

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND

Descripción resumida del plan

Para participantes activos con derecho a
cobertura y sus dependientes con derecho
a cobertura



A partir del 1.º de julio de 2022

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 dificultad para entender cualquier parte de este folleto, comuníquese con la Oficina Administrativa al 100 Corson Street, Suite 200, Pasadena, CA 91103. 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 “Summary Plan Description” en Español.

**Este documento también se encuentra disponible en línea en
www.scibew-neca.org.**

**Esta Descripción resumida del plan se actualizó el
1.º de julio de 2022**

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 conforme al Plan. Todas estas interpretaciones y determinaciones 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.

ATENCIÓN

Los participantes con derecho a cobertura y sus dependientes tienen derecho a las prestaciones del Programa de asistencia al miembro (Member Assistance Program, MAP). Este MAP brinda asistencia para tratar la dependencia de sustancias químicas, dificultades maritales y familiares, y otros problemas críticos urgentes. Para obtener información sobre el MAP, contáctese con la oficina administrativa. Para acceder a la línea directa del MAP, disponible las 24 horas, llame al (888) 426-0026. Para obtener más información, consulte el Artículo 12: Programa de asistencia al miembro (MAP) en la página 66.

NOTA

Planifique con antelación y familiarícese con los requisitos de idoneidad del Plan de salud para jubilados. Para obtener más información, consulte el Artículo 15: Idoneidad del Plan de salud para jubilados en la página 72. Hay una Descripción resumida del plan por separado en la que se brinda información completa sobre el Plan de salud para jubilados. Se encuentra disponible en www.scibew-neca.org y, previa solicitud, en la oficina administrativa.

CONJUNTO DE DOCUMENTOS QUE COMPONEN EL DOCUMENTO DEL PLAN

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, EOC) y el Resumen de prestaciones y coberturas que se encuentren en vigor en cada momento, los cuales, junto con el Convenio de fideicomiso, componen el documento del Plan.

Índice

Artículo 1:	Información general.....	1
1.1	Información general de contacto.....	1
1.2	Asistencia.....	1
Artículo 2:	Prestaciones del Plan disponibles para usted	4
2.1	Convenios para electricistas interiores, sector de transporte inteligente, inspectores y sector ferroviario.....	4
2.2	Convenio residencial.....	5
2.3	Convenio de comunicaciones y sonido del Distrito 9.....	6
2.4	Convenio de encargados de materiales.....	7
2.5	Convenio del sector de mantenimiento.....	8
2.6	Convenio de comunicaciones y sonido del Distrito 9 para aprendices que reciben entre un 45 % y un 50 % del sueldo.....	9
Artículo 3:	Definiciones generales del Plan.....	10
3.1	Prestación de asistencia y defensa	10
3.2	Asociación.....	10
3.3	COBRA.....	10
3.4	Convenio laboral colectivo	10
3.5	Contribuciones	10
3.6	Empleo cubierto	10
3.7	Hora abonada	10
3.8	Dependiente	11
3.9	Electricista.....	11
3.10	Empleado	11
3.11	Empleador	11
3.12	Familiar.....	12
3.13	Convenio de reembolso de gastos médicos	12
3.14	Reserva del banco de horas.....	12
3.15	Programa de asistencia al miembro (MAP).....	12
3.16	Participante y Participante del Plan	12
3.17	Evento calificado	12
3.18	Descripción resumida del plan (SPD).....	12

3.19	Convenio de fideicomiso	13
3.20	Fideicomisario o Consejo de fideicomisarios	13
3.21	Fondo de fideicomiso y Plan.....	13
3.22	Sindicato y delegación local de un Sindicato	13
Artículo 4:	Disposiciones generales y de idoneidad del Plan.....	14
4.1	Idoneidad: Cuándo comienza la cobertura.....	14
4.2	Electricistas activos de la delegación local 11	14
4.3	Reserva del banco de horas.....	15
4.4	I.O. Health Reciprocal Agreement and Proration Under Certain Collective Bargaining Agreements	16
4.5	Seguro de accidentes de trabajo, prestaciones por incapacidad temporal o seguro de incapacidad del estado de California.....	17
4.6	Idoneidad inicial para determinados empleados de ciertos empleadores contribuyentes nuevos.....	19
4.7	Miembros activos electos (DWM).....	20
4.8	Convenio de participación de exalumnos	22
4.9	Convenio de participación	22
4.10	Dependientes con derecho a cobertura	23
4.11	Empleo eléctrico no cubierto	25
4.12	Extinción o reducción de la cobertura	25
4.13	Cancelación de la idoneidad y extinción de la Reserva del banco de horas (incumplimiento del Convenio del fideicomiso y requisitos de notificación de contribuciones).....	26
4.14	Financiación del Plan.....	26
Artículo 5:	Elección entre planes de tipo HMO y PPO.....	27
5.1	Elección de un plan médico más acorde a sus necesidades	27
5.2	Procedimientos de inscripción	30
5.3	Procedimiento de inscripción abierta durante 12 meses consecutivos	31
5.4	Excepción a la inscripción abierta durante 12 meses consecutivos para UnitedHealthcare	32
Artículo 6:	Comparación de los planes médicos y de medicamentos de venta con receta de tipo PPO de Anthem Blue Cross, HMO de Kaiser Permanente y HMO de UnitedHealthcare	33
6.1	Comparación de prestaciones médicas y de medicamentos de venta con receta: Anthem Blue Cross, Kaiser Permanente y UnitedHealthcare.....	34

6.2	Cadenas de farmacias.....	38
6.3	Farmacia de servicio por correo (solo para medicamentos de mantenimiento)....	38
6.4	Limitaciones y exclusiones	39
6.5	Aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y 50 % del sueldo: Kaiser Permanente.....	44
Artículo 7:	Convenio de reembolso de gastos médicos.....	49
7.1	Idoneidad de los Participantes activos	49
7.2	Pérdida de idoneidad.....	49
7.3	Cantidad de prestaciones.....	50
7.4	Confiscaciones	50
7.5	Cobertura de continuación de COBRA.....	50
7.6	Pagos por cuenta propia para el Plan de salud para jubilados Southern California IBEW-NECA.....	51
7.7	Pago de solicitudes de grandes sumas	51
7.8	Gastos reembolsables.....	51
7.9	Procedimientos de solicitudes.....	53
7.10	Reciprocidad	53
Artículo 8:	Planes dentales disponibles para usted	54
8.1	Comparación de las prestaciones dentales disponibles para usted	55
Artículo 9:	Prestaciones ópticas	57
9.1	Vision Service Plan (VSP) y Kaiser Permanente Vision Plan.....	57
9.2	Copagos y Plan de prestaciones	58
9.3	Anteojos de seguridad recetados.....	59
9.4	Uso del Plan	59
9.5	Proveedores que no forman parte de la red.....	60
9.6	Limitaciones.....	60
9.7	Quejas	61
Artículo 10:	Prestaciones adicionales (escaneo corporal médico y calzado especializado).....	62
10.1	Prestación de escaneo corporal médico	62
10.2	Prestación de calzado especializado	63
Artículo 11:	Programa de Servicios de Asistencia y Defensa	65
11.1	MedExpert.....	65

11.2	Servicios de MedExpert.....	65
Artículo 12:	Programa de asistencia al miembro (MAP)	66
12.1	Programa de asistencia al miembro de salud conductual.....	67
12.2	Asistencia legal.....	67
12.3	Servicios financieros.....	67
12.4	Servicios para familias y niños	67
12.5	Atención a adultos mayores	67
12.6	Recursos de la comunidad	68
12.7	Recursos de internet.....	68
12.8	Exclusiones y limitaciones.....	68
Artículo 13:	Prestaciones del Seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento.....	69
13.1	Cronograma de prestaciones del seguro de vida.....	69
13.2	Cronograma de prestaciones del seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D).....	70
13.3	Titular de póliza colectiva.....	70
13.4	Notificación y prueba de reclamo	70
Artículo 14:	Procedimientos de enmienda del plan.....	71
14.1	Cambios, mejoras, reducciones o eliminaciones de prestaciones.....	71
14.2	Notificación de cambios en el Plan a los Participantes.....	71
Artículo 15:	Idoneidad del Plan de salud para jubilados	72
15.1	Idoneidad.....	72
15.2	Derechos especiales de inscripción de HIPAA (excepción a la fecha límite para la inscripción en el Plan de salud para jubilados)	74
Artículo 16:	Nueve leyes federales que debe conocer	76
16.1	COBRA.....	76
16.2	Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA)	84
16.3	Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) ...	84
16.4	Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos.....	86
16.5	Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer	86
16.6	Orden de Asistencia Médica Infantil Calificada (QMCSO).....	87
16.7	Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (MHPAEA).....	88

16.8	Ley de Derechos de Empleo y Reemplazo de los Servicios Uniformados (USERRA)	88
16.9	Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021	91
Artículo 17:	Información de divulgación	94
17.1	Conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA).....	94
17.2	Normas sobre solicitudes y recursos de apelación.....	96
17.3	Sus derechos bajo la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA).....	100
17.4	Notificación a los participantes.....	102

Artículo 1: Información general

1.1 Información general de contacto

Oficina administrativa

Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund

100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, CA 91103

(323) 221-5861
(800) 824-6935 (para todo el país)
(323) 726-3520 (fax)

Dirección postal
P.O. Box 6652
Pasadena, CA 91109

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

Consejo de fideicomisarios

Administradores fiduciarios laborales

Joël Barton, secretario
Eric Brown
Gaylord "Rusty" Roten
Tommy Faavae, suplente
Marc Greenfield, suplente

Administradores fiduciarios administrativos

James Willson, presidente
Jeff Davis
Sean McKenna
Eric Cartier, 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

Asesor

Rael & Letson, Actuaries and Consultants

1.2 Asistencia

Este folleto contiene un resumen de los derechos y las prestaciones de su Plan en virtud del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund. También forma parte del documento del

Plan. El Plan se expone en este documento y en todos los documentos que figuran en el apartado titulado “Documentos que regulan las prestaciones” a continuación.

En caso de que tenga dificultades para entender algún fragmento de la Descripción resumida del plan o de que tenga alguna duda, póngase en contacto con la oficina administrativa para solicitar ayuda. Estamos a su disposición para ayudarlo a obtener todas las prestaciones a las que puede tener derecho. A continuación, ofrecemos nuestros datos de contacto.

Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund

Oficina administrativa

100 Corson Street, Suite 200

Pasadena, CA 91103

(323) 221-5861

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

(323) 726-3520 (fax)

www.scibew-neca.org

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

A. Documentos que regulan las prestaciones

El alcance de las prestaciones de cada uno de los participantes activos se rige por las todas las condiciones de los documentos del plan del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund, la Evidencia de cobertura, el Resumen de prestaciones y coberturas, los contratos del seguro y convenios otorgados al Fondo de Fideicomiso por parte de Kaiser Permanente Foundation Health Plan Inc. (para la región del sur de California), UnitedHealthcare of California, Anthem Blue Cross of California, Delta Dental of California, United Concordia y Vision Service Plan, así como por las demás normas y reglamentos sobre la idoneidad que puedan adoptar ocasionalmente los 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, los documentos de la Evidencia de cobertura y los convenios otorgados por alguno de los anteriores proveedores, prevalecerán los términos y condiciones establecidos en la Evidencia de cobertura, los contratos del seguro o 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 fideicomiso en ***www.scibew-neca.org***.

B. Mantenga actualizados sus registros

Notifique a la oficina administrativa de inmediato por escrito cualquier cambio de dirección o cambio de dependientes. **Si no notifica de inmediato a la oficina administrativa, podría perder derechos a las prestaciones adecuadas o ser responsable de prestaciones pagadas por error.**

Por ejemplo:

- matrimonio
- nacimiento de un hijo, adopción o tutoría legal de un niño
- divorcio
- defunción de un dependiente con derecho a cobertura

Para obtener más información, consulte el artículo 4.10 Dependientes con derecho a cobertura en la página 23.

C. 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 el folleto de 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 del Fondo se encarga de tomar todas las decisiones iniciales sobre la idoneidad básica en virtud de Artículo 4: Disposiciones generales y de idoneidad del Plan, COBRA y otras disposiciones similares sobre idoneidad 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 por parte de la oficina del Fondo. Todas las determinaciones negativas con respecto a la idoneidad y las demás resoluciones de los recursos de apelación se notificarán por escrito a los interesados en el plazo que exigen los reglamentos y las leyes federales.

Coast Benefits, Inc. es un fiduciario de solicitudes que gestiona todas las solicitudes relacionadas con exploraciones médicas corporales, calzado especializado y convenios de reembolso de gastos médicos en virtud de sus normas sobre solicitudes y recursos de apelación. En el 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 de revisión médica independiente con licencia expedida en el estado de California para todos los recursos de apelación relacionados con problemas de necesidades médicas. Los participantes recibirán una notificación por escrito de todas las decisiones negativas dentro del plazo que exigen los reglamentos y leyes federales.

Para obtener más información sobre los recursos de apelación, véase el artículo 17.2 Normas sobre solicitudes y recursos de apelación en la página 96.

Artículo 2: Prestaciones del Plan disponibles para usted

2.1 Convenios para electricistas interiores, sector de transporte inteligente, inspectores y sector ferroviario

- ▶ Opciones de prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos de venta con receta (elijá una)
 - Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross
 - Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente
 - Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare
- ▶ Opciones de prestaciones dentales (elijá una)
 - Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO) de United Concordia
 - Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) de DeltaCare USA
 - Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) de United Concordia
- ▶ Convenio de reembolso de gastos médicos
- ▶ Opciones de prestaciones de atención oftalmológica
 - Vision Service Plan (VSP)
(Participantes de planes de tipo PPO de Anthem Blue Cross y de tipo HMO de UnitedHealthcare)
 - Plan óptico de Kaiser Permanente
(excepto gafas de seguridad graduadas, que se proporcionan mediante VSP solo a empleados)
- ▶ Prestaciones de escaneos corporales
 - Body Scan International
- ▶ Prestaciones ortopédicas
- ▶ Prestación de asistencia y defensa
 - MedExpert
- ▶ Programa de asistencia al miembro (Member Assistance Program, MAP)
- ▶ Prestaciones de seguro de vida y seguro de muerte accidental y desmembramiento
 - Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company
- ▶ Prestaciones de salud para jubilados

2.2 Convenio residencial

- ▶ Opciones de prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos de venta con receta (elijá una)
 - Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross
 - Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente
 - Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare
- ▶ Opciones de prestaciones dentales (elijá una)
 - Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO) de United Concordia
 - Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) de DeltaCare USA
 - Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) de United Concordia
- ▶ Opciones de prestaciones de atención oftalmológica
 - Vision Service Plan (VSP)
(disponible para participantes de planes de tipo PPO de Anthem Blue Cross y de tipo HMO de UnitedHealthcare)
 - Plan óptico de Kaiser Permanente
(excepto gafas de seguridad graduadas, que se proporcionan mediante VSP solo a empleados)
- ▶ Prestaciones de escaneos corporales
 - Body Scan International
- ▶ Prestaciones ortopédicas
- ▶ Prestación de asistencia y defensa
 - MedExpert
- ▶ Programa de asistencia al miembro (Member Assistance Program, MAP)
- ▶ Prestaciones de seguro de vida y seguro de muerte accidental y desmembramiento
 - Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company

2.3 Convenio de comunicaciones y sonido del Distrito 9

- ▶ Opciones de prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos de venta con receta (elijá una)
 - Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross
 - Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente
 - Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare
- ▶ Opciones de prestaciones dentales (elijá una)
 - Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO) de United Concordia
 - Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) de DeltaCare USA
 - Plan de Organización para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO) de United Concordia
- ▶ Convenio de reembolso de gastos médicos
- ▶ Opciones de prestaciones de atención oftalmológica
 - Vision Service Plan (VSP)
(Participantes de planes de tipo PPO de Anthem Blue Cross y de tipo HMO de UnitedHealthcare)
 - Plan óptico de Kaiser Permanente
(excepto gafas de seguridad graduadas, que se proporcionan mediante VSP solo a empleados)
- ▶ Prestaciones de escaneos corporales
 - Body Scan International
- ▶ Prestaciones ortopédicas
- ▶ Prestación de asistencia y defensa
 - MedExpert
- ▶ Programa de asistencia al miembro (Member Assistance Program, MAP)
- ▶ Prestaciones de seguro de vida y seguro de muerte accidental y desmembramiento
 - Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company

2.4 Convenio de encargados de materiales

- ▶ Opciones de prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos de venta con receta (elija una)
 - Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross
 - Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente
 - Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare
- ▶ Prestaciones de escaneos corporales
 - Body Scan International
- ▶ Prestaciones ortopédicas
- ▶ Prestación de asistencia y defensa
 - MedExpert
- ▶ Programa de asistencia al miembro (Member Assistance Program, MAP)

2.5 Convenio del sector de mantenimiento

- ▶ Opciones de prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos de venta con receta (elija una)
 - Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross
 - Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente
 - Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare
- ▶ Prestaciones de escaneos corporales
 - Body Scan International
- ▶ Prestaciones ortopédicas
- ▶ Prestación de asistencia y defensa
 - MedExpert
- ▶ Programa de asistencia al miembro (Member Assistance Program, MAP)
- ▶ Prestaciones de seguro de vida y seguro de muerte accidental y desmembramiento
 - Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company

2.6 Convenio de comunicaciones y sonido del Distrito 9 para aprendices que reciben entre un 45 % y un 50 % del sueldo

- ▶ Prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos de venta con receta
 - Plan de tipo HMO alternativo de Kaiser Permanente únicamente
- ▶ Convenio de reembolso de gastos médicos
- ▶ Prestación de asistencia y defensa
 - MedExpert
- ▶ Programa de asistencia al miembro (Member Assistance Program, MAP)
- ▶ Prestaciones de seguro de vida y seguro de muerte accidental y desmembramiento
 - Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company

El Consejo de fideicomisarios reconoce que algunos aprendices pertenecientes a la unidad de sonido (que cobran entre un 45 % y un 50 % del sueldo) reciben contribuciones al Plan a una tasa de contribución considerablemente menor que la provista para otras clasificaciones de participantes del Plan, lo que deriva en un prorrateo significativo de esas contribuciones que en la práctica hace imposible que el aprendiz tenga alguna vez derecho a cobertura.

A los aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y un 50 % del sueldo se les proporciona un conjunto de prestaciones por separado, exclusivamente a través de Kaiser Permanente, Para obtener más información, consulte el artículo 6.5 Aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y 50 % del sueldo: Kaiser Permanente en la página 44. Ninguna de las otras prestaciones incluidas en esta Descripción resumida del plan está disponible para los aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y un 50 % del sueldo que reúnan los requisitos ni para sus dependientes. Sin embargo, se aplican las disposiciones no relacionadas con las prestaciones, como definiciones, derechos en virtud de COBRA y derechos de apelación.

Tras su graduación, cuando un aprendiz de la unidad de sonido reciba como mínimo un 55 % del sueldo, las horas que queden en su Reserva del banco de horas para el Plan alternativo de Kaiser Permanente se transferirán a la reserva del banco de horas de los empleados activos. El participante será trasladado al Plan activo de prestaciones de tipo HMO de Kaiser Permanente y seguirá inscrito en ese plan durante un mínimo de 12 meses. El participante recibirá documentación de la oficina administrativa relacionada con las prestaciones adicionales disponibles en el momento del traslado al Plan activo de tipo HMO de Kaiser Permanente.

Artículo 3: Definiciones generales del Plan

3.1 Prestación de asistencia y defensa

Un servicio de asistencia y defensa que ofrece Defensores de salud personal (Personal Health Advocate, PHA) para ayudar a localizar médicos, resolver conflictos de facturación, facilitar las derivaciones por servicios cubiertos, asistir con el traslado de historias clínicas, localizar establecimientos de cuidado de mayores y niños, y otros servicios. Para obtener más información, consulte el Artículo 11: Programa de Servicios de Asistencia y Defensa en la página 65.

3.2 Asociación

Delegación del condado de Los Ángeles de la Asociación Nacional de Contratistas Eléctricos (National Electrical Contractors Association, NECA).

3.3 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.

3.4 Convenio laboral colectivo

Cualquier Convenio entre la Asociación y el Sindicato que requiera contribuciones al Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund y cualquier otro Convenio laboral colectivo que requiera contribuciones al Plan aprobado por el Consejo de fideicomisarios.

3.5 Contribuciones

Los pagos abonados, o pendientes de abono, por parte de un empleador particular al Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund en virtud de las disposiciones de cualquier Convenio laboral colectivo. El término "contribuciones" también incluirá los pagos abonados en nombre de un empleado de un sindicato local u otros empleadores contribuyentes de acuerdo con un Convenio de participación o de suscripción aprobado por el Consejo de fideicomisarios.

3.6 Empleo cubierto

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

3.7 Hora abonada

"Horas abonadas", "horas trabajadas" y "horas" hacen referencia a las horas de trabajo informadas en un Empleo cubierto por las cuales se reciben Contribuciones. Las contribuciones por horas trabajadas en un Empleo cubierto recibidas más de tres (3) meses posteriores al mes en

el que efectivamente se trabajaron las horas se abonan a su Reserva del banco de horas en el mes en que se recibieron las Contribuciones, no se abonan como Horas trabajadas en el mes en que el trabajo fue efectivamente realizado. Estas contribuciones atrasadas del empleador se abonan a su Reserva del banco de horas porque varios contratos con proveedores de servicios prohíben que el Fondo le proporcione idoneidad con carácter retroactivo. El límite normal de 600 horas para su banco de horas no se aplica en la medida en que las horas atrasadas se abonen a su Reserva de banco de horas.

Los términos "Hora abonada" y "Hora trabajada" también incluyen cualquier hora prorrateada que trabaje un empleado por el cual se paguen contribuciones a un Fondo de Salud que haya firmado el convenio recíproco de la Hermandad Internacional de Trabajadores eléctricos (International Brotherhood of Electrical Workers, IBEW) en la medida en que dichas contribuciones recíprocas sean recibidas por este Fondo.

Las contribuciones recíprocas, las contribuciones atrasadas y las contribuciones recibidas en virtud de ciertos Convenios laborales colectivos se convierten en horas conforme a este Plan, al dividir los fondos recibidos por la tasa de contribución por hora vigente en ese momento en virtud del Convenio laboral colectivo de electricistas interiores del sindicato local 11 de la IBEW. Para obtener más información, consulte el artículo 4.4 I.O. Health Reciprocal Agreement and Proration Under Certain Collective Bargaining Agreements en la página 16.

3.8 Dependiente

Los dependientes con derecho a cobertura en virtud de este Plan son el cónyuge legal del Participante y los hijos del Participante (incluidos los hijastros o los hijos adoptados legalmente) menores de 26 años. Para obtener más información, consulte el artículo 4.10 Dependientes con derecho a cobertura en la página 23.

3.9 Electricista

Incluye cualquier Empleado que trabaje en cualquier clasificación cubierta por un Convenio laboral colectivo que participe en este Plan, negociado entre la delegación local de IBEW participante y una delegación de NECA participante.

3.10 Empleado

El Empleado de un Empleador (como se define a continuación) que trabaja en un Empleo cubierto y cumple con las reglas de idoneidad adoptadas por el Fondo.

3.11 Empleador

Cualquier Empleador particular que haya firmado un Convenio con el Sindicato y la Asociación en virtud del cual deberá aportar Contribuciones a este 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.

3.12 Familiar

Un cónyuge o hijo dependiente de un Empleado participante.

3.13 Convenio de reembolso de gastos médicos

Prestaciones adicionales ofrecidas a participantes con derecho a cobertura y sus dependientes con derecho a cobertura por gastos médicos calificados no cubiertos por este Plan ni por cualquier otro plan de salud. Para obtener más información, consulte el Artículo 7: Convenio de reembolso de gastos médicos en la página 49.

3.14 Reserva del banco de horas

La Reserva del banco de horas es solo una herramienta asociada a la idoneidad. La Reserva del banco de horas individual de un participante no es de ninguna manera un derecho adquirido y la Reserva del banco de horas no está prefinanciada de ninguna manera. Las disposiciones de la Reserva del banco de horas que rigen la idoneidad pueden ser eliminadas o modificadas en cualquier momento por el Consejo de fideicomisarios a su criterio exclusivo.

