

SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA RETIREE HEALTH PLAN (PLAN DE SALUD PARA JUBILADOS DE IBEW-NECA EN LA REGIÓN SUR DE CALIFORNIA)



Beneficios para jubilados elegibles y sus cónyuges elegibles de IBEW-NECA en la Región Sur de California

Descripción resumida del Plan a partir del 1º de febrero de 2013

Este folleto contiene un resumen de su plan de derechos y beneficios del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*). Si usted tiene dificultad para entender cualquier parte de este folleto, comuníquese con la Oficina Administrativa en 6023 Garfield Avenue, Commerce, California 90040. Las horas de servicio son de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes. También puede llamar a la Oficina Administrativa, al (800) 824-6935 o al (323) 221-5861, para solicitar una copia en inglés de esta Descripción resumida.

AVISO IMPORTANTE PARA TODOS LOS PARTICIPANTES

La Junta de Fideicomisarios (*Board of Trustees*) posee la autoridad exclusiva y absoluta, y las facultades discrecionales, para interpretar las disposiciones de este Plan y para resolver todas y cada una de las disputas de hechos relacionadas con la elegibilidad conforme al Plan o con el monto de los beneficios pagaderos bajo el Plan. Todas y cada una de tales interpretaciones y resoluciones adoptadas de buena fe por la Junta de Fideicomisarios serán finales y obligatorias para todas las partes, inclusive, pero sin limitarse a, todos los Participantes y beneficiarios. Cualquiera de dichas interpretaciones y resoluciones puede ser anulada por un árbitro o una corte judicial solamente si dicho árbitro o corte comprueba que la interpretación o resolución de la Junta de Fideicomisarios fue arbitraria, caprichosa, un abuso de sus facultades y/o ilegal.

Los beneficios conforme al Plan de Salud para Jubilados en la Región Sur de California (*Southern California Retiree Health Plan*) están parcialmente financiados a través de contribuciones del empleador específicamente designadas para ofrecer beneficios de salud a empleados jubilados. No existe ningún derecho adquirido para recibir los beneficios del plan. Los Fideicomisarios pueden cambiar, modificar, reducir o terminar el Plan de beneficios en cualquier momento como resultado de condiciones o sucesos que exijan esta medida.

Índice

Información general	1
Ayuda	2
Documentos que regulan los beneficios.....	2
Mantenga sus archivos al día.....	2
Apelaciones.....	3
HealthAdvocate.....	3
Beneficios a su disposición	5
Definiciones	7
Requisitos de elegibilidad y disposiciones generales del Plan	13
Cónyuge elegible.....	14
Terminación de la elegibilidad de cónyuges.....	15
Coordinación de beneficios —Cobertura doble.....	15
Jubilados con discapacidades totales o parciales.....	15
Acreditación de horas de discapacidad para elegibilidad de jubilados.....	16
Jubilados que trabajan en empleos de mantenimiento.....	17
Terminación de la cobertura de jubilados.....	18
Empleo eléctrico sin cobertura.....	19
Requisitos para la inscripción	20
Usted debe inscribirse y aceptar hacer un pago mensual.....	20
Proceso para solicitar la inscripción en el Plan de Salud para Jubilados.....	21
Jubilados que trabajan en empleos de mantenimiento.....	22
Plazo para la inscripción en el Plan de Salud para Jubilados y fecha de inicio de la cobertura.....	22
Requisito de inscripción en Medicare.....	23
Asignación de Medicare a una HMO.....	23
Responsabilidad civil de terceros.....	23
Período anual de inscripción abierta.....	24
Requisito de deducción/auto-pago mensual de la pensión	25
Cómo se calcula el auto-pago.....	25
Cómo obtener información acerca de los auto-pagos mensuales.....	25
Cinco leyes federales que le conviene conocer	26
COBRA.....	26
Ley de transferibilidad y responsabilidad de los seguros médicos (HIPAA).....	30
Ley de protección de la salud de recién nacidos y madres.....	32
Ley de los derechos de la mujer a servicios médicos y tratamiento para el cáncer (WHCRA).....	32
Ley de paridad para la salud mental y equidad frente a la adicción (MHPAEA).....	33
Procedimientos para enmendar el Plan	34
Terminación o reducción de la cobertura	35
Terminación de la cobertura de jubilados.....	35
Terminación voluntaria.....	35
Terminación obligatoria.....	35
Regla especial para miembros de Medicare con “cobertura doble”.....	36
Reingreso a un empleo con cobertura.....	36
Suspensión de beneficios por razones que no sean el reingreso a empleo con cobertura.....	37
Terminación de la cobertura de cónyuges.....	37
Terminación voluntaria.....	37
Terminación obligatoria.....	37

Comparación resumida de los beneficios de los Planes de salud para jubilados	39
Selección de entre los dos Planes HMO, el Plan de Reembolso de Primas o el Plan Suplementario de Medicare.....	41
Selección del plan médico que mejor responda a sus necesidades	41
Planes médicos de las organizaciones HMO.....	41
Plan Suplementario de Medicare para jubilados y sus cónyuges	42
Plan de Reembolso de Primas	43
Comparación de los planes médicos HMO Kaiser y HMO United Healthcare.....	45
Planes médicos HMO.....	45
Beneficio por muerte de jubilados.....	52
Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos	53
Plan de servicio en la farmacia	53
Plan de envío por correo de medicamentos recetados	54
Plan de reembolso para farmacias no participantes.....	55
Beneficios cubiertos	55
Limitaciones.....	56
Exclusiones	56
Administrador de Beneficios de farmacia —Cadenas de farmacias en California.....	58
Planes dentales ofrecidos a pensionados discapacitados	59
Comparación de los beneficios dentales ofrecidos a pensionados discapacitados	60
Beneficios para la vista ofrecidos a pensionados discapacitados	62
Beneficios para la vista	62
Copagos y lista de beneficios ofrecidos a pensionados discapacitados.....	63
Lentes	63
Marcos —Como los provee el plan VSP.....	63
Lentes de contacto*.....	63
Cómo utilizar el Plan.....	64
Proveedores que no son miembros del panel.....	65
Limitaciones.....	65
Quejas.....	66
Información sobre la declaración de términos.....	67
Reglas para reclamos y apelaciones	69
Reclamos previos a la prestación de servicios.....	70
Reclamos posteriores a la prestación de servicios: Beneficios de medicamentos recetados	70
Problemas de elegibilidad	71
Agotamiento del proceso de apelación.....	71
Algunas preguntas relacionadas con todos los reclamos y apelaciones.....	72
Sus derechos conforme a la Ley de seguridad de ingresos de jubilación para empleados de 1974 (ERISA)....	74
Recibir información acerca de su plan y sus beneficios	74
Continuar la cobertura colectiva del plan de salud.....	74
Certificado de cobertura acreditable.....	74
Acciones prudentes por parte de los fiduciarios del Plan	75
Hacer valer sus derechos	75
Ayuda con sus preguntas.....	75
Aviso a los participantes.....	76

Descripción resumida del Plan

Información general

Oficina Administrativa

Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund

6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040
(323) 221-5861
(800) 824-6935 —En todo el país
(323) 726-3520 —Fax

Dirección postal
PO Box 910918
Los Angeles, CA 90091

Horas de oficina: Lunes a viernes, 9:00 a.m. - 5:00 p.m., excepto en días feriados

Junta de Fideicomisarios

Fiduciarios laborales:

Marvin Kropke, *Presidente*
Joel Barton
Eric Brown
Dick Reed, *Suplente*
Dean Todd, *Suplente*

Fiduciarios administrativos:

James Willson, *Secretario*
Cathy O'Bryant
Steve Watts

Administradores

Joanne Keller, Administradora

George Wallace, Director Ejecutivo

Abogados

Melissa W. Cook & Associates
Law Offices of Carroll & Scully, Inc.

