

1 de Septiembre del 2007

Los fideicomisarios están complacidos de proveerles éste resumen actualizado con los beneficios disponibles bajo United Teamster Fund (referido en éste panfleto como el "Fondo").

Estos beneficios incluyen:

- **beneficios de hospital y médico,**
- **beneficios de medicamento de venta con receta,**
- **servicios de la visión,**
- **seguro de vida, y**
- **acceso dental.**

Usted debe usar éste panfleto para saber lo siguiente:

- **quién es elegible para la cobertura,**
- **las clases de beneficios que son proveídos y las limitaciones sobre esos beneficios,**
- **cómo reclamar los beneficios, y**
- **a quién contactar para más información.**

Éste panfleto provee una descripción escrita en un lenguaje simple sobre las provisiones en vigencia desde el 1 de Septiembre del 2007, y junto con los materiales proporcionados por proveedores de beneficio externos, éste panfleto constituye un resumen de la descripción del plan. Por favor guarde toda ésta información en un lugar conveniente, donde usted lo tendrá para futuras referencia y pueda compartirla con su familia.

Aunque el Resumen de la Descripción del Plan provee la información esencial sobre sus beneficios, ésta información es proveída solamente como un resumen de los términos bajo los cuales los beneficios son proveídos. La información adicional con respecto a sus beneficios puede estar contenida en documentos relacionados, como contratos con compañías de seguros o paneles de atención medica. Sin embargo, si alguna vez hay un conflicto entre el Resumen de la Descripción del Plan y otros documentos, el Resumen de la Descripción del Plan gobernará.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre el Fondo, por favor contáctese con la Oficina del Fondo al (718) 859-1624, (718) 842-1212 o (732) 882-1901.

Atentamente,

Junta de Fideicomisario

UNITED TEAMSTER FUND

Oficinas

**2137-2147 Utica Avenue
Brooklyn, NY 11234
(718) 859-1624**

**Hunts Point Terminal Market
9A, Building B
Bronx, NY 10474
(718) 842-1212**

**1308 Pierce Street
Rahway, NJ 07065
(732) 882-1901**

Junta de Fideicomisarios y Administrador

<u>Fideicomisarios de la Unión</u>	<u>Fideicomisarios del Empleador</u>
Daniel J. Kane, Jr., Presidente Local 202, I.B. of T. 12A Hunts Point Terminal Market Bronx, NY 10474	Ed J. Flannigan Transervice Leasing Co. 5 Dakota Drive Lake Success, NY 11042
Oscar A. Gonzalez, Vice Presidente Local 202, I.B. of T. 12A Hunts Point Terminal Market Bronx, NY 10474	Richard Byllot Nathel & Nathel, Inc. 357 Row C, NYC Terminal Market Bronx, NY 10474
Charles Machadio Local 202, I.B. of T. 12A Hunts Point Terminal Market Bronx, NY 10474	Myra Gordon Hunts Point Terminal Produce Coop. 103A New York City Terminal Market Bronx, NY 10474

Profesionales

Contadores

**Steinberg, Steckler & Picciurro
462 Seventh Avenue
New York, NY 10018
Teléfono (212) 695-1300**

Co-abogado

**Cary Kane LLP
1350 Broadway, Ste 815
New York, NY 10018
Teléfono (212) 871-0532**

Co-abogado

**Madon Malin LLP
260 Madison Avenue, 17th Floor
New York, NY 10016
Teléfono (212) 759-9740**

Consultores y Actuarios

**O'Sullivan Associates
110 Marter Avenue, Suite 304
Moorestown, NJ 08057
Teléfono (856) 802-1300**

ÍNDICE DE MATERIAS

Índice de materias	1
GLOSARIO	1
SUS BENEFICIOS A LA VISTA.....	4
ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACION.....	6
<i>ELEGIBILIDAD</i>	6
<i>CUANDO LA COBERTURA EMPIEZA</i>	6
<i>REGLA ESPECIAL PARA BENEFICIOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS</i>	6
<i>CUANTO TIEMPO CONTINUA LA COBERTURA</i>	6
<i>COBERTURA PARA DEPENDIENTE</i>	6
<i>NUEVOS DEPENDIENTES ADQUIRIDOS</i>	7
<i>SOBRE QMCSOS</i>	8
<i>CUANDO LA COBERTURA TERMINA</i>	8
<i>CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DURANTE CIERTAS AUSENCIAS</i>	8
<i>LICENCIA FAMILIAR MÉDICA</i>	8
<i>CONTINUACIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD BAJO COBRA</i>	10
<i>EVENTOS CLASIFICATORIOS DE COBRA</i>	10
<i>HIJOS RECIÉN NACIDOS Y ADOPTADOS</i>	11
<i>MÚLTIPLES EVENTOS CALIFICATIVOS</i>	11
<i>CUANDO SU EMPLEADOR DEBE NOTIFICAR A LA OFICINA DEL FONDO</i>	11
<i>CUANDO USTED O SU BENEFICIARIO DEBEN NOTIFICAR A LA OFICINA DEL FONDO</i>	12
<i>CÓMO PROVEER LA NOTIFICACIÓN</i>	12
<i>CUANDO LA NOTIFICACIÓN DEBE SER ENVIADA</i>	12
<i>ELEGIR LA COBERTURA DE COBRA</i>	13
<i>PAGAR LA COBERTURA DE COBRA</i>	13
<i>CUANDO LA COBERTURA DE COBRA TERMINA</i>	13
<i>SUS DERECHOS BAJO LA LEY DE HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996 (HIPAA)</i>	14
<i>DERECHOS DE MATRICULACIÓN ESPECIAL</i>	14
<i>CERTIFICADO DE LA COBERTURA DE BUENA REPUTACIÓN</i>	15
BENEFICIOS MÉDICO.....	16
<i>VISIÓN GENERAL DE CÓMO LA COBERTURA TRABAJA</i>	16
<i>PROVEEDORES EN-NETWORK DE MAGNACARE</i>	17
<i>COMO ENCONTRAR UN PROVEEDOR DEL NETWORK</i>	17
<i>CÓMO ESTÁ CUBIERTO EL CUIDADO FUERA DEL NETWORK</i>	17
Sus beneficios a la vista	18
<i>BENEFICIOS DE HOSPITAL</i>	20
<i>BENEFICIOS DE LOS COSTOS MÉDICOS EN EL HOSPITAL</i>	21
<i>COBERTURA DE HOSPITAL</i>	21
<i>CUIDADO DENTAL DE UN PACIENTE HOSPITALIZADO</i>	21
<i>CUIDADO DE EMERGENCIA</i>	21
<i>OPERACIÓN SIMPLE</i>	22
<i>COSTOS QUIRÚRGICOS</i>	22
<i>LEY DE DERECHOS DE SALUD Y DE CÁNCER DE 1998 DE LAS MUJERES</i>	22
<i>BENEFICIOS DE COSTO DE ANESTESIA</i>	23
<i>PRUEBA PREQUIRÚRGICA</i>	23
<i>MATERNIDAD</i>	23
<i>LEY DE PROTECCIÓN DE SALUD DE 1996 DE LOS RECIÉN NACIDOS Y LAS MADRES</i>	23
<i>COBERTURA PARA RECIÉN NACIDO</i>	23
<i>ABORTO</i>	24

VISITAS DE OFICINA.....	24
CUIDADO PREVENTIVO	24
CUIDADO DE NIÑO SALUDABLE.....	24
CUIDADO DE MUJER SALUDABLE.....	24
EXAMEN DE CHEQUEO ANUAL.....	24
INMUNIZACIONES.....	24
EQUIPO MÉDICO DURABLE.....	24
QUIMIOTERAPIA PARA PACIENTE EXTERNO.....	24
RADIOTERAPIA.....	25
DIÁLISIS.....	25
CUIDADO EN CASA.....	25
CUIDADO EN UN ESTABLECIMIENTO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA.....	26
EXCLUSIONES PARA EL CUIDADO EN EL ESTABLECIMIENTO DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA.....	26
CUIDADO EN EL HOSPICIO.....	26
ENFERMERO DE SERVICIO A DOMICILIO.....	27
ENFERMERÍA DE SERVICIO PARTICULAR.....	27
SERVICIOS QUIROPRÁCTICO.....	28
TERAPIA POR INYECCIÓN.....	28
SERVICIOS PODIÁTRICO.....	28
FISIOTERAPIA PARA PACIENTE EXTERNO.....	28
TERAPIA DEL HABLA.....	28
BENEFICIOS DE LA AUDICIÓN.....	28
SALUD MENTAL.....	29
BENEFICIOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS.....	29
BENEFICIOS ADICIONALES PARA PACIENTE EXTERNO.....	29
MANEJANDO SU CUIDADO.....	29
PACIENTE EXTERNO / INSTALACIÓN AMBULATORIA.....	29
CERTIFICACIÓN DE PREADMISIÓN.....	30
MANEJO DE CASO.....	30
CUÁNDO PEDIR EL MANEJO DE CASO.....	30
LAS CONDICIONES QUE REQUIEREN EL MANEJO DE CASO.....	30
EXCLUSIONES.....	30
BENEFICIOS DE MEDICAMENTO DE VENTA CON RECETA.....	34
CÓMO EL FONDO TRABAJA.....	34
RESUMEN DE BENEFICIOS.....	34
¿QUÉ TIPOS DE MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA ESTÁN CUBIERTOS?.....	34
POLÍTICA GENÉRICA OBLIGATORIA.....	35
PEDIDO POR CORREO OBLIGATORIO PARA MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO.....	35
PEDIDO POR CORREO.....	35
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	35
MONITOREO DE LA DIABETES.....	36
RECLAMANDO BENEFICIOS.....	36
BENEFICIOS DE LA VISIÓN.....	36
CÓMO TRABAJA.....	37
LO QUE NO ESTÁ CUBIERTO.....	37
RECLAMAR BENEFICIOS.....	37
BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA.....	37
BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA (PARTICIPANTE SOLAMENTE).....	37
DESIGNAR UN BENEFICIARIO.....	38
SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTE.....	38
EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.....	38
RECLAMAR BENEFICIOS.....	38
EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y LIMITACIONES GENERALES.....	39
COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	40
REGLAS GENERALES.....	40

SI LOS PADRES ESTÁN SEPARADOS O DIVORCIADOS.....	40
REGLA ESPECIAL PARA MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA.....	41
ACCIDENTES DE AUTOMÓVIL.....	41
EXCLUSIONES DE OPERACIÓN DE AUTOMÓVIL.....	41
recuperación, reembolso y / o derecho de recuperación.....	42
PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES.....	44
CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO.....	44
CUANDO LOS RECLAMOS DEBEN SER PRESENTADOS.....	45
DÓNDE PRESENTAR LOS RECLAMOS.....	45
REPRESENTANTES AUTORIZADOS.....	45
SEGURO MÉDICO EXHAUSTIVO.....	46
RECLAMOS DE PRE-SERVICIO Y CUIDADO URGENTE.....	46
RECLAMOS CONCURRENTES.....	47
RECLAMO DE SERVICIO POSTERIOR.....	48
SOLICITUDES DE BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA Y SEGURO DE VIDA DE DEPENDIENTE.....	49
NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN.....	49
SOLICITUD PARA LA EVALUACIÓN DEL RECLAMO NEGADO.....	50
PROCESO DE EVALUACIÓN.....	50
LAPSO DE TIEMPO PARA LA NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN SOBRE LA APELACIÓN.....	51
NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN SOBRE LA EVALUACIÓN.....	51
CUÁNDO PUEDE SER EMPEZADA UNA DEMANDA JUDICIAL.....	52
INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE UNITED TEAMSTER FUND.....	52
NOMBRE DEL FONDO.....	52
JUNTA DE FIDEICOMISARIOS.....	52
PATROCINADOR Y ADMINISTRADOR.....	53
NÚMEROS DE IDENTIFICACIÓN.....	53
AÑO DEL FONDO.....	53
TIPO DE FONDO.....	53
AGENTE PARA EL SERVICIO DEL PROCESO LEGAL.....	54
EL ACUERDO DE NEGOCIACIÓN COLECTIVA / EMPLEADORES CONTRIBUYENTES.....	54
ORIGEN DE LAS CONTRIBUCIONES.....	54
FONDO FIDUCIARIO.....	54
IDENTIFICACIÓN DE ENTIDADES ASEGURADORA O ADMINISTRADORA.....	54
PROCEDIMIENTOS QMSCO.....	54
SUS DERECHOS BAJO LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE EMPLEADO DE 1974 (ERISA).....	55
RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE SU PLAN Y BENEFICIOS.....	55
COBERTURA DE UN PLAN DE SALUD DE GRUPO CONTINUADO.....	55
REDUCCIÓN O ELIMINACIÓN DE LOS PERÍODOS DE EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA PARA LAS CONDICIONES PREEXISTENTE.....	55
ACCIONES PRUDENTES POR LOS FIDEICOMISARIOS.....	56
HAGA CUMPLIR SUS DERECHOS.....	56
AYUDA CON SUS PREGUNTAS.....	56
ORGANIZACIÓN DE SALUD E INFORMACIÓN DE CONTACTO.....	57

GLOSARIO

Los siguientes términos tienen significados especiales para los propósitos de United Teamster Fund. Para ayudarle a comprenderlos en el contexto de nuestro Fondo, las definiciones son proveídas más abajo.

Año del Fondo - El período desde el 1ero de Mayo hasta el 30 de Abril.

Cargos Razonables y Acostumbrados – Es el costo del servicio o suministro que cae dentro del margen de honorarios cobrados por proveedores médicos en sus establecimientos por servicios similares dentro de una región geográfica como está determinado por el Programa del Fondo.

COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) - permite que usted extienda la cobertura de salud para usted y sus dependientes elegibles pagando el costo completo de la cobertura usted mismo cuando ciertas circunstancias causan normalmente que la cobertura termine.

Cónyuge – Es su marido o esposa con quien usted está legalmente casado.

Co-Pago – Es una cantidad especificada del costo elegible, la cual usted está obligado a pagar a médicos, dentistas, laboratorios o farmacia por servicios, tratamientos y suministros.

Coordinación de Beneficios - Si usted está cubierto por otro Fondo u otra cobertura, los pagos serán coordinados con el propósito de que solamente el 100% de los costos verdaderos sean reembolsados.

Co-Seguro – Es el porcentaje que usted paga como parte de sus costos elegibles. En cuanto se cumple con el deducible, el Fondo comparte el costo de servicios y tratamiento con usted basado en el programa adecuado. Usted es responsable de pagar la diferencia por los cargos superiores a los honorarios indicados en el Programa.

Costos Elegibles – Son los costos elegibles cubiertos para ciertos servicios de hospital médicamente necesarios, tratamientos, procedimientos y el suministro médico que usted incurre en relación con el tratamiento de una lesión o enfermedad.

Deducible – Es la cantidad de costos elegibles que usted está obligado a pagar antes de que los beneficios sean pagaderos. El deducible es pagadero solamente una vez cada año del Fondo (desde el 1 de Mayo hasta el 30 de Abril) por cada persona individual y está limitado a una cantidad máxima.

Dependiente – Es un cónyuge o niño soltero dependiente que puede ser elegible para la cobertura de beneficios mientras usted es un miembro del Fondo. Un dependiente debe cubrir los requisitos de elegibilidad para estar cubierto para beneficios.

Dinero Máximo Programado (Programa de Magnacare) – Es la cantidad de un reclamo que habría sido cubierto, si un proveedor del Network de Magnacare hubiera sido utilizado.

Empleador Contribuyente- Es algún empleador que tiene un contrato de negociación colectiva con un Sindicato participante en la Hermandad Internacional Teamsters y quien está obligado hacer las contribuciones a éste Fondo a nombre de los miembros cubiertos por el acuerdo de negociación colectiva.

Farmacia – Es un establecimiento que está registrado con la agencia de concesión de licencia estatal apropiada y en donde los medicamentos de venta con receta son con regularidad compuesto y distribuido por un farmacéutico.

Farmacia No-Participante – Es una farmacia que no entró en un acuerdo con el panel de farmacia para proveer los medicamentos de venta con receta y no acepta la tarjeta del plan para medicamentos.

Farmacia Participante – Es una farmacia que ha entrado en un contrato con el panel de farmacia Express Scripts, Inc. que provee el medicamento con receta y acepta la tarjeta del plan para medicamentos.

Gastos de su Bolsillo – Es la cantidad que usted debe pagar en realidad por costos elegibles, que no son reembolsados por el Fondo.

Hospital – Es una institución operada y legalmente constituida para el cuidado y el tratamiento de personas enfermas y lastimadas. La institución debe ser aprobada por la Comisión Conjunta de la Acreditación de Hospitales y debe proveer el cuidado de cama, tener instalaciones completas para el diagnóstico, cirugía y terapia bajo la supervisión de un personal médico legalmente titulado, y deberá proveer el servicio de enfermería las 24 horas por enfermeros titulados. Para los propósitos de éste Fondo, un establecimiento para parto será considerado un hospital

Un hospital *no* es un colegio o universidad hospital; asilo de anciano; casa de reposo, casa de enfermería, casa para convalecientes; institución para la rehabilitación, fisioterapia, adicción, alcoholismo o trastornos nerviosos o mentales; o centros de parto, salas de operaciones o centros quirúrgicos que son parte de la oficina de un médico.

Un hospital *no* es una institución donde el cuidado es proveído bajo leyes federales, estatales u otras leyes, o las leyes de algún país extranjero. Un hospital *no* es una instalación de veterano donde el cuidado es proveído en relación con las incapacidades relacionadas con el servicio militar o en un hospital operado por los Estados Unidos (excepto para el cuidado de emergencia).

Medicamento Necesario – Es cualquier servicio o suministro que es generalmente aceptado de manera profesional como esencial para el tratamiento de la enfermedad o lesión. Éste servicio o suministro debe ser compatible con los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión y no son únicamente para conveniencia de su médico, hospital, otro proveedor o suya.

Médico legalmente titulado, doctor en medicina, o cirujano – Es un médico legalmente titulado de doctor en medicina o doctor de osteopatía. Un médico de pediatría o un dentista será reconocido como un médico legalmente titulado solamente cuando lleva a cabo servicios en su especialidad, que sería cubierto si son hechos por un Doctor en Medicina. Para los propósitos de éste Fondo, una comadrona enfermera titulada que ayuda con un parto es considerada un médico legalmente titulado, doctor o cirujano.

Participante – Es una persona quien está empleada por un empleador contribuyente y que cubre los requisitos de elegibilidad de éste Fondo.

Periodo de Espera - Es el período de tres meses a partir de la fecha en que su participación para beneficios médico empezó bajo el Fondo en la que usted o sus dependientes elegibles no pueden ser

tratados por ninguna enfermedad, dolencia o condición que existían en la fecha en que su participación comenzó.

Procedimientos y Medicamentos "Experimentales" o "Investigativos" - La tecnología para éstos medicamentos o los procedimientos no son beneficios probados para el diagnóstico especial o el tratamiento de la condición de la persona elegible, o generalmente no reconocidos por la comunidad médica como efectiva o apropiada para el diagnóstico especial o tratamiento de la condición de la persona elegible, como está reflejado en la literatura médica publicada. La aprobación del gobierno de una tecnología no es necesariamente suficiente para darlo como un beneficio probado o apropiado o efectivo para un diagnóstico particular o para el tratamiento de la condición especial de una persona elegible.