3.15 Programa de asistencia al miembro (MAP)

El Programa de asistencia al miembro integrado es un programa de atención administrada de OptumHealth. La prestación del MAP es un servicio gratuito y confidencial de asesoramiento y derivación que ayuda a evaluar diversos problemas personales y sugiere formas de resolverlos. Para obtener más información, consulte el Artículo 12: Programa de asistencia al miembro (MAP) en la página 66.

3.16 Participante y Participante del Plan

El término "Participante" se aplica al empleado que reúne los requisitos de idoneidad para recibir prestaciones en virtud de este Plan.

3.17 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. Eso faculta al beneficiario a elegir seguir gozando de la cobertura del Plan al pagar por su cuenta. Para obtener más información, consulte el artículo 16.1 COBRA.

3.18 Descripción resumida del plan (SPD)

La Descripción resumida del plan ofrece información sobre los requisitos de idoneidad y otra información requerida por la legislación. También sirve como parte del documento del Plan. Los documentos de la Evidencia de cobertura y las pólizas de seguro proporcionan información detallada adicional sobre prestaciones específicas en las opciones de prestaciones disponibles en los planes de tipo PPO o HMO que elija.

3.19 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.

3.20 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.

3.21 Fondo de fideicomiso y Plan

El Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund.

3.22 Sindicato y delegación local de un Sindicato

Delegación local 11 del Sindicato de la Hermandad Internacional de Trabajadores Eléctricos (International Brotherhood of Electrical Workers, IBEW), AFL-CIO.

Artículo 4: Disposiciones generales y de idoneidad del Plan

4.1 Idoneidad: Cuándo comienza la cobertura

La idoneidad para recibir cobertura de los empleados activos se basa en que trabaje una determinada cantidad mínima de horas, como se explica a continuación, para uno o más empleadores que efectivamente realicen contribuciones al Fondo por sus horas de trabajo.

Incluso si la Reserva del banco de horas de un Participante incluye suficientes horas para la idoneidad inicial, la única prestación a la que podrá acceder el Participante hasta que complete un formulario de inscripción para una de las opciones médicas y una de las opciones dentales será el seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento. Incluso si el Participante no devuelve los formularios de inscripción a la oficina administrativa de manera oportuna, se aplicará el cargo correspondiente a la Reserva del banco de horas del Participante como si este hubiera completado todos los pasos requeridos para la inscripción en las prestaciones ofrecidas por el Plan. Sin embargo, el Participante no tendrá cobertura real (excepto el seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento) hasta que haya completado todos los pasos requeridos para la inscripción en las prestaciones ofrecidas por el Plan. El hecho de que el Participante no tome las medidas adecuadas para inscribirse en las prestaciones provocará una reducción en su Reserva del banco de horas sin el goce de prestaciones ni cobertura, de las cuales el Participante gozaría si se inscribiera en las opciones de prestaciones disponibles para él de manera oportuna.

Importante: Para obtener más información, consulte el artículo 4.7 Miembros activos electos (DWM) en la página 20 y el artículo 4.13 Cancelación de la idoneidad y extinción de la Reserva del banco de horas (incumplimiento del Convenio del fideicomiso y requisitos de notificación de contribuciones) en la página 26.

4.2 Electricistas activos de la delegación local 11

Tendrá derecho a recibir prestaciones en virtud de Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund el primer día del tercer mes, después de recibir 100 horas de contribuciones a la tasa establecida ocasionalmente por el Convenio de electricistas interiores de la delegación local 11 del Sindicato de la IBEW en su nombre dentro de los cuatro (4) meses consecutivos. El proceso se muestra mediante los siguientes ejemplos:

Ejemplo 1: usted trabaja 100* horas en enero y los empleadores declaran y pagan las contribuciones en febrero. Usted tendrá derecho a gozar de prestaciones el 1.º de mayo.

*Consulte convenios por la cantidad de horas requeridas. Para obtener más información, consulte el artículo 4.4 I.O. Health Reciprocal Agreement and Proration Under Certain Collective Bargaining Agreements.

Ejemplo 2: usted trabaja 25 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 100 horas y se habrán recibido las contribuciones en su nombre, y usted tendrá derecho a la cobertura el 1.º de agosto.

Si no logra la idoneidad en un período de cuatro (4) meses consecutivos, sus horas acumuladas en ese entonces serán canceladas. Este proceso se muestra mediante el siguiente ejemplo:

Ejemplo: en enero, febrero, marzo y abril, usted trabaja 24 horas por mes. Sus empleadores declaran y pagan todas las contribuciones en febrero, marzo, abril y mayo. Usted no tiene otras horas en su Reserva del banco de horas. Como su total de horas no es igual a 100 horas en un período de 4 meses consecutivos, usted no logró la idoneidad, y las horas del mes más antiguo se cancelan. El nuevo período de 4 meses para acumular horas de idoneidad en el ejemplo anterior estará conformado por los meses laborales de febrero, marzo, abril y mayo.

La siguiente tabla refleja la idoneidad continua sobre la base de las horas trabajadas en meses particulares.

Por ejemplo: 100 horas trabajadas en	Proporciona idoneidad en
Julio	Noviembre
Agosto	Diciembre
Septiembre	Enero
Octubre	Febrero
Noviembre	Marzo
Diciembre	Abril
Enero	Mayo
Febrero	Junio
Marzo	Julio
Abril	Agosto
Mayo	Septiembre
Junio	Octubre

La tabla anterior supone que las contribuciones por las horas que trabajó en realidad son recibidas por Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund. Las contribuciones deben recibirse para que se proporcione la idoneidad.

4.3 Reserva del banco de horas

Las horas trabajadas más allá de las 100 horas por mes se agregarán a su Reserva del banco de horas. El máximo que puede acumular en su cuenta de la Reserva del banco de horas es 600 horas. Su idoneidad continuará mientras su cuenta de reserva contenga al menos 100 horas.

Usted continuará manteniendo su Reserva del banco de horas por cada mes en el que tenga derecho a cobertura por trabajar en un empleo cubierto, o por la continuación de la idoneidad de su Reserva del banco de horas o por la continuación de la idoneidad por pagar COBRA por su cuenta.

Si su Reserva del banco de horas disminuye por debajo de 100 horas y no tiene derecho a prestaciones durante cuatro (4) meses consecutivos, se cancelará su Reserva del banco de horas. En ningún caso se incluirá en el cómputo de esos cuatro (4) meses consecutivos ningún mes en el que usted goce de prestaciones del SDI de California o prestaciones por incapacidad temporal del seguro de accidentes de trabajo ni ningún mes en el que se persigan contribuciones atrasadas, excepto determinadas contribuciones atrasadas, adeudadas a su cuenta y no abonadas previamente a usted.

4.4 I.O. Health Reciprocal Agreement and Proration Under Certain Collective Bargaining Agreements

Se reconoce que algunos Participantes no califican para la cobertura de salud porque viajan fuera del área geográfica cubierta por el Plan. De acuerdo con las directrices nacionales de la organización internacional, las contribuciones recibidas de otro Fondo de Salud que participa en el Convenio de reciprocidad para la salud de las organizaciones internacionales se abonarán al empleado como horas trabajadas. A fin de tener derecho al programa de reciprocidad, debe cumplir con algunos de los requisitos siguientes:

- 1) Tener idoneidad en virtud de este Plan dentro de los seis (6) años posteriores al primer mes de trabajo incluido en la transferencia de contribuciones.
- 2) Ser un miembro recientemente organizado de la delegación local 11 del Sindicato de la IBEW antes de la fecha de la transferencia de la contribución.
- 3) Haber transferido su afiliación a la delegación local 11 del Sindicato de la IBEW antes de la fecha de la transferencia de la contribución.

Cuando la tarifa por hora de las contribuciones que se transfieren a este Plan es inferior a la tarifa por hora de las contribuciones pagadas directamente a este Plan en virtud del Convenio laboral colectivo de electricistas interiores vigente en el momento de la transferencia de las contribuciones, las horas abonadas a usted en virtud de este Plan se prorratearán de acuerdo con el ejemplo que se muestra más abajo. El mismo método de prorrateo se aplicará a las disposiciones de los Convenios laborales colectivos (CBA) que exijan contribuciones inferiores a la tasa estándar. La oficina administrativa puede asesorarlo sobre los CBA sujetos a esta disposición.

Por ejemplo, si un Participante trabaja 150 horas en un área recíproca en la que la tasa de contribución de salud por hora es de \$8.10 y el empleado designa a la delegación local 11 del Sindicato como el Fondo de Vivienda, con una tasa de contribución de salud por hora actual de \$11.94 (Convenio de electricistas interiores de \$13.19 menos la contribución de \$0.55 al Convenio de reembolso de gastos médicos y \$0.70 al Plan suplementario de prestaciones por desempleo), las horas se prorratearían de la siguiente manera:

Tarifa local del Participante de \$8.10/Tarifa local del Fondo local \$11.94 = 67.8392 %

150 horas x 67.8392 % = 101.75 horas de salud abonadas

Nota: Hay cambios periódicos en la tasa de contribución del empleador. Consulte con la oficina administrativa la tarifa actual para su área recíproca y la tarifa local para el Fondo local actual.

Todas las contribuciones recíprocas recibidas por este Plan más de tres (3) meses calendario desde el cierre del mes en que efectivamente se trabajaron las horas se abonarán como horas trabajadas tres (3) meses calendario antes del mes en que se reciban las contribuciones y no del mes en el que se trabajaron las horas. Sin embargo, las horas se aplicarán al mes en el que efectivamente se trabajaron las horas si hacerlo proporcionaría idoneidad por horas de trabajo para un mes para el cual se realizó un pago de continuación de cobertura de COBRA y ese pago de continuación de COBRA será reembolsado.

Ejemplo: las horas trabajadas en enero y recibidas en abril se abonarán como trabajadas en enero. Las horas trabajadas en enero y recibidas en mayo se abonarán como trabajadas en febrero.

De acuerdo con la práctica administrativa de larga data para ciertos Convenios laborales colectivos que no incluyen cobertura de plan de salud para jubilados, la tasa de contribución del Convenio de electricistas interiores se reduce por la contribución por hora vigente en ese momento para la cobertura de jubilados, según lo asignado por el Sindicato. Únicamente para el período comprendido entre el 1.º de abril de 2021 y el 31 de diciembre de 2021, las tasas de contribución del Convenio de electricistas interiores solo para los fines de este apartado 4.4 serán de \$11.69. De acuerdo con la práctica administrativa de larga data para ciertos Convenios laborales colectivos que no incluyen la cobertura del plan de salud para jubilados, la tasa antes mencionada se reduce en \$1.25 a efectos del proceso de prorrateo desde el 1.º de abril de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021.

4.5 Seguro de accidentes de trabajo, prestaciones por incapacidad temporal o seguro de incapacidad del estado de California

Abono de horas y abono máximo: a un Empleado se le otorgarán 40 horas de abono de trabajo por cada semana de discapacidad aprobada en virtud del seguro de accidentes de trabajo, hasta un máximo de 26 semanas por discapacidad temporal.

Las horas se abonarán para su idoneidad, de la misma manera en que se describe en el artículo 4.2 Electricistas activos de la delegación local 11 en la página 14. Por ejemplo, si no puede trabajar durante tres (3) semanas en julio y ha recibido 120 horas de abono por incapacidad, se aplicará a su idoneidad de noviembre.

Únicamente con el fin de que un empleado reúna los requisitos para el abono de horas en virtud de esta disposición, las horas trabajadas por las cuales se reciprocán las contribuciones al Plan en virtud del del Convenio bilateral para la salud de I. O. se considerarán como horas trabajadas en un empleo cubierto, y se considerará que el empleado que genere dichas contribuciones recíprocas es un firmante del Fondo de fideicomiso.

NOTA: Los períodos durante los cuales recibió el seguro de incapacidad del estado de California por lesiones no relacionadas con el trabajo no derivan en el abono de horas. Sin embargo, los períodos de recepción de estas prestaciones "SDI" pueden evitar la confiscación de los saldos de la Reserva del banco de horas inferiores a 100 horas.

Seguro de accidentes de trabajo	Seguro de discapacidad del estado
Requisitos de idoneidad	Requisitos de idoneidad
<p>Debe haber tenido:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Idoneidad para gozar de las prestaciones del Plan en el mes en que ocurrió el accidente de trabajo; <p>Y</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. contribuciones pagadas a este Plan en su nombre por parte de un empleador en el mes en que ocurrió el accidente laboral. 	<p>Debe haber tenido idoneidad para gozar de las prestaciones del Plan en el mes inmediatamente anterior al primero de los cuatro (4) meses consecutivos de horas conservadas.</p>
<p>Proporcionar un aviso por escrito a la oficina administrativa dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que finaliza su idoneidad.</p>	<p>Proporcionar un aviso por escrito a la oficina administrativa dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que finaliza su idoneidad.</p>
<p>Proporcionar un comprobante de la incapacidad y el período de la incapacidad (por ej., carta de adjudicación del seguro de accidentes de trabajo, recibos de haberes del seguro de accidentes de trabajo durante el período de incapacidad).</p>	<p>Proporcionar un comprobante de la incapacidad y el período de la incapacidad (<i>por ej.</i>, comprobante de que está recibiendo prestaciones en el marco del SDI).</p>
Prestaciones	Prestaciones
<p>Máximo de 1,040 horas (40 h/semana; 26 semanas x 40 = 1,040 horas)</p>	<p>Una Reserva del banco de horas por debajo de las 100 horas se conservará durante cuatro (4) meses consecutivos.</p>
<p>Se le otorgarán 40 horas de abono de trabajo por cada semana de prestaciones de incapacidad temporal aprobada por el seguro de accidentes de trabajo, hasta un máximo de 26 semanas de prestaciones.</p>	<p>No se incluirá en los cuatro (4) meses consecutivos ningún mes en el que reciba beneficios de SDI o en el que se persigan contribuciones atrasadas.</p>
<p>NOTA: Las horas abonadas son solo horas de salud.</p>	<p>NOTA: La notificación inmediata de su recepción de las prestaciones estatales por incapacidad protegerá su banco de reserva de horas.</p>

4.6 Idoneidad inicial para determinados empleados de ciertos empleadores contribuyentes nuevos

A continuación, se describen las condiciones bajo las cuales se puede otorgar la idoneidad inicial a un empleado si trabaja en un empleo cubierto para un nuevo empleador contribuyente.

- A. A los efectos de esta norma, un “nuevo empleador contribuyente” es un empleador que ha estado brindando cobertura médica a sus empleados de una fuente distinta al Plan y que celebró un Convenio laboral colectivo que requiere contribuciones al Plan.
- B. A los efectos de esta norma, un “empleado idóneo” es un empleado que cumple con todos los requisitos siguientes:
 - 1. El empleado fue contratado por el empleador inmediatamente antes de la fecha de entrada en vigencia del Convenio laboral colectivo.
 - 2. El empleado estaba recibiendo cobertura médica de parte del empleador inmediatamente antes de la fecha de entrada en vigencia del Convenio laboral colectivo.
 - 3. El empleado, después de la fecha de entrada en vigencia del Convenio laboral colectivo, permanece como empleado del empleador y realiza trabajos por los cuales las contribuciones son pagaderas al Plan, de conformidad con el Convenio laboral colectivo.
 - 4. El Empleado no tiene Reserva del banco de horas preexistente en virtud de este Plan o del Plan FMCP a la fecha del Convenio laboral colectivo.
- C. A un empleado idóneo de un nuevo empleador contribuyente se le otorgará una Reserva del banco de horas inicial equivalente a cuatro (4) meses de cobertura. Para compensar esta Reserva del banco de horas inicial, no se abonará a la Reserva del banco de horas del empleado idóneo una cantidad equivalente de horas de las primeras horas trabajadas por mes más allá de las horas requeridas para la idoneidad mensual. Si la idoneidad inicial se otorga después del cierre de la primera semana laboral de un mes en particular, la Reserva del banco de horas inicial otorgada será equivalente a cinco (5) meses de cobertura y no se abonará a la Reserva del banco de horas del empleado idóneo una cantidad equivalente de las primeras horas trabajadas por mes más allá de las horas requeridas para la idoneidad mensual para compensar el banco de horas inicial otorgado.
- D. Solo a los empleados de la unidad de negociación colectiva se les puede otorgar la idoneidad inicial en virtud de esta norma.
- E. En el caso de que un empleado idóneo al que se le otorgó una Reserva del banco de horas inicial de conformidad con el subapartado (C) se desvincule del empleo, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, antes de trabajar en un empleo cubierto al menos la cantidad de horas abonadas de conformidad con el subapartado (C), se interrumpirán todos los beneficios de ese empleado y sus dependientes en virtud de este Plan el primer día del mes siguiente al mes en que se desvinculó del empleo. Un empleado al que se le

otorgó una Reserva del banco de horas inicial de conformidad con el subapartado (C) y su empleador deben notificar por escrito de inmediato la desvinculación del empleo a la oficina administrativa. A los empleados y sus dependientes que pierdan la idoneidad de conformidad con este apartado se les ofrecerá cobertura en virtud de COBRA no subvencionada y derechos de conversión en la medida que lo exija la legislación aplicable. Si el empleado regresa al empleo cubierto o firma la cartilla de desempleo de la delegación local 11 del Sindicato de la IBEW dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la desvinculación del empleo, no se producirá ninguna pérdida de idoneidad en virtud de este subapartado.

- F. Si la desvinculación se debe a una lesión o una enfermedad por la cual son pagaderas las prestaciones del seguro de incapacidad del estado de California o el seguro de incapacidad temporal de accidentes de trabajo, no se perderá la idoneidad en virtud de este subapartado, a menos que el empleado se recupere y hasta que eso ocurra, y solo si el Participante en ese momento no regresa dentro de los cinco (5) días hábiles al empleo cubierto o no firma la cartilla de desempleo de la delegación local 11 del Sindicato de la IBEW.
- G. Si la desvinculación se debe a que el Participante tomó una licencia de conformidad con las disposiciones aplicables de la Ley de Ausencia Familiar y Médica (Family Medical Leave Act, “FMLA”), no se producirá ninguna pérdida de idoneidad en virtud de este subapartado, a menos y hasta que el Empleado complete la licencia autorizada y solo entonces si el Participante luego no regresa dentro de los cinco (5) días hábiles al Empleo Cubierto o no firma el libro de desempleados de IBEW Local 11.
- H. Si la rescisión se debe a que el Participante fue llamado al servicio militar activo, no se producirá ninguna pérdida de idoneidad en virtud de este subapartado y la cobertura continuará en la medida de lo estipulado de otra manera en este Plan.
- I. Algunos empleados con la clasificación CW/CE reciben cobertura en virtud del Plan FMCP. Si uno de esos empleados alcanzara el estatus de aprendiz o trabajador calificado, comienzan las contribuciones del empleador a este Plan. Para garantizar una cobertura ininterrumpida a dicha persona cuando la cobertura en virtud del Plan FMCP termina después de o en forma simultánea a que alcance el estatus de aprendiz o trabajador calificado, se otorgarán abonos al empleado en virtud de la Parte C, sujeto a las limitaciones aplicables de las Partes B a H antes expuestas.

4.7 Miembros activos electos (DWM)

Los miembros activos electos (también denominados “contratistas eléctricos activos”, o “DWM”) son electricistas activos que son propietarios, socios o directivos.

Para reunir los requisitos, el DWM debe informar y pagar un mínimo de 153 horas por mes. Es importante destacar que las horas máximas anuales informadas serán de 2,500. (NOTA: El mínimo de 153 horas por mes debe informarse y pagarse ANTES del prorrateo. Para obtener más información, véase el artículo 4.4: I.O. Health Reciprocal Agreement and Proration Under Certain Collective Bargaining Agreements on page 16 for more information.)

Por ejemplo: 153 horas trabajadas en	Proporciona idoneidad en
Julio	Noviembre
Agosto	Diciembre
Septiembre	Enero
Octubre	Febrero

Límite de 2,500 horas informadas al año.

Un DWM puede rechazar la inscripción inicial. Sin embargo, no podrá solicitar que el Plan acepte contribuciones del empleador en su nombre en calidad de miembro activo electo como mínimo hasta doce (12) meses después del mes en que la oficina administrativa haya recibido el rechazo a participar en el Plan de salud. El empleador deberá abonar el resto de las contribuciones debidas en virtud del Convenio laboral colectivo, incluso si los miembros activos electos rechazan la participación en el Plan.

Si el miembro activo electo rechaza la participación durante el período de inscripción inicial y luego decide participar en el Plan, dicho miembro solo tendrá derecho a las opciones médicas y dentales del Plan de tipo HMO disponibles (consulte el apartado titulado “Opciones de planes”) como mínimo durante doce (12) meses después de reunir los requisitos. Después de participar como mínimo durante doce (12) meses seguidos en el Plan, podrá realizar cambios de prestadores de servicios médicos y dentales, incluso en los planes de tipo PPO tanto médicos como odontológicos, en virtud de la norma de inscripción abierta durante doce (12) meses consecutivos del Plan.

La idoneidad de un miembro activo electo se cancelará en caso de que dicho empleador incumpla los requisitos de notificación de contribuciones estipulados en el Convenio de fideicomiso. La oficina administrativa notificará al miembro activo electo el incumplimiento de su empleador de las disposiciones sobre contribuciones del Convenio del fideicomiso.

La idoneidad y la Reserva del banco de horas de un empleado se cancelarán una vez transcurridos cuarenta y cinco (45) días de la recepción de dicha notificación debido al incumplimiento de las disposiciones sobre contribuciones de los Convenios laborales colectivos, y dicha cancelación entrará en vigencia el primer día del mes. La Reserva del banco de horas se restaurará si se corrige el estado de un pago atrasado en dicho período de cuarenta y cinco (45) días.

La Reserva del banco de horas no puede utilizarse para prolongar la cobertura durante los períodos en que un miembro activo electo encuentre otro empleo por fuera del Plan y rechace la cobertura disponible por el otro empleo con el objetivo de recibir un mayor salario por dicho empleo.

Nota: Los miembros activos electos **no** tienen derecho a recibir prestaciones subvencionadas en virtud de COBRA.

4.8 Convenio de participación de exalumnos

El empleador firmante podrá realizar contribuciones al Plan en nombre de sus empleados que no estén sujetos a convenios laborales y que anteriormente sí lo estuvieran en virtud de los términos de un Convenio laboral colectivo que exigía el aporte de contribuciones al Plan y para los cuales el empleador haya convenido realizar contribuciones al Plan de conformidad con un Convenio de participación de exalumnos debidamente formalizado. El empleador deberá realizar contribuciones al Plan en nombre de cada exalumno conforme al Convenio de participación de exalumnos con una tasa de ciento setenta y tres (173) horas al mes a la tasa de contribución por hora para trabajadores calificados, según lo establecido en el Convenio de electricistas interiores, incluidas sus enmiendas ocasionales. La idoneidad inicial y la cobertura de dichos exalumnos se producirá de la misma manera que la descrita en el artículo 4.2 Electricistas activos de la delegación local 11 de la página 14.

Las horas informadas más allá de las 100 horas por mes se agregarán a su Reserva del banco de horas. El máximo que puede acumular en su cuenta de la Reserva del banco de horas es 600 horas. Su idoneidad continuará mientras su cuenta de Reserva del banco de horas contenga al menos 100 horas. En ningún caso, las horas de la reserva acumuladas en calidad de exalumno y al trabajar como electricista activo de la delegación local 11 del Sindicato no podrán superar las seiscientas (600) horas en total.

4.9 Convenio de participación

A continuación, se describen las condiciones mediante las cuales se puede otorgar la idoneidad inicial a un empleado en virtud de los términos de ciertos Convenios de participación.

Un empleado idóneo que obtiene idoneidad en virtud de determinados Convenios de participación podría recibir una Reserva de banco de horas inicial equivalente a cuatro (4) meses de cobertura. Para compensar esta Reserva del banco de horas inicial, no se abonará a la Reserva del banco de horas del empleado idóneo una cantidad equivalente de horas de las primeras horas trabajadas por mes más allá de las horas requeridas para la idoneidad mensual. Si la idoneidad inicial se otorga después del cierre de la primera semana laboral de un mes en particular, la Reserva del banco de horas inicial otorgada será equivalente a cinco (5) meses de cobertura y no se abonará a la Reserva del banco de horas del empleado idóneo una cantidad equivalente de las primeras horas trabajadas por mes más allá de las horas requeridas para la idoneidad mensual para compensar el banco de horas inicial otorgado.

