de UnitedHealthcare.

Para tener derecho a cobertura a través del HMO de UnitedHealthcare, es necesario que el domicilio del jubilado se encuentre en un radio de 30 millas del grupo médico al que pertenezca su médico de atención primaria. Para averiguar si su domicilio se encuentra dentro del área de servicio de UnitedHealthcare, llame al **(800) 624-8822** o visite ***healthy.kaiserpermanente.org***.

### 4.3.1 UnitedHealthcare en línea

UnitedHealthcare en línea (***www.myuhc.com***) ofrece información y ayuda de gran utilidad e incluye lo siguiente:

- búsqueda de un proveedor;
- impresión de tarjetas de identificación para los miembros;
- información del servicio de atención al cliente y respuestas a las preguntas sobre atención sanitaria;
- enlaces útiles a otros recursos en línea sobre la salud.

### 4.4 Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group: plan para jubilados fuera del área

En caso de que el jubilado viva fuera de las áreas de servicio de Kaiser Permanente y UnitedHealthcare, tendrá derecho a cobertura a través del plan para jubilados fuera del área de Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group. Las prestaciones se ofrecen a través de un convenio asegurado con UnitedHealthcare.

Los participantes inscritos en el plan para jubilados fuera del área recibirán sus prestaciones de medicamentos de venta con receta a través del plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group.

Para obtener información completa y detallada sobre las prestaciones, exclusiones y limitaciones del plan para jubilados fuera del área, consulte la Evidencia de cobertura facilitada por UnitedHealthcare. La Evidencia de cobertura está disponible de forma gratuita en la oficina administrativa o en el sitio web ***www.scibew-neca.org***.



## **ARTICLE 5: PLAN DE USO OBLIGATORIO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE VENTA CON RECETA**

---

Los siguientes participantes en el plan de salud para jubilados tendrán derecho a una cobertura para medicamentos de venta con receta a través del plan de uso obligatorio de medicamentos genéricos de venta con receta:

- participantes menores de 65 años que estén cubiertos por el plan de tipo HMO de UnitedHealthcare;
- participantes eximidos del plan suplementario de Medicare.

Los participantes a partir de 65 años con cobertura de los planes de tipo HMO de Kaiser Permanente o UnitedHealthcare recibirán sus prestaciones para medicamentos de venta con receta a través de sus respectivos proveedores del plan de tipo HMO, mientras que los participantes en el plan para jubilados fuera del área, estarán cubiertos por UnitedHealthcare.

### **5.1 Requisitos de equivalente genérico**

En virtud del plan de uso obligatorio de medicamentos genéricos de venta con receta, siempre que sea posible deberán adquirirse equivalentes genéricos.

En caso de que el jubilado o su médico soliciten un medicamento de marca en lugar de su equivalente genérico, el jubilado deberá pagar la diferencia de costo entre el equivalente genérico y el medicamento de marca, además del copago que sea de aplicación.

### **5.2 Adquisición de medicamentos**

El plan permite retirar existencias de medicamentos para treinta (30) días o, en el caso de los medicamentos de mantenimiento, hasta cien (100) días.

Los medicamentos se pueden obtener a través de:

- una oficina de farmacia;
- el servicio de entrega a domicilio de Citizens Rx.

Si los medicamentos se adquieren en una farmacia de la red o a través del servicio de entrega a domicilio de Citizens Rx, se aplicará el copago que corresponda.

Si los medicamentos se adquieren en una farmacia que no pertenezca a la red, deberá abonarse el costo integral de los medicamentos en el momento de la compra. Para obtener más información, véase el artículo 5.5: Reembolsos por la adquisición de medicamentos en farmacias que no formen parte de la red que comienza en la página 32.

## ARTÍCULO 5: PLAN DE USO OBLIGATORIO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE VENTA CON RECETA

### 5.3 Copagos en las oficinas de farmacia de la red

Copagos en las oficinas de farmacia de la red			
Suministro de existencias para 30 días		Medicamentos de mantenimiento (existencias para 100 días)	
Medicamentos genéricos	Medicamentos de marca	Medicamentos genéricos	Medicamentos de marca
Copago de 0 \$	Copago de 10 \$	Copago de 0 \$	Copago de 20 \$

Tiene a su disposición el listado con las cadenas de farmacias de la red situadas en California en el artículo 5.9: Lista parcial de cadenas de farmacias del estado de California que forman parte de la red en la página 36.

### 5.4 Entrega a domicilio de Citizens Rx (venta por correspondencia)

El servicio de entrega a domicilio de Citizens Rx constituye una forma práctica y sencilla de obtener los medicamentos de mantenimiento (suministro de existencias hasta 100 días). Deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

- Es necesario presentar la receta utilizando el sobre preimpreso que previamente habrá enviado Citizens Rx.
- El copago se puede abonar mediante cheque, giro postal o tarjeta de crédito. Los participantes que reúnan los requisitos también pueden usar los fondos de sus respectivas cuentas del convenio de reembolso de gastos médicos para abonar el copago (véase la página 37 para obtener más información).
- Para entregas normales, los gastos de envío postal son gratuitos.
- Una vez recibido el pedido, la medicación se entregará en el domicilio indicado en un plazo de siete (7) días laborables.
- Para obtener más información sobre cómo encargar un reabastecimiento de medicamentos en línea, vaya a la página ([www.citizensrx.com](http://www.citizensrx.com)) o llame al **(888) 545-1120**.

El servicio de entrega a domicilio de Citizens Rx solo está disponible para los medicamentos de mantenimiento.

## ARTÍCULO 5: PLAN DE USO OBLIGATORIO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE VENTA CON RECETA

### 5.4.1 Copagos del servicio de entrega a domicilio de Citizens Rx

Copagos del servicio de entrega a domicilio de Citizens Rx		
Suministro de existencias para 30 días	Medicamentos de mantenimiento (existencias para 100 días)	
La entrega a domicilio solamente está disponible para medicamentos de mantenimiento (existencias para 100 días)	Medicamentos genéricos	Medicamentos de marca
	Copago de 0 \$	Copago de 20 \$

### 5.5 Reembolsos por la adquisición de medicamentos en farmacias que no formen parte de la red

Para adquirir los medicamentos, se recomienda utilizar las farmacias de la red o el servicio de entrega a domicilio de Citizens Rx. Sin embargo, el plan de salud para jubilados le reembolsará un pequeño importe por los medicamentos adquiridos en farmacias que no formen parte de la red. Esta política está prevista para situaciones de emergencia (p. ej., viajes fuera del lugar de residencia). Con esto, se pueden obtener existencias para 30 días.

Los formularios de solicitud para farmacias que no formen parte de la red están disponibles en la oficina administrativa o en el sitio web [www.scibew-neca.org](http://www.scibew-neca.org). El jubilado deberá cubrir una parte del formulario de solicitud y la farmacia, el resto del formulario.

Los formularios de solicitud debidamente cubiertos deberán enviarse por correo a:

Citizens Rx  
1144 Lake Street  
Oak Park, Illinois, 60301, EE. UU.  
4th Floor

Normalmente, las solicitudes se suelen tramitar en un plazo de treinta (30) días desde la fecha de recepción. El reembolso se basará en una fórmula limitada: menos de un copago de 5 \$ para cada receta de genéricos y de un copago de 15 \$ para cada receta de medicamentos de marca.

La solicitud deberá presentarse en un plazo de 15 meses desde la fecha de adquisición del medicamento.

### 5.6 Prestaciones cubiertas

El plan de uso obligatorio de medicamentos genéricos de venta con receta comprende los siguientes servicios y materiales:

## ARTÍCULO 5: PLAN DE USO OBLIGATORIO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE VENTA CON RECETA

---

1. Medicamentos de venta con receta conforme a la legislación federal: todos aquellos principios activos que contengan la siguiente advertencia: «*Caution: Federal law prohibits dispensing without a prescription*» (Advertencia: la legislación federal prohíbe adquirir este producto sin receta médica).
2. Medicamentos de venta con receta conforme a la legislación estatal: todos aquellos principios activos que solo se puedan adquirir con receta médica de acuerdo con la legislación estatal.
3. Anticonceptivos orales de venta con receta conforme a la legislación federal:
4. productos anticonceptivos incluidos, entre otros, diafragmas, capuchones cervicales, inyecciones anticonceptivas de Depo-Provera™ y parches anticonceptivos Ortho-Evra™.
5. Bolsas y cámaras de inhalación (p. ej., Aerochamber™, Aerochamber™ con mascarilla, Easivent™, Inspirsease™, EZ-Spacer™, Optichamber™, Optihaler™, Ellipse™).
6. Juegos para la prevención de los choques anafilácticos, incluidos, entre otros, Epi-Pen™, Epi-Pen Jr.™, Ana-Kits™, Ana-Kit Jr.™, Glucagon™, juegos de emergencia Glucagon Emergency Kit™ y Ana-Guard™.
7. Compuestos que contengan al menos un principio que exija su venta con receta conforme a la legislación federal y estatal.
8. Soluciones salinas normales para inhalación e irrigación.
9. Vitaminas prenatales con receta.
10. Inyectables (véase también el apartado «Exclusiones» para obtener información sobre las excepciones).

Los siguientes artículos de venta sin receta también estarán cubiertos cuando hayan sido recetados por escrito por un médico y despachados por un farmacéutico colegiado:

1. insulina, jeringas y agujas para insulina;
2. tiras reactivas para glucemia;
3. tiras reactivas para glucosuria;
4. bisturís estériles;
5. plumas Novolin™, plumas Humulin™, plumas precargadas, agujas para plumas y cartuchos.

# ARTÍCULO 5: PLAN DE USO OBLIGATORIO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE VENTA CON RECETA

---

## 5.7 Limitaciones

Los siguientes artículos están cubiertos por una prestación sujeta a las limitaciones que se especifican a continuación:

1. En el caso de los medicamentos recetados para el tratamiento de la disfunción eréctil (incluidos, entre otros, Viagra™, Cialis™ y Levitra™), se cubrirán como máximo ocho (8) pastillas para un suministro de existencias de 30 días.
2. Los fármacos aversivos contra el tabaquismo recetados por escrito por parte de un médico estarán sujetos a las siguientes limitaciones:
  - a. suministro de existencias para noventa (90) días al año como máximo;
  - b. suministro de existencias para menos de 180 días durante toda la vida.

Esta limitación se aplica a los fármacos aversivos contra el tabaquismo adquiridos tanto en farmacias como a través del servicio de entrega a domicilio de Citizens Rx. Le recomendamos que hable con su médico para elaborar un plan de tratamiento. Existen múltiples productos que pueden ayudarle a dejar de fumar, entre los que se incluyen:

- a. parches de nicotina;
  - b. chicles de nicotina;
  - c. aerosoles nasales de nicotina (con receta);
  - d. inhaladores de nicotina (con receta);
  - e. comprimidos de nicotina para chupar;
  - f. Zyban™ (Bupropion) (con receta).
3. Juegos y píldoras del día después (es decir, Preven™, Plan B™), limitadas a un total de dos (2) por persona cada trescientos sesenta y cinco (365) días.

## 5.8 Exclusiones

No estarán cubiertos los siguientes artículos:

4. Medicamentos por los que no se cobra ninguna cantidad que se facilitan en virtud de un seguro de accidentes de trabajo u otras prestaciones similares, o para los cuales el reembolso se realiza por parte de cualquier agencia federal, estatal u otras de carácter gubernamental.

## ARTÍCULO 5: PLAN DE USO OBLIGATORIO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE VENTA CON RECETA

---

5. Medicamentos disponibles sin receta (especialidades farmacéuticas publicitarias) o medicamentos de venta con receta para los que exista un equivalente de venta sin receta disponible, incluso aunque los solicite un médico a través de una receta, salvo cuando se trate de prestaciones cubiertas.
6. Medicamentos contra la esterilidad.
7. Anorexígenos o medicamentos inhibidores del apetito para la pérdida de peso.
8. Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual (salvo los destinados al tratamiento de la disfunción eréctil como Viagra™, Cialis™ y Levitra™).
9. Medicamentos que deberá tomar el miembro con derecho a prestaciones, o que se le deberán administrar, mientras esté ingresado en un hospital, una clínica particular (solo en centros especializados de enfermería), una residencia de ancianos, un sanatorio, etc.
10. Medicamentos utilizados para fines cosméticos (p. ej., Renova™, Rogaine™, Vaniqa™, Penlac™, pigmentadores y despigmentadores).
11. Dispositivos médicos, aparatos o dispositivos terapéuticos incluidas jeringas y agujas hipodérmicas (salvo las jeringas de insulina), prendas de compresión y otras sustancias no medicinales (a menos que estén cubiertas).
12. Medicamentos o medicinas adquiridas y recibidas antes de la fecha de entrada en vigor de la inscripción en el plan o tras la extinción del plan del miembro.
13. Medicamentos o medicinas adquiridas o administradas al miembro por parte de un médico prescriptor o del personal a su cargo. Por ejemplo, los medicamentos administrados, inyectados o despachados por un médico. Sin embargo, sí estarán cubiertos los inyectables adquiridos en una farmacia.
14. Las medicinas recetadas para indicaciones experimentales u otras no autorizadas por la Food and Drug Administration (FDA), salvo que hayan sido recetadas de un modo que resulte coherente con alguna indicación específica del manual *Drug Information for the Health Care Professional*, publicado por la Convención de la Farmacopea de los Estados Unidos, o de la edición de dicho libro publicada por la American Hospital Formulary Services; medicinas limitadas por la legislación para usos de investigación.
15. Todos los medicamentos homeopáticos.
16. Fármacos en dosis unitarias (a menos que solo estén disponibles como dosis unitarias).
17. Vitaminas (que no sean vitaminas prenatales con receta).
18. Productos relacionados con la salud dental (p. ej., fluoruro tópico y oral con receta, Peridex™, Atridox™, Periostat™).