El Fondo puede aplicar todo o cualquiera de los siguientes cinco estándares en su discreción para determinar si una tecnología es experimental, investigativa, obsoleta o ineficiente:

1. Cualquier dispositivo médico, droga o producto biológico deben haber recibido la aprobación final por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE.UU. para ser comercializado para un diagnóstico o una condición especial. Una vez la aprobación sea otorgada para un diagnóstico o condición especial, el uso del dispositivo médico, droga o producto biológico para otro diagnóstico o condición puede requerir que cualquiera o todos estos cinco estándares sean cubiertos.
2. Prueba concluyente en la literatura médica publicada debe existir que la tecnología tiene un efecto positivo y seguro sobre los resultados de salud.
3. Prueba demostrada como está reflejada en la literatura médica publicada debe existir que con el tiempo la tecnología resulta en la mejoría de la salud; es decir que los efectos beneficiosos exceden a los efectos perjudiciales.
4. Prueba como está reflejada en la literatura médica publicada debe existir que la tecnología es por lo menos eficaz para mejorar la salud como una tecnología establecida, o es utilizable en los contextos clínicos apropiados en los que la tecnología establecida no es empleable.
5. Prueba como está reflejada en la literatura médica publicada debe existir que la mejoría de la salud es posible en las condiciones estándar de la práctica médica, fuera de los lugares de investigación clínica (como está definido arriba en el #3).

Proveedor Participante – Es un proveedor que ha entrado en un contrato con Magnacare y Express Scripts y acepta las cuotas negociadas y los co-pagos como pago completo por los cargos cubiertos. Healthplex ha hecho contrato con el Fondo para proveer acceso dental.

Sala de emergencia – Es la sección del hospital donde son tratados los casos de enfermedad o lesiones serias, inesperadas, que requieren la atención inmediata.

SUS BENEFICIOS A LA VISTA

En vigencia a partir del 1 de Septiembre del 2007

Para EMPLEADOS activos Y SUS DEPENDIENTES CUBIERTOS *

Beneficios de Hospital y Médico

- Generalmente para los servicios cubiertos En-Network hay un 20% de co-seguro. Hay también un co-pago de \$20 por las visitas de oficina de atención primaria y un co-pago de \$30 por la visita en la oficina de un especialista.
- Cuando usted recibe servicios “Fuera del Network de Magnacare”, usted tiene un deducible anual de \$500 por persona. El Fondo entonces cubre hasta el 80% del Programa de Magnacare. Usted es responsable de los cargos en exceso del reembolso.
- Note que un deducible de \$100 es aplicable para cada visita de sala de emergencia, sea participante del Network de Magnacare o no. Después de que usted haya cubierto el deducible por visita, el reembolso será el 80% del Programa de Magnacare.
- Para hospitalizaciones, hay un deducible de \$500 por cada estancia en el hospital. El hospital está cubierto hasta 365 días en una habitación semi-privada.
- *Su derecho para la “Cobertura Solo Para Miembro” o “Cobertura Para Miembro - y - Familia” depende del nivel de contribución hecha por su empleador. Por favor llame a la oficina del Fondo para verificar si usted tiene “Cobertura Solo Para Miembro” o “Cobertura Para Miembro - y - Familia” antes de que usted intente usar su plan para obtener servicios médicos para sus dependientes.

Beneficios de Medicamento de Venta con Receta

- Los medicamentos con recetas son solamente cubiertos en una farmacia participante. Hay un co-pago de \$25 para medicamentos genéricos y de nombre de marca* y un co-pago de \$30 para los tratamientos inyectables. Usted recibirá hasta un suministro 30 días.
- Si usted usa el servicio de pedido por correo, usted tiene un co-pago de \$30 para medicamentos genéricos y de nombre de marca* y un co-pago de \$50 para los tratamientos inyectables, pero usted recibirá hasta un suministro 90 días
- Hay un máximo de \$15,000 cada año del fondo por participante cubierto (limite de \$10,000 por el periodo del 1 de Septiembre del 2007 hasta el 30 de Abril del 2008).

*** El Fondo tiene una política genérica obligatoria, que quiere decir que si usted pide una droga de nombre de marca cuando un equivalente genérico esté disponible, usted será responsable, además de su co-pago, por cualquier diferencia del costo entre el producto de nombre de marca y el genérico.**

Beneficios Dentales

El Fondo proveerá acceso a algunos dentistas participantes quienes proveerán la mayoría de los servicios dentales con un descuento para usted y sus dependientes elegibles.

Beneficio de la Visión

Usted puede ir a cualquier proveedor del cuidado de la visión. Sin embargo, el Fondo tiene un panel extensivo de proveedores del cuidado de la visión. Usted puede ahorrar dinero cuando usted utiliza a uno de los proveedores del cuidado de la visión en el panel.

Cuando usted utiliza a un proveedor del cuidado de la visión que no está en el panel extensivo, usted debe obtener un comprobante del cuidado de la visión de la oficina del Fondo. Entonces usted paga el costo completo por cualquier servicio de la visión que usted obtiene por adelantado y el Fondo le reembolsará su pago a usted por el servicio de la visión (vea más abajo para el nivel de reembolso del Fondo).

Cuando usted utiliza a un proveedor del cuidado de la visión del panel extensivo del Fondo, usted debe obtener un comprobante del cuidado de la visión de la oficina del Fondo para poder enviar su reclamo. Usted tiene que pagar el costo completo por cualquier servicio de la visión que usted obtiene por adelantado. Sin embargo, después de que usted reciba el reembolso del Fondo usted habrá pagado solamente la diferencia entre el pago del Fondo y, si hay, el balance del costo del cuidado de la visión que usted recibió. Ese costo será considerablemente menos que el que usted habría pagado si usted hubiera usado un proveedor de la visión que no está en el panel del Fondo.

El Fondo le reembolsará hasta:

- \$15 para un examen de la vista, y
- \$65 para anteojos (marcos y lentes) o \$100 para los contactos.

Los beneficios están disponibles una vez cada 12 meses.

Beneficio de Seguro De Vida

Sujetos A Las Exclusiones Descritas Más Adelante En Éste Panfleto.

- \$10,000 es pagado a su beneficiario nombrado si usted muere mientras está cubierto por el Fondo.
- \$5,000 es pagado a usted si su dependiente elegible muere mientras está cubierto por el Fondo. Esto solo le aplica a los miembros con cobertura de dependiente.

Para información sobre como presentar un reclamo médico, vea la sección llamada "Reclamos y Procedimientos de Apelaciones."

ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACION

Elegibilidad

Usted es elegible para participar en el Fondo si usted trabaja con un empleador que es obligado por los términos de una negociación colectiva u otro acuerdo escrito para hacer las contribuciones a United Teamster Fund en su nombre. Por favor recuerde que sus dependientes elegibles están cubiertos sólo si su empleador contribuye para la cobertura de familia.

Si usted es elegible para la cobertura de familia, entonces su cónyuge legal y los dependientes elegibles serán elegibles para la cobertura al mismo tiempo que usted.

Para que alguien sea considerado su cónyuge, usted y su cónyuge deben estar legalmente casados como marido y mujer, y el matrimonio debe ser reconocido por el Estado de Nueva York. Ninguna cobertura es proveída para compañeros domesticos. Una pareja que reside con usted, con quien usted no está legalmente casado, no será considerada su cónyuge, sin importar el tiempo que han estado juntos.

Un matrimonio se termina en la fecha que el decreto de divorcio es firmado. La cobertura para el cónyuge se terminará al final del mes en el que el divorcio ocurrió. En el momento del divorcio, el ex cónyuge tiene la alternativa de la cobertura comúnmente llamada COBRA. El participante, sin embargo, es responsable de notificarle al Fondo sobre el divorcio. Si usted deja de notificarle al Fondo que su ex cónyuge ya no es elegible para los beneficios, usted estará cometiendo un fraude en el Fondo y usted será responsable de cualquier reclamo que el Fondo paga por su ex cónyuge.

Cuando La Cobertura Empieza

Su cobertura empieza automáticamente el primer día del mes después de tres meses que un empleador hace las contribuciones al Fondo en su nombre.

Regla Especial Para Beneficios De Abuso De Sustancias

Usted debe esperar un año desde la fecha en que su cobertura empieza, como está descrito en la sección precedente, "Cuando La Cobertura Empieza", antes de que usted sea elegible para los beneficios de abuso de sustancias.

Cuanto Tiempo Continúa La Cobertura

En cuanto usted cubre el requisito de elegibilidad inicial, su cobertura continúa de mes a mes.

Cobertura Para Dependiente

Cuando usted reúna las condiciones necesarias para la cobertura, la oficina del Fondo le dejará saber si su nivel de contribución del empleador lo califica a usted para la cobertura de un dependiente. Si lo hace, entonces la cobertura para sus dependientes elegibles generalmente empieza al mismo tiempo que su cobertura.

Sus "dependientes elegibles" incluyen:

- Su cónyuge legal actual.
- Sus niños dependientes solteros hasta el último día del mes que cumplen los 19 años de edad.

- Niños dependientes solteros, desempleados que han cumplido los 19 años de edad y quiénes son estudiantes de tiempo completo en una universidad o colegio reconocido. La cobertura para tales niños dura hasta el fin del mes que ellos:

* Cumplen los 23 años de edad,

* Dejan la escuela (se gradúan o se van antes de graduar) o se casan.

- Para que su niño reciba la cobertura continuamente durante la universidad, usted debe presentar prueba del estado de estudiante de tiempo completo a la oficina del Fondo dentro de 31 días después de que el o ella cumplen los 19 años de edad. La prueba del estado de estudiante de tiempo completo debe ser renovada con el Fondo cada semestre.
- Los niños dependientes discapacitados solteros que son incapaces de sostenerse por sí mismos debido a la discapacidad mental o física. La discapacidad debe haber empezado antes de que el niño cumpla los 19 años de edad. Usted debe proveerle a la oficina del Fondo la prueba de la discapacidad del niño dentro de 31 días después del niño cumplir los 19 años.

Cuando usted inscriba a un dependiente usted se le pedirá que provea la prueba del estado de dependiente - por ejemplo, una partida de nacimiento, un certificado de matrimonio, u otra prueba de estado de dependiente. Usted también puede ser exigido proveer prueba de que su niño o hijastro están únicamente bajo su apoyo financiero.

Nuevos Dependientes Adquiridos

Si usted se casa, o si usted adquiere a un niño de nacimiento, adopción, o colocación para la adopción, y usted está autorizado para la cobertura de familia, su dependiente estará cubierto en la fecha del matrimonio, parto, o la adopción, siempre que usted presente un formulario de solicitud a la oficina del Fondo dentro de 31 días de la adquisición. Si usted no completa la solicitud dentro de 31 días de la fecha de la adquisición, la cobertura para sus dependientes estará retrasada.

Los niños dependientes incluyen lo siguiente:

- Sus hijos naturales (incluyendo niños nacidos fuera del matrimonio, pero sólo si las pruebas correspondientes de la paternidad son presentadas a la oficina del Fondo);
- Los hijos naturales de su cónyuge legal si viven en su casa, dependen por completo de su apoyo financiero, y su cónyuge tiene la custodia legal de ellos;
- Los Niños legalmente adoptados o hijastros;
- Los hijos adoptivos que viven con usted y dependen por completo de su apoyo financiero y mantenimiento mientras que otras coberturas de salud están siendo proveídas por cualquier agencia gubernamental;
- Los niños obligados a ser reconocidos por usted como su dependiente legal bajo una Orden Calificada Médica de Manutención de Hijos ("QMCSO").

Sobre QMCSOs

Una Orden Calificada Médica de Manutención de Hijos, o QMCSO, es una orden promulgada por un tribunal u organismo administrativo estatal que requieren que la cobertura médica sea proveída a un niño o a niños. Generalmente un QMCSO resulta de un divorcio, separación legal o de un procedimiento de paternidad.

La oficina del Fondo le notificará si un QMCSO es recibido con respecto a su cobertura. Los procedimientos de QMCSO del Fondo son descritos en detalle más adelante en éste panfleto (vea la sección llamada "Procedimientos de QMSCO").

Cuando La Cobertura Termina

Para los empleados: su cobertura termina en el último día del mes que:

- usted deja de trabajar para un empleador contribuyente,
- usted entra en el servicio militar activo,
- el Fondo interrumpe la cobertura de grupo, o
- usted ya no cubre el requisito de elegibilidad.

Si usted pierde su cobertura debido a una discapacidad compensable, su cobertura continuará por hasta seis meses después de su último día de empleo con un empleador contribuyente. El Fondo podría requerir de su médico una prueba de la discapacidad. Usted debe aplicar para tal cobertura dentro de 30 días que ocurre su discapacidad.

Para los dependientes: la cobertura para sus dependientes termina en el último día del mes en el cuál:

- su cobertura termina,
- el dependiente ya no cae bajo la definición de dependiente del Fondo,
- para un cónyuge dependiente, en caso de divorcio o la separación legal,
- usted muere.

Cuando su cobertura se termina, usted puede continuar la cobertura eligiendo la cobertura de COBRA. El Fondo también tiene reglas para las extensiones limitadas de la cobertura durante ciertas ausencias, y están descritas en la próxima sección.

Continuación De La Cobertura Durante Ciertas Ausencias

Si usted se discapacita, su cobertura continuará por cada mes que usted está "totalmente discapacitado" y no puede trabajar, hasta un total de seis meses. Usted puede estar obligado a presentar prueba de su discapacidad a la oficina del Fondo.

Licencia Familiar Médica

Si su empleador tiene 50 empleados o más, usted puede ser elegible para el permiso bajo la ley de licencia por razón familiar y por enfermedad (FMLA). Bajo FMLA usted puede tomar hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo para el propósito especificado medico o familiar, como su propio

estado de salud serio, parto o la adopción de un niño, o para proveer el cuidado para un cónyuge, niño o padre que está enfermo. Su empleador, no éste Fondo, determinará si usted es elegible para un permiso FMLA para ausentarse.

Si usted toma un permiso FMLA, su empleador está obligado a continuar la contribución al Fondo en su nombre y su cobertura con el Fondo continuará.

Durante su permiso, usted puede continuar toda su cobertura médica y otros beneficios ofrecidos a través del Fondo. Usted es generalmente elegible para un permiso FMLA si usted:

- trabajó con un empleador por al menos 12 meses,
- trabajó al menos 1,250 horas en el empleo cubierto durante los 12 meses previos, y
- trabajó en un lugar donde al menos 50 empleados están contratados por el empleador dentro de 75 millas.

Si usted no regresa al empleo después de un permiso FMLA durante el que la cobertura fue proveída, usted puede estar obligado a proveer el reembolso por el costo de la cobertura recibida durante el permiso.

Llame a su empleador si usted tiene preguntas respecto a su elegibilidad para un permiso FMLA. Llame a la oficina del Fondo respecto a la cobertura durante tal permiso.

Si usted no regresa al trabajo después que se termina su permiso FMLA, usted puede ser elegible para continuar la cobertura bajo COBRA descrita en una sección posterior.

Permiso militar. Si usted está en el servicio militar activo durante 31 días o menos, usted continuará recibiendo la cobertura de salud conforme con la Ley de Derechos de Empleo en el Servicio Uniformado y de Reempleo 1994 (USERRA). Si usted está en servicio activo durante más de 31 días, su cobertura termina, pero (USERRA) permite que usted continúe la cobertura de salud para usted y sus dependientes a su propio costo por hasta 18 meses. Éste derecho de continuación opera de la misma manera como la cobertura de COBRA, que está descrita en la próxima sección. Además, los dependientes pueden ser elegibles para la cobertura de salud bajo el programa federal conocido como TRICARE (que incluye el programa viejo de "CHAMPUS"). Éste Fondo coordina su cobertura con TRICARE.

Si usted recibe una licencia honorable y regresa a trabajar con un empleador contribuyente, su elegibilidad completa será restablecida el día en que usted regresa a trabajar siempre que usted regrese dentro del tiempo aplicable prescrito por ley.

Bajo USERRA un empleado activo está obligado a notificarle al empleador (por escrito o de forma oral) de que él o ella sale para el servicio militar a menos que las circunstancias o necesidad militar hacen imposible o irrazonable la notificación. Su empleador está obligado a notificarle al Fondo dentro de 30 días después de que usted es reemplado después del servicio militar; sin embargo, es una buena idea que usted también notifique a la oficina del Fondo.

Note que, para los permisos para ausentarse cubiertos por la Ley de Licencia Familiar Medica ("FMLA") o para el servicio militar calificado, su empleador debe consentir el permiso apropiadamente y hacer la notificación requerida y cualquier pago requerido por el Fondo. Usted debe contactarse con su empleador para confirmar que usted es elegible para un permiso.

Contáctese con su empleador si usted tiene preguntas respecto a su elegibilidad para un permiso. Contáctese con la oficina del Fondo si usted tiene cualquier pregunta respecto a la cobertura del Fondo durante tal permiso.

Continuación Del Cuidado De La Salud Bajo COBRA

La Ley Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act de 1985 ("COBRA"), como está enmendada, requiere que éste Fondo le ofrezca a usted y a sus dependientes elegibles la oportunidad para una extensión temporal de la cobertura de salud a un precio de grupo en ciertas instancias cuando la cobertura termina por "eventos clasificatorios"). La cobertura continuada bajo COBRA aplica a beneficios médicos, hospital, medicamentos, dental y beneficios de la visión descritos en éste panfleto.

Recuerde que cada persona autorizada para la cobertura como resultado de un evento clasificatorio tiene un derecho de hacer su elección propia de cobertura. Por ejemplo, su cónyuge u otro dependiente cubierto puede elegir la cobertura de COBRA incluso si usted no lo hace. Además, un beneficiario titulado puede elegir COBRA para otros.

Eventos Clasificatorios De COBRA

El cuadro más abajo muestra cuándo usted y sus dependientes elegibles pueden reunir las condiciones necesarias para la cobertura continuada bajo COBRA, y cuando la cobertura podría empezar y cuando termina.

La cobertura termina debido a ésta razón	Estas personas serían elegibles	Para la cobertura de COBRA hasta (calculado desde la fecha en que la cobertura es perdida)
Su empleo termina *	Usted y su cónyuge cubierto y los niños	18 meses**
Sus horas de trabajo son reducidas	Usted y su cónyuge cubierto y los niños	18 meses**
Usted muere	Su cónyuge cubierto y los niños	36 meses
Sus dependientes pierden la cobertura porque usted se divorcia o se separa legalmente	Su cónyuge cubierto y los niños	36 meses
Su niño dependiente ya no reúne las condiciones necesarias como un dependiente	Sus niños cubiertos	36 meses
Usted tiene derecho a Medicare	Su cónyuge cubierto y los niños	36 meses

* Por cualquier razón aparte de mala conducta grosera (e incluyendo el permiso militar y los permisos acreditados concedidos de acuerdo con la Ley de Licencia Familiar Medica).

** La cobertura continuada por hasta 29 meses de la fecha del evento inicial podría estar disponible para aquellos que no más tardar de los primeros 60 días de su Evento Calificativo, están totalmente discapacitados dentro del significado del Título II o Título XVI de la ley de Seguro Social. Estos 11 meses adicionales están disponibles para los empleados y los dependientes inscritos si la notificación de la discapacidad es proveída dentro de 60 días después que es hecha la determinación del Seguro Social sobre la discapacidad y antes de que el período de continuación de 18 meses se acabe. El costo de los 11 meses adicionales de la cobertura aumentará a 150% del costo completo de la cobertura.

La prueba de buena salud NO es requerida para la cobertura de COBRA.

Hijos Recién Nacidos Y Adoptados

Si usted tiene un niño recién nacido, adopta a un niño, o tiene un niño con usted dejado para la adopción mientras la cobertura bajo COBRA está vigente, [y usted es elegible para la cobertura de familia], usted puede incluir al niño a su cobertura. Para incluir la cobertura para el niño, notifique a la oficina del Fondo dentro de 31 días del nacimiento del niño, de la adopción o de la colocación para la adopción. La prueba legal de su relación con el niño también debe ser proveída.