En el caso de que un empleado idóneo al que se le otorgó una Reserva del banco de horas inicial se desvincule del empleo, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, antes de trabajar al menos la cantidad de horas abonadas de conformidad con este apartado, se interrumpirán todos los beneficios de ese empleado y sus dependientes en virtud de este Plan el primer día del mes siguiente al mes en que se desvinculó del empleo.

Un empleado al que se le otorgó una Reserva del banco de horas inicial de conformidad con este apartado y su empleador debe notificar por escrito de inmediato la desvinculación del empleo a la oficina administrativa de conformidad con el Convenio de participación. A los empleados y sus dependientes que pierdan la idoneidad debido a la desvinculación de su empleo antes de

haber trabajado la cantidad de horas abonadas se les ofrecerá cobertura en virtud de COBRA no subvencionada y derechos de conversión en la medida que lo exija la legislación aplicable.

4.10 Dependientes con derecho a cobertura

En la siguiente tabla, se resume qué personas podrán inscribirse en el Plan como dependientes con derecho a cobertura y la documentación exigida por la oficina administrativa para procesar la inscripción. Un dependiente con derecho a cobertura puede estar cubierto por todas las prestaciones disponibles para el Participante. Los hijos dependientes seguirán teniendo derecho a recibir prestaciones hasta la edad máxima que se indica en la tabla a continuación. Los hijos dependientes con derecho a cobertura continuarán cubiertos por las prestaciones del seguro de vida para dependientes hasta los veintiséis (26) años. Los dependientes con derecho a cobertura incluyen todos los hijos de los cuales el Participante sea tutor legal o padre sustituto, o de los cuales el cónyuge con derecho a cobertura del participante sea tutor legal o padre sustituto. Se ofrece una explicación detallada de los requisitos de idoneidad en virtud de este Plan a continuación de la tabla.

Participantes del plan con derecho a cobertura	Documentación requerida
Cónyuge	Copia del certificado de matrimonio
Hijos biológicos de hasta 26 años	Copia de la partida de nacimiento certificada, prueba de paternidad, orden de asistencia médica infantil calificada (“QMCSO”)
Hijastros de hasta 26 años	Copia de la partida de nacimiento certificada
Hijos adoptados de hasta 26 años	Copia de la directiva del condado o la agencia de adopciones para la colocación en adopción
Hijos con incapacidad permanente	Copia de aprobación de solicitud de incapacidad, copia de la partida de nacimiento certificada, prueba de paternidad, Declaración jurada de adopción o custodia
Niño que está bajo tutela en virtud de la directiva de un departamento del condado o una orden de custodia temporal o permanente, o un niño en acogida asignado al Participante o al cónyuge del Participante para supervisión y cuidado completos.	Copia de la orden de custodia legal o la directiva de un departamento del condado para la custodia temporal o la colocación de niños en acogida
Hijos con incapacidad temporal	Copia de aprobación de solicitud de incapacidad, copia de la partida de nacimiento certificada, prueba de paternidad, Declaración jurada de adopción o custodia

En virtud de este Plan, los dependientes con derecho a cobertura son el cónyuge legal (este Plan no reconoce a parejas de unión de hecho, a menos que la unión se haya efectuado en una jurisdicción que permita la creación de ese tipo de uniones) del Participante, según se describe en el siguiente apartado y los hijos del Participante (incluidos los hijastros o los hijos adoptados

legalmente) menores de 26 años. De acuerdo con lo exigido por la ley, un dependiente con derecho a cobertura puede ser un niño menor de 18 años que fue dado en adopción a un empleado por directiva de un condado o una agencia de adopción, o un niño menor de 18 años que fue dado a un Participante o a su cónyuge en custodia temporal por directiva de un departamento del condado, o en custodia permanente por orden de un tribunal, o en acogida por directiva de un departamento del condado. La cobertura para los hijos de un Participante finalizará al término del mes en que el hijo cumpla 26 años, a menos que se extienda de otro modo según las disposiciones de este Plan. Un dependiente con derecho a cobertura puede ser un hijastro del Participante, que sea menor de 26 años, que dependa del Participante para su sustento y viva con el Participante en una relación regular de padre e hijo y sea un dependiente del Participante en el sentido establecido en la Sección 152 del Código de Rentas Internas.

Los Participantes deben proporcionar una prueba por escrito a la oficina administrativa de sus dependientes legales para que estos tengan derecho a gozar de las prestaciones de este Plan. Por ejemplo, una copia de su certificado de matrimonio para un cónyuge, una copia de una partida de nacimiento para un hijo y una copia de una directiva de un condado o una agencia de adopción que da a un niño en adopción al Participante o a su cónyuge, una directiva del condado o una orden de custodia temporal o permanente, o una directiva de colocación para supervisión y cuidado completos de un departamento del condado a cargo de la colocación de niños en hogares de acogida. El Participante debe poner al día a la oficina administrativa sobre todas las órdenes judiciales finales y las directivas de agencias en relación con el estado del niño que fue dado al Participante o a su cónyuge como hijo adoptivo, hijo de acogida o en custodia temporal o permanente. Una vez inscritos los hijos del Participante menores de 26 años y el cónyuge legal, la cobertura en virtud de este Plan no es opcional. No existe la posibilidad de rescindir posteriormente la cobertura en virtud de este Plan para los dependientes con derecho a cobertura de cualquier Participante idóneo, siempre que dicho dependiente siga siendo un dependiente idóneo. Ningún párrafo de este Artículo tiene la intención de modificar las disposiciones de coordinación de prestaciones del prestador de servicios.

Los hijos dependientes de Participantes idóneos están cubiertos por las prestaciones del seguro de vida desde el nacimiento hasta los 26 años.

Si un hijo cubierto por este Plan sufre una incapacidad total y permanente antes de cumplir los 26 años mientras depende de sus padres para su sustento, su idoneidad continuará mientras dure su incapacidad, según la idoneidad del miembro.

En caso de disolución, divorcio, separación legal o nulidad, un cónyuge deja de ser un dependiente con derecho a cobertura el primer día del mes siguiente al mes en que se dicte la resolución que pone fin a la relación conyugal o dispone la separación legal. Sin embargo, un excónyuge puede seguir teniendo derecho a cobertura como beneficiario calificado en virtud de este Plan si se elige oportunamente la continuación de la cobertura de COBRA, como se expone en mayor detalle en las disposiciones sobre COBRA de este Plan. Si desea evitar la pérdida de la idoneidad prospectiva, debe notificar a la oficina administrativa un acontecimiento de disolución, divorcio, separación legal o nulidad apenas ocurra. Si ni el Participante ni el excónyuge notifican a la oficina administrativa dentro de los sesenta (60) días de dictada la resolución o la extinción del estado civil, se penalizará al Participante, al excónyuge y a los dependientes con derecho a cobertura del cónyuge que ya no sean dependientes con derecho a cobertura del Participante en

virtud del Plan. Se cargarán 100 horas de la Reserva del banco de horas del Participante por cada mes que haya transcurrido hasta que se reciba la notificación. El excónyuge y los dependientes legales con derecho a cobertura que ya no sean sus dependientes en virtud del Plan pierden todos los derechos de COBRA (consulte el Artículo 16.1 COBRA, subparte D). Las compañías de seguros y los proveedores de planes de tipo HMO también pueden presentar una demanda por el incumplimiento de la presentación de una notificación oportuna, y el Fondo, a través del Consejo de fideicomisarios, responsabilizará al Participante individual por cualquier daño incurrido y buscará reparación jurídica contra el Participante.

4.11 Empleo eléctrico no cubierto

Si, después de obtener la idoneidad en virtud de este Plan, un Participante participa en un Empleo eléctrico no cubierto, según se define ese término en el apartado 1.16 del Southern California IBEW-NECA Pension Plan, o es empleado por un Empleador en la misma industria que cualquier Empleador que contribuye a este Plan, si el empleador del Participante no es un Empleador contribuyente a este Plan o a cualquier fondo de fideicomiso patrocinado por IBEW, dicho Participante perderá la idoneidad en virtud de este Plan y no tendrá derecho a más cobertura conforme a este Plan o cualquier cobertura en virtud del Southern California IBEW-NECA Pension Plan. En dicho caso, un Participante que haya participado en un Empleo eléctrico no cubierto y sus Dependientes con derecho a cobertura perderán la idoneidad, y la Reserva del banco de horas acumulada se cancelará el último día del mes en el que el Empleo eléctrico no cubierto sea descubierto por la oficina administrativa. A los Participantes y sus Dependientes con derecho a cobertura que pierdan la idoneidad de conformidad con este apartado se les ofrecerá cobertura en virtud de COBRA no subvencionada y derechos de conversión, si hubiera, en la medida en que lo permita la legislación aplicable y las normas de este Plan y de la Descripción resumida del plan.

Sin embargo, un Participante que haya perdido la idoneidad para la cobertura en virtud de este Plan por haber participado en un Empleo eléctrico no cubierto podrá recuperar dicha idoneidad para la cobertura en virtud del presente si regresa al Empleo cubierto de conformidad con los requisitos de idoneidad general.

La Reserva del banco de horas de los Empleados cuyo Empleador deje de realizar Contribuciones a este Plan conforme a la extinción del Convenio laboral colectivo de dicho Empleador se cancelará de inmediato.

4.12 Extinción o reducción de la cobertura

A. La cobertura de un Participante finalizará en la fecha que ocurra lo primero de lo siguiente:

1. La fecha en que el Participante pierda la idoneidad (incluida la pérdida de idoneidad según se describe en el artículo 4.7 Miembros activos electos (DWM) en la página 20 y en el artículo 4.11 Empleo eléctrico no cubierto en la página 25).
2. En el momento en que finalice cualquier cobertura. Por ejemplo, cuando finalice un Plan.

- B. Las prestaciones de un dependiente finalizarán cuando el Participante pierda la idoneidad o antes, en caso de que dicho Dependiente deje de ajustarse a la definición de Dependiente previamente establecida en 4.10 Dependientes con derecho a cobertura en la página 23.

Excepción: Si la extinción se debe al fallecimiento del Participante, los Dependientes con derecho a prestaciones seguirán teniendo derecho a estas hasta que se agote la Reserva del banco de horas del Participante fallecido, si hubiera.

NOTA: Ninguna de las condiciones antes mencionadas altera las disposiciones establecidas en el Artículo 4.13: Cancelación de la idoneidad y extinción de la Reserva del banco de horas que estipulan que se cancelará de inmediato toda la cobertura en virtud de este Plan si: 1) el Participante permanece como empleado de un Empleador que deja de realizar contribuciones al Plan debido a la cancelación de un Convenio laboral colectivo; o 2) el Participante pasa a ser empleado de un Empleador perteneciente a la industria de la contratación eléctrica que no realiza contribuciones a este ni a ningún otro fondo de fideicomiso de IBEW.

4.13 Cancelación de la idoneidad y extinción de la Reserva del banco de horas (incumplimiento del Convenio del fideicomiso y requisitos de notificación de contribuciones)

La idoneidad de un Participante y su Reserva del banco de horas en virtud de este Plan se cancelarán, y dicho Participante no tendrá derecho a más cobertura en virtud de este Plan en caso de que ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- A. El Participante continúa siendo empleado por un Empleador que deja de realizar contribuciones a este Plan, conforme a la extinción del Convenio laboral colectivo de dicho Empleador.
- B. El Participante comienza a trabajar en un Empleo eléctrico no cubierto, según la definición del apartado 1.16 del Southern California IBEW-NECA Pension Plan, o el Participante comienza a trabajar para un empleador en la misma industria que otros empleadores que realizan contribuciones a este Plan y el empleador del Participante no realiza contribuciones a este Plan ni a otro fondo de fideicomiso patrocinado por IBEW.

4.14 Financiación del Plan

Los Participantes activos pagan sus prestaciones a partir de las contribuciones realizadas por los Empleadores de conformidad con un Convenio laboral colectivo. En determinadas circunstancias, la cobertura de atención sanitaria del empleado puede continuar si realiza un pago por su cuenta (COBRA). Para obtener más información, consulte el artículo 16.1 COBRA en la página 76.

Artículo 5: Elección entre planes de tipo HMO y PPO

5.1 Elección de un plan médico más acorde a sus necesidades

Hay dos formas de averiguar si vive o trabaja en un área de servicio de Kaiser Permanente o UnitedHealthcare. En el caso de UnitedHealthcare, puede llamar a Servicios para Miembros al (800) 624-8822 o iniciar sesión en el sitio web de UnitedHealthcare en www.uhctest.com. En el caso de Kaiser Permanente, puede llamar a Servicios para Miembros al (800) 464-4000 o iniciar sesión en el sitio web de Kaiser Permanente en www.kaiserpermanente.org.

Como Participante del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund, puede optar por inscribirse en alguno de los dos planes de tipo de Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o en el plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross. Los planes de tipo HMO corresponden a Kaiser Permanente y a UnitedHealthcare. Tal y como se explica en el artículo 5.3 Procedimiento de inscripción abierta durante 12 meses consecutivos, puede cambiar de Plan después de haber gozado de doce (12) meses de cobertura continua.

El objetivo de este apartado es ayudarlo a conocer y familiarizarse con los planes médicos que tiene a su disposición. Al final de este apartado, se ofrece una comparación resumida de los dos planes de tipo HMO y el plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross, con información más detallada sobre sus prestaciones. Para obtener información más específica y detallada sobre prestaciones, exclusiones y limitaciones de los planes de tipo HMO (Kaiser y UnitedHealthcare) o el plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross, consulte el documento específico de Evidencia de cobertura provisto por cada uno de los planes de tipo HMO o el plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross. Las copias de los documentos de Evidencia de cobertura de Anthem Blue Cross, Kaiser Permanente y UnitedHealthcare están disponibles sin costo en la oficina administrativa o en el sitio web del Fondo de fideicomiso en www.scibew-neca.org.

A. Planes médicos de HMO: Kaiser Permanente y UnitedHealthcare

Una Organización para el Mantenimiento de la Salud consta de una red de centros y proveedores de atención médica. En el caso de Kaiser Permanente, los médicos son empleados de Kaiser Permanente y esta empresa, por lo general, es la propietaria de los centros médicos. En el caso de UnitedHealthcare, los médicos son profesionales médicos independientes que celebraron un contrato con UnitedHealthcare para prestar servicios médicos a participantes que reúnen los requisitos. UnitedHealthcare también celebra contratos con hospitales y otros centros médicos para prestar servicios a participantes que reúnan los requisitos. Cada HMO proporciona un documento de Evidencia de cobertura, en el que se explica de manera detallada los servicios y las prestaciones que ofrece, así como las limitaciones y exclusiones de sus planes respectivos.

Tras su inscripción, la HMO que seleccione (Kaiser Permanente o UnitedHealthcare) le proporcionará la Evidencia de cobertura y otros materiales informativos, así como también una tarjeta de identificación. El paquete de la HMO que recibe contiene un listado de centros médicos que debe utilizar. Es importante aclarar que debe utilizar los médicos, hospitales y otros proveedores médicos vinculados a la HMO seleccionado.

A fin de inscribirse en una HMO, debe vivir o trabajar dentro del área de servicio de dicha HMO. En el caso de Kaiser Permanente, el código postal de su domicilio o el lugar de trabajo principal debe estar incluido en el listado de códigos postales que forman parte del área de servicio de Kaiser Permanente. En el caso de UnitedHealthcare, debe vivir o trabajar en un radio de treinta (30) millas de distancia del grupo médico al que pertenezca el médico de atención primaria seleccionado.

En los planes de tipo HMO, los servicios cubiertos suelen prestarse sin cargo adicional o bien, con un copago fijo.

En los siguientes apartados, se proporciona información general sobre ambos planes de tipo HMO que tienen contrato con el Fondo de fideicomiso. Sin embargo, esta información solo es un resumen que se incluye aquí a fin de facilitar su consulta. Para obtener información completa sobre cualquiera de los planes de tipo HMO, debe ponerse en contacto directamente con los responsables de la HMO o con la oficina administrativa y solicitar que le envíen el documento de Evidencia de cobertura correspondiente, así como otras publicaciones de carácter descriptivo sobre el plan de tipo HMO que le interese o en el que esté inscrito. En el sitio web www.scibew-neca.org, también encontrará copias de estos documentos.

B. Plan alternativo de Kaiser Permanente: solo para aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y un 50 % del sueldo

El Consejo de fideicomisarios reconoce que algunos aprendices pertenecientes a la unidad de sonido (que cobran entre un 45 % y un 50 % del sueldo) reciben contribuciones al Plan a una tasa de contribución considerablemente menor que la provista para otras clasificaciones de participantes del Plan, lo que deriva en un prorrateo significativo de dichas contribuciones que en la práctica hace imposible que el aprendiz tenga alguna vez derecho a cobertura.

A los aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y un 50 % del sueldo se les proporciona un conjunto de prestaciones por separado, exclusivamente a través de Kaiser Permanente. Para obtener más información, consulte el artículo 6.5 Aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y 50 % del sueldo: Kaiser Permanente en la página 44. Ninguna de las otras prestaciones incluidas en esta Descripción resumida del plan activa está disponible para los aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y un 50 % del sueldo que reúnan los requisitos ni para sus dependientes. Sin embargo, se aplican a los aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y un 50 % del sueldo las disposiciones no relacionadas con las prestaciones de este Plan, como definiciones, derechos en virtud de COBRA y derechos de apelación.

Tras su graduación, cuando un aprendiz de la unidad de sonido reciba como mínimo un 55 % del sueldo, las horas que queden en su Reserva del banco de horas para el Plan alternativo de Kaiser Permanente se transferirán a la reserva del banco de horas de los empleados activos. El participante será trasladado al Plan activo de prestaciones de tipo HMO de Kaiser Permanente y seguirá inscrito en ese plan durante un mínimo de 12 meses. El participante recibirá documentación de la oficina administrativa relacionada con las prestaciones adicionales disponibles en el momento del traslado al Plan activo de tipo HMO de Kaiser Permanente.

La idoneidad para recibir cobertura de los empleados activos se basa en que trabaje una determinada cantidad mínima de horas, como se explica a continuación, para uno o más empleadores que efectivamente realicen contribuciones al Fondo por sus horas de trabajo.

Incluso si la Reserva del banco de horas de un Empleado incluye suficientes horas para la idoneidad inicial, la única prestación a la que podrá acceder el empleado hasta que complete un formulario de inscripción para un plan de tipo HMO alternativo de Kaiser Permanente será el seguro de vida. Incluso si el Empleado no devuelve los formularios de inscripción a la oficina administrativa de manera oportuna, se aplicará el cargo correspondiente a la Reserva del banco de horas del Empleado como si este hubiera completado todos los pasos requeridos para la inscripción en las prestaciones ofrecidas por el Plan. Sin embargo, el empleado no tendrá cobertura real (excepto el seguro de vida) hasta que haya completado todos los pasos requeridos para la inscripción en las prestaciones ofrecidas por el Plan. El hecho de que el empleado no tome las medidas adecuadas para inscribirse en las prestaciones provocará una reducción en su Reserva del banco de horas sin el goce de prestaciones ni cobertura, de las cuales el empleado gozaría si se inscribiera en las prestaciones disponibles para él de manera oportuna.

C. Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross

El plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross le permite elegir libremente médicos, hospitales u otros proveedores médicos. Sin embargo, **a fin de maximizar las prestaciones en virtud del plan de tipo PPO, deberá utilizar médicos y hospitales que formen parte de la red de PPO Prudent Buyer de Anthem Blue Cross**, denominados "Proveedores Participantes". Cuando utilice profesionales sanitarios que no formen parte de la red de PPO de Anthem Blue Cross, puede incurrir en gastos de bolsillo considerables que son su responsabilidad financiera.

En este apartado, se proporciona información general sobre el plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross que tiene contrato con el Fondo de fideicomiso. Sin embargo, esta información solo es un resumen que se incluye aquí a fin de facilitar su consulta. Para obtener información completa sobre el plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross, debe ponerse en contacto directamente con Anthem Blue Cross o con la oficina administrativa y solicitar que le envíen el documento de Evidencia de cobertura de PPO de Anthem Blue Cross, así como otras publicaciones de carácter descriptivo sobre el plan de tipo PPO que le interese o en el que esté inscrito.

Anthem Blue Cross le proporcionará un documento de Evidencia de cobertura. Debe revisar con atención las prestaciones del plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross para asegurarse de que se ajustan a sus necesidades y que comprende cuál será su obligación financiera (gastos de bolsillo) en virtud de este Fondo de fideicomiso. Cuando se conocen y ponen en práctica algunos principios básicos, puede reducir considerablemente los gastos de bolsillo.

Al utilizar los médicos y hospitales participantes en el plan Prudent Buyer de Anthem Blue Cross, obtiene más prestaciones que al utilizar otros médicos u hospitales que no sean proveedores participantes en el plan Prudent Buyer de Anthem Blue Cross. La diferencia entre las prestaciones que ofrece un proveedor participante en el plan Prudent Buyer de Anthem Blue Cross y otro no participante puede ser significativa, y eso influye en sus costos de bolsillo.

Los proveedores del plan de tipo PPO que tengan un contrato con el plan Prudent Buyer de Anthem Blue Cross aceptan prestar sus servicios a una tarifa reducida y ese ahorro se traslada a usted en forma de un coseguro más alto o costos de bolsillo inferiores. Al utilizar un médico participante de Prudent Buyer (dentro de la red), el factor del coseguro es el 90 % de una tarifa reducida previamente negociada. Si utiliza un proveedor no participante (fuera de la red), el factor del coseguro se reduce a un 80 % de la cantidad que Anthem Blue Cross considera la tarifa razonable y habitual por los servicios prestados. En esa situación, deberá pagar el 20 % de la cantidad permitida que Anthem Blue Cross no reembolsa, además de la diferencia entre lo que cobra el médico y lo que Anthem Blue Cross permite como gasto médico admisible.

IMPORTANTE: El reembolso de Anthem Blue Cross para los proveedores fuera de la red se basa en el 80 % de los gastos cubiertos y no en el 80 % de la factura que recibe por los servicios del médico. Por ejemplo, si Anthem Blue Cross determina que un médico que no sea participante en el plan de tipo PPO cobra una cantidad superior a lo que Anthem Blue Cross considera gastos cubiertos para la atención prestada (por ejemplo, gastos habituales y personalizados, y gastos por servicios médicamente necesarios), Anthem Blue Cross reembolsará el 80 % de los costos cubiertos, los cuales pueden representar solo un 60 % o un 70 % de la factura del proveedor, y no el 80 %.

En virtud del plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross, usted es responsable de la diferencia entre lo que paga Anthem Blue Cross y lo que cobra el proveedor.

Existe un directorio del plan Prudent Buyer disponible para cada una de las siete zonas dentro del estado de California. Por ejemplo, existen directorios independientes para cada una de las zonas siguientes: condado de Los Ángeles, condado de Orange e Inland Empire, los Tres Condados (San Luis Obispo, Santa Bárbara y Ventura) y los condados del área de la Bahía de San Francisco. Puede encontrar proveedores participantes de Prudent Buyer en todo el estado de California.

Como puede haber cambios entre las distintas versiones impresas de la Descripción resumida del plan y otros documentos del Plan, es su responsabilidad comprobar el estado actual de Prudent Buyer antes de obtener un servicio. **Recuerde preguntarle a su médico si es un proveedor participante en el plan Prudent Buyer de Anthem Blue Cross.** También puede llamar por teléfono a la oficina administrativa si necesita ayuda para identificar o localizar un médico, un hospital u otro profesional médico sanitario del plan Prudent Buyer.

Anthem Blue Cross le proporcionará una tarjeta de identificación que lo acredita como idóneo para utilizar la red de proveedores participantes del plan Prudent Buyer. Naturalmente, a fin de obtener idoneidad para las prestaciones del Plan, debe trabajar las horas necesarias y reunir los requisitos para tener derecho a las prestaciones, según se explica en Artículo 4: Disposiciones generales y de idoneidad del Plan.

