

**ENMIENDA N.º 2**  
**A LA**  
**DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN**  
**DE**  
**SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND**  
**PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS**

(actualización del 1 de julio de 2022)

La presente Enmienda a la Descripción resumida del plan de salud para empleados activos ("SPD", por sus siglas en inglés) del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund es realizada por el Consejo de Fideicomisarios del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund ("Consejo de Fideicomisarios") con referencia a los siguientes hechos y circunstancias:

- A. El Consejo de Fideicomisarios desea modificar la SPD para reflejar los siguientes cambios en el Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross y United Healthcare HMO.

**Anthem Blue Cross**

1. **Máximo anual de copago:** aumenta a \$2,500 por persona y a \$5,000 por familia.
2. **Deducible por año calendario:** aumenta a \$1,000 por persona y a \$3,000 por familia.
3. **Coseguro:** aumenta el coseguro fuera de la red al 70 %/30 %.
4. **Copagos de medicamentos de venta con receta:** aumentan los copagos de medicamentos de venta con receta a \$10 por receta de medicamentos genéricos de venta al por menor, hasta un suministro de 30 días, y a \$20 por receta de medicamento de marca, hasta un suministro de 30 días. \$20 para medicamentos genéricos a través del servicio de venta por correo hasta 90 días de suministro y \$40 para medicamentos de marca a través del servicio de venta por correo hasta 90 días de suministro.

**United Healthcare**

1. **Máximo anual de copago:** aumenta a \$2,500 por persona y a \$5,000 por familia.
2. **Servicios de emergencia:** aumenta a \$250 por visita.
3. **Copago por ingreso hospitalario:** aumenta a \$250 por ingreso.
4. **Citas/Servicios distintos de las visitas al médico de cabecera (servicios de especialidades):** cambio a \$5 por visita para la mayoría de las visitas de atención primaria; \$25 por visita para la mayoría de las visitas al médico especialista.
5. **Copagos de medicamentos de venta con receta:** aumentan los copagos de medicamentos de venta con receta a \$10 por receta de medicamentos genéricos de venta al por menor, hasta un suministro de 30 días, y a \$20 por receta de medicamento de marca, hasta un suministro de 30 días. \$20 para medicamentos genéricos a través del servicio de venta por correo hasta 90 días de suministro y \$40 para medicamentos de marca a través del servicio de venta por correo hasta 90 días de suministro.

- B. El Consejo de Fideicomisarios desea modificar la SPD para reflejar los cambios en el requisito de horas para la elegibilidad inicial y el restablecimiento de la elegibilidad.

- C. El Consejo de Fideicomisarios se ha reservado la facultad de modificar la SPD de tanto en tanto.

**ENMIENDA N.º 2**  
**(Continuación)**

POR LO TANTO, con vigencia a partir del 1 de enero de 2023, la SPD se modifica de la siguiente manera:

- Artículo 6, Comparación de los planes médicos y de recetas Anthem Blue Cross PPO, Kaiser Permanente HMO y UnitedHealthcare HMO, Sección 6.1, Comparación de prestaciones médicas y de medicamentos de venta con receta: Anthem Blue Cross, Kaiser Permanente y United Healthcare** con las siguientes modificaciones:

**Comparación de prestaciones médicas y de medicamentos de venta con receta: Anthem Blue Cross, Kaiser Permanente y UnitedHealthcare**

<b>Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta</b>				
Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Anthem Blue Cross y los planes HMO de UnitedHealthcare y Kaiser Permanente. Para obtener una descripción completa de las prestaciones correspondientes a los planes PPO o HMO, consulte la EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN del prestador de servicios. La EVIDENCIA DE COBERTURA y el DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN constituyen el documento legal donde se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de reclamaciones, la revisión de reclamaciones y los procedimientos de adjudicación. Asimismo, el Resumen de prestaciones y coberturas (Summary of Benefits and Coverage, SBC) está disponible, se distribuye habitualmente y está publicado en el sitio web del Fondo de fideicomiso en <a href="http://www.scibew-neca.org">www.scibew-neca.org</a> .				
Proveedor	PPO de Anthem Blue Cross		HMO de Kaiser Permanente	UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
<b>Número del servicio de atención al cliente para miembros</b>	(800) 543-3037		(800) 464-4000	(800) 624-8822
<b>Sitio web</b>	<a href="http://www.bluecrossca.com">www.bluecrossca.com</a>		<a href="http://www.members.kp.org">www.members.kp.org</a>	<a href="http://www.uhctest.com">www.uhctest.com</a>
<b>Características generales</b>				
Deducible por año calendario	\$1,000 por persona, \$3,000 por familia		Ninguno	Ninguno
Máximas prestaciones	Ilimitadas		Ilimitadas	Ilimitadas
Máximo de copago anual	\$2,500 por persona, \$5,000 por familia		\$1,500 por persona, \$3,000 por familia	\$2,500 por persona. \$5,000 por familia
Prestaciones hospitalarias	Copago del 10 %. Se requiere una certificación previa del hospital.	Copago del 30 %. Deducible adicional de \$200 para el centro de tratamiento residencial u hospital que no pertenezca al plan PPO de Anthem Blue Cross y \$500 de penalización por no presentar la autorización previa (no se exigirá para los servicios de emergencia). Se necesita una certificación previa del hospital. <sup>2</sup>	Sin cargo	Copago de \$250