Múltiples Eventos Calificativos

Si sus dependientes cubiertos experimentan más de un evento calificativo mientras la cobertura de COBRA está en vigencia, pueden ser elegibles para un período adicional de 36 meses de cobertura continuada desde la fecha del primer evento calificativo.

Por ejemplo, si su empleo termina, usted y sus personas a cargo cubiertos pueden ser elegibles para 18 meses de cobertura continuada de COBRA. Si usted se muere (un segundo evento calificativo) durante éste período de 18 meses, sus dependientes cubiertos pueden ser elegibles para un periodo adicional para la continuación de la cobertura bajo COBRA. Sin embargo, los dos períodos de la cobertura combinada no podrían exceder un total de 36 meses desde la fecha del primer evento calificativo (su terminación).

Éste período prolongado de la continuación de la cobertura de COBRA no está disponible para alguien que se hizo su cónyuge después de la terminación del empleo o la reducción de horas. Sin embargo, éste período prolongado de la cobertura está disponible a cualquier niño nacido, adoptado o colocado con usted para adopción durante el período de 18 meses de la continuación de cobertura.

También note que si su primer evento calificativo es una reducción en horas, y luego su empleo se termina, la terminación del empleo no es tratada como un segundo evento calificativo (por eso no hay ninguna ampliación más allá del período inicial de 18 meses de la cobertura).

Cuando Su Empleador Debe Notificar A La Oficina Del Fondo

Su empleador debe notificarle a la oficina del Fondo sobre su muerte, la terminación del empleo, la reducción en horas de empleo o el derecho de Medicare no más tardar de 60 día después de su pérdida de la cobertura debido a uno de estos eventos. Sin embargo, usted o su familia también deben notificarle a la oficina del Fondo si tal evento ocurre, para evitar la confusión respecto a su estado.

Cuando Usted O Su Beneficiario Deben Notificar A La Oficina Del Fondo

Como un miembro cubierto o beneficiario titulado, usted es responsable de proveerle a la oficina del Fondo con la notificación en el momento oportuno de ciertos eventos calificativos. Estos eventos incluyen:

- Divorcio o separación legal.
- Un niño que pierde el estado de dependiente bajo el Fondo.
- La ocurrencia de un segundo evento calificativo después que un beneficiario tiene derecho a COBRA con un máximo adicional de 18 meses, hasta 36 meses en total. Éste segundo evento calificativo podría incluir la muerte de un empleado, derecho para Medicare, divorcio o separación legal, o un niño que pierde el estado de dependiente.

Cuando un beneficiario calificado con derecho a recibir la cobertura de COBRA con un máximo de 18 meses ha sido determinado por la Administración del Seguro Social de que está discapacitado. Si ésta determinación es hecha en cualquier momento durante los primeros 60 días de la cobertura de COBRA, el beneficiario calificado puede ser elegible para una extensión de 11 meses del período de cobertura de 18 meses máximo, por un total de 29 meses de cobertura de COBRA.

Usted debe asegurarse de que la oficina del Fondo sea notificada sobre cualquiera de los eventos nombrados más arriba. El no proveer ésta notificación en la forma y dentro del tiempo descrito abajo le impedirá a usted y a sus dependientes de obtener o prolongar la cobertura de COBRA.

Cómo Proveer La Notificación

Su notificación debe ser enviada a:

United Teamster Fund
2137-2147 Utica Avenue
Brooklyn, New York 11234

Por favor incluya lo siguiente en su notificación:

- Su nombre,
- Los nombres de sus dependientes,
- Su número de Seguro Social y los números de Seguro Social de sus dependientes,
- Su dirección, y
- La naturaleza y la fecha de la situación sobre la que usted está informando al Fondo.

Cuando La Notificación Debe Ser Enviada

Usted debe proveer la notificación al Fondo dentro de 60 días de la fecha del evento (y no se olvide de proveer direcciones tanto para usted como para sus dependientes. **Si usted no notifica al Fondo al final del período, sus dependientes no tendrán derecho a la continuación de la cobertura.**

Mantenga el Fondo informado sobre los cambios de dirección

Para proteger los derechos de su familia, usted debe mantener la oficina del Fondo informada de cualquier cambio en las direcciones de los miembros de familia. Usted también debe mantener una copia para sus registros de cualquier aviso que usted envía a la oficina del Fondo.

Elegir La Cobertura De COBRA

El Fondo debe notificarle en el momento oportuno a usted y / o sus dependientes cubiertos sobre su derecho a la cobertura de COBRA dentro de 14 días después de que recibe la notificación o se pone al tanto de que un evento calificativo ha ocurrido. Usted tendrá 60 días para responder si usted quiere continuar la cobertura - medido desde la fecha en que la cobertura termina o, si después, la fecha en que la notificación de COBRA es enviada a usted.

Pagar La Cobertura De COBRA

A usted se le cobrará el costo completo de la cobertura continuada bajo COBRA, más el 2% de los honorarios administrativo. (Si usted es elegible para 29 meses de cobertura continuada debido a una discapacidad, la ley le permite al Fondo cobrarle el 150% del costo completo del plan durante los 19 hasta los 29 meses de la cobertura.). Las siguientes reglas son aplicables al hacer sus pagos de COBRA:

Es más fácil hacer su primer pago cuando usted presenta su forma de elección de COBRA, es decir dentro de 60 días desde la fecha en que su cobertura del Fondo termina. En ningún evento su pago puede ser hecho después de 45 días de la fecha en que usted envía por correo su formulario de elección firmado a la oficina del Fondo. Su primer cheque debe cubrir el período de la fecha en que su cobertura de grupo terminó y la fecha cuando la cobertura de COBRA comenzó hasta el mes en curso.

Después del primer pago, todos los pagos de COBRA siguientes serán pagaderos el día 30 de cada mes. Tenga pendiente que la oficina del Fondo no envía factura de cobros para la cobertura de COBRA y es su responsabilidad de ver que su pago esté en la oficina del Fondo antes de la fecha de vencimiento.

Las cuotas de COBRA son examinadas generalmente por lo menos una vez al año y están sujetas a cambios.

Usted será notificado por la oficina del Fondo si la cantidad de su pago de COBRA cambia. Además, si los beneficios cambian para empleados activos, su cobertura también cambiará.

Cuando La Cobertura De COBRA Termina

Su cobertura continuada bajo COBRA podría terminar por algunas de las siguientes razones:

- La cobertura ha continuado por el período de 18, 29 o 36 meses máximo, medido desde la fecha en que se pierde la cobertura.
- El Fondo se termina. Si la cobertura es reemplazada, usted puede ser continuado bajo la nueva cobertura.
- Usted o sus dependientes dejan de hacer los pagos necesarios a tiempo.

- Usted o sus dependientes están cubiertos bajo otro Fondo de salud que no excluye la cobertura para las condiciones preexistentes o que la exclusión no aplica para las condiciones preexistentes.
- Usted o su dependiente cubierto tiene derecho a recibir los beneficios bajo Medicare.
- Usted o su dependiente está continuando la cobertura durante los 19 hasta los 29 meses de una discapacidad, y la discapacidad termina.
- La cobertura de continuación también puede ser terminada por cualquier razón que pondría fin a la cobertura de cualquier participante o beneficiario que no esté recibiendo la continuación de cobertura (como el fraude).

Los detalles completos de la continuación de cobertura bajo COBRA serán proveídos a usted o a sus dependientes elegibles cuando la oficina del Fondo recibe la notificación de que un evento calificativo ha ocurrido.

Sus Derechos Bajo La Ley De Health Insurance Portability and Accountability Act Of 1996 (HIPAA)

Bajo la ley federal llamada Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (comúnmente llamada "HIPAA") el Fondo está obligado a proveer lo siguiente.

Derechos De matriculación Especial

HIPAA requiere que los fondos como el nuestro garanticen que los participantes y los dependientes que no están cubiertos por un Fondo tengan derechos a la matriculación especial si ciertos eventos ocurren, conocido como "Eventos Calificativos." [Note que, con respecto a los dependientes, estos derechos son aplicables sólo si usted tiene derecho a la cobertura de familia.] Las circunstancias calificativas incluyen:

- Un cambio en el estatus familiar, como el matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción, colocación para la adopción, o la muerte.
- Usted dijo anteriormente por escrito que usted y / o sus dependientes no estaban aplicando para la cobertura del Fondo debido a la cobertura bajo otro plan médico, y que la otra cobertura se perdió por alguna de las siguientes razones:
 - la terminación del empleo;
 - la reducción en horas trabajadas;
 - su cónyuge muere;
 - usted y su cónyuge se divorcian o se separan legalmente;
 - la otra cobertura era la continuación de la cobertura bajo COBRA, y usted o sus dependientes llegan al tiempo máximo para la continuación de la cobertura bajo COBRA; o
 - el otro plan se termina porque el empleador [u otro patrocinador] no pagó la cuota cuando era pagadera.

Más información sobre éstos derechos está disponible en la oficina del Fondo.

Certificado De La Cobertura De Buena Reputación

Cuando su cobertura del Fondo termine, usted y / o sus dependientes serán proveídos con un "Certificado de Cobertura de Buena Reputación." Los certificados de cobertura de buena reputación demuestran el período de tiempo en que usted y / o sus dependientes estaban cubiertos bajo el Fondo (incluyendo la cobertura de COBRA), tanto como cierta información adicional requerida por ley. El certificado de cobertura de buena reputación podría ser necesario si usted y / o sus dependientes son elegibles para la cobertura bajo otro Fondo de salud, o si usted está cubierto bajo una póliza de seguro de salud, dentro de 63 días después de que su cobertura bajo éste Fondo termina (incluyendo la cobertura de COBRA). El certificado de cobertura de buena reputación es necesario porque puede reducir cualquier exclusión para períodos de cobertura preexistentes que pueden serle aplicables a usted y / o a sus dependientes bajo el nuevo plan de salud o la póliza de seguro de salud.

El certificado de cobertura de buena reputación será proveído a usted:

- al usted pedirlo, dentro de 24 meses después de que su cobertura del Fondo termina,
- cuando usted tenga derecho a elegir COBRA,
- cuando su cobertura se termina, incluso si usted no está autorizado para COBRA,
- cuando su cobertura bajo COBRA termina.

Usted debe conservar estos certificados de cobertura de buena reputación como una prueba de la cobertura previa para su nuevo plan de salud. Para información adicional, llame a la oficina del Fondo.

Otras regulaciones de HIPAA. Éste Fondo es una entidad cubierta bajo las reglas de privacidad de HIPAA. Para una copia de la "Notificación de las Prácticas de Privacidad" del Fondo por favor contáctese con la oficina del Fondo.

Permiso Militar: Si usted está en el deber militar activo durante 31 días o menos, usted continuará recibiendo la cobertura de salud conforme con la Ley de Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados de 1994 (USERRA). Si usted está en el deber activo durante más de 31 días USERRA permite que usted continúe la cobertura de salud para usted y sus dependientes a su propio costo por hasta 24 meses. Este derecho de continuación opera en una manera similar como la cobertura de COBRA, que es descrito en éste panfleto. Cuando su cobertura termina debido a una reducción de horas debido a su servicio militar, usted y sus dependientes elegibles también podrían tener derechos a COBRA. Usted debe contactarse con la Oficina del Fondo si usted es llamado al servicio para determinar cómo afecta su elegibilidad y la de sus dependientes para beneficios del plan y cómo USERRA protege sus derechos. Además, sus dependientes pueden ser elegibles para la cobertura de salud bajo el programa federal conocido como TRICARE.

La cobertura no será ofrecida para ninguna enfermedad o lesión determinada por el Secretario de Asuntos de Veteranos de que fue incurrida, o agravada durante, el servicio en los servicios uniformados. Los servicios uniformados y el Departamento de Asuntos de Veteranos proveerán el cuidado para las discapacidades conectadas con el servicio.

Bajo USERRA un empleado activo es exigido a notificar al empleador (por escrito o de forma oral) que él o ella sale para el servicio militar a menos que las circunstancias o necesidad militar hacen la notificación imposible o irrazonable. Su empleador es exigido a notificar al plan dentro de 30 días

después de que usted es reemplazado luego del servicio militar; sin embargo, es una buena idea que usted también se lo notifique la Oficina de Fondo.

Cuando usted sea dado de baja (no menos que honorablemente) del servicio en los servicios uniformados, su elegibilidad completa será restituida el día en que usted regresa al empleo con un empleador contribuyente, siempre que usted regresa al empleo dentro de:

- 90 días desde la fecha de la baja si el período del servicio fuera más de 180 días; o
- 14 días desde la fecha de la baja si el período del servicio fuera al menos 31 días, pero menos de 180 días; o
- el principio del primer período completo de trabajo regularmente programado en el primer día de calendario siguiente de la baja (más el tiempo de viaje y 8 horas adicionales) si el período del servicio fuera menos de 31 días.

Si usted está hospitalizado o convaleciente por una lesión causada por el servicio activo, estos plazos son prolongados hasta dos años.

BENEFICIOS MÉDICO

Esta sección describe los beneficios médico disponible para usted y sus dependientes cubiertos. Para ayudarlo a comprender cómo trabaja la cobertura médica del Fondo, usted encontrará la siguiente información en ésta sección:

- una visión general de cómo la cobertura trabaja.
- una comparación entre los beneficios que están En o Fuera del Network de Magnacare en la sección llamada "Sus Beneficios A La Vista."
- más detalles sobre gastos médicos cubiertos, empezando en la sección llamada "Más Sobre Costos Cubiertos."
- una explicación de gastos médicos no elegibles y / o limitados en la sección llamada "Lo Que No Está Cubierto."
- las definiciones de los términos clave en la sección llamada "Glosario."

Visión General De Cómo La Cobertura Trabaja

Si usted ha sido cubierto por el Fondo durante un tiempo, usted podría estar acostumbrado a ver algunos beneficios descritos como cubierto por "Major Medical". No usamos ese término ahora, pero el Fondo trabaja casi de la misma manera que siempre. Los beneficios proveídos a través del Programa de Magnacare están descritos como "En-Network." Los otros beneficios son descritos como "Fuera-del-Network."

El Fondo cubre un margen amplio de servicios para el cuidado de la salud, desde visitas de oficina, pruebas de laboratorio y radiografías, cirugía grave y cuidado en el hospital. La mayoría de los costos elegibles son cubiertos a través de un proveedor En-Network de Magnacare o un proveedor Fuera-del-Network.

Proveedores En-Network De Magnacare

El Network de Magnacare consta de doctores, hospitales y otras instalaciones de atención médica seleccionados por Magnacare para proveer servicios médicos. Cuando usted usa un proveedor de Magnacare para su atención médica, el cuidado es llamado "En-Network." He aquí algunas de las ventajas del cuidado En-Network:

- un network extensivo de proveedores de atención médica para escoger,
- un co-pago y un 20% de co-seguro, y
- generalmente no hay ningún reclamo para presentar.

Como Encontrar Un Proveedor Del Network

He aquí cómo encontrar un doctor, hospital, laboratorio u otro lugar en el Network cerca de usted.

- **Mire el directorio de Magnacare por el Internet.** Para ubicar a un doctor, hospital u otro proveedor en el Network de Magnacare, entre al www.magnacare.com y examine el directorio del proveedor.
- **Contáctese con la oficina del Fondo.** La oficina del Fondo también puede ayudarlo a encontrar un proveedor En-Network.

El Network de Magnacare. Mientras que usted tiene la opción de ir o no ir a un proveedor en el network para su cuidado médico, usted paga el mínimo cuando usted usa los proveedores en el network.

Cómo Está Cubierto El Cuidado Fuera Del Network

Usted también tiene la alternativa de ir a un proveedor Fuera-del-Network. Cuando usted ve a un proveedor que no participa en el network de Magnacare, los servicios son considerados "Fuera-del-Network". He aquí algunos factores clave que usted tiene que saber si usted decide ir Fuera-del-Network de Magnacare para su atención médica:

- usted debe cumplir con el deducible anual de \$500 antes de ser reembolsado por cualquier costo elegible. (Note que hay un deducible separado de \$100 para las visitas de sala de emergencia, como está descrito en el programa de beneficios.)
- después de que usted haya cubierto el deducible anual, los costos son solamente reembolsados en un 80% del "Programa de Magnacare".
- usted es responsable de pagar el resto, el cual es su co-seguro.
- usted debe presentar un reclamo. En muchos casos, usted tiene que pagar al proveedor cuando el servicio es dado, luego presentar un reclamo a Magnacare para el reembolso.

Usted debe presentar prueba satisfactoria de cada cargo para los beneficios que están siendo reclamados, y cada cargo usado para satisfacer el deducible. Esté seguro de mantener un registro exacto de sus gastos médicos y conserve todas las facturas y recibos.

SUS BENEFICIOS A LA VISTA

<u>BENEFICIOS MEDICOS</u>		
<u>Características y Beneficios</u> <u>Importantes</u>	<u>En-Network</u>	<u>Fuera-Del-Network</u>
Beneficios Máximo Anual (Año del Fondo 1 de Mayo – 30 de Abril)	El Fondo pagará un máximo de \$250,000 por persona por año de por vida. Hay \$5,000 de reintegración anual para el máximo	
Deducible anual (Para todos los servicios cubiertos excepto el cuidado de emergencia)	Nada	\$500 por persona
Servicios Médico (Visita en la oficina)	\$20 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del deducible
Consultas con Especialistas (Carta de recomendación requerida)	La Primera visita, \$30 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare Las próximas visitas \$20 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del deducible
Radiografía	\$10 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del Deducible
Pruebas de Laboratorio	\$20 de co-pago, entonces el 100% del Programa de Magnacare	\$20 de co-pago, entonces 100% del Programa de Magnacare después del Deducible
Cuidado de niño saludable	\$20 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del Deducible
Examen físico anual	\$20 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del Deducible
Inmunizaciones	\$20 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del Deducible

Servicios Podiátrico (\$1,000 de beneficio máximo anual, En o Fuera del Network combinado)	\$20 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del Deducible
Servicios Quiropráctico (\$1,000 de beneficio anual máximo, En o Fuera del Network combinado)	\$20 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del deducible
Fisioterapia de paciente externo (\$60 visitas cada año del plan)	\$20 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del deducible
Radioterapia de paciente externo	\$20 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del deducible
Terapia del habla	\$20 co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del deducible
Servicios de paciente interno en el Hospital	\$500 de deducible por admisión. Hasta 365 días en una habitación semi- privada.	\$500 de deducible por admisión. Hasta 365 días en una habitación semi-privada.
Cuidado de emergencia	\$100 de co-pago por visita, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del Deducible de \$100
Prueba prequirúrgicas	\$0 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del deducible
Operación de paciente externo	\$0 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del Deducible
Diálisis	\$0 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare después del Deducible
Anestesia	\$0 de co-pago, entonces el 80% del Programa de Magnacare	80% del Programa de Magnacare, después del Deducible
Salud mental (30 días máximo por año del Fondo para paciente hospitalizado)	\$500 de deducible por admisión de paciente hospitalizado	\$500 de deducible por admisión de paciente hospitalizado

(50 días máximo para paciente externo por año del Fondo)	50% de co- pago por visitas de paciente externo	50% de co-pago después del deducible
Abuso de sustancias (Beneficio máximo de vida hasta \$10,000 por persona y \$15,000 por familia) [contáctese con la oficina del Fondo para la pre- certificación]	\$0 por admisión de paciente interno. \$0 de co- pago por visita de paciente externo	No está cubierto
Cuidado En Casa (60 visitas por año del Fondo)	80% del Programa de Magnacare después del deducible de \$50. Sin embargo, no hay deducible si el cuidado es recibido dentro de siete días de dejar el hospital.	80% del Programa de Magnacare después del Deducible. \$500 anual de deducible.
Cuidado en el Hospicio (210 días de por vida para "" pacientes enfermos en fase terminal)	\$500 de deducible	100% del Programa de Magnacare después del deducible de \$500.
Beneficio de aparato para la audición (Beneficio máximo de \$500 por oído para la compra y el ajuste- disponible una vez cada tres años)	Cobertura completa (Hasta el beneficio máximo)	Cobertura completa (Hasta el beneficio máximo)

El "Deducible" es una cantidad inicial anual que usted paga por servicios Fuera del Network o ciertos servicios En Network de Magnacare antes de que el Fondo pague cualquier beneficio. Usted solamente tiene que pagar el deducible una vez cada año del Fondo, excepto que por estadía en el hospital son \$500 por cada admisión. Cuando usted es tratado por un proveedor Fuera-del-Network, usted es responsable del deducible y cualquier cantidad de los costos cubiertos que exceden el reembolso del Programa de Magnacare.