5.2 Procedimientos de inscripción

Cuando comienza a tener derecho a las prestaciones (según se explica en el Artículo 4.1

Idoneidad: Cuándo comienza la cobertura), podrá elegir los planes médico y dentales al completar los formularios provistos por el Fondo de fideicomiso y presentarlos en la oficina

administrativa. Usted y sus dependientes deben estar inscritos en los mismos planes médicos y dentales. Su cónyuge no puede inscribirse en un plan de tipo HMO si usted está inscrito en el plan de tipo PPO.

Si no selecciona ningún plan médico ni dental, no gozará de cobertura hasta lo haga. La única prestación a la que podrá acceder el Participante hasta que complete un formulario de inscripción para una de las opciones médicas y una de las opciones dentales será el seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento. Si no se inscribe en ningún plan, la oficina administrativa le entregará una notificación por escrito sobre los planes en los cuales no se ha inscrito. Si facilita el material de inscripción que corresponda para una opción de plan médico, pero no para el plan dental, la oficina administrativa lo inscribirá de inmediato en el plan médico.

Puede inscribirse en un plan de tipo HMO solo si vive dentro del área de servicio de HMO, que es una jurisdicción geográfica definida por la HMO que seleccionó. En el caso de UnitedHealthcare, debe vivir o trabajar en un radio de treinta (30) millas de un proveedor (médico/grupo médico) participante de UnitedHealthcare. En el caso de Kaiser Permanente, debe vivir o tener su lugar de trabajo principal dentro del área de servicio de Kaiser Permanente, definida por Keiser Permanente en función de un listado de códigos postales.

5.3 Procedimiento de inscripción abierta durante 12 meses consecutivos

Una vez que se haya inscrito en un plan dental o médico, deberá permanecer inscrito en dicho plan durante doce (12) meses consecutivos. Una vez transcurridos esos doce (12) meses, puede cambiar a un plan alternativo que ofrezca el Fondo de fideicomiso en ese momento. Ejemplo: Bob se inscribe en el plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross en febrero de 2022. Bob primero puede cambiarse a un plan de tipo HMO disponible para gozar de cobertura en febrero de 2023 y puede cambiarse a cualquier opción de plan médico disponible en cualquier mes posterior a febrero de 2024. Para cambiar la cobertura, Bob debe solicitar un formulario de cambio de cobertura a la oficina administrativa, completarlo y entregarlo en dicha oficina antes del día quince (15) del mes anterior al mes que desea comenzar a gozar de la cobertura. Si Bob presenta el formulario de cambio ante la oficina administrativa a más tardar el día 15 de marzo de 2022, su cobertura de HMO entrará en vigor el 1.º de abril de 2022.

Los fideicomisarios han introducido dos (2) excepciones al requisito de permanencia en un determinado plan durante un mínimo de doce (12) meses antes de poder cambiarse a otro plan.

Primero, si su médico, grupo médico u hospital suspenden su participación en el programa de tipo HMO o PPO en el que esté inscrito, puede cambiar su inscripción al presentar un formulario de cambio en la oficina administrativa. Esa misma excepción también se aplica al plan dental. La oficina administrativa le enviará un formulario de cambio previa solicitud.

Segundo, si está inscrito en un plan de tipo HMO y se traslada a una zona situada fuera del área de servicio de dicho plan, puede cambiar su inscripción al presentar un formulario de cambio ante la oficina administrativa. La oficina administrativa le enviará un formulario de cambio previa solicitud.

Consulte el Artículo 5.1(B): Plan alternativo de Kaiser Permanente: solo para aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y un 50 % del sueldo para obtener información sobre normas especiales de idoneidad para aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y un 50 % del sueldo.

5.4 Excepción a la inscripción abierta durante 12 meses consecutivos para UnitedHealthcare

NOTA: Este apartado solo se aplica a participantes inscritos en la red tradicional de UnitedHealthcare ofrecida hasta el 31 de diciembre de 2019. A partir del 1.º de enero de 2020, la única red de UnitedHealthcare ofrecida a los participantes es la red Harmony de UnitedHealthcare.

UnitedHealthcare tiene contratos con determinados grupos médicos designados que solo permitirán la inscripción de nuevos participantes con una periodicidad anual. En la actualidad, los grupos médicos de este tipo son los siguientes:

- UCLA
- Loma Linda
- Cedars-Sinai

UCLA, Loma Linda y Cedars-Sinai solo aceptarán nuevos participantes cuya cobertura entrará en vigor el día 1.º de enero de cada año. Si desea inscribirse en uno de estos grupos médicos, debe ponerse en contacto con la oficina administrativa del Fondo de fideicomiso durante el mes de octubre para que el cambio de fecha entre en vigor el día 1.º de enero.

La lista está sujeta a cambios y usted puede ponerse en contacto con la oficina administrativa para obtener la información actualizada en cualquier momento.

Si está inscrito en alguno de los grupos médicos antes mencionados y desea cambiarse a otro grupo médico o a otro Plan ofrecido, puede hacerlo solo conforme a los términos y condiciones del Procedimiento de inscripción abierta durante 12 meses consecutivos descrito más arriba.

Si tiene alguna pregunta con respecto a este cambio de procedimiento, póngase en contacto con la oficina administrativa al (323) 221-5861 o al número gratuito para todo el país al (800) 824-6935. Mencione que llama por el cambio de la inscripción abierta para que puedan redirigir de inmediato su llamada. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:30 p. m.

Artículo 6: Comparación de los planes médicos y de medicamentos de venta con receta de tipo PPO de Anthem Blue Cross, HMO de Kaiser Permanente y HMO de UnitedHealthcare

La tabla de prestaciones “Comparación de prestaciones médicas y de medicamentos de venta con receta: Anthem Blue Cross, Kaiser Permanente y UnitedHealthcare” es solo un resumen representativo de la cobertura y las prestaciones disponibles en virtud de los dos planes de tipo HMO de Kaiser Permanente y UnitedHealthcare, y el plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross. No describe de manera exhaustiva su cobertura ni las prestaciones en virtud de los planes de tipo HMO o PPO. Para obtener más información sobre su cobertura y las prestaciones, consulte el documento de Evidencia de cobertura correspondiente al plan de tipo PPO o HMO respectivo. La Evidencia de cobertura es el documento legal que describe prestaciones, limitaciones, exclusiones y otras disposiciones relacionadas con la cobertura estipuladas por los planes de tipo PPO o HMO para sus miembros. El documento actual de Evidencia de cobertura se puede solicitar directamente a la HMO (Kaiser Permanente o UnitedHealthcare) o a la PPO (Anthem Blue Cross), así como en la oficina administrativa (o en www.scibew-neca.org) previa petición.

Un médico de la HMO debe determinar que los servicios y los suministros sean médicamente necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección. Los servicios y los suministros deberán ser brindados, prescritos, autorizados u ordenados por un médico de la HMO. Debe recibir los servicios y los suministros en un centro de la HMO ubicado dentro del área de servicio de esta, salvo en los casos en que se indique específicamente lo contrario en el documento de Evidencia de cobertura de la HMO correspondiente.

Para obtener más información sobre los procedimientos de adjudicación y evaluación de solicitudes y prestaciones para los planes de tipo HMO o PPO, consulte el documento de Evidencia de cobertura del plan correspondiente, o póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de la HMO o PPO en los siguientes teléfonos:

Anthem Blue Cross: (800) 543-3037

Kaiser Permanente: (800) 464-4000

UnitedHealthcare: (800) 624-8822

6.1 Comparación de prestaciones médicas y de medicamentos de venta con receta: Anthem Blue Cross, 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 de tipo PPO de Anthem Blue Cross y los planes de tipo HMO de UnitedHealthcare y Kaiser Permanente. Para obtener una descripción completa de las prestaciones correspondientes a los planes de tipo 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 en el que se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de solicitudes, la revisión de solicitudes 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	Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross		Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente	UnitedHealthcare;
	Dentro de la red	Reembolso	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Número del servicio de atención al cliente para miembros	(800) 543-3037		(800) 464-4000	(800) 624-8822
Sitio web	www.bluecrossca.com		www.members.kp.org	www.uhctest.com
Características generales				
Cantidad deducible por año natural	\$200 por persona, \$600 por familia		Ninguna	Ninguna
Máximas prestaciones	Ilimitadas		Ilimitadas	Ilimitadas
Máximo copago anual	\$1,000 por persona, \$2,000 por familia		\$1,500 por persona, \$3,000 por familia	\$1,000 por persona, \$3,000 por familia
Prestaciones hospitalarias	Copago del 10 %. Se requiere una certificación previa del hospital.	Copago del 20 %. Deducible adicional de \$200 por el centro de tratamiento residenciales u hospitalario que no pertenezca al plan de tipo 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. ²	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de urgencias	Copago del 10 % ¹	Copago del 10 % ²	Copago de \$5. Exención del copago cuando se produzca un ingreso.	Copago de \$50. Exención del copago cuando se produzca un ingreso.
Enfermedades preexistentes	No se aplica. Todas las enfermedades están cubiertas siempre y cuando constituyan una prestación cubierta.			

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 de tipo PPO de Anthem Blue Cross y los planes de tipo HMO de UnitedHealthcare y Kaiser Permanente. Para obtener una descripción completa de las prestaciones correspondientes a los planes de tipo 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 en el que se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de solicitudes, la revisión de solicitudes 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	Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross		Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente	UnitedHealthcare;
	Dentro de la red	Reembolso	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Prestaciones disponibles mientras el paciente esté hospitalizado				
Deshabitación del alcoholismo, drogadicción y otras toxicomanías	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	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 emocional graves (Serious Emotional Disturbance, SED).	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	Sin cargo	Sin cargo
Atención del recién nacido	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	Sin cargo	Sin cargo
Atención médica	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	Sin cargo	Sin cargo
Cirugía reparadora	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	Sin cargo	Sin cargo
Atención de rehabilitación (incluida fisioterapia, terapia ocupacional y foniatría)	Copago del 10 %. Se debe obtener aprobación previa. ¹	Copago del 20 %. Hasta un máximo de \$35 de prestación por consulta. Se debe obtener aprobación previa. ²	Sin cargo	Sin cargo
Enfermería especializada	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	Sin cargo	Sin cargo
Interrupción voluntaria del embarazo (servicios médicos, farmacológicos y quirúrgicos)	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	Copago de \$5	Copago de 75 \$
Prestaciones disponibles de manera ambulatoria				
Ambulancia	Copago del 10 % ¹	Copago del 10 % ²	Sin cargo	Sin cargo
Equipos médicos permanentes	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % 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 20 % 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 20 % ²	Copago de \$5 por consulta	Sin cargo

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 de tipo PPO de Anthem Blue Cross y los planes de tipo HMO de UnitedHealthcare y Kaiser Permanente. Para obtener una descripción completa de las prestaciones correspondientes a los planes de tipo 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 en el que se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de solicitudes, la revisión de solicitudes 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	Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross		Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente	UnitedHealthcare;
	Dentro de la red	Reembolso	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Servicios de laboratorio (cuando estén disponibles en el médico de atención primaria o cuando este los autorice)	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	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 emocional graves (Serious Emotional Disturbance, SED).	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$5 por consulta
Servicios de cirugía oral	Copago del 10 % ¹	Copago del 10 % ²	Sin cargo	Sin cargo
Terapia ambulatoria de rehabilitación médica en un centro de cirugía ambulatoria o un centro independiente participante	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$5 por consulta
Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria o un centro independiente participante	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	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 autorizados por el médico de atención primaria del niño).	Copago del 10 % ¹	Copago del 20 % ²	Copago de \$5 por consulta	Copago de \$5 por consulta
Control del bebé sano (servicios de salud preventiva, incluso 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 autorizadas por el médico de atención primaria del niño).	Copago del 0 % ¹	Copago del 20 % ²	Sin cargo	Sin cargo

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 de tipo PPO de Anthem Blue Cross y los planes de tipo HMO de UnitedHealthcare y Kaiser Permanente. Para obtener una descripción completa de las prestaciones correspondientes a los planes de tipo 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 en el que se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de solicitudes, la revisión de solicitudes 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	Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross		Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente	UnitedHealthcare;
	Dentro de la red	Reembolso	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Atención ginecológica (incluye citologías vaginales realizadas 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 % ¹	Copago del 20 % ²	Sin cargo	Sin cargo

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

Medicamentos de venta con receta disponibles de manera ambulatoria:

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.

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:

Medicamento genérico	\$0 para un suministro de existencias hasta 30 días	\$5* para un suministro de existencias hasta 30 días ¹	\$0 para un suministro de existencias hasta 100 días	\$0 para un suministro de existencias hasta 30 días
Medicamento de marca	\$10 para un suministro de existencias hasta 30 días	\$15* para un suministro de existencias hasta 30 días ¹	\$10 para un suministro de existencias hasta 30 días	\$10 para un suministro de existencias hasta 30 días
Venta por correspondencia (medicamentos de mantenimiento) para un suministro de existencias hasta 90 días				
Medicamento genérico	\$0 para un suministro de existencias hasta 90 días	N/A	\$0 para un suministro de existencias hasta 100 días	\$0 para un suministro de existencias hasta 90 días
Medicamento de marca	\$20 para un suministro de existencias hasta 90 días	N/A	\$20 para un suministro de existencias hasta 100 días	\$20 para un suministro de existencias hasta 90 días

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.

6.2 Cadenas de farmacias

Los participantes y sus dependientes con derecho a cobertura inscritos en el plan de tipo HMO de Kaiser Permanente deben obtener sus medicamentos de venta con receta en una farmacia de Kaiser Permanente. Los participantes y sus dependientes con derecho a cobertura inscritos en el plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross o HMO de UnitedHealthcare pueden obtener sus medicamentos de venta con receta mediante farmacias con contrato. Los participantes y sus dependientes con derecho a cobertura pueden consultar las farmacias con contrato a través de los sitios web de los proveedores en: www.myuhc.com para UnitedHealthcare o www.anthem.com para Anthem Blue Cross.

A continuación, se muestra un listado de las grandes cadenas de farmacias minoristas de California disponibles para los participantes y sus dependientes con derecho a cobertura inscritos en los planes de tipo PPO de Anthem Blue Cross o HMO de UnitedHealthcare, a partir de la fecha de la impresión de esta *Descripción resumida del plan*:

- Albertsons;
- Costco
- CVS
- Good Neighbor Pharmacies
- Kroger Company
- Rite Aid
- Save Mart Supermarkets;
- Target Stores
- Vons-Safeway/Pavilions Pharmacies
- Walgreens.

6.3 Farmacia de servicio por correo (solo para medicamentos de mantenimiento)

Todos los proveedores médicos ofrecen la posibilidad de adquirir los medicamentos de mantenimiento mediante una farmacia de servicio por correo. Los medicamentos de mantenimiento se recetan para afecciones tales como hipertensión, diabetes, enfermedades cardíacas, úlceras, artritis y otras afecciones crónicas. Los medicamentos de mantenimiento mediante farmacia de servicio por correo están disponibles para los siguientes:

Participantes y sus dependientes con derecho a cobertura inscritos en Kaiser Permanente: suministro de existencias hasta 100 días.

Participantes y sus dependientes con derecho a cobertura inscritos en Anthem Blue Cross y UnitedHealthcare: suministro de existencias hasta 90 días.

Los medicamentos de mantenimiento se enviarán por correo postal directamente a su domicilio. Los gastos de envío por correo postal para entregas estándares están cubiertos por su prestador de servicios médicos.

Puede encargar los reabastecimientos de medicamentos mediante los sitios web de los proveedores en www.kp.org para Kaiser Permanente, www.myuhc.com para UnitedHealthcare o www.anthem.com para Anthem Blue Cross. Para obtener más información sobre las prestaciones de los planes de tipo HMO o PPO, consulte el documento de Evidencia de cobertura del plan correspondiente, o póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de la HMO o PPO en los siguientes teléfonos:

Anthem Blue Cross: (800) 543-3037

Kaiser Permanente: (800) 464-4000

UnitedHealthcare: (800) 624-8822

6.4 Limitaciones y exclusiones

Este resumen de sus prestaciones de medicamentos de venta con receta: limitaciones y exclusiones que afecta sus prestaciones de medicamentos de venta con receta no pretende reemplazar el documento de Evidencia de cobertura del proveedor médico correspondiente (PPO de Anthem Blue Cross, HMO de Kaiser Permanente o HMO de UnitedHealthcare), el Plan de prestaciones ni el Resumen de prestaciones y coberturas (Summary of Benefits and Coverage, SBC). La Evidencia de cobertura y el Documento de divulgación constituyen el documento legal en el que se describen las prestaciones, las exclusiones y las limitaciones, así como otras disposiciones relacionadas con la cobertura, incluidas las apelaciones de solicitudes, la revisión de solicitudes y los procedimientos de adjudicación.

Consulte la Evidencia de cobertura y el Documento de divulgación para obtener una descripción completa de las prestaciones de medicamentos de venta con receta a las que tiene derecho, así como también información sobre las exclusiones y limitaciones aplicables. En caso de que exista alguna contradicción entre la información que se resume en este apartado y la Evidencia de cobertura o el Plan de prestaciones del proveedor, prevalecerán estos dos últimos.

Limitación/exclusión	Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross	Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente	Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare
Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual en hombres y mujeres.	Límite máximo de ocho (8) pastillas para un suministro de existencias de treinta (30) días. El copago será el mismo que el de cualquier otro medicamento.	Límite máximo de ocho (8) dosis en cualquier período de 30 días o hasta 27 dosis en cualquier período de 100 días.	Límite estándar máximo de seis (6) pastillas por un suministro de existencias para 30 días.
Fármacos aversivos contra el tabaquismo recetados por escrito por un médico.	El costo compartido es \$0 cuando están recetados por un proveedor. No se requiere autorización previa. El paciente debe ser mayor de 18 años. Se omite el deducible.	El costo compartido es \$0 para medicamentos para pacientes ambulatorios y productos de venta libre (Over-The-Counter, OTC) para dejar de fumar cuando los receta un proveedor del Plan, de conformidad con las pautas del vademécum y se obtienen en una farmacia del Plan o mediante el servicio de pedido por correo, hasta la cantidad recetada.	El costo compartido es \$0 cuando están recetados por un proveedor, incluso si es un medicamento de venta libre. No se requiere autorización previa. El paciente debe ser mayor de 18 años. Se omite el deducible.
Kits y pastillas del día después	Límite de dos (2) en total por persona cada 365 días	Cubiertos al \$0 cuando los receta un proveedor del Plan, de conformidad con las pautas del vademécum y se obtienen en una farmacia del Plan.	La cobertura de los siguientes productos es con un costo compartido de \$0; se omite el deducible. Sin límites: Afters, EContra EZ, EContra One Step, Levonorgestrel 1.5 mg, My Choice, My Way, New Day, Opcicon One-Step, Option 2, Preventeza, React, Take Action (Plan B One-Step genérico), ella, Plan B One-Step
Medicamentos de venta con receta por los que no se cobra ningún cargo; seguro de accidentes de trabajo u otros programas de reembolso.	Los Participantes deben completar y presentar a Anthem Blue Cross la totalidad de autorizaciones, consentimientos, descargos, asignaciones y otros documentos que puedan ser necesarios para obtener o garantizar el reembolso en virtud de Medicare, seguro de accidentes de trabajo o cualquier otro programa gubernamental. Si no coopera, será responsable de cualquier cargo por los servicios.	Medicamentos por los que no se cobra ningún cargo o que se facilitan en virtud de cualquier seguro de accidentes de trabajo, otras prestaciones similares o para los cuales el reembolso se realiza por parte de cualquier organismo federal, estatal u otros de carácter gubernamental.	Medicamentos por los que no se cobra ningún cargo o que se facilitan en virtud de cualquier seguro de accidentes de trabajo, otras prestaciones similares o para los cuales el reembolso se realiza por parte de cualquier organismo federal, estatal u otros de carácter gubernamental.

Limitación/exclusión	Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross	Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente	Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare
Medicamentos disponibles sin receta (de venta libre) 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 medicamentos cubiertos.	Excluidos.	Esta exclusión no se aplica a lo siguiente: a. Insulina. b. Medicamentos de venta libre cubiertos en "Servicios preventivos" en la sección "Prestaciones" (esto incluye medicamentos para dejar de fumar y anticonceptivos). c. Toda una clase de medicamentos de venta con receta cuando un medicamento dentro de esa clase pasa a ser de venta libre.	Excluidos.
Medicamentos para la infertilidad.	Excluidos.	Excluidos.	Cubiertos como parte de las prestaciones médicas.
Anorexígenos o medicamentos inhibidores del apetito para la pérdida de peso.	Cubiertos como parte de las prestaciones médicas.	Las ayudas para la pérdida de peso están excluidas en "Nutrición oral".	No cubiertos, a menos que se requieran en casos de obesidad mórbida.
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.	Cubiertos como parte de las prestaciones médicas.	Cubiertos como parte de las prestaciones médicas.	Excluidos.
Medicamentos utilizados para fines estéticos (por ejemplo: Renova, Rogaine, Vaniqa, Penlac, pigmentadores y despigmentadores).	Excluidos.	Excluidos.	Excluidos.
Dispositivos médicos, aparatos o dispositivos terapéuticos, incluidas jeringas y agujas hipodérmicas (salvo las jeringas de insulina), prendas de compresión y otras sustancias no medicinales.	Cubiertos como parte de las prestaciones médicas.	Cubiertos como parte de las prestaciones médicas.	Cubiertos como parte de las prestaciones médicas.
Fármacos o medicamentos adquiridos y recibidos antes de la fecha de entrada en vigencia del miembro o tras la extinción del Plan del miembro.	Excluidos.	Excluidos.	Excluidos.

Limitación/exclusión	Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross	Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente	Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare
Los medicamentos recetados para indicaciones experimentales u otras no autorizadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), salvo que hayan sido recetados de un modo que resulte coherente con alguna indicación específica en el manual "Drug Information for the Health Care Professional" (Información sobre medicamentos para el profesional de atención sanitaria), publicado por la Convención de la Farmacopea de los Estados Unidos, o de la edición de dicho libro publicada por la edición de la American Hospital Formulary Services; medicamentos limitados por la legislación para usos de investigación.	Excluidos.	Excluidos.	Excluidos.
Medicamentos homeopáticos.	Excluidos.	Excluidos.	Excluidos.
Fármacos en dosis unitarias (a menos que solo estén disponibles como dosis unitarias).	Excluidos.	Excluidos en "Exclusiones de suplementos, suministros y medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios".	Excluidos.
Vitaminas (que no sean vitaminas prenatales con receta).	Excluidos.	Excluidos.	Excluidas, excepto vitaminas prenatales, vitaminas con flúor y vitaminas individuales que requieren una receta están cubiertas.
Productos relacionados con la salud dental (fluoruro tópico y oral con receta, Peridex, Atridox, Periostat).	Excluidos.	El Plan de salud cubre artículos recetados por los siguientes proveedores que no forman parte del Plan, de conformidad con las pautas del vademécum y se obtienen en una farmacia del Plan hasta la cantidad recetada: Dentistas, si el medicamento es para el cuidado dental. Drug Intelligence & Strategy (Estrategia e información de medicamentos) solución dental, gel y crema de fluoruro sódico; clorhexidina (Peridex genérico); hielato de doxiciclina (Periostat genérico) se encuentran en el vademécum de KP.	Excluidos.

Limitación/exclusión	Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross	Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente	Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare
Solicitudes de fármacos presentadas quince (15) meses a partir de la fecha en que se despachó el fármaco.	Excluidos.	Si recibió servicios de un proveedor que no forma parte del Plan que no autorizamos (con excepción de servicios de urgencias, atención de posestabilización, atención de urgencias fuera del área o servicios de ambulancia de emergencia), debe presentar su solicitud lo antes posible después de haber recibido los servicios. Comuníquese con Kaiser Permanente.	Excluidos.
Sueros biológicos	Excluidos.	Si los sueros biológicos son un medicamento o un producto que requiere administración u observación por parte de personal médico, se consideran médicamente necesarios por un proveedor del Plan de conformidad con las pautas de nuestro vademécum y se administran en un centro médico del Plan, el Plan de salud lo cubriría conforme a la prestación de productos y medicamentos administrados.	Excluidos.
Sangre y plasma sanguíneo.	Excluidos.	Cubiertos como parte de las prestaciones médicas.	Cubiertos como parte de las prestaciones médicas, según la necesidad médica.