Consultores

Rael & Letson, Actuaries and Consultants

Ayuda

Este folleto contiene un **resumen** de sus beneficios y derechos conforme al Plan de Salud para Jubilados de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Retiree Health Plan*).

Si tiene dificultades para entender cualquier parte de la **Descripción resumida del Plan**, o si tiene preguntas, tenga la bondad de comunicarse con la Oficina Administrativa para obtener ayuda. Estamos a sus órdenes para ayudarle a obtener todos los beneficios a los cuales tenga derecho. A continuación encontrará la información necesaria para comunicarse con nosotros.

Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund Oficina Administrativa

6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040
(323) 221-5861
(800) 824-6935 —Llamadas gratis en todo el país
(323) 726-3520 —Fax
www.scibew-neca.org

Horas de oficina: De lunes a viernes, 9:00 a.m. - 5:00 p.m., excepto en días feriados.

Documentos que regulan los beneficios

El alcance de los beneficios de cada participante jubilado/a está regulado por los términos completos de los documentos titulados en inglés *Southern California IBEW-NECA Retiree Health Plan SPD* y por las Pruebas de Cobertura, los Contratos de Seguro, y los Acuerdos expedidos al Fondo por Kaiser Foundation Health Plan Inc., Southern California Region, United Healthcare of California, CIGNA Dental, Delta Dental of California, United Concordia, MetLife/Safeguard Dental, Vision Service Plan, y el beneficio para medicamentos genéricos mandatorio auto-financiado, y los reglamentos relacionados con la elegibilidad que los Fideicomisarios (*Trustees*) adopten de vez en cuando. Este folleto describe estos beneficios en términos generales. En caso de existir cualquier diferencia entre este folleto y los Contratos de Seguro, los documentos de Prueba de Cobertura y los Acuerdos expedidos por cualquiera de los proveedores anteriores, los términos y condiciones de Prueba de Cobertura, los Contratos de Seguro o el Acuerdo prevalecerán. Los documentos de Prueba de Seguro se distribuyen a los Participantes en base a su inscripción en el Plan. Los otros documentos pueden obtenerse en la Oficina Administrativa o en el sitio en la Web del Fondo: www.scibew-neca.org. En caso de cualquier desacuerdo entre la versión española y el original en inglés de cualquiera de los documentos anteriores, el original en inglés regirá.

Mantenga sus archivos al día

Notifique a la Oficina Administrativa por escrito de inmediato acerca de cualquier cambio de dirección o si ha ocurrido un cambio en su estado civil. **La falla en notificar a la Oficina Administrativa sin demora puede dar como resultado su ineligibilidad para recibir los beneficios apropiados o su responsabilidad por beneficios pagados erróneamente.**

Por ejemplo:

- Usted se casa
- Usted se divorcia
- Su cónyuge elegible fallece

Consulte la sección titulada “Elegibilidad y disposiciones generales del Plan” y subtitulada "Cónyuges elegibles" para obtener más información.

Apelaciones

Observe, por favor, que todas las apelaciones relacionadas con la elegibilidad para reclamos y beneficios de medicamentos recetados recibidos conforme al Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos (cuando una persona jubilada participante está inscrita en el Plan Suplementario de Medicare o el Plan de Reembolso de Primas de Medicare) los maneja la Junta de Fideicomisarios previa notificación oportuna por escrito a la Oficina Administrativa. Las apelaciones relacionadas con beneficios asegurados recibidos las maneja directamente la compañía de seguro respectiva. Consulte el folleto de Prueba de Cobertura de la aseguradora para obtener información sobre los procedimientos para reclamos y apelaciones de cada plan de beneficios.

HealthAdvocate

Los Fideicomisarios han contratado a **HealthAdvocate**, una agencia defensora de la salud, para que le ayude a usted y a su cónyuge elegible mediante servicios de defensa y asistencia prestados por Defensores de la Salud Personal (*Personal Health Advocates —PHA*), típicamente enfermeras/os tituladas/os con el respaldo de directores médicos y especialistas en beneficios, quienes colaborarán con usted y/o con su cónyuge elegible para:

- Localizar a médicos, especialistas médicos y otros proveedores de servicios.
- Ayudarle a comprender y resolver facturas por servicios médicos o dentales, o por otros servicios profesionales.
- Facilitar recomendaciones para servicios cubiertos.
- Clarificar la cobertura del Fondo de Fideicomiso.
- Transferir documentos médicos.
- Localizar servicios de atención para personas de la tercera edad.

Si usted desea ver una demostración por video en la Internet de los servicios ofrecidos por la agencia **HealthAdvocate**, visite el siguiente sitio en la Web: http://www.healthadvocate.com/member_video.aspx. Puede comunicarse con *HealthAdvocate* llamando al teléfono (866) 695-8622.

Los servicios de la agencia **HealthAdvocate** complementarán los servicios prestados por su Plan, ayudándole a usted y a su cónyuge elegible a encontrar proveedores de servicios de atención para la salud y servicios basados en la comunidad, localizando a los mejores proveedores de servicios para la salud dentro de los parámetros del plan y ayudándole con la resolución de asuntos relacionados con reclamos de seguro, etc.

Representantes de **HealthAdvocate** posiblemente se comunicarán con usted o con su cónyuge elegible para realizar las tareas antes mencionadas. Su cooperación y ayuda serán altamente apreciadas. Al resolver el problema de un/a Participante, la agencia *HealthAdvocate* podrá actuar

como un enlace entre usted o su cónyuge elegible y el vendedor o proveedor de seguro que ha contratado con el Fideicomiso.

La agencia **HealthAdvocate** no reemplaza la cobertura de un seguro médico, no provee atención médica ni tratamientos recomendados y no duplica funciones clave de proveedores de planes de beneficios. La agencia *HealthAdvocate* le ayuda a usted y a su cónyuge elegible a establecer vínculos con servicios existentes, tales como la administración de casos, el manejo de enfermedades, servicios para promover el bienestar personal, el Programa de Ayuda para Empleados (*Employee Assistance Program —EAP*) y otros servicios establecidos.