Beneficios De Hospital

Cuando usted está hospitalizado, el Fondo cubre una habitación semi-privada después de \$500 de deducible por admisión. (Si usted tiene una habitación privada, el Fondo no paga nada más que el precio de un semi-privado.) También cubierto cuando usted está hospitalizado están las clases de servicios y suministros típicamente requeridos cuando usted está hospitalizado:

- los suministros de anestesia y uso de equipo de anestesia (administrado solamente cuando es dado por un empleado del hospital, vea la sección llamada "Anestesia"),
- la cama y alojamiento incluyendo dietas especiales,
- los vendajes,
- los medicamentos y medicinas para el uso en el hospital,

- el uso de equipo electrocardiográfico,
- el cuidado general de enfermera,
- los exámenes del laboratorio compatibles con el diagnóstico y el tratamiento de la condición para la cual la hospitalización es requerida (note que las interpretaciones del laboratorio pueden ser facturadas por separado y por lo tanto puede que no sean cubiertas en su totalidad),
- la sala de operación y el uso de sala de recuperación,
- la quimioterapia,
- el oxígeno y el uso de equipo para su administración,
- el uso de equipo fisioterapéutico,
- los yesos,
- los estudios de la radiografía consistente con el diagnóstico y el tratamiento de la condición para la cual la hospitalización es requerida (note que las interpretaciones de radiografía son generalmente facturadas por separado y no están cubiertas bajo éste beneficio).

Beneficios De Los Costos Médicos En El Hospital

Si usted es hospitalizado por una enfermedad que no requiere cirugía o maternidad, usted es elegible para los beneficios de costo médico en el hospital. La cobertura es aplicable a las enfermedades que incluyen la enfermedad cardíaca, la neumonía, etcétera.

El beneficio de costo médico en el hospital no cubre servicios llevados a cabo en conjunción con la función nerviosa y los trastornos mentales, trabajo dental o la cirugía cubierta por la indemnización por accidentes laborales. Además, los beneficios no son proveídos en la instalación para el cuidado de un veterano en relación con una discapacidad del servicio militar o en un hospital operado por una agencia federal o estatal (excepto para el cuidado de emergencia).

Cobertura De Hospital

El Fondo cubre hasta 365 días por confinamiento de hospital. "Un confinamiento" es un período de hospitalización que está separado del confinamiento anterior y después de por al menos 90 días.

Usted debe tener la estancia en el hospital aprobada por Magnacare con anticipación (vea la sección llamada "Manejando Su Cuidado".)

Cuidado Dental De Un Paciente Hospitalizado

El Fondo proporciona cobertura de seguro hasta dos días para paciente hospitalizado por servicios dentales que requieren extracciones. La hospitalización debe ser "médicamente necesaria" y pre-certificada por la oficina del Fondo.

Cuidado De Emergencia

En caso de una emergencia, usted debe consultar primero con su médico de familia. Si esto no es posible, localice un hospital cerca o vaya al centro médico más cercano. Los siguientes servicios de emergencia están cubiertos:

- El Fondo cubre los primeros auxilios de emergencia dados dentro 24 horas después de la lesión accidental o 72 horas del inicio del padecimiento.
- Para el uso de instalaciones de sala de operaciones en el hospital para una intervención quirúrgica, el hospital debe contactarse con la oficina del Fondo antes de que el tratamiento comience. Si la oficina del Fondo está cerrada, usted debe contactarse con la oficina del Fondo lo antes posible después de que el tratamiento ha comenzado.

Usted es responsable de un deducible de \$100 por cada visita a la sala de emergencia. Después de eso, el Fondo paga el 80% de Programa de Magnacare y usted tiene que pagar el balance de los cargos, sin importar que usted está en un hospital En o Fuera del Network de Magnacare.

Operación Simple

La cobertura del Fondo para una sala de emergencia y para una operación simple incluye:

- la reducción cerrada de huesos fracturado o dislocado,
- las endoscopias que requieren el uso de las instalaciones quirúrgicas del hospital, y
- las incisiones o pinchazos de la piel u otro tejido excepto para la inoculación, vacunación, recolección de sangre, administración de medicamento, o la inyección.

Costos Quirúrgicos

El Fondo provee cobertura para la cirugía que es recomendada, aprobada y llevada a cabo por un médico legalmente titulado o cirujano.

Si dos o más procedimientos quirúrgicos son llevados a cabo simultáneamente durante cualquier período, el más costoso es pagado en su totalidad hasta los límites del Programa de Magnacare y los cargos para el segundo procedimiento son reembolsados a la mitad, pero no más que dos veces la cantidad más grande. El beneficio del costo quirúrgico para un asistente de cirujano es igual al 25% del beneficio del costo quirúrgico.

Si dos o más operaciones son llevadas a cabo a través de la misma incisión abdominal, la cantidad total pagada por todas las operaciones no puede ser más que la cantidad máxima especificada en el Programa de Magnacare para la operación para la que el beneficio más grande es pagadero.

Los beneficios para los procedimientos de esterilización o para el cambio completo de tales procedimientos son pagaderos solamente una vez durante la vida de una persona para cualquiera o ambos procedimientos.

Si los servicios son proveídos En-Network, entonces usted paga el co- pago usual. Si son proveídos Fuera-del-Network, entonces usted paga el deducible y el co-seguro y cualquier cantidad por servicios que sobrepasan el reembolso permitido.

Ley De Derechos De Salud Y De Cáncer De 1998 De Las Mujeres

Bajo la ley federal, los grupos de planes de salud que proveen beneficios médicos y quirúrgicos en relación con una mastectomía deben proveer beneficios para cierta cirugía reconstructiva. Esto incluye la cobertura para lo siguiente:

- la reconstrucción del pecho en el que la mastectomía fue hecha,
- la cirugía y la reconstrucción del otro pecho para hacer una aparición simétrica, y
- las prótesis y las complicaciones físicas asociadas con todas las etapas de la mastectomía, incluyendo linfadenas, en una manera determinada entre el médico a cargo y el paciente.

Esta cobertura está sujeta a las reglas y regulaciones estándares del Fondo para el pago de beneficios.

Beneficios De Costo De Anestesia

El Fondo cubre los beneficios de anestesia si la anestesia es administrada por un médico legalmente titulado o por un anestesista legalmente titulado aparte del cirujano o un empleado del hospital.

Los servicios son pagados en un 80% del Programa de Magnacare. Si está fuera del network, el deducible anual debe estar satisfecho.

Prueba Prequirúrgica

El Fondo también cubre las pruebas diagnósticas prescritas por su médico hechas en el mismo hospital como la cirugía.

Maternidad

El Fondo provee beneficios de maternidad de hospital para miembros elegibles y dependientes elegibles. Los beneficios de hospital regulares son pagados para parto normal (incluyendo la falsa alarma de parto) durante al menos dos días y al menos cuatro días para una cesárea. El cuidado de cirugía de recién nacido está cubierto de la misma manera como la madre. Si una estadía más larga es requerida, la autorización debe ser obtenida de la oficina del Fondo.

Ley De Protección De Salud De 1996 De Los Recién Nacidos Y Las Madres

Bajo la ley federal, el Fondo no puede restringir beneficios para ninguna duración en el hospital en relación con el parto para la madre o el niño recién nacido a menos de 48 horas después del parto vaginal, o menos de 96 horas después de una operación cesárea. Sin embargo, generalmente la ley federal no prohíbe al proveedor que está asistiendo a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, de dar de alta a la madre o su niño recién nacido antes de 48 horas (o 96 horas, como sea aplicable). En todo caso, bajo ley federal, el Fondo no puede requerir que un proveedor obtenga una preautorización para prescribir una estancia no más de 48 horas (o 96 horas). Si una estancia más larga es requerida, la autorización debe ser obtenida de la oficina del Fondo.

Cobertura Para Recién Nacido

Si usted tiene cobertura de familia, los beneficios de hospitalización son proveídos para niños recién nacidos desde el nacimiento para el tratamiento de la enfermedad o la lesión. Esto incluye el cuidado para lo siguiente:

- los bebés prematuros que pesan menos de 4.4 libras cuando el cuidado es proveído en una unidad acreditada para prematuros, por el tiempo de cuidado necesario;
- todos los bebés que pesan entre 4.4 a 5.5 libras, desde el momento en que la madre deja el hospital; y
- los bebés prematuros en una unidad acreditada para prematuros porque necesitan el cuidado de incubadora, sin considerar cuánto pesa el bebé.

NOTE: No hay cobertura para un niño recién nacido de un niño dependiente.

Aborto

El Fondo también cubre alojamientos semi-privados para hasta dos días para el aborto optativo. Si se hace la ligación de los tubos durante el mismo período de hospitalización, el Fondo provee la cobertura para hasta tres días.

Visitas De Oficina

El Fondo cubre las visitas a las oficinas de médicos y especialistas. Las consultas de especialista son referidas por su médico a cargo. Si usted va a un doctor En-Network, entonces usted paga el co-pago usual (generalmente \$20, o \$30 en caso de su primera visita con un especialista) y el 20% de co-seguro. Si usted va a un doctor Fuera-del-Network, entonces usted paga el deducible usual y el co-seguro.

CUIDADO PREVENTIVO

Cuidado De Niño Saludable

Si usted tiene la cobertura de familia, el Fondo cubre 12 visitas al médico durante los primeros 12 meses de vida de un niño, incluyendo la visita al hospital al nacer. El Fondo también cubre tres visitas al año para los niños de uno a seis años de edad.

Cuidado De Mujer Saludable

El cuidado de mujer saludable incluye los exámenes pélvicos y los Papanicolau para participantes de sexo femenino (18 años o más), tanto como las mamografías anuales cuando son recomendadas por su doctor.

Examen De Chequeo Anual

El Fondo cubre un examen físico por el año del Fondo. La cobertura incluye el diagnóstico y las radiografías.

Inmunizaciones

El Fondo cubre las inmunizaciones. El Fondo también cubre las visitas de oficina para la inmunización si son cobradas por separado.

Equipo Médico Durable

El equipo médico durable ("DME") está cubierto en su totalidad cuando es obtenido de un proveedor preferido de Magnacare. De lo contrario, es cubierto al nivel de beneficios usual Fuera-del-Network.

Quimioterapia Para Paciente Externo

El Fondo provee la cobertura para la quimioterapia de paciente externo, incluyendo los tratamientos, cuando el cuidado es dado en una instalación participante. No olvide que si usted va a un proveedor Fuera-del-Network, usted tendrá que pagar el deducible y algún co-seguro aplicable, tanto como cualquier cantidad que exceda el Programa de Magnacare.

Radioterapia

El Fondo cubre la terapia de radiografía profunda y el componente de los cargos del médico. Los cargos del hospital para el uso del componente técnico serán pagados de la misma manera como la terapia. Si usted va a un proveedor Fuera-del-Network, usted tendrá que cumplir con el deducible y cualquier co-seguro aplicable, tanto como cualquier cantidad que excede el Programa de Magnacare.

Diálisis

El Fondo cubre beneficios de diálisis hasta que usted es elegible para tal cobertura bajo Medicare. La cobertura incluye la hemodiálisis y la diálisis peritoneal durante la hospitalización de un paciente. La diálisis de un paciente externo está cubierta de la siguiente manera:

- **Cobertura en casa** - todos los equipos apropiados y necesarios requerido para el tratamiento de diálisis en casa, tanto como el arrendamiento del equipo.
- **Cobertura en un hospital o en una instalación anexa** – el tratamiento necesario si el programa de diálisis de la instalación está aprobado por las autoridades gubernamentales apropiadas.

Si usted va a un proveedor Fuera-del-Network, usted tendrá que pagar el deducible y cualquier co-seguro aplicable, tanto como cualquier cantidad que excede el Programa de Magnacare.

Cuidado En Casa

El Fondo cubre un máximo de 60 visitas por año desde el 1 de Mayo hasta el 30 de Abril. Los servicios deben ser dados bajo un plan de tratamiento médico aprobado a través de una agencia del cuidado en casa certificada por el Estado de Nueva York. Los beneficios del cuidado en casa serán proveídos sólo si la hospitalización o el confinamiento en una instalación de enfermería experimentada hubiesen sido requeridos de otra manera. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- la enfermería profesional de medio tiempo,
- los servicios de asistente médico domiciliario de medio tiempo (hasta cuatro horas de tal cuidado es igual a una visita de cuidado en casa),
- la terapia física, ocupacional o del habla,
- los equipos medico, medicamentos y medicinas recetadas por un médico, y
- los servicios necesarios de laboratorio.

El beneficio del cuidado en casa también cubre lo siguiente:

- los servicios de un enfermero titulado o enfermero auxiliar licenciado,
- los servicios de un asistente medico domiciliario licenciado certificado por el estado, siempre que la persona no viva con usted o no sea un miembro de su familia inmediata,
- las visitas por el personal del hospicio que son empleados de tiempo completo del hospicio,
- la terapia física y respiratoria,
- el oxigeno y equipo para su administración,
- el arrendamiento de sillas de ruedas y camas tipo hospital y otro equipo médico para el cuidado del paciente, y

- la medicina y las drogas.

Cuando el cuidado es proveído dentro de siete días después de salir del hospital, la cobertura será proveída al 80% del Programa de Magnacare. Cuando el cuidado es proveído sin la hospitalización previa, usted debe pagar un deducible de \$50. En cuanto usted haya cubierto el deducible, el Fondo cubre el 80% del Programa de Magnacare. Si usted va a un proveedor Fuera-del-Network, usted tendrá que pagar el deducible y cualquier co-seguro aplicable, tanto como cualquier cantidad que excede el Programa de Magnacare.

Cuidado En Un Establecimiento De Enfermería Especializada

El Fondo cubre hasta 30 (treinta) días de cuidado en un establecimiento de enfermería especializada cada año del Fondo cuando un médico determina que el cuidado es "médicamente necesario." La estancia en un establecimiento de enfermería especializada debe ser inmediatamente después del confinamiento en un hospital por una enfermedad seria. Los beneficios son pagaderos solamente después de que la oficina del Fondo recibe una carta de la necesidad médica de su doctor.

Exclusiones Para El Cuidado En El Establecimiento De Enfermería Especializada

Además de las exclusiones generales del Fondo, los siguientes no están cubiertos bajo el beneficio del cuidado en el establecimiento de enfermería especializada:

- el beneficio para una enfermedad o accidente relacionado con el empleo,
- cualquier servicio dado por una persona que es un miembro de la familia del paciente o quien normalmente vive con el paciente, y
- los servicios para cualquier enfermedad que no está cubierta.

La cobertura completa es proveída si usted recibe el cuidado en un establecimiento En-Network. Si usted va a un proveedor Fuera-del-Network, usted tendrá que pagar el deducible y cualquier co-seguro aplicable, tanto como cualquier cantidad que excede el Programa de Magnacare.

Cuidado En El Hospicio

El Fondo cubre hasta 210 día de atención al paciente en el hospicio con una "enfermedad terminal menos los \$500 de deducible." Los beneficios son pagaderos solamente después de que la oficina del Fondo recibe la prueba de la prognosis de su médico a cargo.

Los siguientes servicios y equipos están cubiertos bajo el beneficio de cuidado en el hospicio:

- los suministros de anestesia y el uso de equipo para anestesia (la administración de anestesia solamente por un empleado del hospital; vea la sección sobre anestesia por lo demás),
- la cama y alojamiento incluyendo dietas especiales,
- los vendajes,
- los medicamentos y medicinas para el uso en el hospicio,
- el equipo electrocardiográfico,
- el cuidado de enfermería general,

- los exámenes del laboratorio (note que las interpretaciones del laboratorio pueden ser facturadas por separado y por lo tanto puede que no estén cubiertas en su totalidad),
- la sala de operación y el uso de la sala de recuperación,
- el oxígeno y el uso del equipo para su administración,
- uso del equipo fisioterapéutico,
- los yesos, y
- los estudios de radiografía (note que las interpretaciones de radiografía pueden ser facturadas por separado y por lo tanto, puede que no estén cubiertas en su totalidad).

Exclusiones. Además de las exclusiones generales, los siguientes no están cubiertos bajo el beneficio de cuidado en el hospicio:

- los beneficios para una enfermedad o accidente relacionado con el empleo,
- cualquier servicio dado por una persona que es un miembro de la familia del paciente o quien normalmente vive con el paciente, y
- los servicios para cualquier enfermedad que no está cubierta bajo éste Fondo.

La cobertura completa es proveída después de los \$500 de deducible si usted recibe el cuidado en un establecimiento participante. Si usted va a un proveedor Fuera-del-Network, usted tendrá que pagar el deducible como también cualquier cantidad que excede el Programa de Magnacare.

Que es un Hospicio – Es un establecimiento que provee el cuidado de hospicio si opera como una unidad o programa que solamente admiten a pacientes enfermos en la fase terminal. Tal establecimiento debe estar separado de cualquier otro establecimiento. Sin embargo, puede ser afiliado a un hospital o Agencia del Cuidado de la Salud en Casa. El hospicio debe ser aprobado por el Fondo como que cubre los requisitos legales, si hay, del estado, provincia, localidad o autoridad que tiene jurisdicción sobre la concesión de licencia y aprobación de tales instituciones o establecimientos.

Pacientes enfermos en la fase terminal - Están definidos como pacientes con una esperanza de vida de seis meses o menos, como está diagnosticado por un médico.

Enfermero De Servicio A Domicilio

El Fondo proporciona cobertura de seguro para servicios médicamente necesarios proveído por enfermeros auxiliares titulados y licenciados, para hasta 60 visitas como paciente externo y 30 días como paciente hospitalizado por el año del Fondo. La cobertura incluye los servicios de asistentes médicos domiciliarios titulados. La cobertura es proveída en un 80% del Programa de Magnacare en-network y un 80% del Programa de Magnacare después de satisfacer los \$500 de deducible anual para un proveedor fuera del network.

Enfermería De Servicio Particular

El Fondo cubre los servicios de enfermería particular por un enfermero licenciado titulado o un enfermero auxiliar licenciado. Los beneficios son limitados a 30 días como paciente hospitalizado y 60 visitas en casa. La cobertura es proveída en un 80% del Programa de Magnacare En-Network y un 80% del Programa de Magnacare después de satisfacer los \$500 de deducible anual para un proveedor Fuera-del-Network.

Servicios Quiropráctico

El Fondo cubre los servicios quiroprácticos En o Fuera del Network, hasta un beneficio máximo de \$1,000 cada año del Fondo. Si usted va a un proveedor En-Network, usted paga el co- pago usual. Si usted va a un proveedor Fuera-del-Network, usted paga cualquier cantidad que excede el Programa de Magnacare más cualquier deducible y co- seguro.