## ARTÍCULO 5: PLAN DE USO OBLIGATORIO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE VENTA CON RECETA

---

19. Solicitudes de medicamentos de venta con receta presentadas quince (15) meses después de la fecha en que se adquirió el medicamento.
20. Suero biológico.
21. Sangre y plasma sanguíneo.

### 5.9 Lista parcial de cadenas de farmacias del estado de California que forman parte de la red

Para obtener un listado actualizado de las farmacias de todo el país, visite [www.citizensrx.com](http://www.citizensrx.com) o llame al (888) 545-1120.

A continuación, se recoge un listado de muestra con las farmacias que forman parte de la red situadas en el estado de California en el momento en que se imprimió este documento:

- Albertsons;
- Costco;
- CVS (incluidas Target Pharmacy y Longs);
- Horton and Converse;
- K-Mart Pharmacies;
- Medicine Shoppe;
- Pavilions Pharmacies;
- Raley's Super Stores;
- Ralphs;
- Rite Aid;
- Safeway Pharmacy;
- Save Mart Supermarkets;
- Sav-On Pharmacy Drugs;
- Shopko Stores;
- Vons/Pavilions Pharmacies;
- Walgreens.

## ARTICLE 6: PRESTACIONES ADICIONALES

---

### 6.1 Convenio de reembolso de gastos médicos

El convenio de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA) del Southern California IBEW-NECA Health Plan ofrece a los participantes que reúnan los requisitos una fuente de contribuciones antes de impuestos con la que pagar los gastos médicos admisibles.

En el marco de un convenio laboral colectivo (o de otro tipo) que exija la realización de contribuciones al convenio de reembolso de gastos médicos, el empresario deberá abonar en nombre del empleado las contribuciones antes de impuestos a la cuenta del HRA del empleado. Estos fondos antes de impuestos se pueden utilizar para pagar los gastos médicos admisibles del participante y los familiares con derecho a cobertura.

Cuando el empleado se jubile y comience la cobertura del plan de salud para jubilados, este seguirá teniendo acceso a los fondos de su cuenta del HRA siempre y cuando mantenga la cobertura de dicho plan.

Las contribuciones del HRA constituyen activos del fondo de fideicomiso. Puede utilizar los fondos de su cuenta del HRA para abonar los gastos médicos admisibles, pero no se le otorgará ninguna contribución realizada en su cuenta del HRA. Además, el consejo de fideicomisarios conserva el derecho a cambiar las normas del HRA o extinguir las prestaciones de dicho convenio.

#### 6.1.1 Gastos admisibles

Los fondos de la cuenta del HRA se pueden utilizar en nombre del jubilado y su cónyuge cubierto para abonar los gastos médicos admisibles. Los gastos admisibles se definen en el artículo 213 del Código de Rentas Internas de EE. UU. Entre los gastos médicos admisibles se incluyen los siguientes:

1. primas de pago por cuenta propia del plan de salud para jubilados;
2. prima de cobertura en virtud de la COBRA;
3. copagos, seguros de copartícipe y cantidades deducibles;
4. gastos que superen los límites de los planes médicos, hospitalarios, dentales u ópticos;
5. medicamentos de venta sin receta prescritos por un médico;
6. gastos dentales, incluidas las ortodoncias;
7. gastos de atención oftalmológica, incluidos los exámenes oftalmológicos, las gafas y las lentes de contacto;
8. gastos de transporte relacionados con la atención médica;
9. prótesis auditivas;



## ARTÍCULO 6: PRESTACIONES ADICIONALES

---

10. atención quiropráctica;
11. acupuntura;
12. equipos médicos permanentes;
13. muletas; y
14. servicios ortopédicos.

Ejemplos de gastos no admisibles:

1. servicios cosméticos, incluidos los trasplantes capilares;
2. programas de pérdida de peso, a menos que sean necesarios por razones médicas;
3. tarifas de gimnasios, a menos que sea necesario utilizarlos por razones médicas;
4. gastos que se reembolsen o estén sujetos a reembolso por otros medios como pólizas de seguro, un empresario, Medicare o cualquier otro programa sanitario del gobierno;
5. gastos médicos en procedimientos experimentales o que no sean necesarios por razones médicas;
6. gastos reclamados en la declaración de la renta;
7. gastos en los que se haya incurrido fuera del plazo permisible para las solicitudes (véase el artículo 6.1.3: Periodos aplicables para las solicitudes del HRA).

### 6.1.2 Uso de los fondos de la cuenta del HRA

Hay cuatro (4) formas de utilizar los fondos de la cuenta del HRA:

- **Tarjeta de débito.** Todos los participantes con derecho a cobertura según el HRA recibirán una tarjeta de débito que podrán utilizar para abonar los gastos médicos admisibles. Esta deberá utilizarse en el momento de realizar la compra, la cual se pagará con los fondos disponibles de la cuenta del HRA. La tarjeta no se puede utilizar para gastos no admisibles.
- **Portal en línea (pagos).** En caso de que se vayan a recibir próximamente facturas médicas, incluida la prima de pago por cuenta propia del plan de salud para jubilados, podrá enviarse la factura a través del portal en línea del HRA ([scibewneca.lh1ondemand.com](http://scibewneca.lh1ondemand.com)) y solicitar que se efectúe el pago al proveedor. En dicho pago se deberá abonar el importe total de la factura. No está permitido realizar pagos parciales.

En caso de que no se dispongan de fondos suficientes en la cuenta del HRA para pagar una factura médica, podrá pagarse la factura de su propio bolsillo y, posteriormente, solicitar un reembolso parcial. En caso de que se vayan a realizar más adelante contribuciones adicionales

## ARTÍCULO 6: PRESTACIONES ADICIONALES

---

de fondos a una cuenta del HRA, podrá volverse a presentar la solicitud para obtener un reembolso adicional.

- **Portal en línea (reembolsos).** Es posible solicitar un reembolso integral o parcial de una cuenta del HRA. Para ello, es necesario presentar el recibo asociado a un gasto médico admisible a través del portal en línea del convenio de reembolso de gastos médicos ([scibewneca.lh1ondemand.com](http://scibewneca.lh1ondemand.com)) y recibirá un cheque de reembolso con el importe de los fondos disponibles en la cuenta del HRA.
- **Presentación de solicitudes en papel.** También se puede enviar una solicitud en papel para pedir un reembolso de una cuenta del HRA. El formulario de solicitud de reembolsos del HRA está disponible en [www.coastbenefits.com](http://www.coastbenefits.com). El formulario de solicitud cubierto deberá enviarse junto con los recibos por correo postal o fax a la siguiente dirección:

Coast Benefits  
3444 Camino del Rio North, Suite 101  
San Diego, California, 92108, EE. UU.  
Teléfono gratuito: (844) 739-7956  
Fax gratuito: (877) 501-1015

Junto con el formulario de solicitud de reembolso del HRA, deberá incluirse la documentación justificativa que describa los gastos y que demuestre que el jubilado o su cónyuge los ha abonado. La documentación justificativa puede incluir lo que sigue:

1. Una factura detallada que describa los servicios prestados, la persona a la que se prestaron, la fecha del servicio y la cantidad cobrada.
2. Una explicación de beneficios (EOB).
3. Un recibo que sirva como prueba de pago.

Las solicitudes del HRA no se deben enviar a la oficina administrativa. Coast Benefits, un administrador externo de prestaciones del HRA, se encarga de tramitar las solicitudes del convenio de reembolso de gastos médicos.

No se pueden solicitar pagos ni cheques de reembolso por un importe inferior a 25 \$. Se pueden presentar solicitudes con un valor inferior a 25 \$, pero no se tramitará su reembolso hasta que se hayan presentado otras solicitudes que en total sumen, como mínimo, 25 \$.

Para pagar los gastos médicos admisibles de menos de 25 \$, se puede utilizar la tarjeta de débito.

## **ARTÍCULO 6: PRESTACIONES ADICIONALES**

---

### **6.1.3 Periodos aplicables para las solicitudes del HRA**

El jubilado no podrá utilizar los fondos de su cuenta del HRA para abonar los gastos médicos en los que haya incurrido este o su cónyuge con derecho a cobertura:

- antes del 1 de septiembre de 2017 (fecha de entrada en vigor del HRA);
- durante algún periodo en el que no estuviera cubierto por el plan de salud para empleados en activo (incluida la cobertura en virtud de la COBRA) o el plan de salud para jubilados;
- antes de la fecha en que se realizó la contribución inicial al HRA.

Cuando finalice la cobertura del plan de salud para empleados en activo, el jubilado puede utilizar los fondos de su cuenta del HRA para pagar las primas de cobertura en virtud de la COBRA o las primas de pago por cuenta propia del plan de salud para jubilados.

### **6.1.4 Derechos del cónyuge**

Cuando el cónyuge deje de considerarse como familiar con derecho a cobertura (por un divorcio u otros motivos), perderá todos los derechos de reembolso en virtud del HRA y no podrá acceder a los fondos de la cuenta del HRA del jubilado.

Si el jubilado fallece mientras está cubierto por el plan de salud para jubilados, el cónyuge con cobertura continuará teniendo acceso a los fondos de la cuenta del HRA mientras siga estando cubierto por el plan de salud para jubilados.

### **6.1.5 Confiscación**

Los fondos de la cuenta del HRA se confiscarán de forma permanente en caso de que se produzca alguna de las siguientes circunstancias:

1. La cobertura del plan de salud para jubilados se termina debido a que el jubilado ha desempeñado un empleo eléctrico no cubierto (véase el artículo 3.7.2: Empleo eléctrico no cubierto en la página 24);
2. El jubilado es propietario de una empresa en la industria eléctrica que no ha firmado el convenio laboral colectivo de un sindicato local de IBEW de la jurisdicción del trabajo.
3. El jubilado fallece sin disponer de cónyuge con derecho a cobertura.
4. El jubilado no está cubierto por el plan de salud para empleados en activo o el plan de salud para jubilados durante un periodo de 60 meses consecutivos como mínimo.

## **6.2 Servicios de asistencia y defensa de MedExpert**

Los servicios de asistencia y defensa de MedExpert permiten aprovechar al máximo las prestaciones del plan de salud para jubilados. MedExpert ejerce de enlace entre el jubilado o su cónyuge y un proveedor médico o de otro tipo.

## ARTÍCULO 6: PRESTACIONES ADICIONALES

---

Los servicios de MedExpert complementan las prestaciones del plan de salud para jubilados durante todas las etapas del proceso de atención sanitaria y permiten lo siguiente:

- localizar a los mejores proveedores de atención sanitaria dentro de los parámetros del plan;
- ponerse en contacto con los servicios existentes, tales como la coordinación asistencial, la atención médica integral, los programas de bienestar, los servicios comunitarios sanitarios, los programas de asistencia al empleado y otros servicios;
- transferir historiales clínicos;
- obtener ayuda para comprender y resolver las solicitudes de prestaciones del seguro y otros problemas.

MedExpert no:

- sustituye la cobertura del seguro de salud;
- ofrece atención médica o tratamientos recomendados;
- desempeña las principales funciones del proveedor del plan de prestaciones.

Los representantes de MedExpert pueden ponerse en contacto con el jubilado o con su cónyuge para ofrecerles ayuda con los servicios previamente mencionados. Se agradece la colaboración y la ayuda por parte del jubilado.

Puede ponerse en contacto con MedExpert llamando al **(800) 999-1999**.

### 6.3 Prestación por fallecimiento del jubilado asegurado

**El jubilado deberá presentar un formulario de designación de beneficiarios ante la oficina administrativa para asegurarse de que sus beneficiarios recibirán la prestación por fallecimiento del asegurado que se describe en esta sección.**

Los jubilados inscritos y con derecho a cobertura que se hayan jubilado en el marco del Southern California IBEW-NECA Pension Plan a partir del 1 de junio de 1981 disponen de una prestación autofinanciada por fallecimiento del jubilado asegurado. En virtud de esta prestación, cuando el jubilado fallezca, sus beneficiarios supervivientes recibirán un pago único.

#### 6.3.1 Beneficiarios

Los beneficiarios son las personas designadas por el jubilado para recibir los frutos de la prestación por fallecimiento del asegurado tras su deceso. El jubilado puede seleccionar uno o más beneficiarios.

#### 6.3.2 Importe de la cobertura

La máxima cantidad pagadera por parte del fondo son 1000 \$.