## ENMIENDA N.º 2

### (Continuación)

Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta				
<p>Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Anthem Blue Cross y los planes HMO de UnitedHealthcare y Kaiser Permanente. Para obtener una descripción completa de las prestaciones correspondientes a los planes PPO o HMO, consulte la EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN del prestador de servicios. La EVIDENCIA DE COBERTURA y el DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN constituyen el documento legal donde se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de reclamaciones, la revisión de reclamaciones y los procedimientos de adjudicación. Asimismo, el Resumen de prestaciones y coberturas (Summary of Benefits and Coverage, SBC) está disponible, se distribuye habitualmente y está publicado en el sitio web del Fondo de fideicomiso en <a href="http://www.scibew-neca.org">www.scibew-neca.org</a>.</p>				
Proveedor	PPO de Anthem Blue Cross		HMO de Kaiser Permanente	UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Servicios de emergencia	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 10 % <sup>2</sup>	Copago de \$5. Exención del copago cuando se produzca un ingreso.	Copago de \$250. Exención del copago cuando se produzca un ingreso.
Enfermedades preexistentes	<b>No se aplica. Todas las enfermedades están cubiertas siempre y cuando constituyan una prestación cubierta.</b>			

## ENMIENDA N.º 2

### (Continuación)

<b>Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta</b>				
<p>Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Anthem Blue Cross y los planes HMO de UnitedHealthcare y Kaiser Permanente. Para obtener una descripción completa de las prestaciones correspondientes a los planes PPO o HMO, consulte la EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN del prestador de servicios. La EVIDENCIA DE COBERTURA y el DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN constituyen el documento legal donde se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de reclamaciones, la revisión de reclamaciones y los procedimientos de adjudicación. Asimismo, el Resumen de prestaciones y coberturas (Summary of Benefits and Coverage, SBC) está disponible, se distribuye habitualmente y está publicado en el sitio web del Fondo de fideicomiso en <a href="http://www.scibew-neca.org">www.scibew-neca.org</a>.</p>				
Proveedor	PPO de Anthem Blue Cross		HMO de Kaiser Permanente	UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
<b>Prestaciones disponibles mientras el paciente esté hospitalizado</b>				
Desintoxicación de alcohol, drogas o demás abuso de sustancias	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de salud mental (de acuerdo con lo exigido por la ley, la cobertura incluye el tratamiento de Enfermedades mentales graves (Severe Mental Illness, SMI) de adultos y niños, y de Trastornos emocionales graves (Serious Emotional Disturbance, SED).	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Atención del recién nacido	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Atención médica	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Cirugía reparadora	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago 30 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Atención de rehabilitación (incluida fisioterapia, terapia ocupacional y foniatría)	Copago del 10 %. Se debe obtener aprobación previa. <sup>1</sup>	Copago del 30 %. Hasta un máximo de \$35 de prestación por consulta. Se debe obtener aprobación previa. <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Enfermería especializada	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Interrupción voluntaria del embarazo (servicios médicos, farmacológicos y quirúrgicos)	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Copago de \$5	Copago de \$75
<b>Prestaciones disponibles de manera ambulatoria</b>				
Ambulancia	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 10 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Equipos médicos duraderos	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo

## ENMIENDA N.º 2

### (Continuación)

<b>Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta</b>				
<p>Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Anthem Blue Cross y los planes HMO de UnitedHealthcare y Kaiser Permanente. Para obtener una descripción completa de las prestaciones correspondientes a los planes PPO o HMO, consulte la EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN del prestador de servicios. La EVIDENCIA DE COBERTURA y el DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN constituyen el documento legal donde se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de reclamaciones, la revisión de reclamaciones y los procedimientos de adjudicación. Asimismo, el Resumen de prestaciones y coberturas (Summary of Benefits and Coverage, SBC) está disponible, se distribuye habitualmente y está publicado en el sitio web del Fondo de fideicomiso en <a href="http://www.scibew-neca.org">www.scibew-neca.org</a>.</p>				
Proveedor	PPO de Anthem Blue Cross		HMO de Kaiser Permanente	UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Equipos médicos duraderos para el tratamiento del asma pediátrica (incluye nebulizador, medidores del flujo respiratorio, mascarillas y tubos para tratamientos médicamente necesarios del asma pediátrica de hijos dependientes menores de 19 años)	Copago del 10 %. <sup>1</sup>	Copago del 30 %. <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Inmunizaciones (para niños menores de dos (2) años, consulte la sección de control del bebé sano)	Sin cargo	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Copago de \$5 por consulta	Sin cargo
Servicios de laboratorio (cuando estén disponibles con el médico de atención primaria o mediante su autorización)	Copago del 10 %. <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de salud mental (de acuerdo con lo exigido por la ley, la cobertura incluye el tratamiento de Enfermedades mentales graves (Severe Mental Illness, SMI) de adultos y niños, y de Trastornos emocionales graves (Serious Emotional Disturbance, SED).	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$25 por consulta
Servicios de cirugía oral	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 10 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Terapia ambulatoria de rehabilitación médica en un centro de cirugía ambulatoria o un centro independiente participante	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$25 por consulta

## ENMIENDA N.º 2

### (Continuación)

<b>Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta</b>				
<p>Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Anthem Blue Cross y los planes HMO de UnitedHealthcare y Kaiser Permanente. Para obtener una descripción completa de las prestaciones correspondientes a los planes PPO o HMO, consulte la EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN del prestador de servicios. La EVIDENCIA DE COBERTURA y el DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN constituyen el documento legal donde se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de reclamaciones, la revisión de reclamaciones y los procedimientos de adjudicación. Asimismo, el Resumen de prestaciones y coberturas (Summary of Benefits and Coverage, SBC) está disponible, se distribuye habitualmente y está publicado en el sitio web del Fondo de fideicomiso en <a href="http://www.scibew-neca.org">www.scibew-neca.org</a>.</p>				
Proveedor	PPO de Anthem Blue Cross		HMO de Kaiser Permanente	UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria o un centro independiente participante	Copago del 10 %. <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Consultas al médico (servicios médicos, de laboratorio, de radiología y otros servicios relacionados, según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría [American Academy of Pediatrics, AAP], el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización [Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP] y el grupo de trabajo de los EE. UU. en materia de servicios preventivos, y mediante la autorización del médico de atención primaria para niños).	Copago del 10 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$5 por consulta

## ENMIENDA N.º 2

### (Continuación)

<b>Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta</b>				
<p>Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Anthem Blue Cross y los planes HMO de UnitedHealthcare y Kaiser Permanente. Para obtener una descripción completa de las prestaciones correspondientes a los planes PPO o HMO, consulte la EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN del prestador de servicios. La EVIDENCIA DE COBERTURA y el DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN constituyen el documento legal donde se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de reclamaciones, la revisión de reclamaciones y los procedimientos de adjudicación. Asimismo, el Resumen de prestaciones y coberturas (Summary of Benefits and Coverage, SBC) está disponible, se distribuye habitualmente y está publicado en el sitio web del Fondo de fideicomiso en <a href="http://www.scibew-neca.org">www.scibew-neca.org</a>.</p>				
Proveedor	PPO de Anthem Blue Cross		HMO de Kaiser Permanente	UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Control del bebé sano (servicios de salud preventiva, incluidas vacunas según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría [American Academy of Pediatrics, AAP], el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización [Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP] y el grupo de trabajo de los EE. UU. en materia de servicios preventivos, y mediante la autorización del médico de atención primaria para niños).	Copago del 0 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo
Atención ginecológica preventiva (incluye prueba de Papanicolaou realizada por un médico de atención primaria o un obstetra/ginecólogo en PMG y una derivación por parte de PMG para la realización de mamografías, según lo recomendado por el grupo de trabajo de los EE. UU. en materia de servicios preventivos).	Copago del 0 % <sup>1</sup>	Copago del 30 % <sup>2</sup>	Sin cargo	Sin cargo

