

ENMIENDA N.º 3
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 cambios en el requisito de horas para la elegibilidad inicial y el restablecimiento de la elegibilidad de 115 a 120 horas, con vigencia a partir del mes de trabajo el 1 de enero de 2024. Además, desea aumentar el máximo de la reserva del banco de horas de 690 a 720.
- B. El Consejo de Fideicomisarios también desea modificar la SPD para reflejar la terminación del beneficio de subsidio de la COBRA a partir del mes de elegibilidad el 1.º de enero de 2024.
- C. El Consejo de Fideicomisarios desea modificar la SPD para reflejar la terminación del plan PPO de Anthem Blue Cross y la implementación del plan PPO de Blue Shield con prestaciones de *statu quo* a partir del 1 de enero de 2024.
- D. El Consejo de Fideicomisarios desea modificar la SPD para reflejar los cambios en los planes HMO de UnitedHealthcare y Kaiser a partir del 1 de enero de 2024, que se detallan a continuación.

UnitedHealthcare

- 1. **Copagos para visitas al médico:** aumento de los copagos de \$5 a \$20 por consulta para la mayoría de las visitas de atención primaria, incluida la atención urgente.
- 2. **Copagos de medicamentos de venta con receta:** aumento de los copagos de medicamentos de venta con receta de \$20 por receta de medicamentos de marca de venta al por menor, hasta un suministro de 31 días, a \$30 por receta de medicamento de marca de venta al por menor, hasta un suministro de 31 días. Además, se cambia el copago del servicio de venta por correo de medicamentos de marca de \$40 hasta 90 días de suministro a \$60 para medicamentos de marca a través del servicio de venta por correo hasta 90 días de suministro.

Kaiser Permanente:

- 1. **Copago para admisión hospitalaria y cirugía ambulatoria:** aumento de \$0 a \$250 por admisión hospitalaria y de \$5 a \$250 por procedimiento de cirugía ambulatoria.
- 2. **Servicios de ambulancias:** cambio de \$0 a \$100 por viaje.
- 3. **Servicios de sala de emergencias:** cambio de \$5 a \$100 por consulta.

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND
PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS
ENMIENDA N.º 3
(Continuación)

4. **Copagos para visitas al médico:** aumento de \$5 a \$20 por consulta para la mayoría de las consultas de atención primaria, incluida la atención urgente, y \$25 por consulta para la mayoría de las consultas a especialistas médicos, incluidas las visitas de infertilidad.
 5. **Copagos de medicamentos de venta con receta:** aumento de los copagos de medicamentos de venta con receta de \$0 por receta de medicamento genérico al por menor hasta un suministro de 100 días a \$10 por receta de medicamento genérico de venta al por menor hasta un suministro de 30 días; y de \$10 por receta de medicamento de marca hasta un suministro de 100 días a \$30 por receta de medicamento de marca hasta 30 días de suministro. Además, se cambia el copago del servicio de venta por correo de medicamentos genéricos de \$0 hasta un suministro de 100 días a \$20 por medicamento genérico por servicio de venta por correo hasta un suministro de 100 días; y de \$10 para recetas de medicamentos de marca a través del servicio de venta por correo hasta un suministro de 100 días a \$60 por medicamento de marca a través del servicio de venta por correo hasta un suministro de 100 días.
 6. **Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados:** aumento del copago de la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados de \$0 a \$250 por admisión.
 7. **Atención ambulatoria de salud mental:** aumento de la consulta individual de terapia ambulatoria de \$5 a \$20 por consulta, y la consulta grupal de terapia ambulatoria de \$2 a \$10 por consulta.
 8. **Servicios para problemas de dependencia de sustancias químicas para pacientes hospitalizados:** aumento del copago de los servicios para problemas de dependencia de sustancias químicas para pacientes hospitalizados de \$0 a \$250 por admisión. Además, se aumenta el copago por los servicios de recuperación residencial transitorios de \$0 a \$100 por admisión.
 9. **Servicios para problemas de dependencia de sustancias químicas para pacientes ambulatorios:** aumento del copago por servicios ambulatorios de \$5 a \$20 por consulta individual y de \$2 a \$5 por consulta grupal.
- E. El Consejo de Fideicomisarios se ha reservado la facultad de modificar la SPD de tanto en tanto.

POR LO TANTO, con vigencia a partir del **1 de enero de 2024**, la SPD se modifica de la siguiente manera:

1. Se modifican todas las referencias de la SPD que aparecen en el **Artículo 3, Definiciones generales del Plan, Artículo 4, Elegibilidad y disposiciones generales del Plan, Artículo 17, Información de divulgación**, y en otras partes de la SPD para sustituir el requisito de idoneidad de “115 horas” por “120 horas”, y la reserva del banco de horas, que no debe excederse, de “690 horas” a “720 horas”.
2. Se modifica el **artículo 4, sección 4.2, ejemplo 2**, aclarando el ejemplo de la siguiente manera:

Ejemplo 2: usted trabaja 30 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 120 horas y se habrán recibido las contribuciones en su nombre, y usted tendrá derecho a la cobertura el 1 de agosto.