## ARTÍCULO 6: PRESTACIONES ADICIONALES

---

### 6.3.3 Pago

La prestación por fallecimiento del asegurado se abonará en un pago único.

Para modificar los beneficiarios, deberá presentarse un formulario de designación de beneficiarios en la oficina administrativa. Dicho formulario está disponible previa petición en la oficina administrativa y en el sitio web [www.scibew-neca.org](http://www.scibew-neca.org).

En caso de que se produzca un cambio en el estado civil del jubilado, deberá sopesarse la posibilidad de presentar un nuevo formulario de designación de beneficiarios para garantizar que los archivos de la oficina administrativa tengan registrados a los beneficiarios deseados.

En caso de que se realice el pago de una prestación por fallecimiento del jubilado asegurado antes de que la oficina administrativa reciba el nuevo formulario de designación de beneficiarios, el plan no tendrá que volver a pagar dicha prestación.

Si el jubilado nombra a más de un beneficiario, la prestación por fallecimiento del jubilado asegurado se repartirá a partes iguales entre todos ellos a menos que se indique lo contrario en el formulario de designación de beneficiarios.

En caso de que el beneficiario haya fallecido en el momento del pago, se prorratará la parte que le corresponda y esta se abonará a los beneficiarios supérstites tomando como base la misma proporción existente antes del deceso del beneficiario.

Si no se nombra a ningún beneficiario o si no queda ninguno de los beneficiarios con vida cuando fallezca el jubilado, la prestación por fallecimiento del jubilado asegurado se abonará de acuerdo con el siguiente orden de prioridad:

1. cónyuge supérstite;
2. descendientes supérstites, de forma equitativa;
3. progenitores, de forma equitativa, o progenitor supérstite en caso de que ninguno de los anteriores siga con vida;
4. albaceas testamentarios o administradores.

## **ARTICLE 7: PLAN SUPLEMENTARIO DE MEDICARE ANTES DEL 1 DE ENERO DE 2016**

---

Los participantes que comenzaron a disponer de cobertura en virtud del plan de salud para jubilados antes del 1 de enero de 2016 tienen derecho a escoger su cobertura en virtud del plan suplementario de Medicare.

**Esta cobertura no está disponible para los jubilados y sus cónyuges con derecho a cobertura que hayan comenzado a disfrutar de la cobertura del plan de salud para jubilados a partir del 1 de enero de 2016.**

Este plan suplementario de Medicare abona las cantidades deducibles anuales de Medicare y, para el 20 % de cantidades deducibles que no están cubiertas por Medicare, realizará un reembolso anual de 2500 \$ como máximo en virtud del plan. El máximo de 2500 \$ se aplica por separado a cada participante y a su cónyuge con derecho a cobertura. Los participantes que estén cubiertos por el plan suplementario de Medicare tienen derecho a recibir las prestaciones de medicamentos de venta con receta a través del plan de uso obligatorio de medicamentos genéricos de venta con receta.

Para presentar una solicitud de reembolso en virtud del plan suplementario de Medicare, deberá utilizarse el formulario de solicitud disponible en la oficina administrativa o a través de Coast Benefits. El formulario de solicitud deberá enviarse a la siguiente dirección:

**IBEW-NECA Claims Administration  
Coast Benefits, Inc.  
3444 Camino Del Rio North, Suite 100  
San Diego, California, 92108, EE. UU.  
Teléfono (800) 886-7559 o (619) 280-2009**

Una vez recibido el formulario de solicitud debidamente cubierto, Coast Benefits tramitará la solicitud y extenderá el reembolso correspondiente dentro del plazo establecido por los reglamentos federales aplicables. Para obtener más información al respecto, consulte el artículo 10.3: Normas sobre solicitudes y recursos de apelación.

## **ARTICLE 8: PRESTACIONES PARA JUBILADOS CON UNA INCAPACIDAD CON FECHA DEL 1 DE ABRIL DE 2017**

---

Las prestaciones por incapacidad total o parcial y el abono de las horas de incapacidad para tener derecho a la cobertura del plan de salud para jubilados no estarán disponibles para aquellas personas que se jubilen a partir del 1 de abril de 2017.

Los pensionistas menores de 65 años con una incapacidad que comenzaron a disfrutar de la cobertura del plan de salud para jubilados antes del 1 de abril de 2017 tendrán derecho a las siguientes prestaciones adicionales:

- prestaciones dentales;
- prestaciones ópticas.

### **8.1 Prestaciones dentales**

Los pensionistas menores de 65 años con una incapacidad que se hayan jubilado antes del 1 de abril de 2017 pueden elegir alguno de los siguientes planes dentales:

- Plan de seguro de United Concordia (PPO)
- Plan de seguro dental de CIGNA (DHMO)
- Plan de seguro dental de DeltaCare USA (DHMO)
- Plan de seguro dental de United Concordia (DHMO)

### **8.2 Comparación de las prestaciones dentales**

Con el presente resumen de prestaciones, exclusiones y limitaciones, así como de otras disposiciones relacionadas con las prestaciones dentales, no se pretende sustituir la Evidencia de cobertura ni el Plan de prestaciones correspondiente. Consulte la Evidencia de cobertura y el Documento de divulgación para obtener una descripción completa de las prestaciones dentales a las que tiene derecho, así como información sobre las exclusiones y limitaciones aplicables. En caso de que exista alguna contradicción entre la información que se resume en este apartado y el Certificado de seguro o el Plan de prestaciones, prevalecerán estos dos últimos.

## ARTÍCULO 8: PRESTACIONES PARA JUBILADOS CON UNA INCAPACIDAD CON FECHA DEL 1 DE ABRIL DE 2017

Nombre del proveedor de servicios dentales	United Concordia	Cigna	DeltaCare	United Concordia
Tipo de plan	PPO	DHMO	DHMO	DHMO
Servicio de atención al cliente	(800) 332-0366	(800) CIGNA-24	(800) 422-4234	(866) 357-3304
Dirección del sitio web	unitedconcordia.com	cigna.com	deltadentalins.com	unitedconcordia.com
Dirección para la presentación de solicitudes <i>Solo es aplicable para el plan de tipo PPO</i>	P.O. Box 69421, Harrisburg, Pensilvania, Estados Unidos. 17106-9421			
Descripción	COPAGO DEL MIEMBRO			
Red	Dentro de la red/ Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Cantidad deducible anual				
Por persona	0 \$/25 \$	N/A	N/A	N/A
Por familia	0 \$/75 \$	N/A	N/A	N/A
Máximo anual <i>Excepto para diagnóstico y medicina preventiva</i>				
Por persona	5000 \$/5000 \$	N/A	N/A	N/A
Por familia	N/A	N/A	N/A	N/A
Diagnóstico/medicina preventiva <i>Rayos X, exámenes, limpiezas</i>	0 %/0 %, más facturación del saldo	0 \$	0 \$	0 \$
Servicios básicos <i>Empastes, selladores dentales, cirugía oral, endodoncias</i>	5 %/20 %, más facturación del saldo	0 \$-430 \$	0 \$-220 \$	0 \$ - 140 \$ (para empastes blancos)
Servicios destacados <i>Coronas y moldes, dentaduras postizas, puentes e implantes</i>	25 %/50 %, más facturación del saldo Solo implantes: 25 %/25 %, más facturación del saldo	12 \$-725 \$	0 \$-195 \$, sin cobertura para implantes	0 \$ (para coronas y puentes metálicos). Los dentistas pertenecientes a la red pueden cobrar un complemento de 125 \$ en concepto de uso de metales preciosos (alto contenido en metales nobles) o semipreciosos (metales nobles). Sin cobertura para implantes.
Servicios de urgencias <i>Examen de urgencia</i>	0 %/0 %, más facturación del saldo	0 \$-68 \$	5 \$	0 \$



## ARTÍCULO 8: PRESTACIONES PARA JUBILADOS CON UNA INCAPACIDAD CON FECHA DEL 1 DE ABRIL DE 2017

### 8.3 Prestaciones ópticas

Los pensionistas menores de 65 años con una incapacidad que se hayan jubilado antes del 1 de abril de 2017 tendrán derecho a distintas prestaciones ópticas en función de lo estipulado en sus respectivos planes del seguro médico:

- Las personas inscritas en el plan de tipo HMO de Kaiser Permanente disfrutarán de sus prestaciones ópticas a través de Kaiser Permanente.
- Las personas inscritas en el plan de UnitedHealthcare o de fuera del área disfrutarán de sus prestaciones ópticas a través de VSP (Vision Service Plan).

### 8.4 Copagos ópticos y Plan de prestaciones

Participantes en el plan de UnitedHealthcare y de fuera del área				
Prestación	Frecuencia (sobre la base de un servicio anual)	Copago	Cobertura de un médico de VSP	Reembolso fuera de la red
Examen	12 meses	5 \$	Cobertura total tras el copago.	Hasta 45 \$ de prestación
<b>Gafas graduadas:</b> si el jubilado selecciona lentes de contacto, tendrá derecho a una montura una vez transcurridos doce (12) meses desde la fecha en que se obtengan las lentes de contacto.				
Lentes	12 meses	10 \$ (lentes o montura)	Las lentes monofocales, así como las bifocales y trifocales con línea, están cubiertas por completo tras el copago.	Hasta 45 \$ de prestación para lentes monofocales  Hasta 65 \$ de prestación para lentes bifocales con línea  Hasta 85 \$ de prestación para lentes trifocales con línea
Montura facilitada por VSP	24 meses	10 \$ (lentes o montura)	Cobertura de hasta 120 \$ de prestación	Hasta 47 \$ de prestación
Lentes de contacto*	12 meses		Cobertura de hasta 105 \$ de prestación	Hasta 105 \$ de prestación
*La prestación se aplica al costo del examen para la utilización de lentes de contacto y las lentes de contacto. El jubilado se beneficiará de un ahorro del quince por ciento (15 %) sobre el precio del examen para la utilización de lentes de contacto realizado por un médico de VSP. Este examen es adicional al examen oftalmológico rutinario y tiene el objetivo de detectar posibles riesgos para la				

## **ARTÍCULO 8: PRESTACIONES PARA JUBILADOS CON UNA INCAPACIDAD CON FECHA DEL 1 DE ABRIL DE 2017**

---

*salud ocular asociados con una utilización o adaptación inadecuada de las lentes de contacto. El jubilado podrá obtener unas gafas normales (montura y lentes) doce (12) meses después de adquirir las lentes de contacto.*

## ARTÍCULO 8: PRESTACIONES PARA JUBILADOS CON UNA INCAPACIDAD CON FECHA DEL 1 DE ABRIL DE 2017

Kaiser Vision Plan	
Prestación óptica	Copago/prestación
Exámenes de refracción ocular para determinar la necesidad de corrección de la vista y recetar unas gafas	5 \$ por consulta
Lentes de gafas plásticas normales cada veinticuatro (24) meses	100 \$ de prestación*
Una montura para gafas cada veinticuatro (24) meses	
Lentes de contacto necesarias desde el punto de vista médico	Sin cargo
*Una prestación constituye el gasto total de un elemento cubierto por el seguro. Si el costo del elemento seleccionado supera la prestación, el jubilado deberá pagar la diferencia.	

### 8.5 Proveedores que no forman parte de la red

Si el jubilado dispone de prestaciones ópticas a través de VSP y no desea recurrir a los servicios de un médico que sea miembro de la red de VSP, puede acudir a cualquier otro proveedor de atención oftalmológica autorizado, abonar a dicho proveedor el importe total de sus honorarios y recibir el reembolso correspondiente por parte de VSP de acuerdo con el plan de reembolso que figura en el anterior «Plan de prestaciones». Para recibir el reembolso, el jubilado debe enviar la factura detallada a VSP en un plazo de seis (6) meses a partir de la fecha de prestación de los servicios. Además de presentar la factura detallada, deberá indicar el nombre, el número de teléfono, la dirección, el identificador de miembro y el nombre del grupo del participante cubierto por el seguro, y el nombre, la fecha de nacimiento, el número de teléfono y la dirección del paciente, así como su relación con el miembro cubierto por el seguro (por ejemplo, cónyuge, hijo, etc.). El jubilado deberá quedarse con una copia de la información y enviar los originales a la siguiente dirección:

VSP  
OON Claims  
P.O. Box 997105  
Sacramento, California, 95899-7105, Estados Unidos

### 8.6 Limitaciones del plan óptico

**Costos adicionales.** Este plan está concebido para cubrir las necesidades visuales del jubilado, no los materiales cosméticos. Si el jubilado selecciona alguno de los siguientes elementos, tendrá que asumir un costo adicional:

1. lentes bifocales sin línea;

## **ARTÍCULO 8: PRESTACIONES PARA JUBILADOS CON UNA INCAPACIDAD CON FECHA DEL 1 DE ABRIL DE 2017**

---

2. lentes de contacto (salvo las indicadas en otros apartados del presente documento);
3. lentes de grandes dimensiones;
4. lentes multifocales progresivas;
5. lentes fotocromáticas o lentes tintadas en colores distintos al rosa n.º 1 o n.º 2;
6. lentes con recubrimiento;
7. lentes laminadas;
8. monturas con un precio superior a la prestación del plan;
9. algunas limitaciones en la atención por debilidad visual;
10. lentes cosméticas;
11. procesos cosméticos opcionales;
12. lentes con protección UV.