Terapia Por Inyección

El Fondo cubre las inyecciones para las articulaciones, pero no el costo de los medicamentos. La cobertura **no** incluye:

- las visitas para las inyecciones de hígado, hierro y vitamina B-12 para la anemia secundaria, y
- las inyecciones de hormona para la menopausia y para los otros tratamientos no específico, como penicilina y otros antibióticos.

Servicios Podiátrico

El Fondo cubre los servicios podiátrico médicamente necesarios, incluyendo servicios para tratamientos que surjan por la diabetes por hasta \$1,000 cada año del Fondo, En o Fuera del Network combinados. Los servicios cubiertos incluyen el tratamiento para callos, juanetes, callos, uñas de los pies, pies planos, tobillos caídos, pies débiles, tensión de pie crónica o los problemas de pie sistemáticos. Las visitas de oficina no están cubiertas en el mismo día como los procedimientos quirúrgicos. Si usted va a un proveedor En-Network, usted paga \$20 de co-pago y el 20% de co-seguro. Si usted va a un proveedor Fuera-del-Network, usted paga cualquier cantidad que excede el Programa de Magnacare más cualquier deducible y co-seguro.

Fisioterapia Para Paciente Externo

El Fondo cubre un máximo de 60 visitas de fisioterapia cada año del Fondo, por diagnostico, para servicios En o Fuera Network combinados. Si usted va a un proveedor En-Network, usted paga \$20 de co-pago y el 20% de co-seguro. Si usted va a un proveedor Fuera-del-Network, usted paga cualquier cantidad que excede el Programa de Magnacare más cualquier deducible y co-seguro.

Terapia Del Habla

El Fondo cubre el tratamiento por un terapeuta del habla cuando es requerido por un médico legalmente titulado para restaurar la pérdida del habla o corregir el deterioro debido a un defecto congénito para el que la cirugía correctiva se ha hecho, o por un accidente o enfermedad (excepto por un desorden nervioso funcional). La terapia del habla está cubierta En o Fuera del Network. Si usted va a un proveedor En-Network, usted paga \$20 de co-pago y el 20% de co-seguro. Si usted va a un proveedor Fuera-del-Network, usted paga cualquier cantidad que excede el Programa de Magnacare más el deducible anual y el 20% de co-seguro.

Beneficios De La Audición

El Fondo cubre las evaluaciones de la audición por un audiólogo y los audífonos recetados por médicos legalmente titulados. El Fondo cubre un máximo de \$500 por cada oído cada tres años para la compra y ajuste de un audífono. La reparación y el mantenimiento no están cubiertos.

Salud Mental

El Fondo cubre los servicios de ambos paciente hospitalizado y paciente externo. Los beneficios son proveídos para la administración de terapia convulsiva, ya sea para un paciente hospitalizado o paciente externo. Los beneficios de hospitalización están disponibles solamente en hospitales generales y en hospitales psiquiátricos cuando la terapia de choque es administrada. Los beneficios de hospitalización no son proveídos en el establecimiento para el cuidado de veterano en relación con una discapacidad del servicio militar o en un hospital operado por una agencia federal o estatal (excepto el cuidado de emergencia). El Fondo cubre 30 días para un paciente hospitalizado sujeto a los \$500 de deducible por hospitalización y 50 visitas para un paciente externo por un período de 52 semanas desde el 1 de Mayo hasta el 30 de Abril.

Beneficios De Abuso De Sustancias

El Fondo provee beneficios solamente En-Network para el tratamiento de alcohol y drogadicción. Usted debe contactarse con la oficina del Fondo antes de recibir beneficios. La oficina del Fondo hará los arreglos con profesionales en el campo para una evaluación del problema. La evaluación profesional determinará si usted requiere el tratamiento para paciente hospitalizado o paciente externo. Usted entonces será dirigido por la oficina del Fondo a un lugar apropiado para el tratamiento. Note que hay un beneficio máximo de vida de \$10,000 por persona y \$15,000 por familias (si usted tiene cobertura de familia).

Si usted no obtiene la certificación previa de la oficina del Fondo para beneficios de abuso de sustancias, el Fondo no cubrirá su tratamiento.

Beneficios Adicionales Para Paciente Externo

Los siguientes beneficios están también disponibles bajo el Fondo sujeto al 20% de co-seguro si está En-Network o los \$500 anual de deducible y el 80% del Programa de Magnacare Fuera-del-Network:

- sangre y plasmas de sangre, extremidades y ojos ortopédicos, vendajes quirúrgicos, yesos, tablillas, bragueros, frenillos, muletas, arrendamiento de silla de ruedas, cama tipo hospital, pulmón de hierro, oxígeno y el arrendamiento del equipo para su administración.
- el entrenamiento Ortóptico bajo la supervisión de un optometrista.
- los servicios no quirúrgico, el equipo y suministros proveído por TMJ.
- los tratamientos de radio, y los tratamientos con otras sustancias radioactivas.
- la asistencia para la salud titulada por el estado donde el servicio es proveído.

Manejando Su Cuidado

Hay dos maneras como el Fondo le ayuda a usted a manejar su atención médica: a través de la "Certificación de Preadmisión" y del "Manejo de Caso." Ambos programas son manejados por Magnacare.

Paciente Externo / Instalación Ambulatoria

Para una instalación de sala de operaciones aparte de un hospital, los costos son limitados a \$3,000, que incluye el uso de equipo.

Certificación De Preadmisión

Todas las estancias del hospital que no son de emergencia deben estar aprobadas bajo el Programa de Certificación de Preadmisión de Magnacare antes de que usted sea admitido. Para hacer esto, usted, un miembro de la familia o su doctor deben llamar a Magnacare al 516-282-8000. Además de aprobar la admisión misma, Magnacare determinará la longitud apropiada de su estancia en el hospital. Si su médico quiere que usted se quede más tiempo que el número de días que han sido aprobados, sus días adicionales en el hospital deben ser aprobados por Magnacare.

Manejo De Caso

El manejo de caso está diseñado para ayudar a las personas que necesitan el cuidado especial o prolongado para la enfermedad o lesiones seria. Su objetivo principal es asegurar que el paciente reciba el cuidado apropiado en el lugar más efectivo (por ejemplo, en casa, en un hospital o en un lugar especializado). Su Manejador de Caso de Magnacare, cuyo papel es consultivo, le ayudará hacer los arreglos para el tratamiento y trabajará con usted, su familia y su médico para coordinar el programa de tratamiento, organizará los recursos necesarios y proveerá apoyo para la familia en los momentos de crisis médica.

Cuándo Pedir El Manejo De Caso

El Manejo de Caso es voluntario, y es ofrecido a usted libre de cargos. Sin embargo, cuando ciertas clases de cuidados especializado son recomendadas (por ejemplo: cuidado de la salud en casa, el cuidado en el hospicio o una estancia en un lugar de enfermería experimentada), usted es animado a pedir el Manejo de Caso, el cual usted puede hacer llamando a los servicios de miembro de Magnacare al 516-282-8000. (Un miembro de la familia o el médico a cargo también pueden hacer la llamada.)

Las Condiciones Que Requieren El Manejo De Caso

Cáncer	SIDA
Esclerosis múltiple	Fallo renal
Enfermedad pulmonar obstructiva	Afecciones cardíacas
Terapia de rehabilitación a largo plazo después de un accidente	Recién nacidos con las complicaciones de alto riesgo o los defectos congénitos múltiple
Enfermedad de Alzheimer	Trastornos mentales y nerviosos de niños y adolescentes
El diagnostico que involucra la terapia intravenosa a largo plazo	

Exclusiones

Lo que no está cubierto bajo la hospitalización y médico

Los siguientes costos no están cubiertos por el Fondo:

- los servicios que no son médicamente necesarios, no necesarios para el tratamiento de la lesión o la enfermedad o no son recomendados y aprobados por el médico a cargo;
- los confinamientos en el hospital para el cuidado custodio o convaleciente, curas por medio de reposo, o el tratamiento a largo plazo;

- los confinamientos en el hospital o cualquier período del confinamiento en el hospital principalmente para estudios diagnósticos;
- la hospitalización proveída conforme con las leyes federales, estatales, u otras leyes (excepto Medicaid);
- el cuidado que es proveído bajo cualquier ley de un gobierno;
- el cuidado proveído en un hospital operado por un gobierno federal o estatal, municipalidad o agencia;
- el servicio de ambulancia o ambulette (excepto como está proveído bajo la sección llamada "Cuidado en Casa");
- los beneficios de hospital para servicios médicos o enfermeras particulares o especiales, u otros asistentes privado o su comisión;
- los costos cubiertos por o que podrían ser cubiertos por el seguro de automóvil. Esto podría incluir el seguro para motocicletas y motocicletas de motor.
- los tratamientos tecnológicos y hospitalizaciones en relación con tal tecnología incluyendo la cirugía, tratamientos, procedimientos, medicamentos, dispositivos biológicos o médicos que, en la discreción única del Fondo, son experimentales, investigativos, obsoleto o inefectivo (vea la sección llamada "Glosario" para las definiciones de estos términos);
- las admisiones principalmente para la fisioterapia;
- los establecimientos de veterano para el cuidado en relación con una discapacidad relacionada con el servicio militar o un hospital operado por una agencia federal o estatal (excepto el cuidado de emergencia);
- los servicios médicos y de hospital, suministros y equipo que son pagados o proveídos por su servicio anterior o actual en las fuerzas armadas de algún gobierno (o de cualquier otra persona) o son pagados o proveídos bajo alguna ley de un gobierno;
- los servicios médicos y de hospital y los suministros dados en relación con los accidentes, enfermedades o lesiones cubiertas por o requeridos a que sean cubiertos por el seguro de indemnización por accidentes laborales;
- los establecimientos de sala de operaciones y el uso de equipo para la cirugía ambulatoria en una instalación aparte de un hospital;
- los costos por las refracciones de ojo o el ajuste de anteojos (excepto la cobertura proveída completamente por los beneficios del Cuidado de la Vista del Fondo);
- la cirugía estética excepto para corregir los defectos causados por la lesión o enfermedad traumática que existen mientras está cubierto, como la operación de pecho después de una mastectomía o lumpectomía;
- los cargos para el cuidado dental, tratamiento dental o, los medicamentos, excepto las hospitalizaciones si son necesarias.
- los cargos para servicios o suministros que son proveídos, pagados o proveídos por lo demás debido a su servicio anterior o actual en las fuerzas armadas de cualquier gobierno;
- los cargos que no se hubieran sido hechos si ninguna cobertura existiera;
- los cargos que usted no está obligado a pagar;

- los cargos que son irrazonables;
- la hospitalización que comenzó antes de la fecha en vigencia de la cobertura o después que se termina la cobertura;
- los cargos por una habitación privada en exceso al precio de los semi privados;
- los cargos que han sido pagados por otra empresa aseguradora (vea la sección llamada la "Coordinación de Beneficios");
- el confinamiento proveído en el establecimiento para el cuidado de veterano en relación con una discapacidad en el servicio militar;
- los costos que son el resultado de que un acto de guerra ocurrido mientras se está cubierto;
- las admisiones o continuación de hospitalizaciones primeramente por uno de los siguientes: diagnostico, fisioterapia, terapia de radiografía, terapia de radio, transfusiones para sangre o plasma de sangre, cuidado en custodia, cuidado de convaleciente, o la cura por medio de reposo;
- cuando está hospitalizado, los servicios de médicos, enfermeras particulares o enfermeras especiales que están en el personal del hospital;
- el cuidado de enfermería dado por usted o su cónyuge, o un niño, hermano, hermana o padre de usted o su cónyuge;
- los servicios personales como cortes de pelo, lavados y peinados, comidas de invitado y arrendamientos de radio / televisión recibidos en cualquier instalación para paciente hospitalizado o paciente externo;
- los artículos útiles personales como acondicionadores de aire, humidificadores, equipo de estado físico u otros dispositivos que son útiles cuando no se está enfermo o lesionado;
- los servicios, suministros y equipo proveídos en relación con la esterilización electiva, excepto la esterilización electiva como están cubiertos por el Fondo;
- los servicios que involucran a equipo o instalaciones usados cuando el arrendamiento o construcción no ha estado aprobado de acuerdo con las leyes o regulaciones estatales aplicables;
- el viaje o transportación ya sea recomendado o no por un médico;
- el cuidado en una casa de reposo o casa para envejecientes;
- el cuidado custodio como los servicios de niñeras, ama de casa o el cuidado en un lugar que le sirve principalmente como una residencia;
- los servicios, suministros y equipo proveídos al donante de un órgano para el trasplante, a menos que tanto el donante como el receptor son participantes elegibles y miembros de la misma familia inmediata;
- los servicios, suministros y equipo proveídos en relación con la prueba o el tratamiento de esterilidad, incluyendo pero no limitado a la fecundación in Vitro o a la evaluación genética o asesoramiento;
- los servicios, suministros y equipo proveídos en relación con una operación de cambio de sexo;
- el tratamiento considerado experimental o investigativo en los términos médicos estándares generalmente aceptados;
- una condición que resulta de un acto ilegal de la persona con la condición;

- las pruebas para determinar un donante compatible;
- los servicios y suministros que no son necesarios para o consistente con el diagnóstico y el tratamiento del accidente, enfermedad o lesión o que no son recomendados y aprobados por un médico legalmente titulado que opera dentro del ámbito de su especialidad;
- la lesión auto infligida;
- el cometer un acto ilegal, o tratar de evitar la aprensión legal o el arresto por un oficial de ley;
- los accidentes causados por la operación de un vehículo manual o motor bajo los efectos de sustancias generalmente embriagadoras o sustancias perturbadoras, sin considerar el contenido natural o artificial de la sustancia o si la sustancia es legal o no;
- los accidentes causados operando un automóvil en una competencia o prueba de velocidad;
- los accidentes causados por la operación u ocupar un automóvil sabiendo que es robado;
- el cuidado ofrecido en un hospital operado por un gobierno federal o estatal, municipal o una agencia;
- el servicio de ambulancia o ambulette (excepto como está proveído bajo la sección llamada "Cuidado en Casa");
- los beneficios de hospital no son proveídos para servicios de médicos o enfermeras particulares o especiales u otro cuidado particular o su comisión;
- cualquier pérdida, o parte de eso, que resulta de un accidente de automóvil o el cuál está cubierta o puede estar cubierta por el seguro de automóvil;
- los tratamientos tecnológicos, procedimientos, operaciones, medicamentos, dispositivos biológicos o médicos que, a discreción única del Fondo, son experimentales, investigativo, obsoleto, y / o ineficiente (vea la sección llamada "Glosario" para las definiciones de éstos términos);
- las admisiones principalmente para la fisioterapia;
- Nota: vehículo de motor incluye a motocicleta, motocicleta liviana, etcétera.

Experimental o Investigativo. Un proceso, tratamiento, dispositivo o cirugía que es experimental si no es:

- de eficacia médica demostrada para el diagnóstico particular o el tratamiento de la condición de la persona cubierta, y
- generalmente reconocido como eficaz y apropiada por la comunidad médica, como está reflejado en la literatura médica publicada, para el diagnóstico especial o el tratamiento de la condición especial de la persona cubierta.

La aprobación del gobierno de una tecnología no es necesariamente suficiente para darlo como beneficio demostrado o apropiado o eficaz para un diagnóstico especial o tratamiento de la condición especial de una persona cubierta.

El Fondo puede aplicar algunos o todos los siguientes criterios en su discreción al determinar si una tecnología es experimental o investigativo, obsoleta o ineficiente:

- cualquier dispositivo médico, droga o producto biológico deben haber recibido la aprobación final para ser comercializado por la Administración de Alimentos y Drogas de los EE.UU. (FDA) para el diagnóstico especial o condición. En cuanto la aprobación del FDA ha sido dada para un diagnóstico especial o condición, el uso del dispositivo médico, medicamento, o producto biológico para otro diagnóstico o condición puede ser requerido que se cumplan algunos o todos estos cinco criterios.
- debe existir pruebas, como está reflejado en la literatura médica publicada, de que la tecnología es por lo menos efectiva para mejorar la salud como una tecnología establecida, o que es usable en los contextos clínicos apropiado en donde la tecnología establecida no es empleable.
- debe existir prueba, como está reflejado en la literatura médica publicada, de que la tecnología es por lo menos efectiva para mejorar la salud como una tecnología establecida, o es utilizable en los contextos clínicos apropiados en los que la tecnología establecida no es empleable.

BENEFICIOS DE MEDICAMENTO DE VENTA CON RECETA

Cómo El Fondo Trabaja

El Fondo provee la cobertura por medio de Express Scripts para medicamentos de venta con receta comprados en una farmacia participante o a través del programa de pedido por correo de Express Scripts. La cobertura depende de qué alternativa usa usted. La siguiente tabla resume éstos beneficios. Hay un máximo de \$15,000 por año del Fondo por participante para los medicamentos de venta con receta (\$10,000 por el periodo del 1 de Septiembre del 2007 hasta el 30 de Abril del 2008). Este máximo de \$15,000 es tanto para venta al por menor como para ordenes por correo combinados.

Resumen De Beneficios

Recetas de una Farmacia participante (hasta un suministro de 30 días)	Lo que usted paga
Medicamentos genéricos	\$25 de co- pago
Medicamentos de nombre de marca cuando los equivalentes genéricos no están disponibles	\$25 de co- pago
Medicamentos de nombre de marca cuando los equivalentes genéricos están disponibles	\$25 de co- pago, más la diferencia entre el producto de nombre de marca y el genérico
Tratamientos Inyectables	\$30 de co- pago
Recetas a través del programa de pedido por correo (hasta un suministro de 90 día)	Lo que usted paga
Medicamentos genéricos	\$35 de co- pago
Medicamentos de nombre de marca sin equivalentes genéricos	\$35 de co- pago
Medicamentos de nombre de marca con equivalentes genéricos	\$35 de co- pago más la diferencia del costo entre el producto de nombre de marca y el genérico
Tratamientos Inyectables	\$50

¿Qué Tipos De Medicamentos De Venta Con Receta Están Cubiertos?

Los medicamentos cubiertos incluyen todos los medicamentos de ley federal o estatal tan bien como la insulina. Jeringas de insulina, lancetas, y las tiras de prueba están cubiertas solamente a través del

pedido por correo. Hay limitaciones de cantidad sobre ciertos medicamentos para el tratamiento de la impotencia, los dolores de cabeza de migraña, el asma, y las alergias como lo indica el fabricante.

Política Genérica Obligatoria

El Fondo tiene una política genérica obligatoria, que quiere decir que si usted pide una droga de nombre de marca cuando un equivalente genérico esté disponible, usted será responsable de la diferencia entre el precio del producto de marca y el genérico, más el co-pago aplicable.

Pedido Por Correo Obligatorio Para Medicamentos De Mantenimiento

La alternativa de pedido por correo debe ser usada para medicamentos que usted toma regularmente o a largo plazo (llamado "Tratamientos de Mantenimiento"). A usted se le permite llenar su receta inicial y obtener un repuesto adicional en una farmacia de venta al por menor. Después de estos dos rellenos iniciales, usted debe usar la farmacia de pedido por correo para llenar su receta.

Si usted pierde su tarjeta de identificación de Express Scripts, usted debe llamar a la oficina del Fondo al (718) 859-1624, (718) 842-1212 o (732) 882-1901 para obtener una tarjeta de reemplazo

Pedido Por Correo

Rellenos- los rellenos de medicamento de venta con receta no son enviados automáticamente. Usted debe completar el formulario de repuesto incluido con cada envío de Express Scripts y enviarlo con su cheque o número de tarjeta de crédito en el formulario proveído. Usted también puede llamar para pedir que le llenen su receta al 800-451-6245 o visitando al sitio web al WWW.EXPRESS-SCRIPTS.COM. Su orden será aguantada si su saldo excede \$50. Usted debe dar por lo menos dos semanas para su entrega.