6.5 Aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y 50 % del sueldo: Kaiser Permanente

Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund

Aprendices de CID n.º 101155

Principales prestaciones del Plan tradicional de Kaiser Permanente

Los servicios que se describen en este apartado solo están cubiertos si se cumplen con todas las condiciones siguientes:

1. Los servicios son necesarios por razones médicas.
2. Los servicios son prestados, indicados, autorizados u ordenados por un médico del Plan y usted recibe dichos servicios por parte de los proveedores del Plan dentro de nuestra área de servicio en la región del sur de California (su región local), salvo cuando se indique específicamente lo contrario en la Evidencia de cobertura (EOC) en lo relativo a derivaciones autorizadas, centros de cuidados paliativos, servicios de urgencias, atención de posestabilización, atención de urgencias fuera del área y servicios de ambulancia de emergencia.

A. Máximo anual de gastos de bolsillo para determinados servicios

En aquellos servicios sujetos a la cantidad máxima, usted no pagará ningún costo compartido adicional durante un año calendario si los copagos y el coseguro que paga por dichos servicios suman hasta alguna de las cantidades siguientes:

Para inscripciones solamente del titular
(familia de un solo miembro).....\$1,500 por año calendario

Para cualquier miembro de una familia compuesta por dos o
más miembros\$1,500 por año calendario

Para una familia completa compuesta por dos o más miembros\$3,000 por año calendario

B. Deducible o máximo de por vida

Ninguna

C. Servicios profesionales (consultas a proveedores del Plan)

Cantidad por abonar

La mayoría de las consultas, los exámenes y los tratamientos de
atención primaria y especializada \$25 por consulta

Exámenes de mantenimiento físico de rutina Sin cargo

Exámenes preventivos del niño sano (hasta los 23 meses)	Sin cargo
Asesoramiento sobre planificación familiar	Sin cargo
Exámenes de atención prenatal programados y primera consulta y exámenes de seguimiento posterior al parto	Sin cargo
Exámenes de refracción ocular	Sin cargo
Exámenes auditivos	Sin cargo
Consultas, exámenes y tratamientos de atención de urgencias	\$25 por consulta
Fisioterapia, terapia ocupacional y foniatría	\$25 por consulta

D. Servicios ambulatorios

Cantidad por abonar

Cirugía ambulatoria y determinadas intervenciones ambulatorias.....	\$250 por intervención
Inyecciones para alergias (incluido el suero para alergias)	Sin cargo
La mayoría de las inmunizaciones (incluidas las vacunas)	Sin cargo
La mayoría de las radiografías y los análisis de laboratorio.....	Sin cargo
Educación para la salud	
Asesoramiento individual sobre educación para la salud cubierto ...	Sin cargo
Programas de educación para la salud cubiertos.....	Sin cargo

E. Servicios de hospitalización

Cantidad por abonar

Alojamiento y comida, cirugía, anestesia, radiografías, análisis de laboratorio y medicamentos	\$500 por ingreso
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

F. Cobertura sanitaria de emergencia

Cantidad por abonar

Visitas al Departamento de Emergencias	\$100 por visita
----------------------------------------------	------------------

Nota: El costo compartido no se aplica en casos de ingresos directos al hospital como paciente hospitalizado para servicios cubiertos (consulte "Servicios de hospitalización" para obtener información sobre costos compartidos para pacientes hospitalizados).

G. Servicios de ambulancia

Cantidad por abonar

Servicios de ambulancia\$50 por viaje

H. Cobertura de medicamentos de venta con receta

Cantidad por abonar

Medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios enumerados en la EOC de conformidad con las pautas de nuestro vademécum en farmacias del Plan o mediante nuestro servicio de pedido por correo.

Medicamentos genéricos: \$0 para un suministro de existencias hasta 100 días de venta al por menor y pedido por correo
Medicamentos de marca: \$10 para un suministro de existencias hasta 30 días de venta al por menor
\$20 para un suministro de existencias hasta 100 días de pedido por correo

I. Equipos médicos permanentes

Cantidad por abonar

Equipo médico duradero cubierto para uso domiciliario de conformidad con nuestras pautas del vademécum de equipos médicos duraderosSin cargo

J. Servicios de salud mental

Cantidad por abonar

Hospitalización de pacientes psiquiátricos\$500 por ingreso

Evaluación y tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios particulares\$25 por consulta

Tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios en grupo\$12 por consulta

K. Servicios para problemas de dependencia de sustancias químicas

Cantidad por abonar

Desintoxicación para pacientes internados	\$500 por ingreso
Evaluación y tratamiento de problemas de dependencia de sustancias químicas de pacientes ambulatorios particulares.....	\$25 por consulta
Tratamiento de problemas de dependencia de sustancias químicas de pacientes ambulatorios en grupo	\$5 por consulta

L. Servicios de salud domiciliarios

Cantidad por abonar

Atención sanitaria domiciliaria (100 visitas como máximo por año calendario).....	Sin costo
--------------------------------------------------------------------------------------	-----------

M. Otro

Cantidad por abonar

Atención en un centro especializado en enfermería (100 días como máximo por cada período de goce de prestaciones).....	Sin cargo
Prótesis externas, dispositivos ortopédicos y materiales urológicos y de ostomía cubiertos	Sin cargo
Cuidados paliativos.....	Sin cargo

NOTA:

La tabla de prestaciones para los aprendices de la unidad de sonido que reciben entre un 45 % y un 50 % del sueldo es solo un resumen representativo de la cobertura y las prestaciones disponibles en virtud del Plan alternativo de Kaiser Permanente para dichos aprendices. No se describe la totalidad de la cobertura y las prestaciones.

Para obtener más información sobre su cobertura y las prestaciones, consulte el documento de Evidencia de cobertura. La Evidencia de cobertura es el documento legal que describe prestaciones, limitaciones, exclusiones y otras disposiciones relacionadas con la cobertura estipuladas por los planes de tipo HMO para sus miembros. El documento actualizado de Evidencia de cobertura está disponible para su consulta directamente en Kaiser Permanente y en la oficina administrativa previa solicitud.

Un médico de Kaiser Permanente deberá determinar que los servicios y los suministros son médicamente necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección. Los servicios y los suministros deberán ser brindados, prescritos, autorizados u ordenados por un médico de Kaiser Permanente. Debe recibir los servicios y los suministros en un centro médico de Kaiser

Permanente, salvo en los casos en que se indique específicamente lo contrario en el documento de Evidencia de cobertura de la HMO correspondiente.

Para obtener información sobre los procedimientos de evaluación y adjudicación de solicitudes y prestaciones, consulte el documento de Evidencia de cobertura o póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Kaiser Permanente al (800) 464-4000.

Artículo 7: Convenio de reembolso de gastos médicos

Un Empleador puede realizar contribuciones antes de los impuestos a este Plan en nombre de un Participante para financiar un Convenio de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA) si así lo exigieran los términos y condiciones de un Convenio laboral colectivo u otros determinados convenios. Las cantidades con las que se contribuye a la cuenta de un HRA, si hubiera, pueden utilizarse para realizar reembolsos libres de impuestos al Participante por determinados gastos médicos que no están cubiertos por este Plan ni por otro plan de salud. En caso de que el cónyuge o los hijos de un Participante tengan derecho a cobertura en virtud de los términos y condiciones de este Plan, sus gastos médicos reembolsables cumplirán con los requisitos necesarios para obtener un reembolso libre de impuestos de la cuenta del HRA. Todas las contribuciones al HRA son activos del Fondo. Los Participantes no tienen derecho sobre las contribuciones realizadas en su nombre y una cuenta del HRA solo puede utilizarse de conformidad con los términos y condiciones del Plan.

Las solicitudes de gastos reembolsables que reúnan los requisitos exigidos del HRA pueden enviarse al Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund a través del administrador externo a partir del 1.º de septiembre de 2017 (para Participantes que trabajan en virtud de un Convenio para electricistas interiores, Convenio para inspectores, Convenio para el sector ferroviario y Convenio para el sector de transporte inteligente). Las solicitudes del HRA en virtud del Convenio de comunicaciones y sonido del Distrito 9 pueden presentarse a partir del 1.º de enero de 2018.

7.1 Idoneidad de los Participantes activos

En caso de que un Empleador realice una contribución del HRA al Plan en nombre de un Participante, este último tendrá derecho a utilizar estas contribuciones, sujeto a los términos y condiciones del Plan una vez que reúna los requisitos para participar en el Plan. La prestación del HRA del Participante se denomina cuenta del HRA. La cuenta del HRA puede utilizarse para reembolsar los gastos admisibles en los que haya incurrido el Participante, su cónyuge y sus dependientes con derecho a cobertura, según se define en virtud del Plan.

7.2 Pérdida de idoneidad

Cuando un Participante o un dependiente con derecho a cobertura dejan de reunir los requisitos en virtud del Plan de salud activo, no se le podrán reembolsar gastos en los que haya incurrido posteriormente hasta que vuelva a reunir los requisitos de idoneidad. Sin embargo, puede utilizar los fondos de su cuenta del HRA para abonar las primas de COBRA y los pagos por cuenta propia para la jubilación. Los cónyuges que dejen de reunir los requisitos debido a un divorcio o los dependientes que dejen de reunir los requisitos debido a la edad perderán todos los derechos a obtener un reembolso del HRA y no podrán utilizar el saldo de la cuenta del HRA de un Participante para las primas de COBRA porque el titular de la cuenta del HRA siempre será el Participante. Los derechos de los Participantes fallecidos se transfieren a los dependientes que tengan derecho a cobertura en el momento del fallecimiento (consulte el artículo 7.5 Cobertura de continuación de COBRA).

7.3 Cantidad de prestaciones

La cantidad de la prestación del HRA para cualquier año calendario se determina en función de la cantidad de horas que el Participante trabaje en un empleo cubierto por el cual se estén recibiendo contribuciones, multiplicadas por la tasa establecida en el Convenio laboral colectivo (CBA) o en otro convenio. Si la cuenta del HRA no se utiliza en un año calendario, puede trasladarse de un año al otro hasta que se agote. Se supone que esta prestación se provea mientras que el CBA u otro convenio proporcionen una contribución para tal prestación y, una vez establecida la cuenta del HRA, mientras que el Participante tenga un saldo en su cuenta del HRA (sujeto a las normas de confiscación que se indican más abajo). No obstante, los fideicomisarios mantienen el derecho a cambiar las normas sobre esta prestación o a poner fin a esta prestación si lo consideran apropiado.

7.4 Confiscaciones

- A. La cuenta del HRA de un Participante se confiscará de inmediato y en forma permanente en caso de que alguna de las siguientes afirmaciones se aplique al Empleado:
 - 1. El Participante desempeña un Empleo eléctrico no cubierto en el que fue contratado para cualquier función con cualquier duración por un contratista de la industria eléctrica que no ha firmado el Convenio laboral colectivo de una delegación local del Sindicato de la IBEW de la jurisdicción del trabajo.
 - 2. El Participante 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.
- B. La cuenta del HRA de un Participante fallecido podrá confiscarse si, en el momento del fallecimiento, dicho Participante no tiene dependientes con derecho a recibir ningún tipo de prestaciones ampliadas en virtud de este Plan.
- C. Si un Participante o los dependientes supervivientes de un Participante fallecido no habían tenido ninguna cobertura en virtud del Plan de salud para jubilados o empleados activos de Southern California IBEW-NECA durante un período de 60 meses o más, el saldo de la cuenta del HRA se reducirá a cero (0).

7.5 Cobertura de continuación de COBRA

Si un Participante pierde su cobertura en virtud del Plan para empleados activos por cualquier motivo que no sea un Empleo eléctrico no cubierto, puede utilizar su cuenta para pagar el costo de su cobertura de COBRA en virtud del Plan para empleados activos, así como la de sus dependientes con derecho a cobertura.

En caso de fallecimiento de un Participante con derecho a cobertura en virtud del Plan para empleados activos, sus dependientes con derecho a cobertura pueden utilizar la cuenta del HRA del Participante fallecido para pagar el costo de su cobertura de COBRA en virtud del Plan para empleados activos. El cónyuge superviviente siempre tendrá el control principal sobre la cuenta del HRA. En caso de que no exista ningún cónyuge superviviente, los dependientes con derecho a

cobertura tendrán derechos de prorrateo sobre la cuenta del HRA a efectos de COBRA y nada podrá impedir que un dependiente supérstite con derecho a cobertura renuncie a sus intereses en favor de otros dependientes supérstites con derecho a cobertura a efectos de la cobertura de continuación de COBRA en virtud del Plan para empleados activos.

7.6 Pagos por cuenta propia para el Plan de salud para jubilados Southern California IBEW-NECA

Al jubilarse, algunos Participantes activos del Plan pueden reunir los requisitos para inscribirse en el Plan de salud para jubilados Southern California IBEW-NECA. Dicho Programa exige al jubilado que realice pagos por cuenta propia para la cobertura continua. Un Participante inscrito en el Plan de salud para jubilados puede utilizar su cuenta del HRA para realizar pagos por cuenta propia a dicho Plan.

En caso de fallecimiento de un Participante del Plan de salud para jubilados, su cónyuge supérstite puede utilizar la cuenta del HRA para realizar los pagos por cuenta propia en virtud de dicho Plan y pagar el seguro complementario, como las coberturas odontológicas u oftalmológicas, pero no para pagar un plan de seguro de salud diferente. Mientras el cónyuge supérstite continúe reuniendo los requisitos en virtud del Plan de salud para jubilados también puede utilizar la cuenta del HRA para pagar los gastos admisibles.

7.7 Pago de solicitudes de grandes sumas

Si un participante presenta una solicitud para la cuenta del HRA, pero esta no tiene fondos suficientes para abonar la cantidad total de la solicitud, el Plan solo abonará la cantidad que haya en la cuenta del HRA. En cuanto se hayan acreditado contribuciones adicionales a la cuenta del HRA, el Participante puede volver a presentar la solicitud para obtener el reembolso restante.

7.8 Gastos reembolsables

Una cuenta del HRA puede utilizarse para reembolsar gastos admisibles de atención médica en los que haya incurrido el Participante, su cónyuge o sus dependientes con derecho a cobertura que, de lo contrario, solo estarían cubiertos en parte o quedarían excluidos de la cobertura del Plan y de cualquier otro plan de salud.

Los gastos reembolsables son los que constituyen atención médica, conforme al artículo 213 del Código de Rentas Internas. Una cuenta del HRA puede utilizarse para reembolsar al Participante los deducibles del Plan, los copagos y otros gastos que no estén cubiertos en concepto de servicios médicos, medicamentos de venta con receta, dentales, oftalmológicos y psiquiátricos. Una cuenta del HRA también puede utilizarse para pagar las primas de pago por cuenta propia, las primas de COBRA, otras coberturas del plan médico, la cobertura complementaria de Medicare y las primas del seguro de atención a largo plazo.

A fin de poder recibir un reembolso, el Participante debe tener derecho a la cobertura del Plan de salud en virtud de las normas del Plan y deberá haber incurrido en los gastos a partir del 1.º de septiembre de 2017.

Estos son algunos ejemplos de gastos admisibles:

1. Copagos, coseguros y deducibles.
2. Acupuntura.
3. Consultas de quiropraxia.
4. Muletas.
5. Gastos dentales.
6. Equipos médicos duraderos.
7. Gastos que superan los límites de los planes médicos, hospitalarios, dentales u oftalmológicos.
8. Exámenes oftalmológicos, gafas y lentes de contacto.
9. Prótesis auditivas.
10. Ortodoncia.
11. Servicios ortopédicos.
12. Terapia física.
13. Medicamentos de venta con receta y medicamentos de venta libre prescritos por un médico.
14. Fisioterapia.
15. Gastos de transporte relacionados con la atención médica.
16. Control del bebé sano y del niño sano.

Estos son algunos ejemplos de gastos no admisibles:

1. Servicios estéticos.
2. Gastos reclamados en la declaración de la renta.
3. Gastos que efectivamente se reembolsan o están sujetos a reembolso por otros medios, como pólizas de seguro, un empleador, Medicare o cualquier otro programa sanitario del gobierno.
4. Tarifas de gimnasios o centros de bienestar, a menos que sean necesarios por motivos médicos.

5. Trasplantes capilares.
6. Programas de pérdida de peso que no sean medicamente necesarios.
7. Gastos médicos en procedimientos experimentales o que no sean necesarios por motivos médicos.

7.9 Procedimientos de solicitudes

Ninguna solicitud presentada se reembolsará desde la cuenta del HRA de un Participante, a menos que la suma total de las solicitudes admisibles presentadas permita un reembolso de \$25.00 como mínimo. Se podrán sumar las solicitudes particulares para alcanzar el mínimo de \$25.00. Deberá presentarse un formulario de solicitud de reembolso del HRA al administrador externo seleccionado por el Fondo de fideicomiso, que no solo procese las solicitudes recibidas, sino que también gestione todas las apelaciones basadas en el incumplimiento de los requisitos y relacionadas con determinadas solicitudes. En la oficina administrativa, no podrán presentarse otras solicitudes que no sean conflictos relacionados con la idoneidad. Los formularios de solicitud estarán disponibles en la oficina administrativa o en el sitio web del Fondo de fideicomiso en www.scibew-neca.org y el Participante deberá certificar que los gastos no hayan sido reembolsados y que no sean reembolsables, en virtud de este Plan o de cualquier otro. Junto con el formulario de solicitud de reembolso del HRA, deberá incluirse documentación justificativa en la que se describan los gastos y que demuestre que estos han sido abonados por el Participante (o su cónyuge u otros dependientes con derecho a cobertura). La documentación justificativa puede incluir lo que sigue:

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

7.10 Reciprocidad

Las contribuciones recibidas para las cuentas del HRA se consideran parte de la contribución de salud y bienestar total por hora para fines de reciprocidad y serán recíprocas a un Fondo de Vivienda, siempre que la tasa total de contribución por hora para la cobertura de salud y bienestar sea igual o menor que la tasa de contribución por hora del hogar del individuo. Consulte el artículo 4.4 I.O. Health Reciprocal Agreement and Proration Under Certain Collective Bargaining Agreements en la página 16 para obtener una descripción completa de la transferencia de contribuciones a un Fondo de Vivienda y para una descripción de la acreditación de contribuciones recíprocas entrantes. Las cuentas del HRA se acreditan con reciprocidad entrante solo cuando la transferencia recíproca entrante tiene una tarifa por hora que excede la tarifa no perteneciente al HRA de este Plan, según el Acuerdo de electricistas interiores.

Artículo 8: Planes dentales disponibles para usted

Puede elegir uno de los siguientes:

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

La oficina administrativa ofrece tres (3) planes dentales para elegir: un plan dental de Organización de Proveedores Preferidos (PPO) y dos (2) planes de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO). El plan dental PPO es proporcionado por United Concordia. Los planes DHMO son DeltaCare USA 40R (también conocido como Delta Dental) y United Concordia. Le sugerimos que revise cuidadosamente todos los Planes y analice estas diferentes opciones con sus familiares. En la página siguiente, aparece una breve descripción general del Plan PPO de United Concordia y los planes DHMO (DeltaCare USA 40R y United Concordia). Consulte la **Evidencia de cobertura** para obtener una descripción completa de las prestaciones dentales a las que tiene derecho, así como información sobre las exclusiones y limitaciones aplicables.

Para maximizar los beneficios del plan PPO, debe usar dentistas que formen parte de la red de United Concordia PPO.

Cuando utiliza dentistas participantes de United Concordia PPO, recibe mayores beneficios que si acude a un dentista que no pertenezca. La diferencia en las prestaciones entre usar un proveedor participante de United Concordia PPO puede ser sustancial, lo que afecta los costos de su bolsillo.

8.1 Comparación de las prestaciones dentales disponibles para usted

Con el presente resumen de prestaciones, exclusiones y limitaciones de DHMO, así como de otras disposiciones relacionadas con las prestaciones dentales, no se pretende sustituir la Evidencia de cobertura ni el Plan de prestaciones de DHMO 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 de DHMO, prevalecerán estos dos últimos.

Nombre del proveedor de servicios dentales	United Concordia;	DeltaCare USA	United Concordia;
Tipo de plan	PPO	DHMO	DHMO
Servicio de atención al cliente	(800) 332-0366	(800) 422-4234	(866) 357-3304
Dirección del sitio web	unitedconcordia.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, PA 17106-9231		
Descripción	COPAGO DEL MIEMBRO		
Red	Página 53	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Cantidad deducible anual			
Por persona	\$0/\$25	N/A	N/A
Por familia	\$0/\$75	N/A	N/A
Máximo anual <i>Excepto para diagnóstico y medicina preventiva</i>			
Por persona	5000 \$	N/A	N/A
Por familia	N/A	N/A	N/A
Diagnóstico/medicina preventiva <i>Rayos X, exámenes, limpiezas</i>	0 %/0 %, más facturación del saldo	0 \$	0 \$
Servicios básicos <i>Empastes, selladores dentales, cirugía oral, endodoncias</i>	5 %/20 %, más facturación del saldo	0 \$ (para empastes blancos)	\$0 (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	0 \$ (Sin tarifas adicionales por metal) (Sin cobertura para implantes)	0 \$ (Se puede aplicar una tarifa por metal de \$125 para metales nobles y alto contenido en metales nobles en las coronas) (Sin cobertura para implantes)

Descripción	COPAGO DEL MIEMBRO		
	Dentro de la red Fuera de la red	Solo dentro de la red	Solo dentro de la red
Ortodoncia <i>Costo típico de completar un plan de tratamiento de ortodoncia de 24 meses para dientes permanentes para niños, hasta los 19 años</i>	50 %/50 %, más facturación del saldo, hasta un pago máximo de \$1,400	950 \$-1,400 \$ Cargos de inicio y retención no indicados	\$1,500 - \$2,000, cargos de inicio y retención no indicados
Servicios de urgencias <i>Examen de urgencia</i>	0 %/0 %, más facturación del saldo	0 \$	0 \$

Artículo 9: Prestaciones ópticas

9.1 Vision Service Plan (VSP) y Kaiser Permanente Vision Plan

Si es elegible para las prestaciones de salud conforme al **Plan HMO de UnitedHealthcare o el Plan PPO de Anthem Blue Cross** provisto por el Fondo de Fideicomiso, usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a recibir prestaciones ópticas como se describe en este documento.

Los participantes y los dependientes elegibles inscritos en el **Plan HMO de Kaiser Permanente** reciben prestaciones ópticas por separado a través de Kaiser Permanente y no son elegibles para la cobertura de Vision Service Plan como se describe a continuación, excepto que los miembros de la HMO de Kaiser Permanente sean elegibles para recibir anteojos de seguridad recetados para empleados solo como se explica en este documento.

A. Prestaciones

Examen de la vista. Un análisis completo de los ojos y estructuras relacionadas para determinar la presencia de problemas de visión u otras anomalías.

Lentes. Los proveedores de VSP pedirán los lentes adecuados (solo si fuera necesario). El programa brinda lentes de la mejor calidad fabricados según los estándares más exigentes. El médico también verifica la precisión de los lentes terminados.

Monturas. El Plan ofrece una amplia selección de monturas. Sin embargo, si selecciona una montura que cueste más de la cantidad permitida por el Plan, habrá un cargo adicional. Si solicita monturas a través de un médico de VSP, recibirá una reducción del 20 % en el monto del costo de las monturas que exceda la asignación de VSP.

Lentes de contacto. Los lentes de contacto reemplazan a las monturas y los lentes durante su período de elegibilidad.

Los lentes de contacto estéticos, cuando los elijan los pacientes, tendrán una asignación para su costo por parte de VSP.

Anteojos de seguridad recetados. El plan cubre anteojos de seguridad recetados solo para los participantes.

Nota: No hay cobertura para anteojos de seguridad Plano (sin receta).

9.2 Copagos y Plan de prestaciones

Participantes de planes de Anthem Blue Cross y UnitedHealthcare				
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
Gafas graduadas: 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 \$ 150 de prestación	Hasta \$ 47 de prestación
Lentes de contacto*	12 meses		Cubiertos en su totalidad para la asignación necesaria por razones médicas, asignación de \$130 para lentes de contacto optativos	Asignación de hasta \$210 para lentes de contacto médicamente necesarios y \$105 para lentes de contacto optativos
*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 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.				