Plan de Salud para Jubilados de IBEW-NECA en la Región Sur de California

Beneficios a su disposición

Persona jubilada con menos de 65 años (No elegible o inscrita en Medicare) y persona jubilada con discapacidad a cualquier edad antes de su elegibilidad para beneficios de Medicare.

Usted puede escoger uno de los siguientes planes:

- El Plan Kaiser Permanente (HMO) y el Plan para medicamentos de Kaiser Permanente
- El Plan HMO de United Healthcare y el Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos
- El Plan de reembolso de primas y el Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos

Persona jubilada con 65 años de edad inscrita en las Partes A y B de Medicare

Usted puede escoger uno de los siguientes planes:

- El Plan Senior Advantage de Kaiser Permanente y el Plan de medicamentos recetados Senior Advantage Medicare Prescription Drug (Rx) Plan (MA-PD)
- El Plan Secure Horizons de United Healthcare y el Plan de medicamentos Secure Horizons Drug (Rx)
- El Plan Suplementario de Medicare y el Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos
- El Plan de Reembolso de Primas y el Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos

Beneficios dentales (sólo para jubilados discapacitados con menos de 65 años de edad)

Usted puede escoger uno de los siguientes planes:

- El Plan CIGNA (DHMO)
- El Plan DeltaCare USA (DHMO)
- El Plan United Concordia (PPO)
- El Plan MetLife/Safeguard (DHMO)

- El Plan United Concordia (DHMO)

Beneficios de atención para la vista (sólo para jubilados discapacitados con menos de 65 años de edad)

- El Plan para la Vista de Kaiser Permanente —Para participantes en Kaiser
- El Plan de Vision Service (VSP) —Para participantes en United Healthcare

Definiciones

Definiciones generales del Plan

Asociación

El Capítulo del Condado de Los Angeles de la Asociación Nacional de Contratistas Eléctricos (*Los Angeles County Chapter of the National Electrical Contractors Association*).

Año calendario

El período anual que comienza el 1º de enero de cada año y concluye el 31 de diciembre siguiente.

COBRA

La ley federal que ordena la continuación de la cobertura de salud colectiva cuando la elegibilidad o la cobertura termina, conforme a la ley titulada en inglés *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act* de 1985 (COBRA) según ha sido enmendada de vez en cuando y conforme a todos los reglamentos pertinentes.

Convenio colectivo de trabajo

Cualquier Acuerdo celebrado entre la Asociación y el Sindicato que requiera contribuciones al Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*) y cualquier otro convenio colectivo de trabajo aprobado por la Junta de Fideicomisarios que requiera contribuciones a dicho Fondo de Fideicomiso.

Contribución

El pago hecho al Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*) o el pago que le hará cualquier Empleador conforme a las disposiciones de cualquier Convenio Colectivo de Trabajo. El término "Contribución" incluirá también un pago hecho a nombre de un/a Empleado/a de un Sindicato Local u otro Empleador contribuyente conforme a un Acuerdo de Participación aprobado por la Junta de Fideicomisarios.

Copagos

Cualquier monto cobrado a un/a jubilado/a o a su cónyuge por la organización HMO por un beneficio cubierto en el momento en que recibe el servicio.

Empleo con cobertura

Trabajo en un empleo para el cual se requieran Contribuciones conforme a un Convenio Colectivo de Trabajo.

Cónyuge elegible

Una persona que cumple la definición incluida en esta Descripción resumida del plan bajo el encabezamiento “Cónyuge elegible”.

Empleado/a elegible

Un/a Empleado/a de un Empleador que trabajó en un Empleo con Cobertura y satisfizo las reglas de elegibilidad del Plan establecidas en la Descripción resumida del Plan de jubilados.

Empleador

Cualquier Empleador que firma cualquier Convenio con el Sindicato y la Asociación, que requiere contribuciones por parte del empleador a este Fondo de Salud. El término “Empleador” incluye también al Sindicato, a los Fondos de Fideicomiso de IBEW–NECA en la Región Sur de California u otros empleadores participantes con permiso específico para participar conforme a los Convenios aceptados por la Junta de Fideicomisarios.

Miembro de la familia

La persona jubilada o su cónyuge.

El Fondo o el Fondo para la Salud

El Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*)

Plan médico/de hospital HMO

Kaiser Permanente Foundation Health Plan y Senior Advantage, United Healthcare y Secure Horizons son planes HMO. Una organización HMO es un grupo de proveedores de servicios de atención para la salud que han celebrado un contrato con el Fondo de Fideicomiso para la Salud (*Health Trust Fund*) para ofrecer servicios de atención médica a un costo pre-determinado. Conforme a estos planes, con la excepción de ciertos servicios médicos de emergencia para condiciones que ponen en peligro la vida, usted debe utilizar los hospitales y médicos asociados con el Plan HMO individual para obtener beneficios. La organización HMO mantiene normas estrictas para servicios médicos de emergencia. Tenga la bondad de consultar los documentos descriptivos del HMO y otros documentos que su HMO le suministre.

Kaiser Permanente

La empresa denominada en inglés *Kaiser Permanente Foundation Health Plan* es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organization —HMO*) que tiene sus propias clínicas y hospitales y celebra contratos con médicos y hospitales en ciertas

áreas geográficas. Para los participantes inscritos en las Partes A y B de Medicare, la cobertura se ofrece a través del programa denominado Kaiser Permanente Senior Advantage.

Medicare

El Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Seguro Médico del Gobierno Federal para Personas de Edad Avanzada) según está promulgada en la actualidad o según pueda enmendarse.

El Plan Suplementario de Medicare

Este Plan paga los deducibles anuales de Medicare y el 20% que Medicare no cubre, hasta un reembolso anual de \$2,500 conforme al Plan. El máximo de \$2,500 se aplica por separado a cada persona jubilada y a un/a cónyuge elegible. Usted tiene derecho a recibir beneficios de medicamentos recetados a través del Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos. Consulte la sección separada mencionada en el Índice bajo el título “Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos”.

Utilice el formulario para reclamos suministrado por la Oficina Administrativa o por Allied Administrators. Siga las instrucciones y al completar el formulario envíelo con todos sus anexos a:

IBEW-NECA Claims Administration
Allied Administrators
2831 Camino del Rio South Suite 311
San Diego California 92108-3829
Telephone: 1-800-736-0401

Al recibir un formulario de reclamo totalmente completado, Allied procesará su reclamo y expedirá cualquier reembolso al cual usted pueda tener derecho dentro de los tiempos establecidos por los reglamentos federales aplicables. Estos tiempos se describen en las páginas 69-71 de esta Descripción resumida del Plan bajo el encabezamiento “Reglas para reclamos y apelaciones”.

Nota: No envíe más de un formulario de reclamo por mes con todos los reclamos tanto de la persona jubilada como del/de la cónyuge incluidos en el mismo formulario de reclamo.

Participante

El término "Participante" se aplica a todas las personas que son elegibles para recibir beneficios conforme este Plan. Esto incluye a personas jubiladas y a un/a cónyuge elegible de cada participante.