Exclusiones Y Limitaciones

Los siguientes artículos no están cubiertos por el Fondo:

- las vitaminas,
- los productos para dejar de fumar,
- los tratamientos dentales,
- las pastillas para adelgazar,
- los tratamientos de fertilidad,
- los tratamientos usado para los propósitos cosmético, y
- los artículos de venta sin receta médica como los remedios fríos y los vendajes de herida,
- los medicamentos o drogas que no son médicamente necesarios,
- los medicamentos o drogas que son cubiertos por o exigido a ser cubierto por el seguro de compensación de trabajadores,
- los medicamentos o drogas que son cubiertos por o exigido a ser cubierto por el seguro automovilístico.

Su cobertura de medicamento de venta con receta está también sujeta a las siguientes limitaciones:

- los anticonceptivos Orales e inyectables son cubiertos solamente para los propósitos no anticonceptivos. Usted debe presentar una carta de la necesidad médica a la oficina del Fondo para pedir la autorización para estos medicamentos.
- las vacunas, hormonas de crecimiento, y algunas curas contra el cáncer también requieren una carta de la necesidad médica.

Monitoreo De La Diabetes

Los fideicomisarios de United Teamster Fund están buscando constantemente las maneras de mejorar la salud y el bienestar social de usted y su familia. Como consecuencia de éste esfuerzo, un nuevo dispositivo sin dolor para la diabetes ha sido traído a nuestra atención.

Uno de los proveedores prominentes en la industria es Pharmacy Distributor Services que proveerá a nuestros miembros con sus miembros de la familia si están cubiertos, quienes tienen diabetes con el monitor Freestyle, las tiras y las lancetas **SIN CARGO A USTED.** El monitor Freestyle le permite a los diabéticos que evalúen su glucemia de su antebrazo u otros sitios de cuerpo sin el dolor relacionado con la prueba tradicional en los dedos. El monitor es evaluado como el más exacto para la prueba hecha en casa y es rápido y fácil de usar.

Los servicios de Pharmacy Distributor le proveerán a usted las tiras de monitorear y las lancetas **SIN CARGO Y NO APLICARÁN EL CO- PAGO** si usted usa sus servicios. Es importante que los diabéticos controlen su glucemia para llevar una vida próspera y es por eso que los fideicomisarios sienten que éste beneficio es importante para usted.

Los servicios de Pharmacy Distributor proveerán suministros diabéticos para su casa por correo sin cargo. Pueden ser ubicados durante las horas de 9: 00 a.m. hasta las 5: 00 p.m. De lunes a viernes al (800) 440-2417.

La compañía también nos ha asegurado que responderán a todas las preguntas en una manera cortés y puntual y ayudarán de cualquier manera posible.

El servicio de Pharmacy Distributor no provee insulina. La insulina debe ser obtenida del Network de farmacia por correo.

Reclamando Beneficios

Para la información sobre como presentar los reclamos de medicamento de venta con receta, vea la sección llamada "Reclamos y Procedimientos de Apelación."

BENEFICIOS DE LA VISIÓN

Los beneficios de la visión descritos en ésta sección son proveídos a través de la oficina del Fondo. Usted y si es aplicable, sus dependientes elegibles, son elegibles para recibir beneficios de la visión, como está descrito más adelante, para el examen de la vista y un par de lentes una vez cada doce meses consecutivos contando desde la última vez en que usted recibió los beneficios de la visión.

Nota: si usted utiliza a uno de los proveedores del cuidado de la visión en el panel del Fondo, usted recibirá los ahorros considerables como es comparado al usar un proveedor fuera del panel. Usted puede obtener una lista de proveedores en el panel de la oficina del Fondo.

Cómo Trabaja

Usted puede usar cualquier proveedor de su elección. Llame primero a la oficina del Fondo para obtener un comprobante óptico. Usted será exigido a pagar el costo completo de los servicios y los suministros por adelantado, y el Fondo le reembolsará una vez cada doce meses consecutivos comenzando con la fecha que usted recibió el beneficio por última vez para servicios del cuidado de la visión, igual a las siguientes cantidades:

- \$15 para los exámenes de la vista
- \$65 para lentes con receta (lentes y marcos) o hasta \$100 para lentes de contacto recetado.

Usted será reembolsado hasta las cantidades indicadas arriba solamente. Si su examen, los anteojos o contacto cuestan más que la cantidad indicada arriba, usted será responsable de esa cantidad adicional.

Tenga pendiente que el tratamiento médico de la vista y la cirugía llevada a cabo en los ojos pueden estar cubierto por sus beneficios médicos y / o los beneficios quirúrgicos. Vea la sección llamada "Beneficios De Hospital y Medico" para más información.

Lo Que No Está Cubierto

El plan no provee la cobertura para lo siguiente:

- lentes de sol (simple o recetado)
- cualquier beneficio cubierto, o requerido a ser cubierto por o cuál puede ser cubierto por el seguro de indemnización por accidentes laborales
- los beneficios pagaderos a través de la ley de seguro "No-Culpable" o una ley de automovilista no asegurado u otros seguro automovilístico para tales costos; y
- los servicios o beneficios recibidos de agencias federales y estatales o municipales o la administración de veterano.

Reclamar Beneficios

Para ser reembolsado por los servicios, llame a la oficina del Fondo para obtener un comprobante óptico. Presente el comprobante completado con el recibo detallado o la factura por el servicio de la visión adjunto y envíelo a la oficina del Fondo. Para más información sobre como reclamar los beneficios, vea la sección llamada "Procedimientos de Reclamos y Apelaciones."

BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA

Beneficios De Seguro De Vida (Participante Solamente)

El plan paga una suma global de \$10,000 a su beneficiario nombrado si usted muere mientras está cubierto por el Fondo. Éste seguro es proveído a través de la oficina del Fondo.

Pérdida cubierta	Beneficio
La vida	\$10,000

Designar Un Beneficiario

Para designar o cambiar su beneficiario para su beneficio seguro de vida, usted debe llenar una Tarjeta de Designación de Beneficiario, que está disponible en la oficina del Fondo.

Si usted no nombra un beneficiario, o si la persona a quien usted nombra muere antes de usted, el beneficio será pagado a la siguiente persona sobreviviente en éste orden:

- Su cónyuge,
- Sus niños (en partes iguales),
- Sus padres (en partes iguales), o
- Sus hermanas y hermanos (en partes iguales).

Si usted no indica un beneficiario y las personas indicadas arriban no están viviendo en el momento de su muerte, los beneficios serán pagados a la hacienda.

Seguro De Vida De Dependiente

Si uno de sus dependientes cubiertos muere mientras está cubierto por el Fondo, usted recibirá un beneficio de seguro de vida de \$5,000.

Exclusiones Y Limitaciones

Las siguientes exclusiones y limitaciones son aplicables a los beneficios de seguro de vida:

- En el evento de su muerte prematura, su beneficiario recibirá una suma global bajo el beneficio de seguro de vida, pero **no** un beneficio de muerte accidental.
- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como consecuencia de la participación en competencias de automóvil, u ocupar un automóvil robado.
- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como consecuencia de su acto violento intencional y / o criminal y /o suicidio.
- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como consecuencia de la operación de un automóvil mientras está ebrio o mientras la habilidad de operar tal automóvil es afectada por el uso de una droga, sea legal o no.
- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como consecuencia de cometer un acto que constituye un crimen, o al evitar la detención legal o arresto por un oficial de ley.
- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como consecuencia de la operación o la ocupación de un automóvil sabiendo que es robado.
- Ningún beneficio será pagadero si la muerte ocurre como consecuencia de la operación de un automóvil privado como transporte público o libre.

Reclamar Beneficios

Para información sobre como presentar un reclamo de seguro de vida, vea la sección llamada "Procedimientos De Reclamos Y Apelaciones."

EXCLUSIONES, EXCEPCIONES Y LIMITACIONES GENERALES

El Fondo no provee cobertura para toda clase de costos relacionados con la salud. Además de algunas exclusiones ya mencionadas en varias secciones, ningún beneficio es pagadero para lo siguiente:

- Cargos que han sido pagados por otra empresa aseguradora (vea la sección Coordinación de Beneficios);
- Cargos que no se hubieran hecho si la cobertura no existiera o para los cargos que ni usted ni ninguno de sus dependientes están obligados a pagar;
- Cargos por servicios, tratamiento o suministros que son recibidos de un departamento dental o médico patrocinado por o para un empleador, asociación de beneficio mutuo, sindicato, fideicomisario o cualquier persona similar o grupo;
- Cargos por servicios o tratamientos hasta el punto que el Fondo está prohibido por ley o regulación de proveer tales beneficios;
- Servicios cosméticos o suministros, excepto para corregir los defectos causados por la lesión traumática o enfermedad que existen mientras está cubierto;
- Costos para refracciones de ojo o ajuste de anteojos, excepto como están proveídos bajo la sección llamada "Beneficios de la Visión";
- Costos que son el resultado de un acto de guerra que ocurre mientras se está cubierto;
- Cuando está hospitalizado, los servicios de médicos, enfermeras particulares o enfermeras especiales que están en el personal del hospital;
- Cargos por consultas telefónica, citas perdidas u honorarios añadidos a veces por llenar un formulario de reclamo;
- Medicamentos o vitaminas que no requieren una orden de receta aunque una orden de receta ha sido escrita;
- Servicios, suministros y equipo dado en conexión con trastornos funcionales nerviosos y mentales, trabajo dental, accidentes, enfermedades o lesiones cubiertas por, o exigido a ser cubierto por el seguro de indemnización por accidentes laborales;
- Servicios, suministros y equipo dados en conexión con trastornos funcionales nerviosos y mentales, trabajo dental, accidentes, enfermedades o lesiones que resultan de un accidente de automóvil o cubierto por, o cuál podría ser cubierto por el seguro de automóvil "No-Culpable", seguro de automovilista no asegurado o por cualquier otro tipo de seguro automovilístico;
- Servicios, suministros y equipo que no son necesarios para o compatible con el diagnóstico y el tratamiento del accidente, enfermedad o lesión o que no son recomendados y aprobados por un médico legalmente titulado que opera dentro de su especialidad;
- Cargos que resultan al cometer un crimen o tratar de evitar la aprensión legal o el arresto por un oficial de ley;
- Cargos que resultan por operar un automóvil en una competencia o prueba de velocidad o por operar / ocupar un automóvil robado.

Coordinación De Beneficios

El Fondo tiene una provisión de coordinación de beneficios (COB). Esta provisión asegura que si usted o un dependiente está cubierto por otro grupo de plan médico, habrá una coordinación de beneficios para el reembolso.

Para propósitos de éste Fondo, "Plan Medico de Grupo" quiere decir:

- Una compañía de grupo o seguros general, o
- Un plan de servicio de hospital o médico u otro programa de cobertura de grupo de pagos médico.

Si usted o miembros de su familia están cubiertos por otro plan médico de grupo, los programas coordinarán sus pagos de beneficio con el propósito de que los pagos de los dos planes combinados paguen la cantidad de costos cubiertos, pero no más que la cantidad de costos verdaderos.

Reglas Generales

Cuando usted está cubierto bajo dos Fondos, un Fondo tiene la responsabilidad principal de pagar los beneficios y el otro tiene la responsabilidad secundaria. El Fondo con la responsabilidad principal paga los beneficios primero. Para determinar si éste Fondo es o no el primer Fondo pagador, las facturas originales para gastos médicos deben ser enviados con su reclamo.

El orden de pago es determinado de la siguiente manera:

- Un Fondo que no tiene una provisión de coordinación siempre paga primero.
- Si ambos Fondos tienen una provisión de coordinación, el Fondo que lo cubre como un empleado paga sus costos primero.
- Si su cónyuge está cubierto bajo un Fondo distinto, su Fondo debe cubrir a su cónyuge primero.
- Si usted y su cónyuge son empleados cubiertos por éste Fondo, usted recibirá el pago primero como un empleado y segundo como un dependiente.
- Si usted está cubierto por más de un Fondo, aparte de un Fondo individual, el Fondo que lo cubrió por más tiempo paga primero.
- Si sus dependientes están cubiertos bajo los Fondos de ambos padres, el Fondo que cubre al padre cuyo cumpleaños entra en el año más temprano paga primero (sin considerar la edad). Si ambos padres tienen la misma fecha de cumpleaños, el Fondo que ha proporcionado cobertura de seguro al padre por un período de tiempo más largo paga primero.

Si Los Padres Están Separados O Divorciados

Si usted está separado o divorciado, hay reglas especiales que tratan la cobertura para sus niños dependiente elegibles al menos que una orden judicial ordene lo contrario. Si una orden judicial establece la responsabilidad para los costos de atención médica de sus niños, los beneficios son pagados de acuerdo con esa orden judicial. Si no hay ninguna orden judicial, los beneficios son pagados de la siguiente manera:

- Si los padres no se han vuelto a casar:

- * El Fondo que cubre al padre con la custodia paga primero;
- * El Fondo del otro padre paga segundo.

- Si los padres se han vuelto a casar:

- * El Fondo que cubre al padre con la custodia paga primero;
- * El Fondo que cubre al padrastro con la custodia paga segundo;
- * El Fondo que cubre al padre sin la custodia paga de último;

Cuando éste Fondo paga segundo, una declaración con su reclamo debe ser sometida para beneficios del Fondo por la otra empresa aseguradora indicando los beneficios pagados.

Regla Especial Para Medicamentos De Venta Con Receta

No hay provisión de coordinación de beneficios para medicamentos de venta con receta. Éste Fondo no hará ningún pago secundario para los reclamos de medicamento de venta con receta.

Accidentes De Automóvil

Los beneficios son proveídos bajo éste Fondo para lesiones que resultan de un accidente de automóvil. Tales beneficios están sujetos a un deducible de \$25,000 cuándo:

- El propietario / operador del automóvil y el demandante son la misma persona;
- El propietario / operador del automóvil no tenía seguro de automóvil aplicable para el automóvil en la fecha en que las lesiones fueron sostenidas, sin considerar que el mantener el seguro de automóvil es requerido o no por ley del estado o federal; y
- La cobertura de atención médica habría estado disponible bajo un contrato de seguro de automóvil si el demandante hubiera mantenido el seguro de automóvil como el seguro "No-Culpable" en el Estado de Nueva York o la protección de lesión personal o las provisiones de pagos médicos obligatorios de un contrato de seguro de automóvil de Nueva Jersey o bajo las provisiones similares de un contrato de seguro de automóvil requerido por cualquier otra ley de seguro No-Culpable de automóvil federal o estatal;
- Cualquier deducible aplicable a un contrato de seguro de automóvil que proporciona gastos de hospital o médicos como consecuencia de un accidente de automóvil es contado para cubrir el deducible de \$25,000 bajo éste Fondo;
- Además, efectivo el 1 de Julio de 2008, ninguna cobertura es proporcionada por heridas al conductor o el operador de un automóvil cuyas heridas provienen por conducir tal automóvil y el automovil no está cubierto por ningún seguro de automóvil o el seguro de automóvil no proporciona ninguna cobertura para la asistencia médica del conductor.

Exclusiones De Operación De Automóvil

Ningún beneficio está disponible para usted o para sus dependientes elegibles, ya sea que el demandante mantiene o no un seguro automovilístico, si el demandante:

- Intencionadamente causa su propia lesión;

- Está lastimado como consecuencia de operar un automóvil mientras está ebrio o mientras la habilidad para operar tal automóvil está afectada por el uso de una droga;
- Está cometiendo un delito que constituiría un crimen, o tratando de evitar la aprensión legal o el arresto por un oficial de ley;
- Está operando un automóvil en una competencia o prueba de velocidad;
- Está operando u ocupando un automóvil sabiendo que es robado; o
- Está operando un automóvil de pasajeros privado como transporte público o libre.

RECUPERACIÓN, REEMBOLSO Y / O DERECHO DE RECUPERACIÓN

Si usted o un dependiente reciben cualquier beneficio del Fondo al que usted no tiene derecho, usted será legalmente responsable de reembolsar al Fondo por cualquier pago que usted recibe. El Fondo se reserva el derecho de colectar éste reembolso negando el pago de futuros reclamos hasta que una cantidad igual al pago impropio es recuperada. Los Fideicomisarios también pueden presentar una demanda penal con respecto a cualquier fraude o mala representación que resulta en el reclamo impropio y pago por United Teamster Fund.

Si usted o su dependiente tienen la oportunidad de recuperar dinero en relación con una enfermedad, lesión, accidente, situación, condición u otra pérdida para el cual el Fondo ha pagado, o pagará, gastos médicos, el Fondo debe ser reembolsado tal dinero por completo por los beneficios pagados por el Fondo. Además, el Fondo tiene un derecho de retención contra cualquier dinero recuperado, y el Fondo es subrogado a tal reclamo. Un "reclamo en contra de cualquier tercera persona" representa un reclamo de cualquier tipo, ya sea que el reclamo exista o no, o el dinero es o puede ser recuperado de una tercera persona a través de un reclamo, demanda judicial, arreglo, póliza de seguro o reserva, automovilista no asegurado o bajo asegurado u otra póliza o reserva, gubernamental o derecho de recuperación particular, compensación del trabajador o premio de discapacidad u orden, fallo, programa de No-culpable, o protección de lesión personal, responsabilidad financiera, cobertura de seguro de reembolso de beneficio médico no comprado por usted, por compromiso, o en cualquier otro modo de alguna tercera persona, persona, agencia, organización o Fondo de dinero, hasta el grado necesario, el Fondo tiene un derecho de retención equitativo.

El Fondo está autorizado al derecho a retención por completo y / o a su recuperación completa de la cantidad total de beneficios que son pagadero, sin considerar si la cantidad de dinero pagado es menos que la cantidad que usted pide o puede pedir ser otorgado por la tercera persona, sin considerar si el dinero está o es descrito como para gastos médicos, y sin considerar cómo son descritos o para que son, y sin considerar si la compensación de la tercera persona es obtenida o está disponible. Ninguna reducción en el derecho completo del Fondo para recuperar la cantidad total de beneficios del Fondo pagadero es efectiva sin el consentimiento escrito del Fondo. El Fondo mantiene la discreción única y final de determinar si y en qué caso será otorgado tal consentimiento, si es pedido.

Esta provisión es aplicable a cualquier tipo de pago que de alguna manera aparece de o en relación con la enfermedad, lesión, accidente, situación, pérdida o condición, ya sea causado o no por el pagador o es legalmente responsable o responsable para eso). Es aplicable sin considerar si tal responsabilidad es negada o está en litigio.

El Fondo tiene la discreción única y final de determinar si hace valer sus derechos bajo ésta provisión como un derecho a retener a través de una subrogación, o a través del reembolso, a promover pagos de

beneficios y requerir el pago, o a través de cualquier combinación o variación de estos métodos. La determinación de cual método será usado en un caso especial será hecha para proteger los intereses del Fondo y sus participantes, y estará en la discreción única y final del Fondo.

Si cualquier reclamo existe o podría existir por usted o su dependiente contra cualquier tercera persona, usted debe notificar por escrito dentro de treinta (30) días al Fondo en la fecha en que tal reclamo es evidente, diciendo el nombre, dirección, número de teléfono del abogado, otro agente representativo que maneja el reclamo de parte de usted o su dependiente. Usted también debe notificar a la tercera persona y a su abogado o representante por escrito del derecho de retención del Fondo en la fecha en que usted hace valer su reclamo contra la tercera persona dentro de treinta (30) días.