Kaiser Permanente 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	\$ 150 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.	

9.3 Anteojos de seguridad recetados

Todos los participantes elegibles activos recibirán cobertura de anteojos de seguridad recetados de acuerdo con las tablas de prestaciones en la página 58. Las prestaciones indicadas se brindan a través de los médicos de Vision Service Plan (VSP). Nota: Los dependientes no tienen cobertura de anteojos de seguridad recetados. Las prestaciones descritas en el artículo 9.4 Uso del Plan son para participantes activos inscritos en el plan HMO de UnitedHealthcare o en el plan PPO de Anthem Blue Cross.

9.4 Uso del Plan

Para obtener atención oftalmológica de Vision Service Plan, realice lo siguiente:

1. Comuníquese con el Departamento de Prestaciones de Salud en la oficina administrativa para obtener un folleto de VSP o llame a su médico de VSP. Si necesita encontrar un médico de VSP, llame a VSP al (800) 877-7195 o visite su sitio web en www.vsp.com. Si desea obtener una lista de médicos de VSP (optometristas y oftalmólogos) cerca de donde vive, se le enviará una lista.
2. Al programar una cita, identifíquese como miembro de VSP. El médico de VSP también necesitará el número de identificación del Participante cubierto (por lo general, el número de Seguridad Social) y el nombre del grupo del Participante cubierto. El médico se comunicará con VSP para verificar su elegibilidad y la cobertura del Plan. El médico de VSP también obtendrá autorización para servicios y materiales. Si no es elegible, el médico de VSP se lo notificará.
3. Durante la cita, el médico de VSP realizará un examen de la vista y determinará si es necesario usar anteojos correctivos. De ser así, el médico enviará su receta a un laboratorio contratado aprobado por VSP. El médico detallará los cargos que no están cubiertos y le pedirá que firme un formulario para documentar que recibió los servicios.

VSP le pagará directamente al médico de acuerdo con su acuerdo de contrato, menos los copagos que usted deba realizar, como se establece anteriormente.

4. La selección de un médico de la lista de VSP asegura el pago directo al médico y una garantía de calidad y control de costos. Sin embargo, si obtiene servicios de un proveedor que no pertenece a VSP, debe pagarle su tarifa completa en el momento del servicio y enviar los recibos a VSP. VSP le reembolsará a usted directamente de acuerdo con el cronograma de asignaciones. VSP no reembolsará al proveedor que no sea de VSP.

No hay garantía de que este programa pueda pagar todo el examen o los anteojos. Cuando obtenga un servicio de un proveedor que no pertenezca a VSP y/o anteojos de un óptico, asegúrese de enviar por correo el estado de cuenta detallado de los cargos a VSP para que se pueda reembolsarle directamente. Todos los reclamos deben presentarse dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha en que se completaron los servicios.

9.5 Proveedores que no forman parte de la red

Si 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 "Plan de prestaciones" anterior. 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

9.6 Limitaciones

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;
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.

9.7 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 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

Artículo 10: Prestaciones adicionales (escaneo corporal médico y calzado especializado)

Este Plan brinda a los Participantes las siguientes prestaciones médicas adicionales:

10.1 Prestación de escaneo corporal médico

La prestación de escaneo corporal médico está disponible para los participantes y los cónyuges elegibles conforme a la descripción resumida activa de Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund. La prestación de escaneo corporal médico se brinda exclusivamente en este momento a través de Body Scan International ("BSI").

Cada Participante elegible y cónyuge dependiente tiene derecho a una prestación de escaneo corporal médico por año calendario. La prestación de escaneo corporal médico se proporciona sin costo alguno para los participantes. BSI enviará su reclamo para la prestación de escaneo corporal médico directamente al administrador de quejas correspondiente: Coast Benefits, Inc. para participantes de HMO y Anthem Blue Cross para participantes en el Plan PPO de Anthem Blue Cross.

Para programar una cita para la prestación de escaneo corporal médico, los participantes deben llamar a BSI al (877) BSI-5577 [877-274-5577]. Tenga en cuenta que debe ser elegible para recibir la cobertura en el momento de su cita de escaneo corporal para recibir dicha Prestación en virtud del Plan.

BSI realiza el examen de escaneo corporal médico en sus oficinas ubicadas en 20201 SW Birch Street, Suite 200, Newport Beach, CA 92660. Además, BSI realizará el examen de escaneo corporal médico en sus unidades móviles que estarán estacionadas con cierta frecuencia en varios lugares del área metropolitana de Los Ángeles. Tenga en cuenta que también se requieren citas anticipadas para los exámenes de escaneo corporal médico en las unidades móviles y se aplican las mismas restricciones en términos de elegibilidad.

BSI también brinda **otros servicios que no forman parte de la prestación de escaneo corporal médico del Plan**. Tenga en cuenta que el pago de esos demás servicios será su responsabilidad, ya que no están cubiertos por la prestación de escaneo corporal médico, a menos que sean gastos elegibles de otra manera.

Si le realizan un escaneo corporal a través de otro proveedor (que no sea BSI), el Plan no pagará ninguna parte de este examen.

Si tiene alguna pregunta sobre la prestación de escaneo corporal, comuníquese con Body Scan International al (877) 274-5577 o (949) 717-4500. Si tiene alguna pregunta sobre su elegibilidad para esta prestación, comuníquese con la oficina administrativa al (800) 824-6935 o (323) 221-5861.

10.2 Prestación de calzado especializado

El Plan brinda prestaciones de calzado especializado, a veces conocido como "órtesis". La prestación anual de \$400 se puede utilizar para sufragar los costos de consulta con un ortopedista u otro proveedor certificado por la Junta Estadounidense de Certificación en Órtesis, Prótesis y Podología, y el costo de fabricar y ajustar el calzado especializado. El calzado especializado incluye zapatos ortopédicos y plantillas de polipropileno o plástico rígido hechas a medida para el zapato. Esta prestación está disponible para todos los participantes elegibles y los dependientes elegibles inscritos para recibir prestaciones médicas conforme al Plan. Los participantes inscritos en el Plan HMO de Kaiser Permanente pueden utilizar esta prestación o pueden optar por obtener órtesis a través de Kaiser Permanente.

Los "Gastos elegibles" sujetos a reembolso incluirán los gastos por los servicios profesionales brindados por un ortopedista, protesista, podólogo u otro proveedor certificado por la Junta Estadounidense de Certificación en Órtesis, Prótesis y Podología cuando los servicios profesionales estén relacionados con el tratamiento de la deformación del pie. A los efectos de esta prestación, deformación del pie hace referencia a una deformación como resultado de parálisis cerebral, artritis, poliomielitis, espina bífida, diabetes, lesión accidental o afección anormal.

A. Servicios elegibles

Los servicios elegibles para calzado especializado incluirán el costo de la fabricación de plantillas ortopédicas rígidas (de plástico o polipropileno) hechas a medida (plantillas para zapatos) y/o zapatos ortopédicos estándar hechos a medida.

B. Prestación anual máxima

La prestación anual máxima a pagar por Participante del Plan y dependientes elegibles por gastos incurridos para la adquisición de calzado especializado será de \$400.

C. Presentación de quejas

Las quejas de reembolso de gastos elegibles en virtud de esta disposición se presentarán a Coast Benefits, Inc. en:

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

Las quejas deben incluir el nombre y la dirección del proveedor, la fecha en que se prestaron los servicios, el diagnóstico o la afección que se está tratando y una lista detallada de los servicios prestados. El reembolso se hará directamente al Participante o Miembro y no al proveedor.

D. Exclusiones

No se otorgarán prestaciones en los términos de esta disposición para:

1. Zapatos de vestir.
2. Zapatos informales (p. ej., tenis o náuticos).
3. Plantillas para calzado (excepto lo dispuesto anteriormente).
4. Almohadillas para los pies.
5. Aparatos ortopédicos para pies, fabricados con plástico blando, corcho o cuero.
6. Calcetines o cualquier otro material que no esté hecho a medida o cuyo equivalente se pueda comprar sin receta médica.
7. Servicios proporcionados a los Participantes que no sufren deformación del pie, como se define anteriormente en "Gastos elegibles".

Artículo 11: Programa de Servicios de Asistencia y Defensa

11.1 MedExpert

Los fideicomisarios han contratado a MedExpert para ayudarlo a usted y a sus dependientes elegibles con servicios de asistencia y defensa, mediante los cuales los Defensores personales de la salud (Personal Health Advocate, PHA), generalmente enfermeras registradas, respaldadas por directores médicos y especialistas en prestaciones, trabajarán con usted y sus dependientes elegibles para:

- Encontrar médicos, médicos especialistas y otros proveedores.
- Asistir en la comprensión y resolución de la facturación de servicios médicos, dentales u otros servicios profesionales.
- Facilitar derivaciones para servicios cubiertos.
- Aclarar la cobertura del Plan.
- Transferir registros médicos.
- Encontrar cuidado para ancianos.

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

11.2 Servicios de MedExpert

Los servicios de MedExpert complementarán las prestaciones brindadas a través de su Plan al ayudarlo a usted y a sus dependientes elegibles a obtener proveedores de atención médica y servicios comunitarios, ubicar a los mejores proveedores de atención médica dentro de los parámetros del Plan y recibir asistencia con la resolución de problemas de reclamos de seguros, etc.

Los representantes de MedExpert pueden comunicarse con usted o sus dependientes elegibles para realizar las tareas antes mencionadas. Se agradece la colaboración y la ayuda por parte del jubilado. Al abordar el problema de un participante, MedExpert puede actuar como enlace entre usted o su dependiente elegible y el vendedor/proveedor de seguros que tiene contrato con el Fideicomiso.

MedExpert no reemplaza la cobertura de seguro médico, no brinda atención médica ni tratamiento recomendado, y no duplica las funciones clave del proveedor del plan de prestaciones. MedExpert lo ayuda a usted y a sus dependientes elegibles a conectarse con los servicios existentes, como administración de casos, administración de enfermedades, bienestar, EAP y otros servicios en el lugar.

Artículo 12: Programa de asistencia al miembro (MAP)

El **Programa de asistencia al miembro (Member Assistance Program, MAP)** se brinda a todos los Participantes Activos (y sus dependientes cubiertos, así como también a otros miembros del hogar) inscritos en el Plan de tipo HMO de Kaiser Permanente, el Plan de tipo HMO de UnitedHealthcare y el Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross.

Optum es la división de servicios de salud de UnitedHealthcare Group

(877) 225-2267 (877-22-LABOR), las 24 horas del día

Todos los servicios son completamente confidenciales.

Cómo empezar: llame a Optum

Todos los servicios cubiertos por este Programa de asistencia al miembro deben ser proporcionados por un proveedor participante de Optum y deben estar autorizados previamente.

Para obtener una derivación a un asesor de MAP, llame al **Departamento de Servicio al Cliente de Optum las 24 horas del día al (877) 225-2267 (877-22-LABOR)**.

No necesita una derivación de su médico de atención primaria para recibir servicios en el marco del Programa de asistencia al miembro.

Cómo puede ayudarlo el MAP

El Programa de asistencia al miembro (MAP) ayuda a los participantes con problemas de salud emocional, relacional o conductual, que incluyen:

- Relaciones y problemas maritales, incluidos problemas de comunicación y resolución de conflictos.
- Problemas familiares, como conflictos entre padres e hijos, problemas de padres/madres solteras, problemas de niños y adolescentes, abuso conyugal, incesto.
- Consumo de alcohol y drogas, incluida la codependencia.
- Problemas relacionados con el trabajo, como estrés laboral, agotamiento, conflictos interpersonales y situacionales, problemas de adaptación.
- Problemas emocionales y asuntos personales, incluso ansiedad, depresión, crisis personales, duelo y pérdida, problemas de cambio de vida.
- Cuestiones relacionadas con las enfermedades, cómo hacer frente a enfermedades crónicas y terminales, duelo y pérdida.
- El MAP también brinda amplios servicios para las personas que necesitan ayuda con problemas no clínicos, como deudas de tarjetas de crédito, divorcios, asuntos de custodia de los hijos o protección contra relaciones abusivas. A través de la variedad de ayuda que brindamos, podemos ayudarlo a enfrentar prácticamente cualquier desafío que pueda tener.

12.1 Programa de asistencia al miembro de salud conductual

A través del programa MAP, puede recibir una derivación a un profesional de la salud conductual con licencia para hasta cinco (5) sesiones de asesoramiento personal por participante y sus dependientes (y sus dependientes cubiertos, así como otros miembros del hogar), por problema sin cargo para usted.

12.2 Asistencia legal

Los participantes con problemas legales reciben una consulta telefónica o en persona gratuita de 30 minutos con un abogado específico del estado como parte de nuestros servicios del MAP, incluida la asistencia legal con lo siguiente: testamentos, escrituras, preparación de documentos, asuntos de sucesiones, divorcio y separación, fideicomisos, testamentos vitales, poder notarial, asuntos migratorios y de tránsito.

12.3 Servicios financieros

Para ayudar a las personas a abordar sus inquietudes financieras, ofrecemos acceso a un equipo de consultores financieros acreditados, incluidos contadores públicos autorizados y planificadores financieros certificados, con al menos cinco (5) años de experiencia en este tipo de servicios. Los participantes reciben hasta 60 minutos de consulta telefónica sobre cada problema financiero. Los miembros de Optum pueden solicitar asistencia en una amplia gama de temas, incluidos los siguientes: bancarrota, planificación presupuestaria, crédito y cobranza, planificación financiera, planificación de jubilación, aumento de deudas, embargos de salario, inversiones, fondos mutuos, cuentas de jubilación individuales (Individual Retirement Account, IRA), acciones y bonos, anualidades, impuestos y compra de vivienda.

12.4 Servicios para familias y niños

La vida familiar es un compromiso de 24 horas. Su MAP puede ayudar. Los especialistas en asistencia al miembro pueden brindar derivaciones a agencias comunitarias de recursos y de remisión para niños y ancianos, y a servicios geriátricos, según lo necesiten nuestros miembros. Los servicios con los que el MAP puede ayudar incluyen: referencias verificadas de cuidado de niños, cuidado de niños enfermos, programas para antes y después de la escuela, grupos y clases de apoyo para padres, familias mixtas, problemas de recién nacidos, planificación universitaria, formación de familia, embarazo e infertilidad, adopción, atención prenatal y clases de parto, crianza monoparental, comunicación y apoyo para adolescentes, y mucho más.

12.5 Atención a adultos mayores

Los especialistas en atención de adultos mayores dentro de su programa MAP pueden brindarle orientación para el cuidado de parientes mayores, opciones y exploración de vida de cuidado alternativo, programas de cuidado diurno para adultos, asistencia con comidas y transporte, recursos de abuso de ancianos, duelo y pérdida, evaluaciones de salud domiciliarias, información del centro para personas mayores, remisiones a geriátricos, cuidados paliativos y mucho más.

12.6 Recursos de la comunidad

Mantenemos una base de datos desarrollada internamente de más de 100,000 recursos comunitarios, que son verificados cada tres (3) meses por nuestro personal interno dedicado a recursos y referencias. Los recursos disponibles incluyen lo siguiente: programas de 12 pasos, grupos de apoyo, grupos de autoayuda, asistencia relacionada con el SIDA, agencias comunitarias de salud mental, servicios geriátricos, agencias de United Way, refugios para mujeres víctimas de violencia de género, agencias de servicios familiares y servicios por abuso infantil.

12.7 Recursos de internet

A través del sitio web de MAP de Optum www.liveandworkwell.com (código de acceso: SCIBEW), todos los miembros tienen acceso a una amplia variedad de información, programas de autoayuda, evaluaciones personales y recursos y artículos sobre una gran gama de temas. El sitio web está disponible en inglés o español, con una funcionalidad que le permite alternar entre idiomas en cada página.

12.8 Exclusiones y limitaciones

Su MAP no cubre ninguno de los siguientes servicios:

1. Servicios médicos, incluidos los servicios de un psiquiatra
2. Servicios hospitalarios (servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios)
3. Servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico, y de laboratorio de diagnóstico
4. Servicios de salud domiciliarios
5. Servicios de atención médica de emergencia
6. Fármacos y medicamentos

Para obtener más información sobre su Programa MAP, llame al Departamento de Servicio al Cliente de Optum al (877) 225-2267 (877-22-LABOR) las 24 horas del día.

Artículo 13: Prestaciones del Seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento

Tenga en cuenta que este es solo un resumen de las prestaciones del seguro de vida y muerte accidental y desmembramiento disponibles bajo la póliza de seguro de Anthem Blue Cross. Consulte su documento de Evidencia de divulgación/Certificado de seguro para obtener una descripción completa de los beneficios de vida y muerte accidental y desmembramiento, incluidas exclusiones, limitaciones y cualquier disposición aplicable. **Se puede solicitar una Evidencia de divulgación/Certificado de seguro directamente a Anthem Blue Cross al (800) 543-3037 o a la oficina administrativa. Esta información también está disponible en el sitio web de la oficina administrativa en www.scibew-neca.org.**

Se recomienda que los Participantes completen un formulario de designación de beneficiarios y mantengan la información actualizada cuando se produzcan cambios en la familia.

13.1 Cronograma de prestaciones del seguro de vida

Las prestaciones del seguro de vida normalmente se pagan en caso de fallecimiento del Participante cubierto o del dependiente cubierto. Sin embargo, una parte de las prestaciones del seguro de vida puede pagarse en ciertas circunstancias antes de la muerte del Participante cubierto. Esta opción se conoce como "Opción de prestación acelerada".

Los montos que se muestran a continuación son los montos máximos a pagar, según se explica posteriormente.

A. Solo para el Participante

Seguro de vida..... \$50,000

Seguro por muerte accidental, desmembramiento \$50,000

El Seguro por muerte accidental y desmembramiento de cada Empleado terminará automáticamente en la fecha en que cese la elegibilidad y no podrá convertirse en una póliza individual.

B. Seguro de vida para Dependientes

Cónyuge \$1,500

Niños hasta los 26 años..... \$750

La disposición de Fecha de entrada en vigor para dependientes se aplicará si un niño es internado en un hospital.

13.2 Cronograma de prestaciones del seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

A. Solo para el Participante

Seguro por muerte accidental y desmembramiento \$50,000

El Seguro por muerte accidental y desmembramiento de cada Empleado terminará automáticamente en la fecha en que cese la elegibilidad y no podrá convertirse en una póliza individual.

13.3 Titular de póliza colectiva

Fideicomisarios de Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund

Número de póliza colectiva: 170001

Presidente

Compañía de seguros de vida y salud Anthem Blue Cross

Woodland Hills, CA (en adelante, denominada Anthem Life)

13.4 Notificación y prueba de reclamo

Se debe enviar un aviso por escrito de un reclamo del seguro médico o de salud a Anthem Life al menos 45 días antes del final del año calendario que sigue al año calendario en el que se incurre el reclamo. Sin embargo, en caso de que finalice el seguro médico o de salud, la notificación del reclamo por escrito debe darse a más tardar 12 meses después de que se incurra el reclamo. Se debe enviar un aviso por escrito de cualquier otro tipo de reclamo por accidente o enfermedad a Anthem Life en su oficina central o en una oficina de reclamos autorizada o a un agente. El aviso debe incluir el nombre de la persona asegurada y el número de póliza.

Una pérdida, como se usa en esta disposición, significa gastos cubiertos incurridos, incapacidad o muerte accidental o desmembramiento.

La evidencia positiva del reclamo debe entregarse a una oficina de reclamos autorizada de Anthem Life, de conformidad con los procedimientos establecidos en "Guía para sus prestaciones" del seguro de vida de Anthem Blue Cross, que se puede encontrar en el sitio web de la oficina administrativa en www.scibew-neca.org.

Artículo 14: Procedimientos de enmienda del plan

14.1 Cambios, mejoras, reducciones o eliminaciones de prestaciones

No hay ningún derecho adquirido para recibir las prestaciones del plan. Lo que esto significa es que el Consejo de fideicomisarios puede cambiar, mejorar, reducir o eliminar las prestaciones en cualquier momento. El consejo de fideicomisarios tiene la responsabilidad fiduciaria de gestionar el plan de forma prudente. Para cumplir con esta responsabilidad, los fideicomisarios examinan con regularidad los costos y las prestaciones de los distintos Planes. Como resultado de esta revisión, los fideicomisarios pueden determinar que sea necesario cambiar, reducir o eliminar determinadas las prestaciones.

Los siguientes ejemplos brindan información sobre situaciones que pueden requerir que los fideicomisarios reduzcan las prestaciones. Por ejemplo, una reducción de las horas totales trabajadas provoca una disminución de las contribuciones del Empleador al Plan y altera el número previsto de horas utilizadas para establecer las prestaciones. Otro ejemplo es cuando 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.

14.2 Notificación de cambios en el Plan a los Participantes

Los fideicomisarios se reservan el derecho a cambiar o suspender cualquier prestación del Plan, en parte o en su totalidad, según lo consideren necesario.

Esta acción de los fideicomisarios se llevará a cabo mediante una enmienda del Plan, en la que se detallarán por escrito los cambios introducidos.

Se le proporcionará un aviso por escrito cuando se realicen dichos cambios en el Plan (Enmienda del Plan). En este aviso se describirá en detalle los cambios y se le proporcionará no menos de sesenta (60) días antes de la fecha de entrada en vigor de cualquier modificación que suspenda, reduzca o elimine una prestación.

Artículo 15: Idoneidad del Plan de salud para jubilados

15.1 Idoneidad

SI DESEA PROTEGER SU POSIBLE IDONEIDAD PARA LA COBERTURA MÉDICA PARA JUBILADOS, NUNCA DÉ DE ALTA SU PENSIÓN HASTA QUE LA OFICINA ADMINISTRATIVA CONFIRME POR ESCRITO LA IDONEIDAD PARA EL PLAN DE SALUD PARA JUBILADOS, SEGÚN LA FECHA DE VIGENCIA DE SU PENSIÓN PROPUESTA. LA JUBILACIÓN ANTES DE LOS 56 AÑOS AFECTARÁ SU IDONEIDAD PARA LAS PRESTACIONES DEL PLAN DE SALUD PARA JUBILADOS.

Una explicación completa de los requisitos de idoneidad del Plan de salud para jubilados se establece en una Descripción resumida del Plan de salud para jubilados por separado que la oficina administrativa le proporcionará a usted, si la solicita. Ciertos convenios laborales colectivos no incluyen contribuciones para la cobertura del Plan de salud para jubilados. La oficina administrativa puede proporcionar, previa solicitud, una lista de dichos convenios laborales colectivos que no proporcionan contribuciones para la cobertura del Plan de salud para jubilados.

Antes de comenzar a recibir las prestaciones del Plan de pensiones para jubilados, debe comunicarse con la oficina administrativa y recibir una confirmación por escrito de su idoneidad para inscribirse en el Plan de salud para jubilados. Además, tenga en cuenta que la participación en el Plan de salud para jubilados no es automática. Debe solicitarla e inscribirse en el Plan de salud para jubilados. Si va a mantener la idoneidad para la cobertura activa mediante el uso de las horas acumuladas en su Reserva del banco de horas, debe monitorear esas horas cuidadosamente después de jubilarse, para asegurarse de solicitar e inscribirse en el Plan de salud para jubilados antes de que se agote su Reserva del banco de horas. Si se agota su Reserva del banco de horas, debe continuar con la cobertura activa al elegir la continuación de la cobertura de COBRA y, al finalizar esta continuación, solicitar e inscribirse en el Plan de salud para jubilados.

Un cónyuge elegible inscrito en el Plan de salud para jubilados puede continuar con su cobertura conforme a este Plan al fallecer el jubilado. 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 cobertura del banco de horas o la cobertura en virtud de COBRA en el marco del Plan para empleados activos. Si la persona en cuestión falleciese durante este aplazamiento de la inscripción autorizado, su cónyuge (que de otra manera sería elegible) podrá inscribirse en el Plan de salud para jubilados antes de que se agote la cobertura del banco de horas o la cobertura en virtud de COBRA en el marco del Plan para empleados activos.