**Elementos no cubiertos por el seguro.** El seguro no cubre los materiales o servicios profesionales relacionados con:

1. ortóptica o entrenamiento de la visión y cualquier prueba complementaria asociada;
2. lentes sin graduar;
3. dos (2) pares de gafas en lugar de unas bifocales;
4. las lentes y las monturas adquiridas en el marco de este programa que se pierdan o se rompan no serán sustituidas a menos que haya transcurrido el período de tiempo establecido y con sujeción a la disponibilidad de los servicios;
5. tratamiento ocular médico o quirúrgico;
6. cualquier examen ocular o gafas correctivas que exija un empresario como condición para el empleo;
7. servicios, tratamiento y materiales para la corrección de la visión de carácter experimental.

### **8.7 Quejas**

Si el jubilado tiene alguna queja en relación con el servicio de VSP o con el pago vinculado a una solicitud, deberá enviar una queja a VSP utilizando el formulario de quejas disponible en todas las

## **ARTÍCULO 8: PRESTACIONES PARA JUBILADOS CON UNA INCAPACIDAD CON FECHA DEL 1 DE ABRIL DE 2017**

---

consultas de los médicos de VSP o en la oficina administrativa. Puede llamar al número gratuito del departamento de atención al cliente de VSP, (800) 877-7195, de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora del Pacífico). El jubilado deberá enviar el formulario de queja a la siguiente dirección:

Vision Service Plan  
3333 Quality Drive  
Rancho Cordova, California, 95670-7985, Estados Unidos

## ARTICLE 9: LEYES FEDERALES RELEVANTES

---

### 9.1 Cobertura de continuación en virtud de la COBRA

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (normalmente conocida como COBRA) exige que este plan de salud para jubilados ofrezca al jubilado y a su cónyuge la oportunidad de continuar con la cobertura de continuación de atención sanitaria cuando exista un *evento calificado* que provoque la pérdida de cobertura en virtud del plan de salud para jubilados.

#### 9.1.1 Introducción

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 en su versión enmendada (normalmente conocida como COBRA) exige que esta oficina administrativa ofrezca al jubilado y a sus familiares con derecho a prestaciones la oportunidad de continuar con la cobertura de atención sanitaria con tasas grupales cuando finalice la cobertura de este plan debido a los denominados *eventos calificados*. La continuación de la cobertura en virtud de la COBRA es aplicable a las prestaciones de atención sanitaria (prestaciones médicas, dentales, ópticas y de medicamentos de venta con receta) que se exponen en la presente Descripción resumida del plan.

Las prestaciones sanitarias grupales del jubilado conforme a la COBRA serán las mismas de las que disfrutaba el día anterior a la fecha en que deje de beneficiarse de la cobertura del presente plan (la COBRA no es aplicable a las prestaciones del seguro de vida recogidas en la presente Descripción resumida del plan). El jubilado también debe recordar que todas las personas con derecho a cobertura en virtud de la COBRA a raíz de la pérdida de la cobertura grupal como consecuencia de un evento calificado tienen un derecho específico e independiente a elegir su propia cobertura. Por ejemplo, el cónyuge del jubilado u otro familiar cubierto por el seguro podría elegir la cobertura en virtud de la COBRA aunque el jubilado no lo haga.

**IMPORTANTE: Si decide continuar con la cobertura de atención sanitaria, tal como se explica más adelante, deberá abonar un pago mensual a la oficina administrativa dentro de los plazos que se establecen a continuación. La oficina administrativa no envía facturas por la cobertura en virtud de la COBRA. Es responsabilidad del jubilado realizar los pagos en virtud de la COBRA de forma puntual. Si no se realizan los pagos de forma puntual, finalizará la cobertura.**

De conformidad con la COBRA, el jubilado dispone de sesenta (60) días a partir de la fecha en que deje de disfrutar de cobertura como consecuencia de un evento calificado para informar a la oficina administrativa de que desea seleccionar la cobertura de continuación en virtud de la COBRA. Una vez que el jubilado recibe de la oficina administrativa el aviso de elección de cobertura en virtud de la COBRA, este dispondrá de sesenta (60) días para informar a la oficina administrativa de que elige la cobertura de continuación en virtud de dicha ley. Si no selecciona dicha cobertura en ese plazo de sesenta (60) días, perderá los derechos de beneficiario que cumple los requisitos para elegir la cobertura en virtud de la COBRA. El jubilado debe realizar el primer pago de la cobertura de continuación en virtud de la COBRA a la oficina administrativa en un plazo de cuarenta y cinco (45) días a partir del momento en que selecciona por primera vez esta cobertura. Si no se realiza el pago completo de la prima inicial de la cobertura en virtud de la COBRA en el plazo de cuarenta y cinco (45) días, la oficina administrativa pondrá fin a dicha cobertura y el jubilado no podrá recuperarla.

## ARTÍCULO 9: LEYES FEDERALES RELEVANTES

Al realizar el primer pago de la prima de la cobertura en virtud de la COBRA, el jubilado tendrá que abonar el importe correspondiente a todos los meses de cobertura que estén pendientes de pago al finalizar el mes en el que realiza el primer pago. Los siguientes pagos mensuales deberán realizarse el primer día de cada mes. La oficina administrativa pondrá fin a la cobertura en virtud de la COBRA por impago si no recibe el pago de la prima de dicha cobertura en un plazo de treinta (30) días tras la fecha en que debe realizarse el pago del mes en cuestión. Por ejemplo, el pago de la cobertura correspondiente al mes de enero debe realizarse el 1 de enero. Si la oficina administrativa no ha recibido el pago el día 30 de enero, pondrá fin a la cobertura de continuación en virtud de la COBRA. En este caso, no estaría cubierto el mes de enero ni otros meses en los cuales hayan podido estar disponibles las prestaciones de la cobertura en virtud de la COBRA.

El jubilado y su cónyuge deben leer este apartado con atención. En él se explican tanto sus derechos como sus obligaciones de conformidad con la COBRA. En caso de que les surja alguna duda, deben ponerse en contacto con la oficina administrativa. El número de teléfono y la dirección están impresas en la sección de información general de la Descripción resumida del plan, al principio del folleto.

### 9.1.2 Resumen: eventos calificados que confieren derecho a cobertura en virtud de la COBRA

Evento calificado	Familiares con derecho a cobertura	Duración del derecho a cobertura en virtud de la COBRA
Divorcio, anulación o separación legal	Excónyuge	De dieciocho (18) meses a un máximo de treinta y seis (36) meses
Fallecimiento	Cónyuge con cobertura	De dieciocho (18) meses a un máximo de treinta y seis (36) meses

### 9.1.3 Notificación

Los jubilados o sus cónyuges con derecho a cobertura tienen la responsabilidad de informar a la oficina administrativa sobre los divorcios o separaciones legales en un plazo de **sesenta (60) días a partir del evento calificado**. Si no notifican los divorcios o las separaciones legales a la oficina administrativa en un plazo de sesenta (60) días, el cónyuge afectado perderá el derecho a seleccionar la cobertura de continuación en virtud de la COBRA. Un evento calificado es el motivo por el cual un jubilado deja de tener derecho a cobertura en una de las situaciones previamente descritas, como el fallecimiento del jubilado. Otro ejemplo de evento calificado sería, para un cónyuge legítimo, el divorcio.

Cuando la oficina administrativa recibe la notificación de que se ha producido uno de estos eventos, esta informará a su vez al jubilado de que tiene derecho a seleccionar la cobertura de continuación en virtud de la COBRA. En este aviso también se especificará el pago mensual que debe abonar para continuar con la cobertura sanitaria. Con arreglo a la COBRA, el jubilado dispone de al menos sesenta (60) días a partir de la fecha en que dejaría de disfrutar de cobertura como consecuencia de uno de los

## **ARTÍCULO 9: LEYES FEDERALES RELEVANTES**

---

eventos calificados previamente especificados para informar a la oficina administrativa de que desea seleccionar la cobertura de continuación en virtud de dicha ley.

Si el jubilado decide no continuar con la cobertura o si no realiza el pago por cuenta propia obligatorio antes de la fecha límite aplicable, se pondrá fin a la cobertura en el marco de este plan. Si esto ocurre, el jubilado no podrá seleccionar más adelante la cobertura de continuación en virtud de la COBRA.

### **9.1.4 Prestaciones y duración de la cobertura**

Si el jubilado escoge la cobertura básica en virtud de la COBRA, se beneficiará de las mismas prestaciones hospitalarias, médicas o de medicamentos de venta con receta de las que disfrutaba con el plan el día antes de que se produjese el evento calificado que provocó la pérdida de cobertura conforme a la presente Descripción resumida del plan. Este período inicial de cobertura en virtud de la COBRA puede ampliarse hasta once (11) meses adicionales, lo cual daría como resultado un total de veintinueve (29) meses de cobertura, si la Administración del Seguro Social determina que un beneficiario que cumple los requisitos (ya sea el jubilado o su cónyuge) sufre una incapacidad en cualquier momento durante los primeros sesenta (60) días de la cobertura en virtud de la COBRA. Para que se aplique esta ampliación especial de once (11) meses, el beneficiario incapacitado que cumple los requisitos debe enviar la notificación correspondiente a la oficina administrativa en un plazo de sesenta (60) días a partir de la última de las siguientes fechas: la fecha en que la persona recibe el aviso inicial de la cobertura en virtud de la COBRA tras un evento calificado, la fecha en que la Seguridad Social determina que la persona está incapacitada, la fecha del evento calificado o la fecha en que el beneficiario que cumple los requisitos pierde (o perdería) la cobertura debido al evento calificado. En cualquier caso, deberá presentar la notificación sobre la incapacidad antes de que termine el período inicial de dieciocho (18) meses de cobertura en virtud de la COBRA en el que se haya producido la pérdida real de cobertura en virtud de este fondo de fideicomiso. Si se produce otro evento calificado durante el período inicial de dieciocho (18) meses (o el de veintinueve [29] meses) de cobertura en virtud de la COBRA, podría ampliarse el período máximo de esta cobertura hasta los treinta y seis (36) meses (máximo).

Si se produce otro evento calificado (como un divorcio, una separación legal o el fallecimiento del jubilado) durante el período de dieciocho (18) meses de cobertura en virtud de la COBRA (o durante el período de veintinueve [29] meses de esta cobertura, en caso de una ampliación por incapacidad), el cónyuge podrá tener derecho a una ampliación del período de cobertura en virtud de la COBRA de hasta un total de treinta y seis (36) meses (el período máximo de cobertura en virtud de la COBRA con arreglo a la legislación). El período total máximo de cobertura en virtud de la COBRA que se derive de un evento calificado inicial o relacionado no será en ningún caso superior a treinta y seis (36) meses.

### **9.1.5 Cancelación de la cobertura en virtud de la COBRA**

La cobertura en virtud de la COBRA terminará al finalizar el período de cobertura máximo aplicable conforme a esta ley o antes de que concluya dicho período si se da alguna de las circunstancias que se exponen a continuación.



## ARTÍCULO 9: LEYES FEDERALES RELEVANTES

---

1. El consejo de fideicomisarios pondrá fin a una determinada cobertura para todos los participantes del plan. Si la cobertura se modifica o elimina, las personas con cobertura en virtud de la COBRA solo tendrán derecho a elegir entre las opciones que se ofrecen a otros beneficiarios de coberturas distintas a la de la COBRA que se encuentran en una situación similar.

Por ejemplo, si los fideicomisarios ponen fin a un contrato de tipo HMO que cubre al jubilado en virtud de la COBRA y se ofrece otro seguro de tipo HMO a todos los demás participantes del plan que antes estaban inscritos en el seguro de tipo HMO cancelado, el empleado tendrá derecho a inscribirse en el plan de tipo HMO de sustitución.