El Plan de Reembolso de Primas

El Plan de Reembolso de Primas (*Premium Reimbursement Plan*) es para aquellos jubilados que viven fuera del área de servicio de la organización HMO o para jubilados que no desean elegir la inscripción en una organización HMO contratada por el Fondo de Fideicomiso. El Plan ofrece la

opción de obtener un seguro privado o colectivo y recibir mensualmente un reembolso limitado en dólares del Fondo de Fideicomiso para la Salud por concepto de dicho seguro médico privado o colectivo como se describe de otra manera en este Plan.

El Plan no reembolsará a los participantes cualquier costo pagado por un seguro médico por parte de terceros tales como un empleador actual o anterior. Por ejemplo, si un empleador actual o anterior ofrece un seguro médico que cuesta \$500 por mes y usted tiene que pagar \$100 por mes por ese seguro, el mayor monto que el plan le reembolsará es de \$100 (el costo real que usted ha pagado de su bolsillo) y no de \$500 (el costo para su empleador de la cobertura). Usted tiene derecho a beneficios de medicamentos recetados a través del Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos. Consulte la sección separada mencionada en el Índice bajo el título “Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos”.

Utilice el formulario para reclamos suministrado por la Oficina Administrativa o por Allied Administrators. Siga las instrucciones y, al completar el formulario, envíelo con todos sus anexos a:

IBEW-NECA Claims Administration
Allied Administrators
2831 Camino del Rio South Suite 311
San Diego California 92108-3829
Telephone: 1-800-736-0401

Al recibir un formulario de reclamo totalmente completado, Allied procesará su reclamo y expedirá cualquier reembolso al cual usted pueda tener derecho dentro de los parámetros establecidos por la regulaciones federales aplicables. Estos parámetros se describen en las páginas 69-71 de esta Descripción resumida del Plan bajo el encabezamiento “Reglas para reclamos y apelaciones”.

Nota: No envíe más de un formulario de reclamo por mes con todos los reclamos tanto el de la persona jubilada como el del/de la cónyuge incluido/a en el mismo formulario de reclamo.

Suceso calificante

Un Suceso Calificante para la continuación de la cobertura ocurre cuando un/a beneficiario/a calificado/a pierde su cobertura conforme a este Plan. Esto le da derecho a dicho/a beneficiario/a calificado/a a continuar la cobertura bajo el Plan haciendo sus propios pagos, como se describe con mayores detalles más adelante.

Persona jubilada o persona jubilada elegible

Una persona jubilada con derechos conforme a las reglas de la Descripción resumida del Plan de Salud para Jubilados de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Retiree Health Plan Summary Plan Description*) y que cumpla todos los siguientes requisitos:

1. Cumple todas las reglas de elegibilidad indicadas en la sección titulada “Requisitos de elegibilidad”.
2. Autoriza la deducción de un auto-pago mensual de su cheque mensual de pensión de la persona jubilada expedido por el Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Pension Plan*), o auto-paga la prima mensual de manera oportuna a la Oficina Administrativa.
3. No trabaja en un “empleo activo” dentro de la jurisdicción del Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California, excepción hecha de trabajos de mantenimiento o trabajos expresamente permitidos conforme a las reglas y reglamentos que promulgue la Junta de Fideicomisarios.

Secure Horizons

Secure Horizons es una división de United Healthcare, una organización HMO. Esta división contrata a hospitales y médicos para que presten servicios de atención médica a los participantes inscritos en las Partes A y B de Medicare.

Auto-pagos

El pago hecho por una persona jubilada, o por el viudo o la viuda de una persona jubilada, necesario para mantener la cobertura del Plan. El auto-pago se deduce mensualmente del cheque de pensión expedido a la persona jubilada, o a su viudo o viuda, por IBEW-NECA en la Región Sur de California, O BIEN, el pago mensual por beneficios para la salud hecho al Plan de Salud para Jubilados de IBEW-NECA en la Región Sur de California a más tardar el día 15 del mes inmediatamente anterior al mes efectivo de la cobertura (p. ej., para la cobertura del mes de enero, el pago deberá recibirse el 15 de diciembre a más tardar). El monto varía y está sujeto a cambio (por lo general anualmente) después de su examen por la Junta de Fideicomisarios.

Descripción resumida del Plan y/o SPD

Este documento le da diversas informaciones acerca de la elegibilidad y cierta información exigida por la ley. Los documentos de la Prueba de Cobertura y las pólizas de seguro le dan información detallada sobre los beneficios específicos conforme a las opciones de beneficios ofrecidas.

Acuerdo de fideicomiso

El Acuerdo y declaración de fideicomiso que crea el Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*) y cualquier modificación, enmienda, extensión y renovación del mismo.

Fideicomisario/a y/o Junta de Fideicomisarios

Conforme a su definición en el Acuerdo y declaración de fideicomiso que crea el Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California.

United Healthcare

United Healthcare es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organization —HMO*) que contrata a hospitales y médicos para que presten servicios de atención médica. Para los participantes inscritos en las Partes A y B de Medicare, la cobertura se ofrece a través del programa de United Healthcare llamado Secure Horizons.

Sindicato v/o Sindicato Local

La Fraternidad Internacional de Trabajadores Eléctricos (*International Brotherhood of Electrical Workers —IBEW*), AFL-CIO, Sindicato Local 11.

Requisitos de elegibilidad y disposiciones generales del Plan

Usted es elegible para recibir cobertura conforme al Plan de Salud para Jubilados de IBEW-NECA en la Región Sur de California si es persona pensionada que se ha jubilado y recibe beneficios del Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California, y si cumple los siguientes requisitos de elegibilidad a partir de la fecha efectiva original de su pensión.

Importante: La inscripción en el Plan de Salud para Jubilados no es automática. Usted debe completar una solicitud, pagar la prima médica mensual e inscribirse en el Plan, siempre que cumpla los requisitos de elegibilidad del Plan de Salud para Jubilados.

Los requisitos en la fecha efectiva original de su pensión son los siguientes:

1. Usted tiene 55 años de edad o más y ha acumulado por lo menos 25 años de servicio acreditado conforme al Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California.

O

Usted tiene 62 años de edad y ha acumulado por lo menos 10 años de servicio acreditado conforme al Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California.

Y

2. En el momento de su jubilación, ha acumulado por lo menos 10,500 horas contribuidas a Plan para la Salud de Participantes Activos de IBEW-NECA en la Región Sur de California (incluye horas de Salud enviadas por medio de la reciprocidad) en 7 de los 10 años inmediatamente anteriores a la fecha efectiva original de su pensión..

O

3. En el momento de la fecha efectiva original de su pensión, ha acumulado por lo menos 30,000 horas contribuidas al Plan para la Salud de Participantes Activos de IBEW-NECA en la Región Sur de California (incluye las horas de Salud enviadas por reciprocidad).

Y

4. Usted elige la cobertura, completa una solicitud, paga la prima médica mensual y se inscribe en el Plan. Se permite que la prima médica mensual se deduzca de su beneficio de pensión mensual de IBEW-NECA en la Región Sur de California, O BIEN, que se hagan auto-pagos mensuales al Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*).