1. Sujeto al deducible anual.  
2. Sujeto al deducible anual y a la facturación del saldo.

## ENMIENDA N.º 2

### (Continuación)

<b>Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta</b>				
<p>Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Anthem Blue Cross y los planes HMO de UnitedHealthcare y Kaiser Permanente. Para obtener una descripción completa de las prestaciones correspondientes a los planes PPO o HMO, consulte la EVIDENCIA DE COBERTURA Y EL DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN del prestador de servicios. La EVIDENCIA DE COBERTURA y el DOCUMENTO DE DIVULGACIÓN constituyen el documento legal donde se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de reclamaciones, la revisión de reclamaciones y los procedimientos de adjudicación. Asimismo, el Resumen de prestaciones y coberturas (Summary of Benefits and Coverage, SBC) está disponible, se distribuye habitualmente y está publicado en el sitio web del Fondo de fideicomiso en <a href="http://www.scibew-neca.org">www.scibew-neca.org</a>.</p>				
Proveedor	PPO de Anthem Blue Cross		HMO de Kaiser Permanente	UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
<b>Medicamentos de venta con receta disponibles de manera ambulatoria:</b>				
<p>El Plan de uso obligatorio de medicamentos genéricos de venta con receta está diseñado para ayudarlo a cubrir los costos de medicamentos de venta con receta indicados por su médico para el tratamiento de enfermedades o lesiones suyas o de sus dependientes con derecho a cobertura.</p> <p>Siempre que esté disponible, debe utilizar un sustituto genérico de los medicamentos indicados. En caso de que usted o su médico soliciten un medicamento de marca en lugar de su equivalente genérico, usted deberá pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y el equivalente genérico, además del copago aplicable a la cantidad y el tipo de medicamento recetado. A continuación, se detallan los copagos, que varían en función del tipo de medicamento recetado y la cantidad despachada:</p>				
Medicamento genérico	\$10 hasta un suministro para 30 días	\$10* hasta un suministro para 30 días <sup>1</sup>	\$0 hasta un suministro para 100 días	\$10 hasta un suministro para 30 días
Medicamento de marca	\$20 hasta un suministro para 30 días	\$20* hasta un suministro para 30 días <sup>1</sup>	\$10 hasta un suministro para 30 días	\$20 hasta un suministro para 30 días
Pedido por correspondencia (medicamentos de mantenimiento) para un suministro de existencias hasta 90 días				
Medicamento genérico	\$20 hasta un suministro para 90 días	N/A	\$0 hasta un suministro para 100 días	\$20 hasta un suministro para 90 días
Medicamento de marca	\$40 hasta un suministro para 90 días	N/A	\$20 hasta un suministro para 100 días	\$40 hasta un suministro para 90 días
<p>1. Solicitudes para farmacias que no formen parte de la red de Anthem Blue Cross: debe presentar una solicitud para el reembolso de la adquisición de sus medicamentos dentro de los 15 meses de efectuada la compra. Esta opción está pensada únicamente para situaciones de emergencia o cuando viaja. El reembolso está limitado por los costos promedio del Plan para medicamentos de venta con receta. Usted pagará los montos que se excedan de los límites, además del copago.</p>				

2. Se modifican todas las referencias de SPD que aparecen en el **Artículo 4, Elegibilidad y Disposiciones del Plan General, en el Artículo 17, Información de divulgación**, y en otras partes de SPD para sustituir el requisito de elegibilidad de "100 horas" por "115 horas", y la



**ENMIENDA N.º 2**  
**(Continuación)**

Reserva del Banco de Horas que no debe exceder de "600 horas" por "690 horas".

3. Se modifica el **artículo 4, sección 4.2, ejemplo 2**, aclarando el ejemplo de la siguiente manera:

**Ejemplo 2:** usted trabaja 28.75 horas en enero, febrero, marzo y abril y los empleadores declaran y pagan las contribuciones en febrero, marzo, abril y mayo. Para fines de mayo, habrá trabajado 115 horas y se habrán recibido las contribuciones en su nombre, y usted tendrá derecho a la cobertura el 1 de agosto.

Todos los demás términos y condiciones de la Descripción resumida del plan y del Plan, permanecerán en pleno vigor y efecto.

Formalización el 20 de octubre de 2022 en Pasadena, California.

CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS  
SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA  
HEALTH TRUST FUND

Por: \_\_\_\_\_  
Presidente – Joël Barton

Por: \_\_\_\_\_  
Secretario– Jim Willson