







































































































































































Mantenemos una base de datos internamente desarrollada con más de 100,000 recursos comunitarios verificados cada tres meses por nuestro personal especializado en recursos y recomendaciones. Los recursos disponibles incluyen los siguientes: programas de 12 pasos, grupos de apoyo, grupos de auto-ayuda, ayuda relacionada con el SIDA, agencias comunitarias para la salud mental, servicios de geriatría, agencias de United Way, refugios para mujeres maltratadas, agencias de servicios familiares y servicios contra el abuso de menores.

## **Recursos de Internet**

Mediante el sitio en la Web de OptumHealth MAP, [www.liveandworkwell.com](http://www.liveandworkwell.com) (código de acceso: SCIBEW), todos los miembros pueden obtener acceso a una amplia variedad de información, programas de auto-ayuda, evaluaciones personales, y recursos y artículos relacionados con toda una gama de temas. El sitio en la Web existe en inglés y en español, con una funcionalidad que le permite cambiar de un idioma a otro en cada página.

## **Exclusiones y limitaciones**

Su programa MAP no cubre lo siguiente:

- Servicios de médicos, inclusive servicios de psiquiatras
- Servicios de hospital (para pacientes internos y externos)
- Servicios de laboratorio diagnósticos y servicios radiológicos diagnóstico y terapéuticos
- Servicios para la salud en el hogar
- Servicios para la salud de emergencia
- Drogas y medicamentos

Para obtener más información acerca de su programa MAP, llame al Departamento de Servicio a Clientes de OptumHealth, al (877) 225-2267 (877-22-LABOR); la línea opera las 24 horas del día.







Su apelación de elegibilidad relacionada con cualquier Reclamo Previo a la Prestación de Servicios con su proveedor de atención médica será tramitada por los Fideicomisarios dentro de 72 horas. Todas las apelaciones de elegibilidad relacionadas con reclamos posteriores a la prestación de servicios serán consideradas por la Junta de Fideicomisarios en su próxima reunión regularmente programada, siempre que la Oficina Administrativa haya recibido su apelación por lo menos 30 días antes de una reunión regularmente programada de la Junta de Fideicomisarios.

### **Reclamos posteriores a la prestación de servicios: beneficios de medicamentos recetados, ortóticos y escaneo del cuerpo**

Los beneficios para medicamentos recetados los administra OptumRx. Su beneficio para medicamentos recetados se conoce como un sistema basado en tarjetas y su reclamo se considera hecho cuando usted presenta su receta y su tarjeta de identificación OptumRx a un/a farmacéuta participante. Los reclamos de beneficios ortóticos para obtener reembolso los administra Allied Administrators. Los beneficios de escaneo del cuerpo para participantes en el Plan Kaiser y en el Plan UHC los administra Allied Administrators.

Dentro de los 30 días después de la presentación de un reclamo posterior a la prestación de servicios, hasta donde se haya negado cualquier parte de su reclamo, usted recibirá una notificación de la negación que identifica la disposición específica del Plan en que se basa la negación. Por ejemplo, un reclamo o parte del reclamo posiblemente no será pagadero porque el deducible anual no se ha satisfecho.

El período de 30 días descrito arriba se puede extender según lo permitan los reglamentos federales si se necesita información adicional para procesar su reclamo posterior a la prestación de servicios. Usted recibirá una notificación escrita de la información adicional necesaria para procesar su reclamo.

Si la Oficina Administrativa recibe su apelación por lo menos 30 días antes de una reunión de la Junta de Fideicomisarios, su apelación se considerará en esa reunión. Por lo general, los Fideicomisarios se reúnen por lo menos una vez cada trimestre.

Hasta donde lo permitan los reglamentos federales, la consideración de su apelación puede posponerse hasta la siguiente reunión de la Junta si se necesita información adicional para considerar su apelación.

Para asegurar la consideración oportuna las apelaciones, la Junta ha establecido un Comité de Apelaciones integrado por un/a Fideicomisario/a del Sindicato y un/a Fideicomisario/a del Empleador. Este comité está facultado para tomar decisiones definitivas si es necesario para tramitar oportunamente las apelaciones. Por ejemplo, el Comité de Apelaciones se reuniría cuando la reunión regular de la Junta se haya cancelado.