Usted, su dependiente, y cualquier abogado, representante o agente que lo están representando en relación con cualquier reclamo contra cualquier tercera persona, son exigidos a firmar y haber autenticado una declaración escrita proveyendo el derecho de retención del Fondo, el derecho de subrogación y / o reembolso y ésta provisión del Fondo diciendo que ellos reconocen, están de acuerdo con y que se adherirán al derecho de retención del Fondo, derecho de subrogación y /o reembolso y a ésta provisión. El formulario existente que el Fondo exige que usted y cualquier abogado completen incluye ésta provisión entera como a partir de esto. El Fondo puede modificar ésta formulario en cualquier momento sin la notificación adicional, en su discreción única y exclusiva, y le proveerá con una copia de cualquier formulario nuevo o cambiado para ser ejecutado y devuelto a la oficina del Fondo dentro de (10) diez días desde la notificación. El Fondo también puede, en su discreción única y final, exigir que usted, su dependiente y / o abogado, representante o agente ejecuten tales otros documentos que el Fondo considere necesario, provechoso o apropiado para proteger los derechos del Fondo bajo ésta provisión. Usted también puede ser exigido a permitir que el Fondo intervenga en cualquier proceso, y usted puede ser exigido a presentar un derecho de retención o consentir al derecho de retención, asignación u otros formularios, para proteger los intereses del Fondo.

El Fondo puede retener o suspender el pago de alguno o todos los beneficios en caso de que un reclamo exista en contra de cualquier tercera persona, en espera de reembolso, pendiente del reconocimiento garantizado del reembolso, o la orden judicial pendiente del Fondo, como el Fondo puede decidir, en su discreción única y final. Si usted, su dependiente, abogado, representante o agente fallan o se niegan a cooperar con ésta provisión y con el derecho del Fondo disputando el derecho de retención del Fondo, dejando de informarle al Fondo sobre el estado del reclamo en contra de la tercera persona, reteniendo la información necesaria, no ejecutando el formulario de consentimiento del derecho de retención descrita arriba, o en cualquier otra manera que el Fondo retendrá, suspenderá y excluirá el pago de cualquier beneficio que puede ser pagadero por lo demás bajo el Fondo. Esto es una exclusión específica y la limitación del Fondo, y es además de otros derechos legales, que el Fondo puede tener, o cualquier otra acción que el Fondo puede tomar para proteger sus derechos.

Usted, su dependiente, su abogado, o representante o agente deben informar al Fondo sobre el estado de cualquier reclamo en contra de cualquier tercera persona, incluyendo proveer al Fondo con la información respecto a la tercera persona, asegurado, demandas judiciales o cualquier otros datos relacionados con el reclamo o a la iniciación del reclamo, cada doce (12) meses de ahí en adelante, siempre que un arreglo es propuesto, y pedido por el Fondo.

Ningún reclamo en contra de cualquier tercera persona puede ser arreglado o resuelto, y ningún pago puede ser aceptado de cualquier tercero, sin el consentimiento escrito del Fondo. Al menos que y hasta que el Fondo haya recibido el reembolso completo, ningún dinero de o a través de una tercera persona puede ser distribuido a usted, a su dependiente, a su abogado, representante o agente sin el

consentimiento escrito del Fondo. Si cualquier dinero es distribuido a usted o a su abogado, deberán ser mantenidos en un fideicomiso, y éste dinero es, al grado de beneficios pagaderos o pagado por el Fondo, posesión de éste Fondo y obligación que se le debe al Fondo, y que pronto serán pagados al Fondo. La decisión sobre si reconocer o retener su consentimiento es una decisión final y obligatoria del Fondo, hecha en la discreción única de los fideicomisarios del Fondo.

El Fondo puede requerirle a usted por medio de una notificación escrita que todas las otras personas también obedezcan ésta condición para asegurar los derechos del Fondo en la ejecución de su discreción única y final.

La cooperación completa con ésta provisión es una condición al pago de beneficios bajo éste Fondo. En caso de cualquier falta de cooperación, o violación de ésta provisión, ningún beneficio será pagado y usted, su dependiente, su abogado, su representante o su agente serán responsables del reembolso completo del Fondo sobre su derecho a retención, incluyendo gastos, interés y honorarios.

Esta provisión no cubre solamente a usted como participante, pero sus dependientes, cónyuges, abogado, Representantes, agentes y sus herederos, tutores, albaceas testamentarios, sucesores y asignados.

Ningún otro derecho de retención podría ser superior a los derechos de retención del Fondo bajo ésta provisión. El Fondo puede en su discreción y en un caso apropiado, estar de acuerdo con una reducción de su derecho de retención para el pago de una parte de los honorarios y gastos de abogados de un proceso legal, si todos los términos de ésta provisión han sido y siguen estando observados.

Ninguna disputa que surja bajo y en relación con ésta sección, incluyendo las disputas sobre derechos de retención, su cantidad, reembolso o retención de beneficios, o las reducciones o los acuerdos en el derecho de retención del Fondo deben, si no están resuelta con la oficina del Fondo, ser solucionados en el procedimiento para Reclamos y Apelaciones en éste panfleto, incluyendo la evaluación de la Junta de Fideicomisarios.

PROCEDIMIENTOS DE RECLAMOS Y APELACIONES

Esta sección describe los procedimientos para reclamos de beneficios de United Teamster Fund. También describe el procedimiento para usted seguir si su reclamo es negado por completo o parcialmente y usted desea apelar la decisión.

Cómo Presentar Un Reclamo

Un reclamo para beneficios es un pedido para beneficios hecho conforme con los procedimientos de reclamos razonables. Para presentar un reclamo para beneficios, usted debe presentar un formulario de reclamo lleno. Preguntas simple sobre las provisiones del Fondo que están desvinculados de cualquier reclamo de beneficio específico y que no serán tratados como un reclamo para beneficios. Además, un pedido para la aprobación previa de un beneficio que no requiere la aprobación previa por el Fondo no es un reclamo para beneficios.

Un formulario de reclamo puede ser obtenido de la oficina del Fondo llamando al (718)859-1624. Los beneficios obtenidos de proveedores que pertenecen al Network de Magnacare, no requieren la presentación de un formulario de reclamo. El proveedor llenará el papeleo por usted.

La siguiente información debe ser completada para que su solicitud para beneficios pueda ser reclamada.

- Nombre del participante
- Nombre del paciente
- Fecha de nacimiento del paciente
- Numero del Seguro Social del participante
- Si el tratamiento es debido a un accidente, detalle del accidente

La siguiente información será proveída por su doctor o dentistas:

- Fecha del servicio
- CPT - 4 (el código de servicios médico u otros servicios del cuidado de la salud encontrado en la Terminología de Procedimiento en Curso, 4ta. Edición, como es mantenida y distribuida por la Asociación Médica Americana)
- ICD - 9 (el código de diagnóstico encontrado en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9na Edición, Modificación Clínica como es mantenido y distribuido por el Ministerio de Salud y Servicios Humanos Americano)
- Cargo Facturado
- Número de Unidades (para anestesia y ciertos otros reclamos). Numero de Identificación Federal del proveedor.
- Nombre y dirección de la facturación

Cuando usted presenta una receta a una farmacia para ser llenada bajo los términos de éste Fondo, o un vale a un proveedor óptico, bajo estos procedimientos, esa solicitud no es un "Reclamo". Sin embargo, si su solicitud para la receta o el servicio óptico es negada por completo o parcialmente, usted puede presentar un reclamo y una apelación respecto a la negación usando estos procedimientos.

Cuando Los Reclamos Deben Ser Presentados

Los reclamos deben ser presentados dentro de 90 días después de la fecha en que los cargos fueron incurridos. Si no fuera razonablemente posible presentar el reclamo dentro de tal tiempo, el no presentar los reclamos dentro del tiempo requerido no invalidará o reducirá algún reclamo. Sin embargo, en tal caso, el reclamo debe ser presentado tan pronto como sea razonablemente posible y **en ningún evento no más tardar de un año** desde la fecha cuando los cargos fueron incurridos.

Dónde Presentar Los Reclamos

Los servicios obtenidos de proveedores que pertenecen al Network de Magnacare no requieren los formularios de reclamo. El proveedor completará el papeleo por usted. Su reclamo será considerado haber sido presentado tan pronto como es recibido en la Organización de Salud apropiada.

Representantes Autorizados

Un representante autorizado, como su cónyuge legal, puede llenar el formulario de reclamo por usted si no puede llenarlo usted mismo y ha designado al individuo para que actúe en su nombre. Un formulario puede ser obtenido de la oficina del Fondo para designar un representante autorizado. El Fondo puede pedir la información adicional para verificar que ésta persona está autorizada para actuar en su nombre.

Un profesional del cuidado medico con conocimientos sobre su estado de salud puede actuar como un representante autorizado.

Seguro Médico Exhaustivo

Los procedimientos de reclamos para seguro médico exhaustivos variarán dependiendo si su reclamo es para un reclamo de **Pre-servicio**, un Reclamo de **Cuidado Urgente**, un Reclamo de **Cuidado Concurrente**, o un Reclamo de **Servicio Posterior**. Los procedimientos también cambiarán para los **Reclamos de Seguro de Vida**. Lea cada sección cuidadosamente para determinar qué procedimiento es aplicable a su solicitud para beneficios.

Reclamos de Pre-servicio Y Cuidado Urgente

Un reclamo de **Pre-servicio** es un reclamo para un beneficio para el cual el Fondo requiere la aprobación del beneficio (completa o parcialmente) antes de que la atención médica sea obtenida. La aprobación previa de los servicios es requerida para:

- El tratamiento de alcohol y adicción.
- El uso de sala de operaciones en un hospital para un procedimiento quirúrgico en el caso de una emergencia. (El hospital debe contactarse con la oficina del Fondo antes de tal tratamiento.)
- Equipo médico durable.
- Ciertos medicamentos recetados.

Si usted presenta incorrectamente un reclamo de **Pre-servicio**, la organización de salud apropiada le notificará lo antes posible pero no más tardar de 5 días después de recibir el reclamo, sobre los procedimientos correctos a seguir al presentar un reclamo. Usted solamente recibirá la notificación de un reclamo de pre-servicio incorrectamente presentado si el reclamo incluye:

- Su nombre,
- Su estado específico de salud o síntoma, y
- Un tratamiento específico, servicio o producto para los que la aprobación es pedida.

Al menos que el reclamo sea presentado de nuevo apropiadamente, no constituirá un reclamo.

Para los reclamos de **Pre-servicio** apropiadamente presentados, usted será notificado sobre una decisión dentro de 15 días de recibir el reclamo al menos que tiempo adicional sea necesitado. El tiempo para la respuesta puede ser prolongado hasta 15 días si es necesario debido asuntos más allá del control del Fondo. Usted será notificado sobre las circunstancias que requieren la extensión de tiempo y la fecha cuando se espera dar una decisión.

Si una extensión es necesaria porque el Fondo necesita la información adicional de usted, la notificación de extensión especificará la información necesitada. En tal caso usted y / o su doctor tendrá 45 días de recibir la notificación para proporcionar la información adicional. Si la información no es proveída dentro de ese tiempo, su reclamo será negado. Durante el período en el que usted es permitido proporcionar la información adicional, el período normal para tomar una decisión sobre el reclamo será suspendido. El plazo es suspendido desde la fecha de la notificación sobre la extensión hasta 45 días o

la fecha en que usted responde al pedido el que sea primero). El Fondo tiene 15 días para tomar una decisión sobre un reclamo de **Pre-servicio** y para notificarle sobre la determinación.

Un Reclamo de **Cuidado Urgente** es cualquier reclamo de cuidado medico o tratamiento con respecto al cual la aplicación de los periodos de tiempo para hacer las determinaciones del reclamo de pre-servicio:

- podría poner en peligro la vida o la salud del demandante o la habilidad del demandante para recuperar la función máxima, o
- en la opinión de un médico con conocimientos del estado de salud del demandante, podría someter al demandante al dolor agudo que no podría ser manejado adecuadamente sin el cuidado o el tratamiento que es el tema del reclamo.

Si su reclamo es un reclamo de **Cuidado Urgente** o no, es determinado por el Fondo aplicando el criterio de una persona laica prudente que posee conocimientos sobre la salud y la medicina. Por otra parte, cualquier reclamo, el cual un médico con conocimientos de su estado de salud determina que es un Reclamo de **Cuidado Urgente** dentro del significado descrito arriba, será tratado como un reclamo de **Cuidado Urgente**.

Si usted presenta un Reclamo de **Cuidado Urgente** incorrectamente, la organización de salud apropiada le notificará lo antes posible pero no más tardar de 24 horas después de recibir el reclamo sobre los procedimientos correctos que se deben seguir para presentar un reclamo. Al menos que el reclamo sea presentado de nuevo apropiadamente, no constituirá un reclamo.

Si usted está pidiendo la certificación de antemano de un Reclamo de **Cuidado Urgente**, los plazos de tiempo son diferentes. El Fondo le responderá a usted con una determinación por teléfono lo antes posible teniendo en cuenta las exigencias médicas, pero no más tardar de 72 horas después que el Fondo recibe el reclamo. La determinación también será confirmada por escrito.

Si un Reclamo de **Cuidado Urgente** es recibido sin la información suficiente para determinar si o hasta que punto está cubierto o son pagaderos los beneficios, la organización de salud apropiada le notificará a usted [y a su médico] lo antes posible, pero no más tardar de 24 horas después de recibir el reclamo, sobre la información específica necesaria para completar el reclamo. Usted y / o su doctor debe proveer la información especificada dentro de 48 horas. Si la información no es proveída dentro de ese tiempo, su reclamo será negado.

La notificación de la decisión será proporcionada no más tardar de 48 horas después de recibir la información especificada o al final del período dado a usted para proveer esta información, la que sea primera.

Al final del Resumen de la Descripción del Plan está una lista de las Organizaciones de Salud del Fondo.

Reclamos Concurrentes

Un **Reclamo Concurrente** es un reclamo que es reconsiderado después de que una aprobación inicial fue hecha y resulta en una reducción, terminación o la extensión de un beneficio. (Un ejemplo de éste tipo de reclamo sería la estancia en el hospital de un paciente hospitalizado que originalmente fue certificada por cinco días que es examinado a los tres días para determinar si los cinco días completos

son apropiados.) En ésta situación una decisión para reducir, terminar o extender el tratamiento es hecha simultáneamente con la provisión del tratamiento.

Una reconsideración de un beneficio con respecto a un **Reclamo Concurrente** que involucra la terminación o la reducción de un beneficio anteriormente aprobado (aparte de por enmienda del plan o la terminación) será hecha por la organización de salud apropiada lo antes posible, pero en todo caso lo antes posible para permitirle a usted tener una apelación decidida antes de que el beneficio sea reducido o terminado.

Cualquier pedido por un demandante de extender el tratamiento de Cuidado Urgente aprobado será llevado a cabo por la organización de salud apropiada dentro de 24 horas de recibir el reclamo, siempre que el reclamo es recibido al menos 24 horas antes de la expiración del tratamiento aprobado. Un pedido para extender el tratamiento aprobado que no involucra el Cuidado Urgente será decidido de acuerdo con el lapso de tiempo del pre-servicio o servicio posterior, el que sea aplicable.

Reclamo De Servicio Posterior

El siguiente procedimiento es aplicable a Reclamos de **Servicio Posterior**. Un **Reclamo de Servicio Posterior** es un reclamo que no es un **Reclamo de Pre-servicio** (por ejemplo, un reclamo presentado para el pago después de que los servicios médicos y tratamiento han sido obtenidos).

- Obtenga un formulario de reclamo.
- Llene la parte del empleador en el reclamo.
- Haga que su médico complete la sección de Declaración del Medico a Cargo y presente el reclamo HCFA de seguro médico completado, o presente un reclamo HIPAA electrónico.
- Adjunte la factura del hospital detallado o la declaración del doctor describiendo los servicios ofrecidos.

Verifique el reclamo para estar seguro de que todas las partes aplicables de la forma son completadas y que usted ha presentado todos los detalles. Al hacerlo, usted acelerará el procesamiento de su reclamo. Si los formularios de reclamo tienen que ser devuelto a usted para la información, resultara en una demora en el pago.

Usted no tiene que presentar un formulario de reclamo adicional si sus facturas son para una discapacidad continuada y usted ha presentado un reclamo dentro del período del año pasado. Envíe por correo cualquier factura adicional o declaraciones a la organización de salud apropiada para algunos servicios Medico u Hospital cubiertos por el Fondo tan pronto como usted los recibe. Normalmente, usted será notificado sobre la decisión de su reclamo de **Servicio Posterior** dentro de 30 días del Fondo recibir el reclamo. Éste período puede ser prolongado una vez por el Fondo por hasta 15 días si la extensión es necesaria debido asuntos fuera del control del Fondo. Si una extensión es necesaria, usted será notificado antes del final del período inicial de 30 días de las circunstancias que requieren la extensión del tiempo y la fecha cuando una decisión será dada.

Si una extensión es necesitada porque el Fondo necesita la información adicional de usted, la notificación de extensión especificará la información necesitada. En tal caso usted tendrá 45 días desde que reciba la notificación para proporcionar la información adicional. Si la información no es proveída dentro de ese tiempo, su reclamo será negado. Durante el período en el que usted es permitido proporcionar la información adicional, el período normal para tomar una decisión sobre el reclamo será

suspendido. El plazo es suspendido desde la fecha de la notificación sobre la extensión hasta 45 días o hasta la fecha en que usted responde al pedido (el que sea primero). El Fondo tiene 15 días para tomar una decisión sobre un reclamo de **Servicio Posterior** y para notificarlo sobre la determinación.

Si una extensión es necesitada porque el Fondo necesita la información adicional de usted, la notificación de extensión especificará la información necesitada. En tal caso usted tendrá 45 días desde que reciba la notificación para proporcionar la información adicional. Si la información no es proveída dentro de ese tiempo, su reclamo será negado. Durante el período en el que usted es permitido proporcionar la información adicional, el período normal para tomar una decisión sobre el reclamo será suspendido. El plazo es suspendido de la fecha de la notificación sobre la extensión hasta 45 días o hasta la fecha en que usted responde al pedido (el que sea primero). En cuanto usted responde al pedido para la información del Fondo, usted será notificado sobre la decisión del Fondo sobre el reclamo dentro de 30 días.

Solicitudes De Beneficios De Seguro De Vida Y Seguro De Vida De Dependiente

Una **Solicitud de Beneficios de Seguro de Vida** es un reclamo hecho por su beneficiario en el momento de su muerte. Una **Solicitud de Beneficios de Seguro de Vida de una Dependiente** es un reclamo hecho por usted en el momento de la muerte de su dependiente.

El siguiente procedimiento es aplicable a reclamos para el Beneficio de Seguro de Vida y el Beneficio de Seguro de Muerte de Dependiente:

- Usted o su beneficiario, como sea aplicable, deben obtener un formulario de reclamo de la oficina del Fondo.
- Llene el formulario de la demanda.
- Adjunte a su reclamo la prueba de la manera de muerte (certificado de defunción original),
- Devuelva el formulario de reclamo completado y toda la documentación necesaria a la oficina del Fondo.

Para los **Reclamos de Seguro de Vida y Seguro de Vida de Dependiente**, el Fondo tomará una decisión sobre el reclamo y le notificará a usted o su beneficiario dentro de 90 días. Si el Fondo requiere una extensión de tiempo debido a asuntos fuera de su control, le notificará sobre la razón por la demora y cuando la decisión será tomada. Esta notificación ocurrirá antes de la expiración del período de 90 días. Una decisión será tomada dentro de 90 días del momento en que el Fondo le notifica de la demora. Si una extensión es necesitada porque la información adicional sea necesitada de usted, la notificación de extensión especificará la información necesitada. Hasta que usted proporcione ésta información adicional, el período normal para tomar una decisión sobre el reclamo será suspendido.