Cónyuge elegible

Para que su cónyuge tenga la cobertura del Plan, usted debe estar legalmente casado/a en la fecha en que el Plan de Pensiones de IBEW–NECA en la Región Sur de California expide el primer cheque de jubilación. A partir del 1º de enero de 2005, si usted vuelve a casarse después debido a la muerte de su cónyuge o a un divorcio, su cónyuge no será elegible para recibir la cobertura para la salud de jubilados a menos que usted inscriba a su nuevo/a cónyuge en este Plan antes del fin del segundo mes calendario después de la fecha del matrimonio. La cobertura para su nuevo/a cónyuge comenzará el primer mes siguiente a la inscripción.

Por ejemplo, si un/a participante se casa en cualquier momento durante el mes de enero, puede inscribir a su nueva/o cónyuge en cualquier momento hasta el 31 de marzo, inclusive, y la cobertura comenzaría el 1º de abril, el primer mes después de la inscripción.

Cualquier cónyuge que sea también participante jubilado/a en el Plan de Salud para Jubilados de IBEW-NECA en la Región Sur de California y que sea elegible para recibir beneficios conforme al Plan no puede ser elegible también como cónyuge dependiente.

Un/a empleado/a jubilado/a elegible y su cónyuge elegible deben seleccionar el mismo plan de beneficios médicos ofrecido conforme al Plan de Salud para Jubilados. Por ejemplo, si el/la empleado/a jubilado/a selecciona la cobertura médica de Kaiser Permanente, su cónyuge debe inscribirse también en Kaiser Permanente. Si un/a cónyuge es elegible para recibir beneficios de Medicare y la/el otra/o cónyuge no lo es, entonces la/el participante que no tiene la cobertura de Medicare quedará cubierta/o conforme al plan médico de Kaiser para jubilados y la/el participante elegible para recibir beneficios de Medicare recibirá cobertura conforme al plan de Medicare de Kaiser Permanente llamado Senior Advantage.

Hay una excepción a la regla anterior. Los jubilados discapacitados que viven fuera de las áreas de servicio de todos los planes HMO ofrecidos a través del Plan de Salud para Jubilados del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*) pueden elegir participar en el Plan Suplementario de Medicare o en el Plan de Reembolso de Primas, según su estatus con Medicare. Por ejemplo, una persona jubilada discapacitada que está inscrita en Medicare puede inscribirse en el Plan Suplementario de Medicare y su cónyuge sin Medicare podría seleccionar el Plan de Reembolso de Primas.

Observe que el Plan de Salud para Jubilados dispone que si una persona jubilada estaba casada en el momento de su inscripción inicial en el Plan de Salud para Jubilados y rehusó cobertura conforme al Plan de Salud para Jubilados para su cónyuge, la persona jubilada no puede después añadir al/a la mismo/a cónyuge como cónyuge elegible conforme al Plan de Salud para Jubilados (ver la información en la página 22 sobre la Inscripción Especial conforme a la ley HIPAA para preservar la inscripción de un/a cónyuge elegible).

Si usted quisiera inscribir a su cónyuge en el Plan de Salud para Jubilados, comuníquese con la Oficina Administrativa para obtener los formularios necesarios. Necesitará presentar documentación que compruebe que su cónyuge es elegible (p. ej., acta de matrimonio).

Si tiene preguntas, comuníquese con la Oficina Administrativa, llamando al teléfono (323) 221-5861, o al teléfono (800) 824-6935 para llamadas gratis en toda la nación, de lunes a viernes. Las horas de oficina normales son entre las 9 a.m. y las 5 p.m. Usted puede dejar un mensaje a cualquier hora y se le llamará de vuelta antes del fin del siguiente día laborable.

Terminación de la elegibilidad de cónyuges

Al ocurrir un divorcio, separación legal o anulación, un/a cónyuge deja de ser elegible. Un/a cónyuge elegible inscrito/a en el Plan de Salud para Jubilados puede continuar su cobertura conforme al Plan de Salud para Jubilados cuando fallece la persona jubilada.

Consulte la sección titulada “COBRA”, la cual explica cómo un/a ex-cónyuge puede continuar temporalmente su cobertura.

Debido a que usted tendrá que devolver cualquier beneficio no autorizado que su cónyuge inelegible haya recibido, debe notificar a la Oficina Administrativa lo antes posible de la disolución, divorcio, separación legal o anulación. Consulte las disposiciones de COBRA en la sección titulada “Cinco leyes federales que usted debe conocer”, la cual estipula los plazos para notificar a la Oficina Administrativa de un divorcio, separación legal o anulación.

Coordinación de beneficios —Cobertura doble

Si una persona jubilada no inscrita en Medicare es elegible en el momento de jubilarse para participar en más de un Plan de Salud para Jubilados, el plan que le dio cobertura durante el mayor tiempo como empleado/a jubilado/a se considerará como el plan médico primario. Si el Plan de Salud para Jubilados de IBEW-NECA en la Región Sur de California es el plan secundario, los beneficios del Plan se pagarán después de la aplicación de los beneficios del plan primario, cuando sea del caso (cobertura doble). Véase también la información en la página 36 sobre la “regla especial” para los Miembros de Medicare con “cobertura doble”.

Jubilados con discapacidad total o parcial

Los jubilados total y permanentemente discapacitados necesitan cumplir solamente los requisitos 2, 3 y 4. Los jubilados parcialmente discapacitados deben tener por lo menos 50 años de edad y solamente deben cumplir los requisitos 2 o 3 y 4.

A partir del 1º de octubre de 2004, para obtener cobertura en la fecha de una solicitud oportunamente presentada o después de esa fecha, una persona pensionada cuya jubilación temprana se hizo efectiva el 1º de abril de 1993 o después de esa fecha, y a quien del Seguro Social adjudicó beneficios por discapacidad total el 1º de abril de 2003 o después de esa fecha, y que no haya recibido ingresos de un empleo remunerado en y después de la fecha del beneficio de jubilación temprana, tendrá derecho a participar como Jubilado/a Discapacitado/a siempre que tuvo por lo menos 50 años de edad en la fecha efectiva de su pensión y cumplió los requisitos 2, 3 y 4 anteriormente estipulados.

Acreditación de horas de discapacidad para la elegibilidad de jubilados

En el caso de que un/a empleado/a jubilado/a haya recibido la adjudicación de beneficios por discapacidad de la Administración del Seguro Social o que tenga una discapacidad aprobada por el Seguro de Compensación a Trabajadores, tal empleado/a recibirá crédito por discapacidad durante el período de dicha discapacidad hasta un máximo de veintiséis (26) semanas a razón de cuarenta (40) horas por semana (1,040 horas) con el exclusivo propósito de satisfacer los requisitos de elegibilidad para tener la cobertura del Plan de Salud para Jubilados conforme a lo dispuesto en este Plan.