Cuando el Comité de Apelaciones o la Junta de Fideicomisarios tome una determinación definitiva acerca de su apelación, la Oficina Administrativa le enviará una notificación escrita dentro de los cinco días después de la decisión.

### **Problemas de elegibilidad**

La elegibilidad para la cobertura del plan se explica en la Descripción resumida del Plan, bajo la sección titulada “Elegibilidad y disposiciones generales del Plan”.

La Oficina Administrativa es responsable del mantenimiento de la elegibilidad. Cada mes, la Oficina Administrativa da una lista de los participantes elegibles a los proveedores de beneficios (Kaiser, UnitedHealthcare, Anthem Blue Cross, etc).

Es posible que ocurran situaciones en las que se le niegue un reclamo a un/a Participantes del Fondo de Fideicomiso porque no ha cumplido las reglas del plan para tener derecho a recibir beneficios. Hay muchas razones por las cuales esto puede suceder.

A manera de ilustración solamente, damos algunos ejemplos a continuación.

Ejemplo 1: Un/a Participante posiblemente no ha trabajado el número de horas necesarias para tener derecho a recibir beneficios según se explica en la sección de la Descripción resumida del Plan titulada “Elegibilidad y disposiciones generales del Plan”.

Ejemplo 2: Un/a Participante ha trabajado el número necesario de horas necesarias en un empleo cubierto pero su empleador no ha enviado las Contribuciones de salud y sociales necesarias al plan.

Ejemplo 3: Un/a Participante no trabaja las 100 horas por mes necesarias para mantener su elegibilidad y su Reserva del Banco de Horas se ha reducido a cero, o no quedan suficientes horas en su Reserva del Banco de Horas para establecer su elegibilidad.

Ejemplo 4: Un/a Participante ha dejado de trabajar y ha elegido la continuación de la cobertura según COBRA pero no ha hecho los pagos por cuenta propia necesarios para tener derecho a la continuación de la cobertura.

La mayoría de los problemas de elegibilidad se resuelven con rapidez mediante una llamada o una carta dirigida a la Oficina Administrativa. Esta Oficina está a sus órdenes para darle información exacta acerca de su estatus de elegibilidad y su derecho a recibir beneficios conforme a los distintos planes.

Si su reclamo se niega porque usted no cumple los requisitos de elegibilidad del Fondo de Fideicomiso, usted tiene el derecho de apelar la negación. Debe presentar su apelación por escrito y enviarla a la Oficina Administrativa. Debe declarar en su apelación por qué usted considera que cumple los requisitos de elegibilidad (mencione la sección titulada “Elegibilidad y disposiciones generales del Plan” de la Descripción resumida del Plan) y presentar la información sobre los hechos que en su opinión sean importantes para el examen de su apelación.

Su apelación se considerará dentro del plazo apropiado descrito en las secciones anteriores tituladas “Reclamos previos a la prestación de servicios” y “Reclamos posteriores a la prestación de servicios”.

Generalmente, la Junta se reúne por lo menos una vez cada trimestre.

### **Agotamiento del proceso de apelación**

Conforme a la ley federal conocida con el nombre de ERISA, un/a Participante o beneficiario/a cuyo reclamo de beneficios haya sido negado puede iniciar un juicio contra el Fondo de Fideicomiso con el fin de obtener el beneficio negado. Sin embargo, antes de entablar tal juicio, usted debe seguir y agotar el proceso de apelación bajo el Fondo de Fideicomiso descrito anteriormente. Por lo tanto, después de cualquier negación inicial de beneficios, si usted está en desacuerdo, es importante presentar una apelación oportunamente. En todos los casos, su apelación debe presentarse a más tardar dentro de los 180 días después de recibir la negación inicial de su reclamo. Si no presenta la apelación dentro del plazo requerido, usted habrá dejado de agotar sus derechos de apelación. Es posible que los Fideicomisarios extiendan el límite de 180 días si usted demuestra razones válidas para la tardanza, pero para proteger sus derechos, usted debe presentar cualquier apelación sin demora después de recibir la negación inicial.

Después de la decisión de los Fideicomisarios, el/la Participante o Dependiente tendrá el derecho de entablar un juicio civil conforme a la Sección 502.