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND
PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS
ENMIENDA N.º 3
(Continuación)

3. Todas las referencias del plan “PPO de Anthem Blue Cross” serán eliminadas y reemplazadas por “plan PPO de Blue Shield” en toda la SPD.
4. El **Artículo 16, Nueve leyes federales que debe conocer**, Sección 16.1.B, **Programa subsidiado en virtud de la COBRA**, se elimina en su totalidad a partir del mes de elegibilidad del 1 de enero de 2024.
5. Todas las referencias del “programa subsidiado en virtud de la COBRA” serán eliminadas en toda la SPD.
6. El **Artículo 6, Comparación de los planes médicos y de recetas PPO de Blue Shield PPO, HMO de Kaiser Permanente y HMO de UnitedHealthcare**, Sección 6.1, **Comparación de prestaciones médicas y de medicamentos de venta con receta: PPO de Blue Shield, Kaiser Permanente y UnitedHealthcare** se modifica de la siguiente manera:

Comparación de prestaciones médicas y de medicamentos de venta con receta: PPO de Blue Shield, Kaiser Permanente y UnitedHealthcare

Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta				
Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Blue Shield y los planes de 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 www.scibew-neca.org .				
Proveedor	PPO de Blue Shield		HMO de Kaiser Permanente	Plan HMO de UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Número del servicio de atención al cliente para miembros	(855) 599-2650		(800) 464-4000	(800) 624-8822
Sitio web	www.blueshieldca.com/pponetwork		www.members.kp.org	www.myuhc.com
Características generales				
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

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND
PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS
ENMIENDA N.º 3
(Continuación)

Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta				
Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Blue Shield y los planes de 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 www.scibew-neca.org .				
Proveedor	PPO de Blue Shield		HMO de Kaiser Permanente	Plan HMO de UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
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 Blue Shield. Se necesita una certificación previa del hospital. ²	Copago de \$250 por admisión	Copago de \$250 por admisión
Servicios de emergencia <i>Exención del copago cuando se produzca un ingreso</i>	Copago del 10% ¹	Copago del 10%. ²	Copago de \$100	Copago de \$250
Servicios de necesidad urgente <i>Servicios necesarios por razones médicas que se solicitan fuera del área geográfica prestados por Primary Medical Group</i>	Copago del 10% ¹	Copago del 30%. ²	Copago de \$20	Copago de \$20
Enfermedades preexistentes	Todas las enfermedades que necesiten tratamiento por razones médicas estarán cubiertas siempre y cuando constituyan una prestación cubierta.			
Prestaciones disponibles mientras el paciente esté hospitalizado				
Desintoxicación de alcohol, drogas o demás abuso de sustancias	Copago del 10% ¹	Copago del 30% ²	Copago de \$250 por admisión	Copago de \$250 por admisión

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND
PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS
ENMIENDA N.º 3
(Continuación)

Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta				
Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Blue Shield y los planes de 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 www.scibew-neca.org .				
Proveedor	PPO de Blue Shield		HMO de Kaiser Permanente	Plan HMO de UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
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% ¹	Copago del 30% ²	Copago de \$250 por admisión	Copago de \$250 por admisión
Atención del recién nacido	Copago del 10% ¹	Copago del 30% ²	Sin cargo	Sin cargo
Cirugía reparadora	Copago del 10% ¹	Copago 30% ²	Copago de \$250 por admisión	Copago de \$250 por admisión
Atención de rehabilitación (incluida fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología)	Copago del 10%. Se debe obtener aprobación previa. ¹	Copago del 30% (hasta un máximo de \$35 de prestación por consulta). ²	Copago de \$250 por admisión hospitalaria	Copago de \$250 por admisión
Enfermería especializada <i>Hasta 100 días consecutivos desde el primer tratamiento por incapacidad</i>	Copago del 10%. ¹	Copago del 30%. ²	Sin cargo	Copago de \$250 por admisión
Interrupción voluntaria del embarazo (servicios médicos, farmacológicos y quirúrgicos)	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo	Sin cargo
Prestaciones disponibles de manera ambulatoria				
Ambulancia	Copago del 10% ¹	Copago del 10% ²	\$100 por viaje	Sin cargo
Servicios para el alcoholismo, la drogadicción o el abuso de otras sustancias	Copago del 10% ¹	Copago del 30% ²	Copago de \$20 por consulta individual; copago de \$5 por consulta grupal	\$20 por consulta

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND
PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS
ENMIENDA N.º 3
(Continuación)

Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta				
Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Blue Shield y los planes de 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 www.scibew-neca.org .				
Proveedor	PPO de Blue Shield		HMO de Kaiser Permanente	Plan HMO de UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Equipos médicos duraderos	Copago del 10%. ¹	Copago del 30%. ²	Sin cargo	Sin cargo
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%. ¹	Copago del 30%. ²	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% ²	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de laboratorio (cuando estén disponibles con el médico de atención primaria o mediante su autorización)	Copago del 10%. ¹	Copago del 30% ²	Sin cargo	Sin cargo
Atención maternal, pruebas	Copago del 10%. ¹	Copago del 30% ²	Sin cargo	Sin cargo

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND
PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS
ENMIENDA N.º 3
(Continuación)

Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta				
Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Blue Shield y los planes de 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 www.scibew-neca.org .				
Proveedor	PPO de Blue Shield		HMO de Kaiser Permanente	Plan HMO de UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
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% ¹	Copago del 30% ²	\$20 por consulta	\$25 por consulta
Consultas al médico y consultas a especialistas	Copago del 10% ¹	Copago del 30% ²	Copago de \$20 por visita al consultorio; Copago de \$25 por consulta a especialista	Copago de \$20 por visita al consultorio; Copago de \$25 por consulta a especialista
Terapia ambulatoria de rehabilitación médica en un centro de cirugía ambulatoria o un centro independiente participante	Copago del 10% ¹	Copago del 30% ²	Copago de \$20	Copago de \$20
Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria o un centro independiente participante	Copago del 10%. ¹	Copago del 30% ²	Copago de \$250	Sin cargo

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND
PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS
ENMIENDA N.º 3
(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 Blue Shield y los planes de 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 www.scibew-neca.org.</p>				
Proveedor	PPO de Blue Shield		HMO de Kaiser Permanente	Plan HMO de UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
<p>Medicina preventiva 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).</p>	Sin cargo ¹	Copago del 30% ²	Sin cargo	Sin cargo

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND
PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS
ENMIENDA N.º 3
(Continuación)

Comparación de ofertas de planes médicos y de medicamentos de venta con receta				
Este es solo un resumen de las prestaciones disponibles en virtud del plan PPO de Blue Shield y los planes de 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 www.scibew-neca.org .				
Proveedor	PPO de Blue Shield		HMO de Kaiser Permanente	Plan HMO de 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).	Sin cargo. ¹	Copago del 30% ²	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).	Sin cargo. ¹	Copago del 30% ²	Sin cargo	Sin cargo

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

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND
PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS
ENMIENDA N.º 3
(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 Blue Shield y los planes de 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 www.scibew-neca.org.</p>				
Proveedor	PPO de Blue Shield		HMO de Kaiser Permanente	Plan HMO de UnitedHealthcare
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
<p>Medicamentos de venta con receta disponibles de manera ambulatoria: 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>				
Farmacia minorista; nivel 1 (excepto con Kaiser, el nivel 1 representa principalmente a los medicamentos genéricos y a algunos medicamentos de marca)	\$10 hasta un suministro para 30 días	\$10 hasta un suministro para 30 días ¹	\$10 hasta un suministro para 30 días de medicamentos genéricos	\$10 hasta un suministro para 31 días
Farmacia minorista; nivel 2 (excepto con Kaiser, el nivel 2 representa principalmente a los medicamentos de marca y a algunos medicamentos genéricos)	\$20 hasta un suministro para 30 días	\$20 hasta un suministro para 30 días ¹	\$30 hasta un suministro para 30 días de medicamentos de marca	\$30 hasta un suministro para 31 días
Venta por correo; nivel 1 (excepto con Kaiser, principalmente, medicamentos genéricos y algunos medicamentos de marca)	\$20 hasta un suministro para 90 días	N/A	\$20 hasta un suministro para 100 días de medicamentos genéricos	\$20 hasta un suministro para 90 días
Venta por correo; nivel 2 (excepto con Kaiser, principalmente, medicamentos de marca y algunos medicamentos genéricos)	\$40 hasta un suministro para 90 días	N/A	\$60 hasta un suministro para 100 días de medicamentos de marca	\$60 hasta un suministro para 90 días
<p>1. Solicitudes para farmacias que no formen parte de la red de la PPO de Blue Shield: se debe presentar una solicitud para el reembolso de la adquisición de los medicamentos dentro de los 15 meses de efectuada la compra. Esta opción está pensada únicamente para situaciones de emergencia o cuando viaja. El reembolso se limita según el precio que se pagó por la receta.</p>				

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND
PLAN DE SALUD PARA EMPLEADOS ACTIVOS
ENMIENDA N.º 3
(Continuación)

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

Formalización el 19 de octubre de 2023 en Pasadena, California.

CONSEJO DE FIDEICOMISARIOS
SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND

Por: _____
Presidente – Joël Barton

Por: _____
Secretario– Jim Willson