2. El jubilado solicita la cancelación de la cobertura en virtud de la COBRA. Por lo general, si el jubilado solicita que se ponga fin a su cobertura, esta terminará el primer día del mes después de que transcurra un período de treinta (30) días a partir de la fecha en que la oficina administrativa recibe la solicitud por escrito de cancelar la cobertura en virtud de la COBRA. Por ejemplo, si la oficina administrativa recibiese la carta de cancelación el 15 de mayo, el período de treinta (30) días concluiría el 15 de junio y la cobertura en virtud de la COBRA finalizaría el 1 de julio. En este caso, el jubilado tendría que pagar el importe correspondiente al mes de junio de la cobertura en virtud de la COBRA.
3. La cobertura en virtud de la COBRA se cancela si su prima no se paga de forma puntual. La cancelación tendrá carácter retroactivo y se aplicará desde el principio del mes siguiente al último mes en que el jubilado pagó la prima de esta cobertura de forma puntual. Si el jubilado recibió prestaciones o servicios en el período posterior a la cancelación de la cobertura en virtud de la COBRA, tendrá que pagar a la aseguradora el importe correspondiente a las prestaciones o los servicios de los que disfrutó.
4. El beneficiario que cumple los requisitos pasará a estar cubierto, tras la fecha de elección, por otro fondo de fideicomiso grupal (como empleado o de otra forma), siempre que el otro fondo de fideicomiso no contenga ninguna exclusión ni limitación por alguna enfermedad preexistente que afecte a la cobertura del beneficiario que cumple los requisitos en el marco del nuevo fondo de fideicomiso. Cabe señalar que no es posible que a un beneficiario que cumple los requisitos se le niegue el derecho a elegir la cobertura en virtud de la COBRA por estar cubierto por otro fondo de fideicomiso grupal en la fecha en que seleccione la cobertura en virtud de la COBRA en el marco del presente plan o antes de dicha fecha.
5. El jubilado pasará a tener derecho a recibir prestaciones de Medicare tras la elección de la cobertura en virtud de la COBRA.
6. El jubilado deja de estar incapacitado. Si se determina que un beneficiario que cumple los requisitos deja de estar incapacitado en virtud de la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos antes de que finalice el período de cobertura máximo de veintinueve (29) meses, la cobertura en virtud de la COBRA podrá finalizar al inicio del primer mes que empiece más de treinta (30) días después de que se realice dicha determinación.

## ARTÍCULO 9: LEYES FEDERALES RELEVANTES

---

7. Los empresarios que firman el plan dejan de ofrecer las prestaciones de la cobertura sanitaria grupal a sus empleados.
8. El plan finaliza.

### 9.1.6 Cambio de dirección

El jubilado deberá ponerse en contacto con la oficina administrativa si cambia su dirección o la de su excónyuge.

## 9.2 Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) es una ley federal estadounidense que exige a este plan de salud que facilite determinada información al jubilado.

Uno de los objetivos de la HIPAA es ayudar a las familias a reducir las repercusiones de las exclusiones por enfermedades preexistentes al cambiar de trabajo. Las exclusiones por enfermedades preexistentes permiten al plan de salud no cubrir ciertas enfermedades (por ejemplo, una cardiopatía) hasta que la persona esté cubierta por el plan de salud durante un período de tiempo establecido, que normalmente va de seis (6) a doce (12) meses.

Los planes del seguro médico que se ofrecen como parte del plan de salud para jubilados (Kaiser Permanente o UnitedHealthcare) no contienen exclusiones para las enfermedades preexistentes. El jubilado comenzará a tener derecho a recibir las prestaciones del plan de salud para jubilados de acuerdo con lo que se indica en el Article 3: Requisitos de idoneidad e inscripción de la página 17, con independencia de las enfermedades preexistentes. Todas las prestaciones cubiertas por el seguro entrarán en vigor en la fecha en la que el jubilado comience a tener derecho a las prestaciones de este plan.

Sin embargo, todos los planes del seguro médico incluyen exclusiones y limitaciones con respecto a las prestaciones para determinadas enfermedades y afecciones. Por ejemplo, cada uno de los planes del seguro médico contienen una exclusión relacionada con la cirugía experimental. En la Evidencia de cobertura de cada uno de los planes figura una lista detallada de sus respectivas exclusiones. La oficina administrativa o los proveedores de las prestaciones de tipo HMO podrán facilitar más información al respecto.

### 9.2.1 Certificado de cobertura del plan de salud grupal

Cuando el jubilado deje de tener derecho a la cobertura de este plan de salud, se le proporcionará el denominado *Certificado de cobertura del plan de salud grupal*. Este certificado permite demostrar la existencia de una cobertura sanitaria anterior en virtud de este plan de salud. Puede que sea necesario presentar este certificado cuando se tenga derecho a cobertura en virtud de un plan de salud grupal que excluya la cobertura de determinados problemas de salud para los cuales se recibió tratamiento antes de inscribirse en el nuevo plan. Puede que sea necesario presentar este certificado en caso de

## ARTÍCULO 9: LEYES FEDERALES RELEVANTES

---

que se haya planteado al jubilado alguna recomendación sobre consejos médicos, diagnósticos, atención o tratamiento (o en caso de que haya recibido alguno de estos) en los seis (6) meses anteriores a su inscripción en el nuevo plan.

Cuando el jubilado empiece a disfrutar de una cobertura en virtud de otro plan de salud grupal, deberá consultar a la oficina administrativa para averiguar si es necesario presentar este certificado. Este certificado también puede ser necesario para adquirir, tanto para uno mismo como para su familia, una póliza de seguro que no excluya la cobertura de los problemas de salud existentes antes de solicitar una póliza de seguro individual.

### 9.2.2 Normas de privacidad de la HIPAA

La HIPAA también concede determinados derechos con respecto a la información sanitaria y obliga a los planes de salud, como el Southern California IBEW-NECA Retiree Health Plan, a proteger la privacidad de la información sanitaria protegida. En el Aviso de prácticas sobre confidencialidad del plan se incluye una descripción completa de los derechos de los participantes en virtud de la HIPAA; dicho documento se distribuyó por primera vez a todos los participantes con fecha del 14 de abril de 2003 (o en el momento de inscribirse en el plan en caso de hacerlo después de ese día) y está publicado en [www.scibew-neca.org](http://www.scibew-neca.org). También puede llamar a la oficina administrativa para solicitar una copia.

### 9.2.3 Información que el jubilado debe conocer en virtud de la HIPAA

#### Limitaciones con respecto a los cambios en las prestaciones de la cobertura vigente y derechos de apelación

De acuerdo con la HIPAA, deberán notificarse a los participantes en el plan de salud todas las reducciones significativas en la cobertura del plan de salud en un plazo de sesenta (60) días antes de que se produzca un cambio en las prestaciones. En el Article 10: Procedimientos de enmienda del plan de la página 60 se explica en qué consiste el aviso que se recibirá cuando se produzca una reducción significativa de las prestaciones. En virtud de este plan de salud, los participantes recibirán un aviso sobre los cambios como mínimo sesenta (60) días antes de la entrada en vigor de dichos cambios.

Algunos planes de seguros del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund ofrecen prestaciones garantizadas en virtud de un contrato firmado entre el consejo de fideicomisarios y el proveedor de las prestaciones. Los siguientes proveedores ofrecen prestaciones garantizadas en virtud de un contrato con el consejo de fideicomisarios:

#### Planes del seguro médico

- Kaiser Permanente (HMO)
- UnitedHealthcare (HMO)
- Kaiser Permanente: Senior Advantage (HMO)
- Medicare Advantage de UnitedHealthcare® Group (HMO)

## ARTÍCULO 9: LEYES FEDERALES RELEVANTES

---

### Seguro oftalmológico

- Vision Service Plan

### Planes dentales

- CIGNA (DHMO)
- DeltaCare (DHMO)
- United Concordia (DHMO y PPO)

### Convenio de reembolso de gastos médicos

- Coast Benefits

### Preguntas/Ayuda

- Programa MedExpert

Todos los proveedores de prestaciones mencionados cuentan con un procedimiento para los recursos de apelación. Este procedimiento de recurso de apelación se explica en la Evidencia de cobertura que facilita cada proveedor de prestaciones. Un ejemplo de recurso de apelación en el marco de un plan de tipo HMO podría ser el de una persona que recibió atención de urgencia fuera de la red de dicho plan y cuya solicitud fue rechazada por el plan al no ser considerado un caso de emergencia. Dicha persona puede ponerse en contacto directamente con el proveedor de las prestaciones para solicitarle información sobre su procedimiento para recursos de apelación. Además, el representante del programa MedExpert también podrá ayudarle si tiene alguna pregunta o necesita información. Puede ponerse en contacto con MedExpert llamando al **(800) 999-1999**.

Puede ponerse en contacto con el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos para solicitar asistencia en lo relativo a sus derechos en virtud de la HIPAA. Los datos de contacto de la oficina a la que debe dirigirse son los siguientes:

United States Department of Labor  
Employee Benefits Security Administration  
1055 East Colorado Boulevard, Suite 200  
Pasadena, California, 91106, Estados Unidos  
**(626) 229-1000**

### 9.3 Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

En la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (Newborns' and Mothers' Health Protection Act) figuran importantes disposiciones de protección para madres e hijos en lo relativo a la duración de la estancia en el hospital tras el parto.

Los planes de salud están obligados a ofrecer cobertura durante una estancia mínima de cuarenta y ocho (48) horas a la madre y el recién nacido tras un parto vaginal y durante una estancia por maternidad de al menos noventa y seis (96) horas tras un parto por cesárea. En virtud de esta ley, la madre y el recién nacido pueden abandonar el hospital antes de que finalice la estancia mínima

## ARTÍCULO 9: LEYES FEDERALES RELEVANTES

---

obligatoria, siempre que sea de mutuo acuerdo entre la madre y el médico. Los planes del seguro médico de tipo HMO integrados en este plan administran las prestaciones por maternidad con arreglo a los requisitos de esta ley.

En caso de duda, póngase en contacto directamente con el representante de su plan de tipo HMO o llame a MedExpert al teléfono **(800) 999-1999**.

### 9.4 Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

La Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA) es una ley federal estadounidense que establece que los planes de salud grupales (de tipo HMO y de otras aseguradoras) que ofrecen cobertura para mastectomías también deberán cubrir la cirugía plástica posterior a las mastectomías según se determine en consulta con el médico responsable y el paciente. Antes de la promulgación de esta ley, por lo general, los planes de tipo HMO ya cubrían los servicios que ahora exige este texto legislativo.

Conforme a la WHCRA, los planes de salud grupales y las aseguradoras de salud que ofrecen prestaciones médicas y quirúrgicas en relación con las mastectomías también deben ofrecer a aquellas personas cubiertas por el seguro que reciben prestaciones vinculadas a las mastectomías cobertura para los servicios relacionados con la mastectomía, a saber:

- todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se ha practicado la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción en la otra mama para lograr un aspecto simétrico;
- prótesis;
- tratamiento de complicaciones físicas en todas las fases de la mastectomía, entre ellas los linfedemas.

Esta cobertura se proporcionará en consulta con el médico responsable y el paciente, y estará sujeta a las mismas cantidades deducibles anuales y a unas cláusulas de coseguro coherentes con las establecidas para otras prestaciones en el marco del plan o la cobertura.

En caso de duda, póngase en contacto directamente con el representante de su plan de tipo HMO o llame a MedExpert al teléfono **(800) 999-1999**.

### 9.5 Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción

La Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de los Estados Unidos de 2008 (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA) amplió las disposiciones previstas inicialmente en la Ley de Paridad en la Salud Mental (Mental Health Parity Act, MHPA), en virtud de las cuales los planes de salud grupales y las aseguradoras deben ofrecer prestaciones similares para la salud mental y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

En lo que respecta a este plan de salud, la fecha de entrada en vigor de la MHPAEA es el 1 de julio de 2011. La intención del consejo de fideicomisarios y las aseguradoras contratadas (Kaiser Permanente y

## ARTÍCULO 9: LEYES FEDERALES RELEVANTES

---

UnitedHealthcare) es ofrecer las prestaciones del plan de salud en pleno cumplimiento de la MHPAEA a partir del 1 de julio de 2011.

Consulte la Evidencia de cobertura que le facilitará Kaiser Permanente o UnitedHealthcare para obtener una descripción completa de las prestaciones para la salud mental y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias que tiene a su disposición en virtud de las condiciones del plan de salud a través de estas aseguradoras. Si necesita más ayuda o tiene alguna pregunta, llame a la oficina administrativa, vaya al sitio web [www.scibew-neca.org](http://www.scibew-neca.org) o póngase en contacto con MedExpert llamando al **(800) 999-1999**.

# ARTICLE 10: PROCEDIMIENTOS DE ENMIENDA DEL PLAN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

---

## 10.1 Procedimientos de enmienda del plan

### 10.1.1 Cambio, mejora, reducción o eliminación de prestaciones

No hay ningún derecho adquirido para recibir las prestaciones del plan. El consejo de fideicomisarios puede cambiar, mejorar, reducir o eliminar en cualquier momento las prestaciones si las condiciones o las circunstancias así lo exigen.

El consejo de fideicomisarios tiene la responsabilidad fiduciaria de gestionar el plan de forma prudente. Para cumplir con esta responsabilidad, el consejo de fideicomisarios examina con regularidad los costos y las prestaciones del plan. El consejo de fideicomisarios puede determinar que es necesario cambiar, reducir o eliminar determinadas prestaciones.

Ejemplos de situaciones en las que puede ser necesaria una reducción de las prestaciones:

- Una reducción de las horas totales trabajadas provoca una disminución de las contribuciones del empresario al plan y altera el número previsto de horas utilizado para establecer las prestaciones.
- Los costos del plan para una prestación concreta aumentan más de lo previsto, de modo que resulta necesario reducir la asignación destinada a dicha prestación.

### 10.1.2 Notificación de cambios en el plan

El consejo de fideicomisarios se reserva el derecho a cambiar o suspender cualquier prestación del plan, en parte o en su totalidad. Esta acción del consejo de fideicomisarios se llevará a cabo mediante una enmienda del plan, en la que se detallarán por escrito los cambios introducidos.