Las prestaciones del Southern California IBEW-NECA Retiree Health Plan se financian en parte a través de las contribuciones del Empleador, diseñadas específicamente para conceder prestaciones de salud a Participantes jubilados. El saldo de HRA en la cuenta de un Participante se puede usar para realizar pagos por cuenta propia del Plan de salud para jubilados si el participante es elegible para la cobertura del Plan de salud para jubilados, se pagaron

contribuciones al Plan para la HRA del participante y los fondos están actualmente disponibles para pagos de primas a partir del 1.º de septiembre de 2017. No tiene ningún derecho adquirido para recibir las prestaciones del Plan de salud para jubilados. Los fideicomisarios pueden cambiar, modificar, reducir o finalizar en cualquier momento las prestaciones del Plan de salud para jubilados y el pago por cuenta propia requerido si las condiciones o las circunstancias lo requieren.

A partir de la inscripción inicial en el Plan de salud para jubilados para pensiones que comiencen a partir del 1.º de abril de 2017, los requisitos son los siguientes:

A. Requisitos de edad/pensión y servicio:

Los prejubilados son elegibles si han cumplido cincuenta y seis (56) años en su Fecha de inicio de la anualidad, a los cuales se les concede una prestación de jubilación anticipada sin reducciones del Southern California IBEW-NECA Pension Trust Fund y han trabajado como mínimo 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 10,500 horas deben haber sido trabajadas en siete (7) de los diez (10) años inmediatamente anteriores a la jubilación.

En el caso de los jubilados normales, son elegibles quienes 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 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 jubilación.

B. Solicitud y pagos de manera oportuna:

Además de cada uno de los requisitos mencionados anteriormente, debe solicitar y completar una solicitud, inscribirse a más tardar entre la fecha en que se emitió su primer cheque de pensión o su pérdida de idoneidad conforme al Plan de salud activo y pagar la prima médica mensual. La prima médica mensual puede deducirse de su prestación mensual del Southern California IBEW-NECA Pension Trust Fund O se pueden realizar pagos mensuales por cuenta propia al Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund. El saldo de HRA en la cuenta de un Participante se puede usar para realizar pagos por cuenta propia del Plan de salud para jubilados si el participante es elegible para la cobertura del Plan de salud para jubilados, se pagaron contribuciones al Plan para la HRA del participante y los fondos están actualmente disponibles para pagos de primas a partir del 1.º de septiembre de 2017.

C. Inscripción aplazada:

Las personas que se hayan jubilado en virtud del Southern California IBEW-NECA Pension Trust Fund y 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 el agotamiento de la cobertura en virtud de COBRA en el marco del Plan para empleados activos. 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 el agotamiento de la cobertura en virtud de COBRA en el marco del Plan para empleados activos. Para obtener más información, consulte el artículo 15.2 Derechos especiales de inscripción de HIPAA (excepción a la fecha límite para la inscripción en el Plan de salud para jubilados).

D. Prestaciones por incapacidad total o parcial y abono de las horas de incapacidad:

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 para recibir las prestaciones del Plan de salud para jubilados a través del Convenio del sector de mantenimiento tras la jubilación.

NOTA: *Nada en los requisitos de idoneidad establecidos anteriormente afecta a las personas que cumplieron con las reglas de idoneidad del Plan de salud para jubilados y comenzaron a recibir una prestación del Southern California IBEW-NECA Pension Plan el 31 de marzo de 2017 o antes.*

15.2 Derechos especiales de inscripción de HIPAA (excepción a la fecha límite para la inscripción en el Plan de salud para jubilados)

- A. De acuerdo con HIPAA, usted tiene derecho a inscribirse en el Plan de salud para jubilados después del comienzo de su prestación de pensión, siempre que su negativa inicial a inscribirse en el Plan de salud para jubilados cuando sea elegible por primera vez se deba a que tiene otra cobertura de salud vigente en ese momento, y se cumplen con las siguientes condiciones.
- B. La oficina administrativa debe recibir su rechazo firmado antes de que venza el plazo normal de inscripción inicial de 30 días para anotarse en el Plan de salud para jubilados.
- C. Perderá sus derechos de inscripción especial de HIPAA si no envía el rechazo debidamente completado y firmado dentro de los 30 días anteriores al vencimiento de su fecha límite de inscripción inicial en el Plan de salud para jubilados.
- D. Si la oficina administrativa recibe su rechazo inicial y debidamente completado de manera oportuna, su subsiguiente inscripción en el Plan de salud para jubilados debe ocurrir dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de su otra cobertura de salud que fue la base de su rechazo.

Si ha rechazado de manera adecuada y oportuna la inscripción inicial en el Plan de salud para jubilados, aún puede perder sus derechos de inscripción especial de HIPAA si no se inscribe en el Plan de salud para jubilados dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de su otra cobertura

de salud. Debe presentar prueba de su período de cobertura conforme a su otra cobertura de salud cuando solicite la inscripción en el Plan de salud para jubilados.

No es necesario que agote por completo la cobertura de COBRA antes de inscribirse en el Plan de salud para jubilados. Tiene derecho a inscribirse en el Plan de salud para jubilados al presentar la solicitud oportunamente al comienzo de cualquier mes durante el período de continuación de cobertura de COBRA.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina administrativa al (323) 221-5861, de lunes a viernes o sin cargo al (800) 824-6935 de 8:30 a. m a 5:30 p. m.

Artículo 16: Nueve leyes federales que debe conocer

En este artículo, se habla acerca de lo siguiente:

1. Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)
2. Ley de Ausencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA)
3. Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA)
4. Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos
5. Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act, WHCRA)
6. Orden de Asistencia Médica Infantil Calificada (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO)
7. Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA)
8. Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA)
9. Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021

16.1 COBRA

A. Introducción

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 en su versión enmendada (normalmente conocida como "COBRA") exige que esta oficina administrativa ofrezca a usted y a sus Dependientes 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.

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.

Usted, su cónyuge y sus hijos 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.

B. Programa COBRA subsidiado

1. Programa COBRA subsidiado por el fideicomiso

El programa COBRA subsidiado se financia parcialmente a través de las contribuciones del empleador. No existe un derecho adquirido a las prestaciones subsidiadas de COBRA y los fideicomisarios pueden cambiar, modificar, reducir o terminar en cualquier momento estas prestaciones subsidiadas si las condiciones o las circunstancias lo requieren.

Para ciertos Participantes y beneficiarios, el pago por cuenta propia de COBRA requerido es de \$50.00 por mes durante los primeros tres (3) meses consecutivos de continuación de la "Cobertura básica" que consiste en prestaciones hospitalarias/médicas y de medicamentos de venta con receta. Si reúne los requisitos, también puede optar por continuar con las prestaciones ópticas y dentales conforme a COBRA por un costo adicional. A partir de entonces, en el cuarto mes de la continuación de la cobertura de COBRA, debe pagar por su cuenta el costo total de la prima permitido por COBRA. COBRA no se aplica a ninguna prestación de seguro de vida que pueda tener conforme a la Descripción resumida del plan.

Los dependientes con derecho a cobertura de un Participante con derecho a cobertura que pierde la cobertura debido a la muerte pueden recibir la tarifa subsidiada (si el Participante hubiera sido elegible para este beneficio) durante los primeros tres (3) meses consecutivos de continuación de la "Cobertura básica", que consiste en prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos de venta con receta. Si los dependientes con derecho a cobertura eligen continuar con las prestaciones ópticas y dentales conforme a COBRA, existe un costo adicional. A partir de entonces, en el cuarto mes, los dependientes con derecho a cobertura deben pagar por su cuenta el costo total de la prima permitido por COBRA.

2. Extensión temporal de la prestación del programa COBRA subsidiado

La prestación del programa COBRA subsidiado estuvo disponible durante seis meses consecutivos para los Participantes activos del plan y sus dependientes con derecho a cobertura que perdieron este derecho por una reducción en sus horas o pérdida de empleo por primera vez a partir del 1.º de marzo de 2020 hasta el 1.º de julio de 2020 inclusive.

3. ARPA COBRA

El 11 de marzo de 2021, el presidente Biden promulgó la Ley del Plan de Rescate Estadounidense (American Rescue Plan Act, ARPA). Entre las muchas disposiciones de la Ley, se encontraba el establecimiento de un programa COBRA totalmente subsidiado para el período de cobertura del 1.º de abril de 2021 al 30 de septiembre de 2021 para ciertas personas elegibles para recibir asistencia. Estas personas sufrieron una pérdida involuntaria de la cobertura del Plan como resultado de ya no tener sus trabajos o por una reducción de horas laborales, lo que las hace elegibles para la cobertura de COBRA en cualquier momento entre el 1.º de noviembre de 2019 y el 30 de septiembre de 2021, independientemente de si se inscribieron en COBRA o si iniciaron e interrumpieron la

cobertura de COBRA, y que no tienen derecho a otra cobertura de plan de salud grupal o Medicare.

Si al Participante o a los dependientes con derecho a cobertura se les había ofrecido cobertura de otro plan, como de un nuevo empleador o de un empleador del cónyuge, independientemente del costo, esto significaba que tenían derecho a recibir otra cobertura de plan de salud grupal y que no tenían derecho a recibir la cobertura de ARPA COBRA totalmente subsidiada del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund Plan. La cobertura conforme a Medi-Cal o Covered California no es una cobertura de plan de salud grupal y no descalificaba al Participante de la cobertura de ARPA COBRA totalmente subsidiada del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund Plan.

La asistencia con la prima de COBRA ARPA finalizó el 30 de septiembre de 2021. A los participantes con derecho a la Continuación de la cobertura de COBRA más allá del 30 de septiembre de 2021 se les informó sobre la finalización de la asistencia con la prima, la cantidad restante de meses y el costo de la Continuación de la cobertura de COBRA.

4. Reglas de idoneidad para el programa COBRA subsidiado

Los siguientes son ejemplos de personas que no son idóneos para la tarifa de COBRA subsidiado:

- a. Los Participantes que reciben una pensión del Southern California IBEW-NECA Pension Plan y sus Dependientes.
- b. Los participantes que están clasificados como Miembros de trabajo designados.
 1. Los cónyuges y los hijastros que pierden la cobertura debido a divorcio.
 2. Los niños que pierden la cobertura debido a que alcanzan una edad superior a la máxima permitida para la cobertura de dependientes en virtud de este Plan.
 3. Los Participantes que están empleados por una persona a la que se le permite recibir salarios más altos en lugar de cobertura de salud.
 4. Los Participantes que se niegan a reciprocarse las contribuciones al Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund mientras están empleados por un Empleador que contribuye a un fondo del fideicomiso o un fondo que es signatario del Acuerdo de Reciprocidad Internacional.
5. Los Participantes cuya idoneidad finaliza debido a un Empleo eléctrico no cubierto.

Es importante recordar que, si bien los Participantes, cónyuges e hijos tienen derechos de elección de COBRA por separado, la elección de COBRA por parte de un Participante proporciona automáticamente cobertura para sus dependientes con derecho a cobertura y la elección de COBRA por parte de cualquier padre proporciona automáticamente cobertura de COBRA para sus hijos con derecho a cobertura. Notifique a la oficina administrativa acerca de un cambio de estado civil tan pronto como ocurra.

Volverá a ser idóneo para el pago por cuenta propia de COBRA de \$50.00 por mes después de restablecer su Reserva del banco de horas a un máximo de 600 horas. La Reserva del banco de horas se explica en el artículo 4.3 Reserva del banco de horas.

Los fideicomisarios no necesariamente continuarán ofreciendo el pago por cuenta propia de COBRA subsidiado de \$50 durante los primeros tres (3) meses consecutivos. Los fideicomisarios no garantizan subsidiar el costo de la cobertura de COBRA y pueden interrumpir o reducir el monto del subsidio en cualquier momento, siempre que se notifique a todos los Participantes del Plan con 60 días de anticipación sobre cualquier cambio en el programa de subsidios. Puede pagar la prima mensual. Sin embargo, un tercero, como un hospital o su nuevo empleador, también puede pagar la prima.

C. Resumen: eventos calificados que confieren derecho a cobertura en virtud de la COBRA

Si pierde la cobertura por este motivo (un "evento calificado")	Estas personas serían idóneas si estuvieran cubiertas por el Plan el día anterior al evento calificado	Para recibir cobertura de COBRA hasta (se mide desde la fecha en que se pierde la cobertura)
Su empleo termina.*	Usted y su cónyuge e hijos cubiertos	18 meses**
Se reducen sus horas de trabajo.	Usted y su cónyuge e hijos cubiertos	18 meses**
Fallecimiento	Su cónyuge e hijos cubiertos	De dieciocho (18) meses a un máximo de treinta y seis (36) meses
Se divorcia o se separa legalmente.	Su ex cónyuge y sus hijastros cubiertos	De dieciocho (18) meses a un máximo de treinta y seis (36) meses
Su hijo dependiente (que cumple 26 años) ya no califica como dependiente con derecho a cobertura.	Su hijo cubierto	De dieciocho (18) meses a un máximo de treinta y seis (36) meses
Queda incapacitado permanentemente.	Su cónyuge e hijos cubiertos	De dieciocho (18) meses a un máximo de treinta y seis (29) meses

*Por cualquier motivo (e incluso licencia militar y licencias aprobadas y otorgadas por la Ley de Ausencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA). Tenga en cuenta que, conforme a la FMLA, su empleo termina al final de la licencia aprobada si no regresa al trabajo.

**La cobertura continua por hasta 29 meses a partir de la fecha del evento inicial puede estar disponible para aquellos que están o quedan totalmente incapacitados según el significado del Título II o el Título XVI de la Ley del Seguro Social en cualquier momento durante los primeros

60 días de continuación de la cobertura de COBRA. Estos 11 meses adicionales de cobertura de COBRA están disponibles para los Empleados y los Dependientes inscritos si se proporciona un aviso de incapacidad dentro de los 60 días posteriores a la emisión de la determinación del Seguro Social y antes de que finalice el período de continuación de 18 meses. El costo de los 11 meses adicionales de cobertura de COBRA puede aumentar hasta un máximo del 150 % del costo total de la cobertura elegida. Además, la cobertura se puede extender para los Dependientes elegibles hasta un máximo de 36 meses en caso de un segundo evento calificado antes de la terminación inicial de la cobertura de COBRA si el segundo evento calificado resulta en una pérdida de cobertura. Los ejemplos serían la muerte del Empleado, el divorcio o la separación legal del Empleado si estos tienen como resultado una pérdida de cobertura del Plan o si el Empleado logra la idoneidad inicial para la cobertura de Medicare.

D. Notificación

Un Participante o un Familiar tienen la responsabilidad de informar a la oficina administrativa de un divorcio, una separación legal o un niño que pierde el estado de dependiente conforme al Plan en un plazo de **sesenta (60) días a partir del evento calificado**. Si no notifican los divorcios, las separaciones legales o que un niño pierde el estado de dependiente conforme al Plan a la oficina administrativa en un plazo de sesenta (60) días, el dependiente afectado perderá el derecho a seleccionar la continuación de la cobertura de COBRA. Un evento calificado es el motivo por el cual usted deja de tener derecho a cobertura en una de las situaciones previamente descritas, como la terminación del empleo de un Participante. Otro ejemplo de evento calificado sería, para un cónyuge legítimo, el divorcio. En el caso de un dependiente, puede cumplir 26 años y ya no tener derecho a cobertura según las reglas del Plan.

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

Los hijos nacidos o adoptados durante el período de continuación de la cobertura del Participante se consideran Dependientes, al igual que los de los Participantes con derecho a cobertura activos. Recuerde que debe inscribir a su hijo recién nacido o adoptado dentro de los 31 días posteriores al nacimiento o la colocación en adopción. Comuníquese con la oficina administrativa para obtener los formularios necesarios para inscribir a este nuevo Dependiente.

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.

E. 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. Un beneficiario calificado tiene derecho a hasta 18 meses de cobertura de COBRA si el evento calificador es la terminación del empleo o una reducción de las horas de trabajo. Esto 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 calificado (ya sea el Participante, su cónyuge o un hijo dependiente) sufre una incapacidad en cualquier momento durante los primeros sesenta (60) días de la cobertura de 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 de COBRA que surja de la terminación del empleo del Participante o la reducción de las horas de trabajo. 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 Participante) durante el período de dieciocho (18) meses de cobertura de COBRA (o durante el período de veintinueve [29] meses de esta cobertura, en caso de una ampliación por incapacidad), el cónyuge o los hijos dependientes podrán tener derecho a una ampliación del período de cobertura de COBRA de hasta un total de treinta y seis (36) meses (el período máximo de cobertura de COBRA conforme a la ley). 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.

F. 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.

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 lo cubre en virtud de 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, usted 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 con los requisitos pasará a estar cubierto, tras la fecha de elección, por otro plan de salud grupal (como empleado o de otra forma), siempre que el otro plan de salud grupal no contenga ninguna exclusión ni limitación por alguna enfermedad preexistente que afecte a la cobertura del beneficiario que cumple con los requisitos en el marco del nuevo plan de salud grupal. Tenga en cuenta que no es posible que a un beneficiario que cumple con los requisitos se le niegue el derecho a elegir la cobertura de COBRA por estar cubierto por otro plan de salud grupal en la fecha en que seleccione la cobertura de 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.
7. Los empresarios que firman el plan dejan de ofrecer las prestaciones de la cobertura sanitaria grupal a sus empleados.
8. El plan finaliza.

G. Cambio de dirección del dependiente/cónyuge

Póngase en contacto con la oficina administrativa si cambia su dirección o la de su dependiente.

16.2 Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA)

La Ley de Ausencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA) promulgada por el Congreso en 1993 establece que, en ciertas situaciones, ciertos empleadores deben otorgar licencia a los empleados y que, en dichas situaciones, el empleador debe continuar con la cobertura médica de los empleados. La legislación federal establece específicamente que se permiten disposiciones más liberales de la ley estatal y también indica que se permiten disposiciones más liberales contenidas en los convenios colectivos.

No es función de los Fideicomisarios o de la oficina administrativa determinar si un Empleado individual tiene o no derecho a ausentarse con atención médica continua según el estatuto federal de la FMLA, cualquier estatuto estatal o las disposiciones de un Convenio laboral colectivo. Los conflictos sobre el derecho a la licencia con prestaciones médicas continuas deben ser resueltos por el Empleador, el Empleado y, cuando corresponda, el sindicato local.

En la medida en que los Participantes tengan derecho a ausentarse con cobertura médica continua de conformidad con el estatuto federal de la FMLA, la legislación estatal o las disposiciones contenidas en un Convenio laboral colectivo, la oficina administrativa proporcionará cobertura médica continua siempre que se reciban las Contribuciones mensuales requeridas del Empleador contribuyente. Los derechos conforme a esta sección de ninguna manera afectan los derechos conforme a COBRA o los derechos a la atención médica continua en virtud de las características de extensión de incapacidad contenidas en la SPD.

16.3 Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA)

La Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) es una ley federal que exige a esta oficina administrativa que le facilite determinada información.

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 a un fondo de fideicomiso no cubrir ciertas enfermedades (por ejemplo, una cardiopatía) hasta que la persona esté cubierta por el fondo de fideicomiso durante un período establecido, que normalmente va de seis (6) a doce (12) meses.

IMPORTANTE: Los planes médicos (planes de tipo HMO de Kaiser Permanente, HMO de UnitedHealthcare o PPO de Anthem Blue Cross) que se ofrecen a través del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund **no** contienen exclusiones por enfermedades preexistentes. Usted se vuelve idóneo para las prestaciones de este Plan, como se explica en 4.1 Idoneidad: Cuándo comienza la cobertura en la página 14, sin tener en cuenta las condiciones médicas preexistentes por las que puede o no haber sido tratado antes de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de este Plan. 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 tres (3) planes del seguro médico contiene 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, los proveedores de las prestaciones de tipo HMO o PPO de Anthem Blue Cross podrán facilitar más información al respecto.

A. Normas de privacidad de la HIPAA

La oficina administrativa mantiene una política de no intervención para administrar la información de salud protegida (Protected Health Information, PHI). La PHI mantenida por la oficina administrativa del Fondo de fideicomiso se limita a nombres, edades, sexo, estado civil, idoneidad e información de dirección proporcionada a través del proceso de solicitud e inscripción. La ley limita específicamente el uso permitido de esta información sin su autorización. La oficina administrativa no recibe ni mantiene ninguna información identificable de quejas médicas. Toda la información de su queja médica es mantenida únicamente por las entidades cubiertas con las que el Fondo de fideicomiso ha celebrado contratos y los administradores externos con los que el Fondo de fideicomiso ha celebrado contratos.

B. Información que debe saber según lo requerido por HIPAA: limitaciones en los cambios de prestaciones en la cobertura existente durante un año de póliza

De acuerdo con la ley aplicable, excepto cuando se renueve una póliza de seguro, recibirá un aviso por escrito con al menos 60 días de anticipación sobre cualquier reducción material en los servicios o las prestaciones cubiertas que afecten los programas en los que está inscrito.

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 tienen prestaciones garantizadas por contrato con el Consejo de fideicomisarios o son responsables de administrar ciertas prestaciones, como en el caso de Coast Benefits, Inc.

Planes médicos	Anthem Blue Cross (PPO) Kaiser Permanente (HMO) UnitedHealthcare (HMO)
Planes dentales	DeltaCare USA (DHMO) United Concordia (DHMO y PPO)
Convenio de reembolso de gastos médicos	Coast Benefits, Inc.
Seguro de vida	Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company
Seguro oftalmológico	Vision Service Plan
MAP	Optum es la división de servicios de salud de UnitedHealthcare Group
Preguntas/asistencia	Programa MedExpert

Todos los proveedores de prestaciones o administradores de terceros mencionados cuentan con un procedimiento para los recursos de apelación. Este procedimiento de recurso de apelación se explica en la Evidencia de cobertura o en el contrato que facilita cada proveedor de prestaciones o administrador de terceros. 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. Puede ponerse en contacto directamente con el proveedor de las prestaciones o el administrador de terceros para solicitarle información sobre su procedimiento de recursos de apelación. Por supuesto que el representante de MedExpert también podrá ayudarle si tiene alguna pregunta o necesita información. Puede ponerse en contacto con el representante de MedExpert llamando al (800) 999-1999.

Puede comunicarse con el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos para buscar asistencia con respecto a sus derechos, según lo dispuesto por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) u otras leyes federales. Los datos de contacto de la oficina son los siguientes:

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

16.4 Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

En la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos, figuran importantes disposiciones de protección para madres e hijos en lo relativo a la duración de la hospitalización posterior al 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 obligatoria, siempre que sea de mutuo acuerdo entre la madre y el médico. El plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross y los planes del seguro médico de tipo HMO integrados en este Plan administran las prestaciones por maternidad de acuerdo con los requisitos de esta ley.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los planes de tipo PPO de Anthem Blue Cross PPO, su plan de tipo HMO directamente o MedExpert para obtener ayuda.

16.5 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 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 esta ley. El propósito de este apartado es recordarle a usted y a su cónyuge cubierto lo siguiente:

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:

1. todas las fases de reconstrucción de la mama en la que se ha practicado la mastectomía;
2. cirugía y reconstrucción en la otra mama para lograr un aspecto simétrico;
3. prótesis;
4. 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 cláusulas de coseguro coherentes con las establecidas para otras prestaciones conforme al plan o la cobertura.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con los planes de tipo PPO de Anthem Blue Cross PPO, su plan de tipo HMO directamente o MedExpert para obtener ayuda.

16.6 Orden de Asistencia Médica Infantil Calificada (QMCSO)

Una Orden de Asistencia Médica Infantil Calificada (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO) es un fallo, un decreto o una orden emitida por un tribunal (o a través de un proceso administrativo estatal), generalmente en un caso de divorcio, que requiere que un plan de salud grupal brinde cobertura a un hijo de un Participante y que cumple con ciertos requisitos legales. Según lo exige la ley, el Fondo del fideicomiso proporcionará prestaciones en virtud de dicha Orden de Asistencia Médica Infantil (MCSO) si es "calificada".

Una QMCSO reconoce el derecho de un niño a recibir las prestaciones del Fondo del fideicomiso, como beneficiario de un Participante idóneo del Fondo del fideicomiso. El niño, para estar cubierto por las prestaciones de este Plan, debe cumplir con el requisito de edad y la definición de Dependiente con derecho a cobertura, como se define anteriormente en el Artículo 4.10 Dependientes con derecho a cobertura en la página 23.

A continuación, se describen los pasos que se seguirán para establecer y determinar el estado calificado de una MCSO.