Con fecha efectiva del 1° de octubre de 2004, para obtener cobertura en y después de la fecha de una solicitud oportuna, una persona pensionada cuyo beneficio de jubilación temprana se hizo efectivo en o después del 1° de abril de 1993 y que recibe del Seguro Social una Adjudicación de Beneficios por Discapacidad Total el 1° de abril de 2003 o después, y no haya recibido ingresos de un empleo remunerado en o después de la fecha efectiva de su beneficio de jubilación temprana, tendrá derecho a participar como Jubilado/a Discapacitado/a si cumple los requisitos establecidos en la tabla que aparece en la página siguiente.

JUBILACIÓN CON DISCAPACIDAD TOTAL	JUBILACIÓN CON ACUERDO DE MANTENIMIENTO (OPCIÓN)	JUBILACIÓN CON DISCAPACIDAD PARCIAL	JUBILACIÓN TEMPRANA	JUBILACIÓN NORMAL
REQUISITO PARA LA PENSIÓN:				
Usted debe estar recibiendo un beneficio mensual de pensión pagado por el Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California (<i>Southern California IBEW-NECA Pension Plan</i>); Y debe cumplir los siguientes requisitos a partir de la fecha efectiva original de su pensión.				
REQUISITOS DEL PLAN DE SALUD PARA JUBILADOS (<i>RETIREE HEALTH PLAN —RHP</i>):				
Sin requisito de edad	Usted debe tener por lo menos 50 años de edad cuando se jubila; Y debe tener continuidad de empleo bajo el Convenio de Mantenimiento para mantener su elegibilidad para la inscripción en el plan RHP sin una interrupción de horas de más de 24 meses consecutivos.	Usted debe tener por lo menos 50 años de edad cuando se jubila.	Usted debe tener por lo menos 55 años de edad cuando se jubila, PERO debe jubilarse antes de cumplir 65 años; Y debe tener por lo menos 25 años de servicio acreditado bajo el Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California.	Usted debe tener por lo menos 62 años de edad o más cuando se jubila; Y debe tener por lo menos 10 años de servicio acreditado bajo el Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California.
LOS REQUISITOS DE EDAD Y DE SERVICIO ACREDITADO CONFORME AL PLAN DE PENSIONES DE IBEW-NECA EN LA REGIÓN SUR DE CALIFORNIA (<i>Southern California IBEW-NECA Pension Plan</i>): (Observe que los requisitos de edad y de servicio acreditado indicados a continuación pueden cambiar en cualquier momento y que la descripción siguiente se considera exacta en la fecha MM/DD/YYYY. Solamente el Fondo de Pensiones está autorizado a ofrecer consejos relacionados con los requisitos de edad y de servicio acreditado conforme al Plan de Pensiones).				
Usted puede jubilarse a cualquier edad antes de cumplir 65 años de edad; Y debe haber acumulado 10 años de servicio con derechos adquiridos o 15,000 horas.	Ver los requisitos bajo “Jubilación temprana”.	Ver los requisitos bajo “Jubilación con discapacidad total”.	Usted debe tener por lo menos 55 años de edad cuando se jubila, PERO debe jubilarse antes de cumplir 65 años; Y debe haber acumulado 10 años de servicio con derechos adquiridos o 15,000 horas.	Usted debe tener por lo menos 65 años de edad cuando se jubila; Y debe haber acumulado 5 años de servicio con derechos adquiridos.
REQUISITO DE HORAS CONTRIBUIDAS EN LA FECHA EFECTIVA ORIGINAL DE SU JUBILACIÓN:				
30,000 Horas de Salud conforme a un Convenio Colectivo de Trabajo que requiere una contribución al Fondo de Fideicomiso para Jubilados; O BIEN , 10,500 Horas de Salud en 7 de los 10 años inmediatamente anteriores a la fecha de su jubilación conforme a un Convenio Colectivo de Trabajo que requiere una contribución al Fondo de Fideicomiso para Jubilados.				
REQUISITOS DE PAGO:				
Usted debe hacer pagos mensuales o autorizar al Fondo de Fideicomiso para que deduzca el pago requerido de su cheque de beneficio de pensión mensual.				

Jubilados que trabajan en empleos de mantenimiento

Con efectividad para las pensiones que comiencen el 1º de julio del año 2000 o después de esa fecha, un/a empleado/a que se jubila después de cumplir 50 años de edad pero antes de cumplir 55 años, y que recibe una pensión conforme al Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California, será elegible para la inscripción en el Plan de Salud para Jubilados a la edad de 55 años o

después, cuando la persona jubilada que trabaja deja su Empleo con Cobertura conforme al Convenio de Mantenimiento entre el Sindicato Local 11 de IBEW y el Capítulo del Condado de Los Ángeles de NECA, sujeto al cumplimiento de todos los requisitos *a* hasta *c*, inclusive indicados a continuación. Observe que para pensiones con fecha efectiva del 1° de septiembre de 2003 o después (si la solicitud se recibió después del 1° de agosto de 2003), solamente los beneficios de pensión acumulados el 1° de agosto de 2003, o después de esa fecha, se suspenderán mientras los jubilados trabajen conforme al Convenio de Mantenimiento.

- a. Continuidad de empleo. Un/a empleado/a que trabaje conforme al Convenio de Mantenimiento como se describió anteriormente debe tener continuidad de empleo para mantener su elegibilidad para participar en el Plan de Salud para Jubilados. Un/a empleado/a jubilado/a conforme al Convenio de Mantenimiento que no tenga horas de mantenimiento reportadas durante cualquier período de 24 meses consecutivos a partir de la fecha efectiva de jubilación conforme al Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California, tendrá una interrupción de empleo, y todos los derechos de participación en el Plan de Salud para Jubilados quedarán anulados y sin efecto.
- b. Un/a empleado/a deberá cumplir todos los requisitos de elegibilidad para tener la cobertura conforme a esta Descripción resumida del Plan de Salud para Jubilados.
- c. Las horas trabajadas en un empleo de mantenimiento con cobertura serán acreditadas para los propósitos de la elegibilidad para participar en el Plan de Salud para Jubilados con el fin de satisfacer cualquiera de los siguientes requisitos:
 1. En el momento de jubilarse de un empleo de mantenimiento con cobertura, el/la empleado/a debe haber acumulado por los menos 10,500 horas contribuidas al Plan de Salud para Jubilados, en 7 de los 10 meses inmediatamente anteriores a la fecha en que el/la empleado/a termina su empleo de mantenimiento;
 - O**
 2. En el momento de jubilarse de un empleo de mantenimiento con cobertura, el/la empleado/a debe haber acumulado por los menos 30,000 horas contribuidas al Plan de Salud para Jubilados antes de la fecha en que el/la empleado/a terminó su empleo de mantenimiento.

Terminación de la cobertura de jubilados

Terminación voluntaria

Usted puede terminar su participación en el Plan de Salud para Jubilados en cualquier momento. Para terminar su cobertura, deberá dar a la Oficina Administrativa un aviso por escrito con 30 días de adelanto. **Una vez terminado su empleo, no se le permitirá re-inscribirse en el Plan para Jubilados.**

Si usted termina su cobertura como persona jubilada, tal medida terminará automáticamente la cobertura de su cónyuge conforme a este Plan.