Cuando se realice una enmienda del plan, la oficina administrativa enviará un aviso por escrito al respecto. El aviso incluirá una descripción detallada de los cambios introducidos y se enviará al jubilado como mínimo sesenta (60) días antes de la fecha de entrada en vigor de cualquier modificación que suspenda, reduzca o elimine una prestación.

## 10.2 Norma sobre responsabilidad de terceros

La norma sobre responsabilidad de terceros hace referencia a los gastos en los que se incurre por las lesiones o enfermedades provocadas por otra persona (denominada tercero) de las cuales dicha persona es responsable o se considera responsable de su pago desde el punto de vista legal.

El jubilado y su cónyuge recibirán asistencia médica cuando hayan sufrido una lesión debido a las acciones de un tercero, por ejemplo, en un accidente de tráfico.

En caso de que el jubilado cobre algún importe del tercero o de su empresa aseguradora, el proveedor de prestaciones médicas tiene derecho a solicitar al jubilado el reembolso del valor de los servicios

## **ARTÍCULO 10: PROCEDIMIENTOS DE ENMIENDA DEL PLAN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

---

médicos y hospitalarios prestados para el tratamiento de sus lesiones. El importe cobrado no superará en ningún caso el importe abonado por la otra persona o la empresa aseguradora.

Si tiene alguna duda en lo relativo a la responsabilidad de terceros, póngase en contacto con el proveedor de prestaciones médicas correspondiente para obtener más información.

### **10.3 Normas sobre solicitudes y recursos de apelación**

Soluciones jurídicas contempladas en el plan para compensar las solicitudes rechazadas total o parcialmente, incluidas las disposiciones exigidas en el artículo 503 de la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado de 1974:

#### **10.3.1 Introducción**

Las prestaciones que se ofrecen a los jubilados y cónyuges con derecho a cobertura están sujetas a las normas sobre solicitudes y recursos de apelación establecidas por los siguientes proveedores:

1. Kaiser Permanente (plan del seguro médico de tipo HMO, incluidas las prestaciones ópticas de Kaiser Permanente);
2. UnitedHealthcare (planes del seguro médico para jubilados fuera del área y de tipo HMO);
3. Citizens Rx (prestaciones para medicamentos de venta con receta autofinanciadas);
4. United Concordia (prestaciones dentales);
5. CIGNA (prestaciones dentales);
6. Delta Dental (prestaciones dentales);
7. Vision Service Plan (prestaciones ópticas);
8. MedExpert (programa de asistencia y defensa);
9. Coast Benefits (prestación del convenio de reembolso de gastos médicos y plan suplementario de Medicare eximido).

El jubilado debe examinar la Evidencia de cobertura de cada uno de los programas y ponerse en contacto directamente con el proveedor para revisar sus solicitudes o iniciar el procedimiento de resolución de conflictos. La oficina administrativa puede indicar al empleado a qué dirección debe dirigir sus comunicaciones.

La intención y el deseo del consejo de fideicomisarios es que las presentes normas sean coherentes y se atengan a los reglamentos vigentes, incluido, entre otros, el reglamento 29 CFR 2560 y siguientes. Consulte a los proveedores previamente mencionados y sus respectivas Evidencias de cobertura en lo



## **ARTÍCULO 10: PROCEDIMIENTOS DE ENMIENDA DEL PLAN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

---

relativo a la presentación de solicitudes y recursos de apelación. Las presentes normas se interpretarán de acuerdo con dicha intención. Dichos reglamentos se incorporan a este documento como si se hubieran expuesto en su totalidad. Los reglamentos se interpretarán de acuerdo con las directrices publicadas por el Departamento de Trabajo de EE. UU. tras la publicación de los reglamentos.

### **10.3.2 Determinación de la idoneidad**

La oficina administrativa tiene la responsabilidad de determinar la idoneidad. Todos los meses, la oficina administrativa entrega a los proveedores de prestaciones (Kaiser Permanente, UnitedHealthcare, etc.) un listado con los jubilados y los cónyuges con derecho a cobertura.

En algunas circunstancias, se podrá rechazar la solicitud de un jubilado si este no ha cumplido las normas que establecen los requisitos para recibir prestaciones en virtud del plan. Esto puede deberse a múltiples razones.

**Por ejemplo, si un jubilado no ha pagado la prima de pago por cuenta propia del plan de salud para jubilados.**

La mayoría de los problemas de idoneidad se resuelven rápidamente llamando o escribiendo a la oficina administrativa. La oficina administrativa tiene el cometido de ayudar al jubilado y brindarle información sobre su cumplimiento de los requisitos y su derecho a recibir prestaciones.

### **10.3.3 Recursos de apelación relativos a la idoneidad**

El jubilado tiene derecho a presentar un recurso de apelación cuando se le deniegue una solicitud por no cumplir los requisitos de idoneidad estipulados en el plan. El recurso de apelación debe presentarse por escrito en la oficina administrativa en un plazo máximo de ciento ochenta (180) días tras la denegación de la idoneidad.

Con respecto al plazo de la apelación, por lo general los proveedores de prestaciones del plan no aceptan primas retroactivas ni ofrecen prestaciones con carácter retroactivo una vez transcurrido un plazo habitual de sesenta (60) o noventa (90) días. Por ello, siempre que sea posible, los jubilados y sus cónyuges con derecho a cobertura deben tratar de presentar su recurso de apelación teniendo en cuenta dichos plazos.

Al presentar un recurso de apelación, es necesario indicar por qué se considera que sí se cumplen los requisitos de idoneidad (véase el Article 3: Requisitos de idoneidad e inscripción en la página 17) y aportar toda la información objetiva y las pruebas que se consideren relevantes para la revisión del recurso de apelación.

El consejo de fideicomisarios del plan de salud cuenta con un subcomité de apelaciones que se encarga de gestionar los recursos de apelación relativos a la idoneidad. El subcomité de apelaciones transmite conclusiones y recomendaciones al consejo de fideicomisarios en su conjunto, las cuales pueden ser

## ARTÍCULO 10: PROCEDIMIENTOS DE ENMIENDA DEL PLAN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

---

adoptadas por dicho órgano a través de las disposiciones del convenio de fideicomiso relativas al consentimiento unánime escrito.

### 10.3.4 Solicitudes urgentes y previas a la prestación del servicio

Cuando un problema de idoneidad esté entrelazado con una solicitud urgente o previa a la prestación del servicio, el subcomité de apelaciones tratará de actuar a través de las disposiciones del convenio de fideicomiso relativas al consentimiento unánime escrito, con sujeción a los plazos de setenta y dos (72) horas y quince (15) días establecidos para las solicitudes urgentes y previas a la prestación del servicio, respectivamente.

### 10.3.5 Solicitudes posteriores a la prestación del servicio

Cuando un problema de idoneidad afecte a una solicitud posterior a la prestación del servicio y las conclusiones y recomendaciones del subcomité de apelación no se adopten mediante el procedimiento de consentimiento unánime escrito, la cuestión se estudiará en la siguiente reunión prevista del consejo de fideicomisarios, con sujeción al plazo de treinta (30) días establecido para las solicitudes posteriores al servicio.

### 10.3.6 Agotamiento del proceso de apelación

De conformidad con la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), un jubilado o un cónyuge con derecho a cobertura cuya solicitud de prestaciones haya sido denegada puede demandar al plan para tratar de obtener la prestación denegada. No obstante, antes de presentar dicha demanda debe haber seguido y agotado el proceso de apelación del fondo de fideicomiso anteriormente descrito. De este modo, si el jubilado no está de acuerdo con que se le hayan negado en un primer momento ciertas prestaciones, es importante que presente a tiempo el recurso de apelación correspondiente. En todo caso, el jubilado debe presentar su recurso de apelación en un plazo máximo de ciento ochenta (180) días tras recibir la denegación inicial de la solicitud. Si el jubilado no presenta el recurso de apelación en el plazo estipulado, se considerará que no ha agotado sus derechos de apelación. Si el jubilado justifica adecuadamente el retraso, la organización responsable de recibir el recurso de apelación podrá ampliar el límite de ciento ochenta (180) días. No obstante, para salvaguardar sus derechos, el jubilado debe presentar sin demora el recurso de apelación tras recibir la denegación inicial.

Una vez que el consejo de fideicomisarios adopte una decisión, el jubilado o su cónyuge con derecho a cobertura tendrá derecho a interponer una demanda judicial conforme al artículo 502 de la ERISA.

### 10.3.7 Preguntas frecuentes

**Pregunta:** ¿Quién puede presentar un recurso de apelación si se establece que un jubilado o su cónyuge con derecho a cobertura no cumple los requisitos para tener derecho a una prestación?

**Respuesta:** El propio jubilado puede presentar el recurso de apelación o autorizar a un representante (p. ej., médico, cónyuge, etc.) para que presente dicho recurso en su nombre. El

## ARTÍCULO 10: PROCEDIMIENTOS DE ENMIENDA DEL PLAN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

---

representante que actúe en nombre del jubilado debe haber sido autorizado por escrito por este para actuar en su nombre, y dicha autorización por escrito deberá presentarse inmediatamente en la oficina administrativa como parte del recurso de apelación. Si el jubilado está incapacitado física o mentalmente, el consejo de fideicomisarios puede eliminar el requisito de contar con una autorización por escrito. Es extremadamente importante comprender que la asignación de prestaciones a un proveedor de servicios no constituye una autorización para que el proveedor actúe como representante del jubilado.

**Pregunta: Si se deniega el derecho de un jubilado a recibir prestaciones, ¿proporcionará el plan a dicho jubilado o a su representante, de ser solicitados, todos los documentos relevantes para la solicitud de idoneidad?**

**Respuesta:** Sí. El jubilado debe recibir copias de todos los documentos y opiniones que resulten relevantes para su solicitud conforme a los reglamentos federales.

### 10.3.8 Reglamentos

Al efectuar y estudiar todos los recursos de apelación en materia de idoneidad, el consejo de fideicomisarios pretende cumplir en todo momento con todos los reglamentos aplicables del Departamento de Trabajo, incluido el artículo 2560.530 del reglamento 29 CFR, así como con las enmiendas que se realicen en su momento. Dicho reglamento se incorpora al presente documento como referencia y está a disposición de los participantes previa petición.

### 10.4 Información exigida por la ERISA

Conforme a la Ley de Garantía de Ingresos por Jubilación del Empleado de 1974.

#### 1) Nombre y tipo de administración del plan

El nombre del plan es Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund. Este está administrado por un consejo de fideicomisarios, un fondo de fideicomiso de gestión laboral mancomunado.

#### 2) Nombre y dirección de la persona designada como agente para los mandamientos dictados por un tribunal

Joanne M. Keller, directora ejecutiva/administradora  
Thomas Schaefer, administrador auxiliar  
6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.

(Los mandamientos dictados por un tribunal también podrán comunicarse igualmente a cualquiera de los fideicomisarios.)

#### 3) Oficina administrativa de la administradora del plan:

# ARTÍCULO 10: PROCEDIMIENTOS DE ENMIENDA DEL PLAN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

---

6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.  
Administradora: Joanne Keller  
Administrador auxiliar: Thomas Schaefer

## 4) Nombres, cargos y direcciones del consejo de fideicomisarios

### Administradores fiduciarios laborales (sindicato local 11 de IBEW)

Marvin Kropke, presidente  
a/a Oficina administrativa  
6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.

Eric Brown  
a/a Oficina administrativa  
6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.

Dick Reed  
a/a Oficina administrativa  
6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.

Kevin Norton, suplente  
a/a Oficina administrativa  
6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.

### Administradores fiduciarios administrativos (NECA de Los Ángeles)

James M. Willson, secretario  
a/a Oficina administrativa  
6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.

Cathy O'Bryant  
a/a Oficina administrativa  
6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.

Shelley Keltner  
a/a Oficina administrativa  
6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.

Jeff Davis, suplente  
a/a Oficina administrativa  
6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.

David Nott, suplente  
a/a Oficina administrativa  
6023 Garfield Avenue  
Commerce, California, 90040, EE. UU.

## 5) Financiación del plan e identidad de cualesquiera organizaciones a través de las cuales que se facilitan las prestaciones

Los empresarios particulares realizan pagos al fondo de fideicomiso en virtud de los convenios laborales colectivos aplicables, y la participación en el plan de salud para jubilados exige la realización de pagos por cuenta propia.

El consejo de fideicomisarios ofrece múltiples programas hospitalarios o médicos.

Las organizaciones que se enumeran a continuación ofrecen prestaciones en virtud de los contratos contraídos con el consejo de fideicomisarios:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.: prestaciones hospitalarias o médicas de tipo HMO;

## **ARTÍCULO 10: PROCEDIMIENTOS DE ENMIENDA DEL PLAN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

---

- UnitedHealthcare of California: prestaciones hospitalarias o médicas de tipo HMO;
- Citizens Rx: prestaciones de medicamentos de venta con receta autofinanciadas;
- CIGNA: prestaciones dentales de tipo DHMO;
- Delta Dental (DeltaCare USA): prestaciones dentales de tipo DHMO;
- United Concordia: prestaciones dentales de tipo PPO y DHMO;
- Vision Service Plan: prestaciones ópticas;
- MedExpert: servicios de asistencia y defensa;
- Coast Benefits: prestaciones del HRA.