- 1) Debe proporcionar a la oficina administrativa una copia de su MCSO ordenada por el Tribunal.
- 2) Dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la MCSO, la oficina administrativa le notificará a usted y al Dependiente con derecho a cobertura (a través de su padre/madre con custodia, tutor o representante), por escrito, si la MCSO está

"calificada". Si la orden es "calificada" y, por lo tanto, es una QMCSO, el Plan proporcionará información sobre cómo inscribir al niño en el Plan.

- 3) Si el Plan determina que la orden judicial no constituye una QMCSO o si se requiere información adicional, el Plan le notificará a usted y al Dependiente con derecho a cobertura (a través de su padre/madre con custodia, tutor o representante) por escrito.
 - a) Si el Plan determina que la MCSO no está "calificada", en el aviso se describirán los motivos de esta decisión. Tiene derecho a apelar una denegación y los procedimientos de apelación del Plan se incluirán junto con el aviso de denegación.
 - b) Si se requiere información adicional, se le notificará lo que se necesita y tendrá sesenta (60) días para responder. Si no responde dentro de los sesenta (60) días, su solicitud para dar cobertura a un niño según los términos de la MCSO se considerará cancelada.

16.7 Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción (MHPAEA)

La Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción 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 fondos de fideicomiso grupales y las aseguradoras ofrecen prestaciones similares para la salud mental y los trastornos relacionados con el consumo de sustancias.

En lo que respecta a este Plan, la fecha de entrada en vigor de la MHPAEA es el 1.º de julio de 2011. La intención del Consejo de fideicomisarios del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund y las aseguradoras contratadas (Anthem Blue Cross, Kaiser Permanente y UnitedHealthcare) es ofrecer las prestaciones del Plan en pleno cumplimiento con los requisitos de la MHPAEA a partir del 1.º de julio de 2011.

Consulte la Evidencia de cobertura que le facilitará Anthem Blue Cross, 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 a través de estas aseguradoras. Si necesita más ayuda o tiene preguntas, siempre puede comunicarse con la oficina administrativa del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund o visitar el sitio web en www.scibew-neca.org.

16.8 Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA)

La Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (Uniformed Services Employment and Reemployment Rights Act, USERRA) de 1994 fue promulgada por el Congreso para brindar protección a las personas que son cumplen con los requisitos para los "Servicios Uniformados". "Servicios Uniformados" se define como las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional del Ejército y la Guardia Nacional Aérea cuando están en servicio activo para entrenamiento, servicio inactivo para entrenamiento o servicio de tiempo completo en la Guardia

Nacional, el cuerpo comisionado de los Servicios de Salud Pública y cualquier otra categoría de personas designadas por el Presidente en tiempo de guerra o emergencia nacional.

A. Permisos de ausencia militar por un período de menos de 31 días

La USERRA establece que, si un Empleado está ausente por licencia militar de su empleo y el período de licencia militar es inferior a 31 días, continuará siendo idóneo para la cobertura de atención médica en virtud de este Plan durante la licencia sin requerimiento de pago por cuenta propia, siempre que tenga derecho a las prestaciones conforme a este Plan al momento en que comience su licencia militar.

B. Permisos de ausencia militar por un período de más de 30 días

1. Si un Empleado está ausente por licencia militar de su empleo y el período de licencia militar es de más de 30 días, la USERRA permite que el Empleado continúe con la cobertura para sí mismo y sus Dependientes a su cargo a un costo del 102 % por hasta a 24 meses, siempre que dé aviso previo a la Oficina Administrativa (con ciertas excepciones) de la licencia y siempre que su licencia total, cuando se suma a cualquier período anterior de licencia, no exceda los cinco (5) años.
2. El período máximo de continuación de cobertura para la atención médica conforme a USERRA es el menor de:
 - a. 24 meses (a partir de la fecha en que el Empleado deja el trabajo debido a una licencia militar).
 - b. El día posterior a la fecha en que el Empleado no presenta la solicitud oportuna o no regresa a un puesto de trabajo con un Empleador que participa en el Plan.

C. Liberación del servicio activo

Al ser liberado del servicio activo, la cobertura del Empleado se restablecerá el día que regrese a trabajar o se registre para ser despachado con el sindicato local 11 de IBEW como si no hubiera tomado la licencia, siempre que sea elegible para volver a trabajar según los términos de USERRA y siempre que se reincorpore al trabajo dentro de:

1. Ciento veinte (120) días a partir de la fecha de baja si el período de servicio era de 31 días o más.
2. Al comienzo del primer período de trabajo regular completo el primer día calendario posterior al alta (más el tiempo de viaje y ocho [8] horas adicionales) si el período de servicio fue inferior a 31 días;
3. Si el Empleado está hospitalizado o convaleciente de una lesión causada por el servicio activo, estos límites de tiempo se extienden hasta por dos (2) años.

Se debe presentar una copia de los papeles de separación del Empleado en la Oficina del Administrador para establecer su período de servicio.

D. Continuación de la cobertura conforme a USERRA

Si el Empleado continúa con la cobertura de USERRA, se le solicitará que presente cualquier pago por cuenta propia necesario, que puede incluir los costos administrativos del Plan. Si el Empleado no elige continuar con la cobertura durante su licencia militar, cuando regrese al trabajo, su cobertura se restablecerá al mismo nivel de beneficios inmediatamente anterior a su servicio antes de su licencia si reúne los requisitos para volver a trabajar, según los criterios establecidos en USERRA.

E. Cobertura de continuación en virtud de la COBRA

Si el Empleado no regresa a trabajar al final de su licencia militar, puede tener derecho a comprar la continuación de la cobertura de COBRA, según lo dispuesto en el apartado anterior. No se ofrecerá cobertura por ninguna enfermedad o lesión que el Secretario de Asuntos de Veteranos determine que se produjo o se agravó durante el desempeño del servicio en los Servicios Uniformados. Los Servicios Uniformados y el Departamento de Asuntos de Veteranos brindarán atención por lesiones o enfermedades relacionadas con el servicio.

Los derechos de pago por cuenta propia se rigen por las mismas condiciones descritas en el apartado de COBRA de esta Descripción resumida del plan. Si se elige la continuación de la cobertura conforme a USERRA, los períodos de cobertura de COBRA y USERRA correrán simultáneamente.

Sin perjuicio de lo anterior, el Consejo de fideicomisarios ha adoptado la siguiente prestación extraordinaria de USERRA como se describe a continuación. A su exclusivo criterio, los Fideicomisarios, pueden eliminar la prestación extraordinaria con un aviso de 60 días a los Participantes del Plan.

1. Las prestaciones de USERRA que figuran en esta Descripción resumida del plan a partir del 1.º de julio de 2022, con sus modificaciones ocasionales, continuarán para los Dependientes con derecho a cobertura del Participante por un período que no exceda los cinco (5) años. El Participante debe notificar a la oficina administrativa acerca de cambios de estado civil tan pronto como ocurran.
2. La cobertura de USERRA se proporcionará sin costo alguno para los Dependientes con derecho a cobertura del Participante.
3. Al cesar el empleo activo y el derecho a la cobertura conforme a USERRA, se congelará la Reserva del banco de horas del Participante. La Reserva del banco de horas se restablecerá para el Participante el día que regrese a trabajar o se registre para el despacho con el sindicato local 11 de IBEW.

Esta prestación extraordinaria terminará para los Empleados y sus Dependientes con derecho a cobertura al final de la licencia militar del Empleado. Al final de la licencia militar, los apartados anteriores (Apartado B (2): Permisos de ausencia militar por un período de más de 30 días, Apartado C: Liberación del Servicio Activo o Sección E: Continuación de la cobertura de COBRA) se aplicarán según corresponda.

16.9 Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021

La Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 se promulgó el 27 de diciembre de 2020 y contiene muchas disposiciones para ayudar a proteger a los consumidores de facturas sorpresa, incluida la Ley Sin Sorpresas conforme al título I y la Transparencia conforme al título II. A partir del 1.º de enero de 2022, los consumidores tienen nuevas protecciones de facturación cuando reciben atención de emergencia, atención que no es de urgencia de [proveedores fuera de la red](#) en [centros dentro de la red](#) y servicios de ambulancia aérea de proveedores fuera de la red. A través de nuevas reglas destinadas a proteger a los consumidores, se restringen los gastos de bolsillo excesivos y los servicios de emergencia deben continuar cubiertos sin ninguna autorización previa, e independientemente de si un proveedor o centro están dentro de la red o no.

Estas nuevas reglas:

- Prohibirán las facturas sorpresa por servicios de emergencia, incluso si los obtiene fuera de la red y sin aprobación previa (autorización previa).
- Prohibirán los costos compartidos fuera de la red (como coseguro o copagos fuera de la red) para todos los servicios de emergencia y algunos que no son de emergencia. No se le puede cobrar más que el costo compartido dentro de la red por estos servicios.
- Prohibirán los cargos fuera de la red y las facturas de saldo por atención complementaria (como anestesiología o radiología) por parte de proveedores fuera de la red que trabajan en un centro dentro de la red.
- Requerirán que los proveedores y los centros de atención médica le den un aviso fácil de entender en el que se explique que obtener atención fuera de la red podría ser más costoso y opciones para evitar facturas sorpresa. No está obligado a firmar este aviso ni a recibir atención fuera de la red.

La Ley Sin Sorpresas le brinda importantes derechos y protecciones contra facturas médicas sorpresa.

Cuando recibe atención de emergencia o tratamiento de un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red, está protegido contra la facturación sorpresa o facturación del saldo.

- **¿Qué es la "facturación del saldo" (a veces llamada "facturación sorpresa")?**

Cuando consulta a un médico u otro proveedor de atención médica, es posible que deba ciertos gastos de su bolsillo, como copago, coseguro o deducible. Es posible que tenga otros costos o que tenga que pagar la factura completa si ve a un proveedor o visita un centro de atención médica que no estén en la red de su plan de salud.

"Fuera de la red" describe proveedores y centros médicos que no hayan firmado un contrato con su plan de salud. Es posible que se permita a los proveedores fuera de la red facturarle la diferencia entre lo que su plan acordó pagar y el monto total cobrado

por un servicio. Esto se denomina "**facturación del saldo**". Es probable que esta cantidad sea mayor que los costos dentro de la red por el mismo servicio y es posible que no cuente para su límite anual de gastos de bolsillo.

"Facturación sorpresa" es una factura del saldo inesperada. Puede ocurrir cuando es difícil controlar quién está involucrado en su atención, como cuando tiene una emergencia o cuando programa una visita en un centro dentro de la red, pero recibe un tratamiento inesperado por parte de un proveedor fuera de la red.

- **Está protegido contra la facturación del saldo en los siguientes casos:**

- **Servicios de urgencias**

Si tiene una afección médica de emergencia y recibe servicios de urgencias de un proveedor o centro fuera de la red, lo máximo que el proveedor o el centro pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan (como copagos y coseguro). **No** se le puede facturar el saldo por estos servicios de urgencias. Se incluyen los servicios que pueda recibir después de que se encuentre en una condición estable, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo de estos servicios posteriores a la estabilización.

- **Ciertos servicios en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio dentro de la red**

Cuando recibe servicios de un hospital o centro de cirugía ambulatoria dentro de la red, es posible que ciertos proveedores estén fuera de la red. En estos casos, lo máximo que esos proveedores pueden facturarle es el monto del costo compartido dentro de la red de su plan. Se aplica a los servicios de medicina de emergencia, anestesia, patología, radiología, laboratorio, neonatología, asistente de cirujano, hospitalista o intensivista. Estos proveedores **no** pueden facturarle el saldo y **no** pueden pedirle que renuncie a sus protecciones para que no se le facture el saldo. Si obtiene otros servicios en estos centros dentro de la red, los proveedores fuera de la red **no** pueden facturarle el saldo, a menos que dé su consentimiento por escrito y renuncie a sus protecciones.

Nunca está obligado a renunciar a sus protecciones contra la facturación del saldo. Tampoco es necesario que obtenga atención fuera de la red. Puede elegir un proveedor o centro médico de la red de su plan.

- **Cuando no se permite la facturación del saldo, también tiene las siguientes protecciones:**

Solo es responsable de pagar su parte del costo (como los copagos, el coseguro y los deducibles que pagaría si el proveedor o el centro médico estuvieran dentro de la red). Su plan de salud pagará directamente a los proveedores y centros médicos fuera de la red.

Por lo general, su plan de salud debe:

- i. Cubrir los servicios de urgencias sin necesidad de que obtenga la aprobación de los servicios por adelantado (autorización previa).

- ii. Cubrir los servicios de urgencias de proveedores fuera de la red.
- iii. Basar lo que le debe al proveedor o centro médico (costo compartido) en lo que le pagaría a un proveedor o centro médico dentro de la red y mostrar ese monto en su Explicación de beneficios.
- iv. Incluir cualquier monto que pague por servicios de urgencias o servicios fuera de la red para su deducible y límite de gastos de bolsillo.

El Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund brinda prestaciones médicas y de medicamentos de venta con receta completamente asegurados a través del plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross, HMO de Kaiser Permanente y UnitedHealthcare. Los proveedores brindarán a los participantes todos los informes necesarios. Si cree que le han facturado incorrectamente o si tiene preguntas, quejas o conflictos, comuníquese con su proveedor de atención médica.

Anthem Blue Cross: (800) 543-3037
Kaiser Permanente: (800) 464-4000
UnitedHealthcare: (800) 624-8822

Artículo 17: Información de divulgación

17.1 Conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA)

A. Nombre y tipo de administración del fondo del fideicomiso:

El nombre del fondo del fideicomiso es Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund. El Fondo de fideicomiso está administrado por el Consejo de fideicomisarios del Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund, un Fondo de fideicomiso de gestión laboral negociado colectivamente y administrado en conjunto.

B. 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
100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, CA 91103

(Las notificaciones de acción legal también podrán comunicarse igualmente a cualquiera de los fideicomisarios).

C. Oficina administrativa de la administradora del plan:

100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, CA 91103
Administradora: Joanne M. Keller,
administrador auxiliar: Thomas Schaefer

D. Nombres, cargos y direcciones de los fideicomisarios:

Administradores fiduciarios laborales (sindicato local 11 de IBEW)

Joël Barton, secretario
a/a Oficina administrativa
100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, California, 91103, Estados Unidos

Eric Brown
a/a Oficina administrativa
100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, California, 91103, Estados Unidos

Gaylord "Rusty" Roten
a/a Oficina administrativa
100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, California, 91103, Estados Unidos

Administradores fiduciarios administrativos (NECA)

James M. Willson, presidente
a/a Oficina administrativa
100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, California, 91103, Estados Unidos

Jeff Davis
a/a Oficina administrativa
100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, California, 91103, Estados Unidos

Sean McKenna
a/a Oficina administrativa
100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, California, 91103, Estados Unidos

Tom Faavae, suplente
a/a Oficina administrativa
100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, California, 91103, Estados Unidos

Eric Cartier, suplente
a/a Oficina administrativa
100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, California, 91103, Estados Unidos

Marc Greenfield, suplente
a/a Oficina administrativa
100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, California, 91103, Estados Unidos

David Nott, suplente
a/a Oficina administrativa
100 Corson Street, Suite 200
Pasadena, California, 91103, Estados Unidos

E. Financiación del plan e identidad de cualesquiera organizaciones a través de las cuales que se facilitan las prestaciones

Los pagos al Plan los realizan los Empleadores individuales conforme a las disposiciones de los Convenios laborales colectivos correspondientes.

Los fideicomisarios ofrecen múltiples programas hospitalarios, médicos o de medicamentos de venta con recetas.

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

- Anthem Blue Cross of California: prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos de venta con receta de tipo PPO
- Kaiser Permanente Foundation Inc.: prestaciones hospitalarias, médicas, ópticas y de medicamentos de venta con receta de tipo HMO
- UnitedHealthcare of California: prestaciones hospitalarias, médicas y de medicamentos de venta con receta de tipo HMO
- Delta Dental (DeltaCare USA): prestaciones dentales de tipo DHMO
- United Concordia: prestaciones dentales de tipo PPO y DHMO
- Vision Service Plan: prestaciones ópticas
- Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company: prestaciones de seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento
- Optum, la división de servicios de salud de UnitedHealthcare Group: Programa de asistencia al miembro (MAP)
- MedExpert: servicios de asistencia y defensa
- Body Scan International (BSI): escaneos corporales médicos

F. Fecha de finalización del año del plan

30 de junio

G. Número de Identificación del plan en el Servicio de Rentas Internas

95-6140101

H. Descripción de las disposiciones pertinentes de cualquier Convenio laboral colectivo aplicable:

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 la Asociación Nacional de Contratistas Eléctricos de Los Ángeles. Los participantes del Plan pueden obtener copias de los Convenios laborales colectivos del sindicato o de la oficina administrativa sin cargo previa solicitud por escrito. Asimismo, los participantes del plan podrán examinar los convenios laborales colectivos en la oficina administrativa del Plan en el horario de oficina habitual.

17.2 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:

A. Introducción

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

1. Plan del seguro médico de tipo HMO de Kaiser Permanente (incluidas las prestaciones ópticas de Kaiser Permanente)
2. Plan médico de tipo HMO de UnitedHealthcare
3. Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross Premier
4. Plan de tipo PPO de United Concordia
5. Plan dental de tipo DHMO de Delta (DeltaCare USA)
6. Planes dentales de tipo PPO y DHMO de United Concordia
7. Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company (prestaciones de seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento)

8. Optum (programa de asistencia al miembro)
9. MedExpert (programa de asistencia y defensa)
10. Coast Benefits, Inc. (prestación de escaneo corporal médico, prestación de calzado especializado y prestación de reembolso de gastos médicos)

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 de los 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 mencionados en sus Evidencias de cobertura en lo 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.

B. Determinación de la idoneidad

La oficina administrativa tiene la responsabilidad de determinar la idoneidad. Todos los meses, la oficina administrativa entrega un listado con los participantes elegibles a los proveedores de prestaciones (Kaiser Permanente, UnitedHealthcare, Anthem Blue Cross, etc.).

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

Solo con fines ilustrativos, se citan a continuación varios ejemplos.

Ejemplo 1: un Participante no puede trabajar las horas requeridas para ser elegible para las prestaciones como se explica en Artículo 4: Disposiciones generales y de idoneidad del Plan de esta Descripción resumida del plan.

Ejemplo 2: un Participante ha trabajado las horas requeridas en un empleo cubierto, pero su empleador no ha remitido las Contribuciones requeridas al plan.

Ejemplo 3: un Participante no trabaja las 100 horas requeridas por mes para mantener la idoneidad y su Reserva del banco de horas se ha reducido a cero, o no quedan suficientes horas en la Reserva para establecer la idoneidad.

Ejemplo 4: un Participante ya no trabaja y ha elegido la continuación de la cobertura de COBRA, pero no hizo el pago por cuenta propia requerido para tener derecho a la continuación de la cobertura.

La mayoría de los problemas de idoneidad se resuelven rápidamente llamando o escribiendo a la oficina administrativa. La oficina administrativa tiene el cometido de ayudarlo y brindarle información exacta sobre su cumplimiento de los requisitos y su derecho a recibir prestaciones en los distintos planes.

C. 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 del Fondo del fideicomiso 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 Fondo de fideicomiso 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 Participantes y sus Dependientes 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 con los requisitos de idoneidad (consulte el Artículo 4: Disposiciones generales y de idoneidad del Plan en la página 14) 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 Fondo de fideicomiso 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 adoptadas por dicho órgano a través de las disposiciones del convenio de fideicomiso relativas al consentimiento unánime escrito.

D. 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.

E. 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.

F. Agotamiento del proceso de apelación

De conformidad con la ley federal conocida como ERISA, un Participante o Dependiente con derecho a cobertura cuya solicitud de prestaciones haya sido denegada pueden demandar al Fondo de fideicomiso 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. Por lo tanto, después de cualquier denegación inicial de prestaciones, si no está de acuerdo, es importante que presente una apelación a tiempo. 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 los fideicomisarios adopten una decisión, el Participante o su Dependiente con derecho a cobertura tendrán derecho a interponer una demanda judicial conforme al artículo 502 de la ley ERISA.

G. Algunas preguntas comunes a todas las solicitudes y apelaciones relacionadas con la idoneidad

Pregunta: ¿Quién puede presentar un recurso de apelación si se establece que mi dependiente con derecho a cobertura o yo no cumplimos con los requisitos para tener derecho a una prestación?

Respuesta: Usted mismo 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 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 está incapacitado física o mentalmente, los fideicomisarios pueden 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.

H. Reglamentos

Al efectuar y estudiar todos los recursos de apelación en materia de idoneidad, los fideicomisarios pretenden 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.

17.3 Sus derechos bajo la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA)

Como participante en el Southern California IBEW-NECA Trust Fund, usted tiene ciertos derechos y garantías conforme a la Ley de Garantía de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA) de 1974. La ley ERISA estipula que todos los Participantes del Plan tendrán derecho a:

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

B. Prolongar la cobertura del plan grupal

- Usted puede prolongar la cobertura para sí mismo, su cónyuge o sus dependientes si pierde la cobertura del Plan como consecuencia de un "evento calificado". Es posible que usted o sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise 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 COBRA.

C. Medidas prudentes de los fiduciarios del plan

- Además de establecer los derechos de los participantes del Plan, ERISA impone obligaciones a las personas responsables del funcionamiento del Plan. Las personas que administran el Plan, denominadas "fiduciarios" del Plan, tienen la obligación de hacerlo con prudencia y en su interés, los demás participantes del Plan y sus beneficiarios.
- Nadie, incluido un empleador, sindicato o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo en modo alguno en forma tal que le impida acceder a una prestación de bienestar o ejercer los derechos que le corresponden en virtud de ERISA.

D. Ejercer sus derechos

- En caso de que se deniegue o ignore total o parcialmente una solicitud de prestaciones de bienestar, tiene derecho a saber el motivo, obtener copias de los documentos relacionados con dicha decisión sin coste alguno y 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 y le abone hasta \$110 por día hasta que los reciba, a menos que estos no se enviaran por motivos que escapen al control del administrador.
- Si se ha denegado o ignorado total o parcialmente la solicitud de sus prestaciones y este ha agotado los procedimientos de revisión de solicitudes y apelación a su disposición conforme al Plan, puede presentar una demanda ante un tribunal estatal o federal. Asimismo, si 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 los 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.

E. Recibir ayuda en lo relativo a sus dudas

- En caso de que tenga dudas con respecto al Plan, deberá ponerse en contacto con la oficina administrativa. Si tiene dudas sobre la presente declaración o sus derechos conforme a ERISA, o en caso de que necesite ayuda para recibir los documentos de la oficina administrativa, deberá ponerse en contacto con la oficina más cercana de la Administración de Protección de Prestaciones Laborales del Departamento de Trabajo de los 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
Teléfono: (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, CA 91106.
Teléfono: (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.

17.4 Notificación a los participantes

A. Proveedores regulados por el estado de California

Se aplica a los siguientes proveedores bajo contrato con el Fondo de fideicomiso.

1. Plan del seguro médico de tipo HMO de Kaiser Permanente (incluidas las prestaciones ópticas de Kaiser Permanente)
2. Plan médico de tipo HMO de UnitedHealthcare
3. Plan de tipo PPO de Anthem Blue Cross Premier
4. Planes dentales de tipo DHMO y PPO de United Concordia
5. Plan dental de tipo DHMO de Delta (DeltaCare USA)
6. Anthem Blue Cross Life y Health Insurance Company (prestaciones de seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento)
7. Vision Service Plan.
8. Optum, la división de servicios de salud de UnitedHealthcare Group: Programa de asistencia al miembro (MAP)
9. MedExpert: programa de asistencia y defensa

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de atención médica. El Departamento tiene un número de teléfono gratuito (888-466-2219) para recibir quejas que involucren a las compañías de seguros de salud. Si tiene una queja contra las empresas mencionadas anteriormente, debe comunicarse con el Proveedor y utilizar el proceso de quejas del Proveedor. Si necesita la ayuda del Departamento con una queja relacionada con una emergencia o con una queja que no ha sido resuelta satisfactoriamente por el Proveedor mencionado anteriormente, puede llamar al número gratuito del Departamento.

SOUTHERN CALIFORNIA
IBEW  **NECA**
TRUST FUNDS