Si usted solicita la terminación, la cobertura se cancelará el último día del mes siguiente a la terminación del período de 30 días que comienza en la fecha en que la Oficina Administrativa recibió su aviso. Por ejemplo, si dicha oficina recibió su carta el 15 de mayo, el período de 30 días terminaría el 14 de junio y la cobertura terminaría el 30 de junio. Cuando su cobertura termina, el copago mensual dejará de deducirse de su cheque de pensionado/a.

Terminación obligatoria

Ciertas circunstancias pueden hacer necesaria la terminación o la reducción de su cobertura de salud como persona jubilada. Por ejemplo, es posible que la Junta de Fideicomisarios termine o reduzca los beneficios o que los beneficios de pensión de usted se suspendan. La cobertura terminará o se reducirá en la fecha que ocurra primero de las siguientes fechas:

1. La fecha en que la Junta de Fideicomisarios termina o reduce los beneficios del Plan de Salud para Jubilados.
2. El último día del mes anterior al mes en el que el Plan de Pensiones suspende cualquier parte de su beneficio de pensión. (Por ejemplo, si usted dejará de recibir beneficios de pensión en junio, el 31 de mayo es el último día de su cobertura de salud).
3. El primer día del siguiente mes calendario después de la fecha en que usted entra a trabajar en cualquier Empleo Eléctrico Sin Cobertura (*Non-Covered Electrical Employment*), como se define ese término en los términos del Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California. En tal caso, su elegibilidad y la elegibilidad de su cónyuge terminarán según lo establecido anteriormente y no se restaurará la elegibilidad a menos que el Plan lo permita de otra manera. Si usted y su cónyuge pierden su elegibilidad conforme a esta sección, el Fideicomiso le ofrecerá cobertura de COBRA sin subsidio y derechos de conversión hasta donde lo permita la ley pertinente.

Empleo eléctrico sin cobertura

Si una persona trabaja en un Empleo Eléctrico Sin Cobertura después de alcanzar su elegibilidad conforme al Plan para Participantes Activos, perderá todos los derechos a la cobertura conforme al Plan de Salud para Jubilados, a menos que la persona haya ganado por lo menos 5 años de Servicio Acreditado conforme al Plan de Pensiones después del Empleo Eléctrico Sin Cobertura. Si la persona vuelve a trabajar en un Empleo Eléctrico Sin Cobertura después de haber ganado tal Servicio Acreditado, perderá de manera permanente todos sus derechos a recibir servicios de salud como persona jubilada y no podrá recuperarlos.

Si alguien entra a trabajar en un Empleo Eléctrico Sin Cobertura después de jubilarse e inscribirse en el Plan de Salud para Jubilados, perderá todos sus derechos de continuación de su cobertura bajo el Plan de Salud para Jubilados, a menos que vuelva a trabajar en un Empleo Con Cobertura y gane los 5 años de Servicio Acreditado necesarios conforme al Plan de Pensiones. Si dicha persona vuelve entonces a jubilarse y se inscribe en el Plan de Salud para Jubilados y trabaja de nuevo en un Empleo Eléctrico Sin Cobertura, perderá de manera permanente todos sus derechos de tener cobertura para la salud como persona jubilada y no podrá recuperarlos.

Requisitos de inscripción

Usted debe inscribirse y aceptar hacer un pago mensual

Aunque usted cumpla los requisitos de elegibilidad incluidos en la Descripción resumida del Plan, usted y su cónyuge elegible no están automáticamente inscritos en el Plan de Salud para Jubilados. Usted debe elegir la cobertura, completar una solicitud, pagar la prima médica mensual e inscribirse en el Plan. La prima médica mensual puede deducirse de su beneficio de pensión mensual de IBEW-NECA en la Región Sur de California, O BIEN, se pueden realizar auto-pagos al Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California.

Si usted no elige la cobertura dentro del período especificado en la sección titulada “Plazo para la inscripción en el Plan de Salud para Jubilados y fecha de inicio de la cobertura”, no se le permitirá inscribirse para obtener cobertura en el Plan de Salud para Jubilados en una fecha posterior.

Comuníquese con la Oficina Administrativa y solicite un formulario de solicitud del Plan de Salud para Jubilados (*Retiree Health Plan —RHP*) (Nota: La cobertura del Plan de Salud para Jubilados no es automática y es un proceso distinto al de solicitar su pensión).

Devuelva el formulario RHP completado a la Oficina Administrativa, el estatus de su pensión y la historia de sus horas de salud se examinan y a usted se le notificará si cumple los requisitos de elegibilidad. Si es elegible para participar, recibirá un formulario de inscripción.

Complete y devuelva el formulario de inscripción RHP indicando su autorización para la deducción del costo de su participación en el Plan de Salud para Jubilados (RHP) de su cheque de pensión mensual, **O** solicite un auto-pago mensual. Los auto-pagos deben recibirse, a más tardar, el 15 del mes inmediatamente anterior al mes efectivo de la cobertura, o sea, si el mes de cobertura es enero, el pago deberá recibirse el 15 de diciembre a más tardar.

Si usted no elige cobertura en este período inicial en que se le ofrece, no se le permitirá hacerlo en una fecha posterior, a menos que se haya extendido mediante la cobertura de COBRA conforme al Plan Activo. Vea la información sobre la Inscripción Especial de HIPAA la página 22.

Las únicas excepciones a la regla anterior son las siguientes:

1. Reingreso a un Empleo con Cobertura. Si un/a participante en el Plan de Salud para Jubilados reingresa a un Empleo con Cobertura, dicho/a participante jubilado/a puede resumir su cobertura conforme al Plan de Salud para Jubilados en una fecha de jubilación posterior. La cobertura conforme a este plan debe elegirse dentro de treinta días de la fecha efectiva de la jubilación subsiguiente. Si no se elige, el derecho a participar en el Plan terminará. Los beneficios conforme al Plan de Salud para Jubilados comenzarán el primer día del mes siguiente al último mes en que la persona

participante sea elegible conforme al Plan de Salud para Participantes Activos de IBEW-NECA en la Región Sur de California.

Para reinstaurar la cobertura conforme al Plan de Jubilación para la Salud después de una jubilación subsiguiente, usted deberá firmar otro Formulario de inscripción en el momento de su jubilación subsiguiente y aceptar pagar cada mes el costo del beneficio para la salud. Estos formularios firmados deben recibirse en la Oficina Administrativa antes de la fecha efectiva de su pensión subsiguiente. Si usted no presenta estos formularios firmados dentro del plazo límite estipulado, no se le permitirá volver a inscribirse en el Plan de Salud para Jubilados en una fecha posterior.