Notificación De La Decisión

Usted será proveído con la notificación escrita de una negación de un reclamo (ya sea una negación completa o parcial). Esta notificación dirá:

- La razón específica para la determinación.
- Referencia de la provisión específica sobre la cual está basada la determinación.
- Una descripción de cualquier material adicional o información necesaria para perfeccionar el reclamo, y una explicación del por qué el material o la información son necesario.

- Una descripción de los procedimientos de apelación (incluyendo las apelaciones voluntarias, si hay alguna) y los plazos aplicables.
- Una declaración de su derecho de traer una acción legal bajo ERISA, Sección 502(a) siguiente de una determinación de beneficio adversa de la evaluación.
- Si se dependió de una regulación interna, pauta o protocolo para determinar su reclamo, usted recibirá una copia de la regulación o una declaración y estará disponible sin cargo al ser solicitado.
- Si la determinación estuviera basada en la falta de la necesidad médica, o porque el tratamiento era experimental o investigativo, u otra exclusión similar, usted recibirá una explicación del criterio científico o clínico para la determinación aplicando los términos del Fondo a su reclamo, o una declaración de que está disponible sin cargo al ser solicitado.
- Para **Reclamos de Cuidado Urgente**, la notificación describirá el proceso de evaluación acelerado aplicable a los **Reclamos de Cuidado Urgentes**. Para **Reclamos de Cuidado Urgentes**, la determinación requerida puede ser proveída de forma oral y seguida de una notificación escrita dentro de 3 (tres) días.
- Para **Reclamos de Cuidado Urgente** y **Reclamos de Pre-servicio**, usted recibirá la notificación de la determinación incluso cuando el reclamo está aprobado.

Solicitud Para La Evaluación Del Reclamo Negado

Si su reclamo es negado por completo o parcial, o si usted no está de acuerdo con la decisión tomada sobre un reclamo, usted puede pedir por una evaluación. Su pedido para la evaluación debe ser hecho por escrito a la oficina de Fondo dentro de 180 días después de que usted recibe la notificación de la negación, ya sea total o parcial. Para una solicitud de una evaluación de beneficios de seguro de vida o seguro de vida de dependiente, el pedido debe ser hecho dentro de 60 días después de que usted recibe la notificación de la negación, ya sea total o parcial. Las apelaciones que involucran a reclamos de **Cuidado Urgente** pueden ser hechas verbalmente o llamando a la organización de salud apropiada al número puesto en éste panfleto.

Proceso De Evaluación

El proceso de evaluación trabaja de la siguiente manera:

- Sobre su pedido escrito y autenticado, usted tiene el derecho de recibir copias de todos los documentos, registros, y otras informaciones relevantes para su reclamo, sin cargo. Un documento, registro u otra información son relevantes si de ahí el Fondo se basó para tomar la decisión; fue presentado, considerado o generado (sin considerar si de ahí se dependió); demuestra el acatamiento con los procesos administrativo para asegurar la toma de decisiones consistente del Fondo; o constituye una declaración de la política del plan respecto al tratamiento o servicio negado.
- Sobre la solicitud, usted será proveído con la identificación de expertos médicos o vocacionales, si hay alguno, que dio el consejo al Fondo sobre su reclamo, sin considerar si su consejo fue basado en algo al determinar su reclamo.
- Una persona diferente a la que originalmente examinó su reclamo examinará su reclamo. El crítico no dará deferencia a la determinación de beneficio adversa inicial. La decisión será tomada basado en el record, incluyendo los documentos adicionales y los comentarios que pueden ser presentados por usted.

- Si su reclamo fuera negado basado en un fallo médico (como una determinación de que el tratamiento o el servicio no era médicamente necesario, o era de investigación o experimental), un profesional de atención de la salud que tiene entrenamiento apropiado y experiencia en un campo relevante de medicina será consultado.

Lapso De Tiempo Para La Notificación De La Decisión Sobre La Apelación

- **Reclamos de Pre-servicio**

Usted será enviado un aviso de la decisión sobre la evaluación dentro de 30 días desde que se recibe la apelación por la organización de salud apropiada.

- **Reclamos de Cuidado Urgente**

Usted será enviado un aviso de una decisión sobre la evaluación dentro de 72 horas desde que se recibe la apelación por la organización de salud apropiada.

- **Reclamos de Servicio Posterior**

La organización de Salud le enviará a usted un aviso de la decisión sobre la evaluación dentro de 30 días desde que se recibe un pedido para la evaluación. Si usted está insatisfecho con el resultado, usted puede presentar una apelación dentro de 180 días desde la fecha de la notificación que niega su primera solicitud para la evaluación. La solicitud para una apelación debe ser hecha por escrito a la Junta de Fideicomisarios.

- **Reclamos de Servicio Posterior**

Normalmente, las decisiones sobre las apelaciones que involucrarán a los reclamos de Servicio Posterior serán hechas en la próxima reunión regularmente programada de la Junta de Fideicomisarios después de recibir su solicitud para la evaluación. Sin embargo, si su solicitud para la evaluación es recibida dentro de 30 días de la próxima reunión programada, su pedido para la evaluación será considerado en la segunda reunión programada después de recibir su pedido. En circunstancias especiales, una demora hasta la tercera reunión programada después de recibir su pedido para la evaluación podría ser necesaria. Usted será notificado por escrito con anticipación si ésta extensión será necesaria. En cuanto una decisión sobre la evaluación de su reclamo ha sido tomada, usted será notificado sobre la decisión lo antes posible, pero no más tardar de 5 días después de que la decisión ha sido tomada.

Notificación De La Decisión Sobre La Evaluación

La decisión sobre cualquier evaluación de su reclamo será dada a usted por escrito. La notificación de una negación de un reclamo sobre la evaluación dirá:

- La razón específica para la determinación
- Referencia de la provisión específica sobre la cual está basada la determinación
- Una declaración de que usted tiene derecho a recibir el acceso razonable y copias de todos los documentos relevantes a su reclamo, sobre la solicitud y sin cargo
- Una declaración de su derecho de traer una acción civil bajo ERISA, Sección 502(a).
- Si el Fondo se basa en una regulación interna, pauta o protocolo, usted recibirá una copia de la regulación o una declaración de que está disponible sobre la solicitud sin cargo.

- Si la determinación estuviera basada en la necesidad médica, o porque el tratamiento era experimental o de investigación u otra exclusión similar, usted recibirá una explicación del criterio científico o clínico para la determinación aplicando los términos del plan a su reclamo, o una declaración de que está disponible sobre la solicitud sin cargo.

Cuándo Puede Ser Empezada Una Demanda Judicial

Usted no puede empezar una demanda judicial para obtener beneficios hasta que usted haya pedido una evaluación de su reclamo de beneficio y una decisión final haya sido tomada, o hasta que el lapso de tiempo apropiado descrito arriba haya transcurrido desde que usted presentó un pedido para la evaluación y usted no ha recibido una decisión final o notificación de que una extensión será necesaria para tomar una decisión final. Ninguna demanda judicial puede ser empezada más de 180 día después del fin del año en el que los servicios médicos o dentales fueron proveídos.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE UNITED TEAMSTER FUND

La Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleado de 1974 (ERISA) requiere que los participantes en los planes de beneficio para empleados reciban cierta información administrativa sobre sus Fondos y las personas que los operan. El Fondo está sujeto a esas regulaciones y ésta sección le dirá a usted más sobre las operaciones.

Nombre Del Fondo

El nombre formal del Fondo es United Teamster Fund.

Junta De Fideicomisarios

La Junta de Fideicomisarios y / o su persona designada debidamente autorizada tienen el derecho exclusivo, el poder y autoridad, en su discreción única y total, para administrar, solicitar e interpretar éste panfleto, el contrato del Fideicomiso y algunos otros documentos del Fondo, y determinar todos los asuntos que surjan en relación con la operación o la administración del Fondo o el Fideicomiso. Sin limitar la generalidad de lo precedente, la Junta de Fideicomisarios y / o su persona designada debidamente autorizada deberán tener la autorización discrecional única y total para:

- Tomar todas las acciones y hacer todas las decisiones con respecto a la elegibilidad, y la cantidad de beneficios pagadero bajo el Fondo.
- Formular, interpretar y aplicar las reglas, regulaciones y políticas necesarias para administrar el Fondo conforme con los términos del Fondo.
- Determinar las cuestiones, incluyendo las cuestiones legales o basadas en hechos, relacionadas con el cálculo y el pago de beneficios bajo el Fondo.
- Resolver y / o aclarar cualquier ambigüedad, las contradicciones y las omisiones que surgen bajo el Fondo, incluyendo éste panfleto, el acuerdo del fideicomiso o los otros documentos del Fondo.
- Procesar y aprobar o negar los reclamos de beneficio.
- Determinar el estándar de prueba requerida en cualquier caso.

Todas las determinaciones e interpretaciones hechas por la Junta de Fideicomisarios y / o sus personas designadas debidamente autorizadas serán finales y obligatorias sobre todos los participantes,

beneficiarios y otras personas que reclamarán beneficios bajo el Fondo. La Junta de Fideicomisarios puede delegar cualquier obligación o poder cuando sea necesario para llevar a cabo la administración del Fondo.

La Junta de Fideicomisarios también se reserva el derecho en su discreción única y total de enmendar o terminar el Fondo en cualquier momento y por cualquier razón. La continuación de beneficios no está garantizada. Ni usted, ni sus beneficiarios ni ninguna otra la persona tiene o tendrá un interés adquirido o no confiscable en el Fondo.

En caso de la terminación del Fondo, La Junta de Fideicomisarios aplicará el dinero en el Fondo para proveer beneficios o llevar a cabo el propósito del Fondo en una manera equitativa hasta que los bienes del Fondo hayan sido desembolsados. En ningún evento cualquier parte de los bienes del Fondo volverá a los empleadores o al Sindicato. La Junta de Fideicomisarios consta de un número igual de representantes del empleador y del sindicato.

Patrocinador Y Administrador

La Junta de Fideicomisarios es el patrocinador y el Administrador del Fondo.

Números De Identificación

El "Número de identificación del empleador" asignado al Fondo por el Servicio de Rentas Interna es 13-5549593. El número de identificación asignado al Plan por la Junta de Fideicomisarios es 501.

Año Del Fondo

Los archivos son guardados basados en el "Año del Fondo". El año del Fondo es desde el 1ero de Mayo hasta el 30 de Abril siguiente.

Tipo De Fondo

El Fondo es conocido como un fondo de "salud" bajo la ley federal. Provee beneficios de seguro médico, beneficios de medicamento de venta con receta, beneficios dentales, beneficios de la vista, beneficios de seguro de vida.

Agente Para El Servicio Del Proceso Legal

El proceso legal puede ser servido sobre cualquier fideicomisario o administrador.

United Teamster Fund
2137-2147 Utica Avenue
Brooklyn, NY 11234
Teléfono (718) 859-1624

El Acuerdo De Negociación Colectiva / Empleadores Contribuyentes

El Fondo fue establecido y es mantenido como consecuencia de los contratos de negociación colectiva entre empleadores y sindicatos. Una copia del acuerdo de la negociación colectiva firmado por su empleador y sindicato puede ser obtenida sobre la solicitud escrita a la oficina del Fondo, y está disponible para ser revisado durante las horas normales de oficina del Fondo.

Origen De Las Contribuciones

Los beneficios descritos en éste panfleto son proveídos a través de contribuciones del empleador o primas de COBRA. La cantidad de contribuciones del empleador y los empleados en nombre de quienes las contribuciones son hechas es determinada por las condiciones aplicables de los contratos de negociación colectiva.

Fondo Fiduciario

Todos los bienes son mantenidos en un Fideicomiso por la Junta de Fideicomisarios para el propósito de proveer beneficios a los participantes, ya sea a través del pago directo de beneficios o el pago de primas a entidades que aseguran estos beneficios, y costeados los costos administrativos moderados.

Identificación de Entidades Aseguradora O Administradora

Todos los beneficios bajo el Fondo son pagados de los bienes del Fondo. Esto quiere decir que son "Autofinanciados.". El Fondo ha entrado en contratos administrativos con varias entidades para ayudar a administrar el Fondo. La información de contacto para todos estos proveedores está en el final de éste panfleto.

Procedimientos QMSCO

Si un tribunal o una sede administrativa pública han hecho público una orden con respecto a la provisión de la cobertura de salud para cualquiera de los niños del participante, el administrador o su persona designada determinarán si el tribunal o la orden de la sede administrativa estatal son una orden calificada medica de manutención de los hijos (QMSCO) como está definida por la ley federal, y esa determinación será vinculante para todas las partes. La orden de la sede administrativa estatal debe ser hecha pública a través de un proceso administrativo establecido por la ley estatal y debe tener la fuerza y el efecto de la ley estatal bajo la ley estatal aplicable.

Una orden no es QMSCO si requiere que el Fondo provea algún tipo o forma de beneficio o alguna alternativa que el Fondo por lo demás no provee, o si exige que un individuo que no está cubierto por el Fondo suministre la cobertura para un dependiente, excepto como es requerido por las leyes del estado relacionado con el medicaid sobre la manutención de los hijos.

Si una orden es decidida que es QMSCO, y si el participante está cubierto por el Fondo, el administrador o su persona designada notificarán a los padres y cada niño, y les informarán de los procedimientos del Fondo que deben ser seguidos para proveer la cobertura para el niño. Sin embargo, ninguna cobertura será proveída para cualquier niño bajo un QMSCO a menos que las contribuciones aplicables del empleado para la cobertura de ese niño son pagadas, y todos los requisitos del Fondo para la cobertura de ese niño han estado satisfechos.

Para la información adicional respecto a los QMSCO y los procedimientos para el pago de reclamos bajo ellos, vea la Información de Reclamos.

SUS DERECHOS BAJO LA LEY DE SEGURIDAD DE INGRESOS DE JUBILACIÓN DE EMPLEADO DE 1974 (ERISA)

Los participantes o los dependientes elegibles tienen ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleado de 1974 (ERISA). ERISA provee que todos los participantes y los dependientes elegibles tengan derechos a:

Recibir Información Sobre Su Plan Y Beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del Fondo y en otras ubicaciones especificadas, como ubicaciones de trabajo y sedes sindicales, todos los documentos que gobiernan el Fondo, incluyendo el resumen de las descripciones del plan, contratos de negociación colectiva firmados por el empleador del participante y una copia del más reciente informe anual (Form 5500 series).
- Obtener copias de los documentos que gobiernan la operación del Fondo, sobre la solicitud escrita al administrador, incluyendo contratos de negociación colectiva, y copias del más reciente informe anual (Form 5500 series) y un resumen de la descripción del plan actualizada. El administrador puede hacer un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Fondo. Los fideicomisarios son exigidos por ley para proveer una copia de éste resumen del informe anual, sobre la solicitud escrita.

Cobertura De Un Plan De Salud De Grupo Continuado

Usted puede continuar la cobertura de salud para usted mismo, cónyuge o para las dependientes si hay una pérdida de la cobertura bajo el Fondo como consecuencia de un "Evento clasificatorio". Usted o sus dependientes pueden tener que pagar tal cobertura. Examine las reglas en éste resumen de la descripción del plan sobre los derechos de continuación de cobertura de COBRA.

Reducción O Eliminación De Los Períodos De Exclusión De La Cobertura Para Las Condiciones Preexistentes

Usted será proporcionado con un certificado de la cobertura de buena reputación, libre de cargos cuándo usted: pierde la cobertura bajo el Fondo, tiene derecho a COBRA, cuando su cobertura de continuación de COBRA termina, si usted lo solicita antes de perder la cobertura, o si usted lo solicita hasta 24 meses después de perder la cobertura. Sin pruebas de la cobertura de buena reputación, usted podría estar sujeto a una exclusión de condición preexistente durante 12 meses (18 meses para inscritos fallecidos) después de su fecha de matriculación en su cobertura.

Acciones Prudentes Por Los Fideicomisarios

Además de crear los derechos para participantes, ERISA impone las obligaciones sobre las personas que son responsables de la operación del plan de beneficio de empleados. Las personas que operan el Fondo son llamadas "Fideicomisarios." Los Fideicomisarios tienen un deber de actuar prudentemente y en pro de usted y otros participantes y beneficiarios. Nadie, incluyendo su empleador, su sindicato, o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo a usted de alguna manera para impedir que obtenga un beneficio o ejercer sus derechos bajo ERISA.

Haga Cumplir Sus Derechos

Si su reclamo para un beneficio es negado o hecho caso omiso por completo o parcialmente, usted tiene derecho a saber por qué fue hecho esto, obtener copias de los documentos que se relacionan con la decisión, y apelar cualquier negación, todo dentro de cierto límite de tiempo.

Bajo ERISA, hay pasos que usted puede tomar para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si usted pide una copia de los documentos del Fondo o el más reciente informe anual y no los recibe dentro de 30 días, usted puede presentar la demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir que el administrador suministre los materiales y le pague a usted hasta \$110 por día hasta que usted reciba los materiales, a menos que los materiales no fueron enviados debido a razones fuera del control del administrador.

Si usted tiene un reclamo para beneficios que es negado o hecho caso omiso por completo o parcialmente, usted puede presentar la demanda en un tribunal estatal o federal. Además, si usted no está de acuerdo con la decisión del Fondo, usted puede presentar la demanda en el tribunal federal. Si ocurre que los Fideicomisarios abusan del dinero del Fondo, o si usted es discriminado para hacer valer sus derechos, usted puede pedir la ayuda del Ministerio del Trabajo de los Estados Unidos, o usted puede presentar la demanda en un tribunal federal. El tribunal determinará quién debe pagar los gastos del tribunal y honorarios de abogado. Si usted es exitoso, el tribunal puede otorgarle sus gastos y honorarios. Si usted pierde, el tribunal puede ordenarle a usted que pague estos gastos y honorarios, por ejemplo, si se descubre que su reclamo es frívolo.

Ayuda Con Sus Preguntas

Si usted tiene preguntas sobre el Fondo, usted debe contactarse con la oficina del Fondo. Si usted tiene preguntas sobre ésta declaración o sobre sus derechos bajo ERISA, o si usted necesita ayuda para obtener los documentos del administrador, usted debe contactarse con la oficina más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleado (antes era Administración de Beneficios de Pensión y Salud), Ministerio del Trabajo de los EE.UU., en su guía telefónica o:

Division of Technical Assistance and Inquiries
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue, N.W.
Washington, D.C., 20210.

Usted también puede obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades bajo ERISA llamando la línea directa de publicaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleado.

ORGANIZACIÓN DE SALUD E INFORMACIÓN DE CONTACTO

BENEFICIO	ORGANIZACIÓN DE SALUD	TIPO DE FINANCIAMIENTO
Médico / Hospital	Magnacare 825 E. Gate Blvd. Garden City, New York 11530 (T) (516) 282-8000 (F) (516) 228-7743	Autofinanciado. El Fondo paga el costo de beneficios, que son administrados por Magnacare y provee los servicios de precertificación y manejo de caso.
Medicamentos de venta con receta	Express scripts Inc. Mail Pharmacy Service P. O. Box 66773 St. Louis, Missouri 63166-6773	Autofinanciado. El Fondo paga el costo de beneficios, que son administrados por Express Scripts.
Visión	United Teamster Fund 2137-2147 Utica Avenue Brooklyn, New York 11234 General Vision Service Comprehensive Profesional System Vision Screening National Optical Services New County	Autofinanciado. El Fondo provee y administra los beneficios.
Seguro de vida	United Teamster Fund 2137-2147 Utica Avenue Brooklyn, New York 11234 (T) (718) 859-1624	Autofinanciado. El Fondo provee y administra los beneficios.