**6) Fecha de finalización del año del plan:**

30 de junio

**7) Número de Identificación del plan en el Servicio de Rentas Internas**

95-6140101

**8) Descripción de las disposiciones pertinentes de los convenios laborales colectivos aplicables**

El plan se mantiene conforme a los convenios laborales colectivos establecidos entre el sindicato local 11 de la Hermandad internacional de trabajadores eléctricos, AFL-CIO, y el capítulo del condado de Los Ángeles de la National Electrical Contractors Association. Previa petición por escrito, los participantes podrán obtener sin costo alguno copias de los convenios laborales colectivos en el sindicato local 11 de la hermandad internacional de trabajadores eléctricos (IBEW), AFL-CIO, o en la oficina administrativa. Asimismo, los participantes podrán examinar los convenios laborales colectivos en la oficina administrativa en el horario de oficina habitual.

### **10.5 Derechos del jubilado en virtud de la ERISA**

Como participante en el Southern California IBEW-NECA Health Plan, el jubilado tiene ciertos derechos y garantías conforme a la ley ERISA de 1974. La ley ERISA estipula que todos los participantes tendrán derecho a:

#### **10.5.1 Recibir información sobre su plan y prestaciones**

- Examinar, sin coste alguno, en la oficina administrativa y otros lugares designados a tal fin, como puestos de trabajo y salas del sindicato, todos los documentos por los que se rige el plan, incluidas las descripciones resumidas del plan, los convenios laborales colectivos y una copia del último informe anual (formulario de la serie 5500).

## ARTÍCULO 10: PROCEDIMIENTOS DE ENMIENDA DEL PLAN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

---

- Obtener, previa solicitud por escrito a la oficina administrativa, copias de los documentos por los que se rige el funcionamiento del plan, incluidos los convenios laborales colectivos, copias del último informe anual (formulario de la serie 5500) y la Descripción resumida del plan actualizada. El administrador del plan puede cobrar un importe razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del plan. El consejo de fideicomisarios está obligado por la legislación a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido.

### 10.5.2 Prolongar la cobertura del plan de salud grupal

- El jubilado puede prolongar la cobertura para sí mismo o para su cónyuge si pierde la cobertura del plan como consecuencia de un *evento calificado*. Es posible que el jubilado o su cónyuge tenga que pagar por dicha cobertura. Lea esta Descripción resumida del plan y los documentos por los que se rige el plan en lo relativo a las normas que regulan los derechos a prolongar la cobertura en virtud de la COBRA.

### 10.5.3 Medidas prudentes de los fiduciarios del plan

- Además de establecer los derechos de los participantes, la ERISA impone obligaciones a las personas responsables del funcionamiento del plan de prestaciones del empleado. Las personas que gestionan el plan, denominadas *fiduciarios* del plan, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en interés del jubilado, los demás participantes y sus beneficiarios.
- Nadie, incluido un empresario, sindicato o cualquier otro individuo, puede despedir o discriminar en modo alguno a una persona de forma que le impida acceder a una prestación sanitaria o ejercer los derechos que le corresponden en virtud de la ERISA.

### 10.5.4 Ejercer sus derechos

- En caso de que se deniegue o ignore total o parcialmente una solicitud de prestaciones sanitarias, el jubilado tiene derecho a saber el motivo, obtener copias de los documentos relacionados con dicha decisión sin coste alguno, y a presentar una apelación sobre cualesquiera denegaciones, todo ello dentro de los plazos estipulados.
- Con arreglo a la ERISA, el jubilado puede tomar ciertas medidas para ejercer los anteriores derechos. Por ejemplo, si solicita una copia de los documentos del plan o el último informe anual del plan y no los recibe en un plazo de treinta (30) días, puede presentar una demanda ante un tribunal federal. En ese caso, el tribunal puede exigir al administrador del plan que facilite los materiales al empleado y le abone hasta ciento diez dólares (110 \$) al día hasta que los reciba, a menos que estos no se enviaran por motivos que escapan al control del administrador del plan.
- Si se ha denegado o ignorado total o parcialmente la solicitud de prestaciones del jubilado y este ha agotado los procedimientos de revisión de solicitudes y apelación a su disposición con arreglo al plan, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Asimismo, si

## ARTÍCULO 10: PROCEDIMIENTOS DE ENMIENDA DEL PLAN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

---

una persona no está de acuerdo con la decisión del plan o la falta de decisión con respecto al estado calificado de una orden de asistencia médica infantil, puede interponer una demanda ante un tribunal federal. Si los fiduciarios del plan malversan el dinero del plan o si se discrimina a la persona por hacer valer sus derechos, esta puede solicitar asistencia al Departamento de Trabajo de EE. UU. o interponer una demanda ante un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe abonar las costas y los honorarios de los abogados. Si el jubilado gana la demanda, el tribunal puede ordenar a la persona demandada que pague dichas costas y honorarios. Si pierde, el tribunal puede ordenar al jubilado que pague las costas y honorarios, por ejemplo, si determina que la demanda carece de fundamento.

### 10.5.5 Recibir ayuda en lo relativo a sus dudas

- En caso de que el jubilado tenga dudas con respecto al plan, deberá ponerse en contacto con el administrador del plan. Si tiene dudas sobre la presente declaración o sus derechos conforme a la ERISA, o en caso de que necesite ayuda para recibir los documentos del administrador del plan, el jubilado deberá ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Protección de Prestaciones Laborales del Departamento de Trabajo de EE. UU., incluida en la guía telefónica, o con el siguiente departamento:

Division of Technical Assistance and Inquiries  
Employee Benefits Security Administration  
U.S. Department of Labor  
200 Constitution Avenue, N.W., Suite N-5623  
Washington D. C, 20210, Estados Unidos  
**(202) 693-8680**

La oficina de la Administración de Protección de Prestaciones Laborales más cercana se encuentra en la siguientes dirección:

Los Angeles Regional Office  
1055 E. Colorado Blvd, Suite 200  
Pasadena, California, 91106, Estados Unidos  
**(626) 229-1000**

El jubilado también puede obtener determinadas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades en virtud de la ERISA llamando a la línea directa de publicaciones de la Administración de Protección de Prestaciones Laborales.

### 10.6 Notificación a los participantes

Los siguientes proveedores están regulados por el Departamento estatal de Atención a la Salud Administrada o el Departamento de Seguros de California:

1. Kaiser Permanente;

## **ARTÍCULO 10: PROCEDIMIENTOS DE ENMIENDA DEL PLAN Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

---

2. UnitedHealthcare;
3. Plan dental de CIGNA;
4. Plan dental de Delta (DeltaCare USA);
5. United Concordia;
6. Vision Service Plan.



## **ARTICLE 11: GLOSARIO**

---

En la presente Descripción resumida del plan se emplean los siguientes términos. Al familiarizarse con dichos términos, le resultará más sencillo entender en qué consisten las prestaciones que tiene a su disposición a través del plan de salud para jubilados.

### **PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS EN ACTIVO**

El Southern California IBEW-NECA Active Health Plan.

### **OFICINA ADMINISTRATIVA DE LOS FONDOS DE FIDEICOMISO (*OFICINA ADMINISTRATIVA*)**

La oficina del fondo de fideicomiso, situada en la siguiente dirección: 6023 Garfield Avenue, Commerce, California, 90040, Estados Unidos.

### **PRESTACIÓN DE ASISTENCIA Y DEFENSA**

Una prestación concedida a los participantes para ayudarles a obtener el máximo provecho de las prestaciones de su plan. Para más información, véase el artículo 6.2: Servicios de asistencia y defensa **DE MEDEXPERT** en la página 40.

### **CONVENIO**

Véase Convenio laboral colectivo.

### **ASOCIACIÓN**

El capítulo del condado de Los Ángeles de la asociación nacional de contratistas eléctricos (NECA).

### **CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS**

De acuerdo con la definición del convenio y la declaración de fideicomiso para la creación del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund.

### **COBRA**

Ley federal que exige la prolongación de la cobertura sanitaria grupal cuando se termine una cobertura o cuando se dejen de cumplir determinados requisitos de acuerdo con lo estipulado en la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985, con sus enmiendas ocasionales y por medio de todos los reglamentos aplicables.

### **CONVENIO LABORAL COLECTIVO**

Cualquier convenio firmado entre la asociación nacional de contratistas eléctricos (NECA) y el sindicato local 11 de la hermandad internacional del trabajadores eléctricos (IBEW), AFL-CIO, que exija la realización de contribuciones al fondo de fideicomiso, así como todos los demás convenios laborales colectivos que exijan la realización de contribuciones al fondo de fideicomiso autorizadas por el consejo de fideicomisarios.

# ARTÍCULO 11: GLOSARIO

---

## **CONTRIBUCIONES**

Los pagos abonados, o pendientes de abono, por parte de un empresario particular al fondo de fideicomiso en virtud de las disposiciones de cualquier convenio laboral colectivo. El término *contribuciones* también incluye los pagos abonados en nombre de un empleado de un sindicato local u otros empresarios contribuyentes de acuerdo con un convenio de participación o de suscripción aprobado por el consejo de fideicomisarios.

## **EMPLEO CUBIERTO**

Tareas desempeñadas en un trabajo por las cuales se exige la realización de contribuciones en virtud de un convenio laboral colectivo.

## **FAMILIAR**

Véase Cónyuge con derecho a cobertura.

## **PARTICIPANTE CON DERECHO A COBERTURA**

Todas las personas que reúnan los requisitos para obtener prestaciones del plan de salud para jubilados. Incluye a los jubilados y a los cónyuges con derecho a cobertura.

## **JUBILADO CON DERECHO A COBERTURA**

Un empleado que reúne los requisitos para considerarse como tal en virtud de las normas del Southern California IBEW-NECA Retiree Health Plan. Para obtener más información, véase el Article 3: Requisitos de idoneidad e inscripción en la página 17.

## **CÓNYUGE CON DERECHO A COBERTURA**

Una persona con derecho a recibir cobertura para familiares en virtud de la cobertura del plan de salud para jubilados, de acuerdo con lo que se describe en el artículo 3.2: Cobertura de familiares en la página 18.

## **EMPLEADO**

El empleado de un empresario (de acuerdo con la siguiente definición) que trabaja en un empleo cubierto.

## **EMPRESARIO**

Cualquier empresario particular que haya firmado un convenio laboral colectivo en virtud del cual deberá aportar contribuciones al fondo de fideicomiso. El término *empresario* también incluye al sindicato y a otros empresarios contribuyentes en virtud de los reglamentos adoptados por el consejo de fideicomisarios.

## **PLAN DE SALUD**

Véase Plan de salud para jubilados.

# ARTÍCULO 11: GLOSARIO

---

## **CONVENIO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

Prestaciones adicionales que se ofrecen a los participantes para cubrir el costo de los gastos médicos que no están cubiertos. Para obtener más información, véase el artículo 6.1: Convenio de reembolso de gastos médicos en la página 37.

## **RESERVA DEL BANCO DE HORAS**

Herramienta asociada a la idoneidad disponible para los empleados en virtud del Southern California IBEW-NECA Active Health Plan. Para obtener más información, consulte el apartado sobre los participantes en activo con derecho a cobertura y sus familiares con derecho a cobertura en la Descripción resumida plan del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund del 1 de septiembre de 2017.

## **MEDICARE**

Título XVIII de la Ley de Seguridad Social de los Estados Unidos (seguro federal de salud para personas mayores) promulgada o con sus posibles enmiendas.

## **EMPLEO ELÉCTRICO NO CUBIERTO**

El empleo eléctrico no cubierto se define en el artículo 1, sección 16, del Southern California IBEW-NECA Pension Plan. Para más información, véase el artículo 3.7.2: Empleo eléctrico no **CUBIERTO** en la página 24.

## **PARTICIPANTE**

Véase Participante con derecho a cobertura.

## **PLAN**

Véase Plan de salud para jubilados.

## **EVENTO CALIFICADO**

Los eventos calificados que permiten continuar disfrutando de la cobertura se producen cuando un beneficiario que reúne los requisitos pierde su cobertura en virtud de este plan por alguna de las circunstancias establecidas en la COBRA. Esto faculta al beneficiario que cumpla los requisitos para pagar por su cuenta la cobertura del plan. Para obtener más información, véase el artículo 9.1: Cobertura de continuación en virtud de la COBRA (COBRA) en la página 43.

## **JUBILADO**

Véase Jubilado con derecho a cobertura.

## **PLAN DE SALUD PARA JUBILADOS**

El Southern California IBEW-NECA Retiree Health Plan.

## **ARTÍCULO 11: GLOSARIO**

---

### **CÓNYUGE**

Véase Cónyuge con derecho a cobertura.

### **DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN**

El presente documento, en el que se ofrece información sobre los requisitos de idoneidad que permiten a una persona beneficiarse del plan, así como otra información exigida por la legislación.

### **CONVENIO DE FIDEICOMISO**

El convenio y la declaración de fideicomiso para la creación del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund, así como toda modificación, enmienda, extensión o renovación de este.

### **FONDO DE FIDEICOMISO**

El Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund.

### **FIDEICOMISARIO O CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS**

De acuerdo con la definición del convenio y la declaración de fideicomiso para la creación del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund.

## ARTÍCULO 11: GLOSARIO

---

[INSERT BLANK PAGE].

SOUTHERN CALIFORNIA  
**IBEW**  **NECA**  
TRUST FUNDS

**ENMIENDA NRO. 1  
A LA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN  
DEL SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA  
HEALTH TRUST FUND PARA JUBILADOS**

La presente enmienda a la Descripción Resumida del Plan de Salud para Jubilados (en lo sucesivo, “Descripción Resumida del Plan”) del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la región sur de California la ha realizado la Junta de Fideicomisarios de IBEW-NECA en dicha región (en lo sucesivo, “Junta de Fideicomisarios”) en relación con los siguientes hechos y circunstancias:

- A. La Junta de Fideicomisarios desea modificar la Descripción Resumida del Plan para reflejar un incremento en las asignaciones de lentes y monturas dirigidas a los pensionistas cuya jubilación comenzó antes del 1 de abril de 2017, según las asignaciones que se incluyen en el Vision Service Plan (VSP). La asignación del VSP se incrementó de \$120 a \$150 en monturas para los proveedores dentro de la red y de \$120 a \$130 en lentes de contacto opcionales para los proveedores dentro de la red.
- B. La Junta de Fideicomisarios se ha reservado la capacidad de modificar ocasionalmente la Descripción Resumida del Plan.

POR LO TANTO, a partir del 1 de enero de 2019, el Artículo 8 sobre **los beneficios para los pensionistas jubilados antes del 1 de abril de 2017**, en el subapartado 8.4, **los copagos ópticos y los plazos de los beneficios**, se modifican tal y como se expone a continuación:

**8.4 Copagos y plazos de los beneficios:**

Participantes del plan de UnitedHealthcare				
Beneficio	Frecuencia (según el año de servicio)	Copago	Cobertura de un médico del VSP	Reembolso de servicios fuera de la red
Prueba	12 meses	\$5	Cobertura total tras la realización del copago.	Asignación hasta \$45
<b>Gafas graduadas: si decide usar lentes de contacto, tendrá derecho a una montura en los próximos 12 meses desde la fecha en la que se obtuvieron.</b>				
Lentes de contacto	12 meses	\$10 (lentes o montura)	Cobertura total de lentes monofocales, bifocales y trifocales tras la realización del copago.	Asignación hasta \$45 en lentes monofocales. Asignación hasta \$65 en lentes bifocales. Asignación hasta \$85 en lentes trifocales.
Montura (proporcionada por VSP)	24 meses	\$10 (lentes o montura)	Asignación hasta \$150	Asignación hasta \$47
Lentes de contacto*	12 meses		Cobertura total para las asignaciones necesarias por razones médicas; con una asignación de \$130 para lentes de contacto opcionales	Asignación hasta \$210 para lentes de contactos necesarias por razones médicas y hasta \$105 para lentes de contacto opcionales

\*Su asignación se aplica al costo de las lentes de contacto y el examen previo. Si un médico del VSP realiza el examen de las lentes de contacto, se deducirá un 15% del costo total. El examen de lentes de contacto es adicional al examen ocular rutinario que se realiza para comprobar los problemas de salud ocular relacionados con el uso o el ajuste inadecuado. Podrá obtener gafas normales (monturas y lentes) en los doce meses próximos a la obtención de sus lentes de contacto.

Plan ocular de Kaiser	
Beneficio de la vista	Copago/asignación

Prueba de refracción ocular para determinar si se necesita corregir la vista y para recomendar, si procede, gafas graduadas	\$5 por visita
Lentes para gafas de plástico normales cada 24 meses	Asignación de \$100*
Una montura de gafas cada 24 meses	
Lentes de contacto necesarias por razones médicas	Sin cargo

*\*Una asignación se corresponde con la cobertura total de los gastos de un artículo. Si el costo del artículo que seleccione excede la cantidad de la asignación, deberá pagar la diferencia.*

- C. El resto de los términos y condiciones de la Descripción Resumida del Plan y del Plan se mantendrán vigentes de forma íntegra.

Formalización el día 17 de julio de 2018 en Commerce, California.

JUNTA DE FIDEICOMISARIOS  
DEL FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD  
DE IBEW-NECA EN LA REGIÓN SUR DE CALIFORNIA

Por: \_\_\_\_\_  
Presidente - Joel Barton

Por: \_\_\_\_\_  
Secretario - Jim Wilson



ENMIENDA NRO.2  
A LA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN  
PARA EMPLEADOS JUBILADOS DEL SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA  
HEALTH TRUST FUND

La presente enmienda a la Descripción Resumida del Plan de Salud para Empleados Jubilados del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la región sur de California (en lo sucesivo, la “Descripción Resumida del Plan”) la ha realizado la Junta de Fideicomisarios de IBEW-NECA en dicha región (en lo sucesivo, “Junta de Fideicomisarios”) en relación con los siguientes hechos y circunstancias:

- A. La Junta de Fideicomisarios desea enmendar la Descripción Resumida del Plan para reflejar la adición del mismo beneficio de aparatos ortopédicos que se ofrece actualmente a los participantes activos.
- B. La Junta de Fideicomisarios se ha reservado la capacidad de modificar ocasionalmente la Descripción Resumida del Plan.

POR LO TANTO, a partir del 1 de enero de 2019, la Sección **6.4, Calzado especializado** se añade al **Artículo 6: Beneficios adicionales** de la siguiente manera:

**6.4 Beneficio de calzado especializado**

El Plan ofrece beneficios para el calzado especializado, a veces conocido como “aparatos ortopédicos”. Se puede emplear el beneficio anual de \$400 para sufragar los costos de consultar con un ortopedista certificado u otro proveedor certificado por la Junta Americana para Certificación en Ortopedia, Prótesis y Pedórtica (American Board for Certification in Orthotics, Prosthetics and Pedorthics) y el costo de la fabricación y ajuste del calzado especializado. El calzado especializado incluye los zapatos ortopédicos así como las plantillas hechas a la medida, de plástico o polipropileno rígido para el calzado. Este beneficio se encuentra a la disposición de todos los empleados jubilados y sus cónyuges elegibles inscritos en los beneficios médicos bajo el Plan.

Los gastos elegibles sujetos a reembolso incluirán los gastos de los servicios profesionales provistos por un ortopedista, prótesis, pedortista u otro proveedor certificado por la Junta Americana para Certificación en Ortopedia, Prótesis y Pedórtica cuando los servicios profesionales se ofrecen en relación con el tratamiento de la desfiguración del pie. Para los fines de este beneficio, desfiguración del pie significa la desfiguración que resulte de la parálisis cerebral, artritis, polio, espina bífida, diabetes, lesión accidental o afección anormal.

**6.4.1 Calzado especializado**

Los servicios elegibles para el calzado especializado incluirán el costo de la fabricación de aparatos ortopédicos (plantillas para zapatos) rígidos (de plástico o polipropileno) hechos a la medida y/o calzado ortopédico estándar hecho a la medida.

**6.4.2 Beneficio anual máximo**

El beneficio anual máximo pagadero por persona elegible para los gastos elegibles incurridos para obtener el calzado especializado será \$400.

### 6.4.3 Presentación de reclamos

Los reclamos por el reembolso de gastos elegibles bajo esta disposición se presentarán a Coast Administrators en:

**Coast Benefits, Inc.**  
**3444 Camino del Rio North, Suite 101**  
**San Diego, CA 92108**

Los reclamos deben incluir el nombre y la dirección del proveedor, la fecha de prestación de los servicios, el diagnóstico o la afección bajo tratamiento y una lista desglosada de los servicios prestados. Se reembolsará directamente al Participante, no al proveedor.

### 6.4.4 Exclusiones

Conforme a los términos de esta disposición, no se ofrecerán beneficio para:

- El calzado de vestir;
- El calzado casual (p. ej., zapatillas de tenis o zapatos náuticos);
- Plantillas para zapatos (excepto como se indicó más arriba);
- Almohadillas para el pie;
- Aparatos ortopédicos que se fabriquen de plástico suave, corcho o cuero;

Calcetines o cualquier suministro que no esté hecho a la medida o el equivalente del cual se puede comprar sin receta; o

Los servicios provistos a los Participantes que no sufren de la desfiguración del pie según se define más arriba bajo "Gastos elegibles".

El resto de los términos y condiciones del Plan se mantendrá vigentes de forma íntegra.

Ejecutado este 30<sup>vo</sup> día de enero de 2019, en Commerce, California.

JUNTA DE FIDEICOMISARIOS  
DEL FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD  
DE IBEW-NECA EN LA REGIÓN SUR DE  
CALIFORNIA

Por: \_\_\_\_\_  
Presidente – Joel Barton

Por: \_\_\_\_\_  
Secretario – Jim Wilson

**ENMIENDA NRO. 3  
A LA DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN  
PARA EMPLEADOS JUBILADOS DEL SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA  
HEALTH TRUST FUND**

La presente enmienda a la Descripción Resumida del Plan de Salud para Empleados Jubilados del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la región sur de California (en lo sucesivo, la “Descripción Resumida del Plan”) la ha realizado la Junta de Fideicomisarios de IBEW-NECA en dicha región (en lo sucesivo, “Junta de Fideicomisarios”) en relación con los siguientes hechos y circunstancias:

- A. La Junta de Fideicomisarios desea enmendar la Descripción Resumida del Plan para reflejar un aumento de las asignaciones para monturas y lentes bajo los beneficios del Plan de la vista de Kaiser Permanente para los jubilados discapacitados que hayan comenzado su jubilación antes del 1 de abril de 2017. La asignación del Plan de la vista de Kaiser Permanente aumentó de \$100 para monturas a \$150.
- B. La Junta de Fideicomisarios se ha reservado la capacidad de modificar ocasionalmente la Descripción Resumida del Plan.

POR LO TANTO, a partir del 1 de marzo de 2019, el Artículo 8, Beneficios para jubilados discapacitados que hayan comenzado su jubilación antes del 1 de abril de 2017, subsección 8.4, Copagos de la vista y los plazos de los beneficios se modifican de la siguiente manera:

**8.4 Copagos de la vista y plazos de los beneficios:**

Participantes del plan de UnitedHealthcare				
Asignación	Frecuencia (según el año de servicio)	Copago	Cobertura de un médico del VSP	Reembolso de servicios fuera de la red
Prueba	12 meses	\$5	Cobertura total tras el copago.	Asignación hasta \$45
<b>Gafas graduadas: si decide usar lentes de contacto, tendrá derecho a una montura en los próximos 12 meses desde la fecha en la que se obtuvieron.</b>				
Lentes	12 meses	\$10 (lentes o montura)	Cobertura total de lentes monofocales, bifocales y trifocales con línea tras la realización del copago.	Asignación hasta \$45 en lentes monofocales. Asignación hasta \$65 en lentes bifocales con línea. Asignación hasta \$85 en lentes trifocales con línea.
Montura (proporcionada por VSP)	24 meses	\$10 (lentes o montura)	Asignación hasta \$150	Asignación hasta \$47
Lentes de contacto*	12 meses		Cobertura total para las asignaciones necesarias por razones médicas; con una asignación de \$130 para lentes de contacto opcionales	Asignación hasta \$210 para lentes de contactos necesarias por razones médicas y hasta \$105 para lentes de contacto opcionales

*\*Su asignación se aplica al costo de las lentes de contacto y el examen previo. Si un médico del VSP realiza el examen de las lentes de contacto, se deducirá un 15% del costo total. El examen de lentes de contacto es adicional al examen ocular rutinario que se realiza para comprobar los problemas de salud ocular relacionados con el uso o el ajuste inadecuado. Podrá obtener gafas normales (monturas y lentes) en los doce meses próximos a la obtención de sus lentes de contacto.*

Plan ocular de Kaiser	
Beneficios de la vista	Copago/ asignación
Prueba de refracción ocular para determinar si se necesita corregir la vista y para recomendar, si procede, gafas graduadas	\$5 por visita
Lentes para gafas de plástico normales cada 24 meses	Asignación de \$150*
Una montura de gafas cada 24 meses	
Lentes de contacto necesarias por razones médicas	Sin cargo

*\*Una asignación se corresponde con la cobertura total de los gastos de un artículo. Si el costo del artículo que seleccione excede la cantidad de la asignación, deberá pagar la diferencia.*

El resto de los términos y condiciones del Plan se mantendrá vigentes de forma íntegra.

Ejecutado este 30<sup>vo</sup> día de enero de 2019, en Commerce, California.

JUNTA DE FIDEICOMISARIOS  
DEL FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD  
DE IBEW-NECA EN LA REGIÓN SUR DE  
CALIFORNIA

Por: \_\_\_\_\_  
Presidente – Joel Barton

Por: \_\_\_\_\_  
Secretario – Jim Wilson