2. Cónyuge elegible. Para obtener cobertura para a su cónyuge conforme al Plan de Salud para Jubilados, usted debe estar legalmente casado/a en la fecha en que se expide su primer cheque de pensión del Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California, a menos que los derechos de inscripción especial de la ley HIPAA sean aplicables a su cónyuge.
3. Con fecha efectiva del 1º de enero de 2005, si usted vuelve a casarse en fecha posterior debido a la muerte de su cónyuge o a un divorcio, su cónyuge no será elegible para tener la cobertura de salud para jubilados a menos que usted inscriba a su cónyuge conforme a este Plan antes del fin del segundo mes calendario después de la fecha del matrimonio. La cobertura de su nuevo/a cónyuge comenzará el primer día del mes después de la inscripción. (Por ejemplo, si un/a participante se casa durante el mes de enero, podrá inscribir a su nueva/o cónyuge en cualquier momento hasta el 31 de marzo, inclusive; la cobertura comenzará el 1º de abril, el primer día del mes siguiente a la inscripción). Si es aplicable, su auto-pago mensual se ajustará en base a la edad de su nueva/o cónyuge.

Proceso de solicitar la inscripción en el Plan de Salud para Jubilados

Cuando lo solicite, usted recibirá de la Oficina Administrativa un formulario de solicitud del Plan de Salud para Jubilados. Generalmente, este formulario de solicitud se le envía a los jubilados un mes antes de que se les agote su Reserva del Banco de Horas como Participante Activo o cuando se recibe la notificación de su jubilación conforme al Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California.

El paquete del Plan de Salud para Jubilados contiene un Formulario de inscripción y un Formulario de selección. Ambos formularios deben completarse, firmarse y enviarse a la Oficina Administrativa dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de envío estampada por la oficina postal.

Si el Formulario de inscripción y el Formulario de selección no se reciben dentro de treinta (30) días, como se indicó arriba, la Oficina Administrativa le enviará por correo certificado una segunda solicitud. **Si estos formularios no se reciben dentro de treinta (30) días después del envío de la carta por correo certificado, no se le permitirá inscribirse en una fecha posterior.**

Si usted elige no participar en el Plan de Salud para Jubilados, deberá entonces hacer una declaración afirmativa marcando la casilla apropiada para rehusar la cobertura. Si el Formulario de inscripción y el Formulario de selección no los recibe la Oficina Administrativa dentro de treinta días (30) después del envío de la carta certificada, se asumirá que usted ha rehusado la participación en el Plan de Salud para Jubilados.

Jubilados que trabajan en empleos de mantenimiento

Al terminar el empleo conforme al Convenio de Mantenimiento, la persona jubilada deberá presentar una solicitud al Plan de Salud para Jubilados con el fin de establecer su derecho a recibir beneficios. Tales jubilados estarán sujetos a los requisitos de inscripción establecidos aquí.

Plazo para la inscripción en el Plan de Salud para Jubilados y fecha de inicio de la cobertura

El plazo para la inscripción de personas elegibles en el Plan de Salud para Jubilados es de treinta (30) días después de:

1. Cumplir por vez primera los requisitos de elegibilidad para tener la cobertura de jubilados;
2. Comenzar a recibir beneficios del Fondo de Pensiones;
3. Agotar la cobertura de la Reserva del Banco de Horas conforme al Plan para Participantes Activos; y
4. Agotar toda la cobertura de COBRA conforme al Plan para Participantes Activos.
5. Derechos de inscripción especial conforme a la ley HIPAA.

Si un Formulario de inscripción y un Formulario de elección debidamente llenados se reciben de usted como se indicó anteriormente, sus beneficios comenzarán el primer día del mes siguiente al mes en que la Oficina Administrativa recibió los formularios. Por ejemplo, si usted cumple los requisitos de elegibilidad y la Oficina Administrativa recibe los Formularios de inscripción y de selección el 15 de enero, su cobertura conforme al Plan de Salud para Jubilados comenzará el 1^o de febrero. La cobertura para su cónyuge elegible se hará efectiva en la fecha en que su propia cobertura se hace efectiva.

La única excepción al plazo de 30 días para la inscripción inicial es la Inscripción Especial ordenada por la ley HIPAA. Para retener este Derecho de Inscripción Especial inicial, usted debe notificar al Fondo por escrito que usted está rehusando la cobertura conforme al Plan de Salud para Jubilados porque tiene cobertura de otra fuente. El Fondo debe recibir esta declaración firmada antes de la expiración del período de 30 días. Un/a cónyuge puede rehusar la inscripción inicial por medio del mismo proceso. Si una declaración requerida no se recibe dentro de 30 días, todos los derechos de Inscripción Especial de la ley HIPAA se pierden. Si usted ha notificado en forma oportuna al Fondo, se le permite inscribirse después dentro de 30 días después de perder su cobertura. Si no se inscribe dentro de 30 días después de perder de su otra cobertura, todos los derechos de Inscripción Especial conforme a HIPAA se pierden. En el momento de la Inscripción Especial de HIPAA, usted debe presentar un comprobante escrito de su otra cobertura, su duración y la fecha de pérdida de la cobertura. Si es elegible para obtener cobertura por la

Inscripción Especial de HIPAA, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente al mes en que el Fondo recibe su solicitud de inscripción. Estos derechos de Inscripción Especial se aplican solamente durante la inscripción inicial suya o de su cónyuge.

Requisito de inscripción en Medicare

La inscripción en las Partes A y B de Medicare es necesaria cuando la persona jubilada o su cónyuge cumple 65 años de edad o es elegible para recibir la cobertura de Medicare a cualquier edad.

El 1º de enero de 2006 fue la fecha efectiva de la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Los jubilados inscritos en el plan denominado Kaiser Senior Advantage o en el plan denominado Secure Horizons de United Healthcare tienen la cobertura de medicamentos recetados incluida en sus beneficios de la organización HMO. La cobertura de medicamentos la determina el consultor/actuario del Plan para que cumpla la definición de cobertura acreditable. La cobertura acreditable significa que los beneficios son iguales a, o exceden de, los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.

Los participantes inscritos en el Plan Suplementario de Medicare o en el Plan de Reembolso de Primas de Medicare e inscritos en Medicare tienen beneficios de medicamentos recetados conforme a este plan según lo indicado en la sección titulada “Plan Mandatorio de Medicamentos Genéricos”.

Asignación de Medicare a una HMO

Si la persona jubilada o su cónyuge elegible selecciona uno de los Planes médicos HMO para su cobertura de salud y es elegible para recibir beneficios de Medicare, él o ella deberá asignar los beneficios de Medicare al Plan HMO con ajuste de riesgos de Medicare que la persona jubilada o su cónyuge seleccione.

ADVERTENCIA:

Una vez que usted se haya inscrito en una de las organizaciones HMO del grupo con asignación de Medicare (Kaiser Permanente Senior Advantage o United Healthcare Secure Horizons), no se inscriba por cuenta propia en otro plan de ajuste de riesgos de Medicare (una organización HMO con un contrato de Medicare) sin notificar primero por escrito a la Oficina Administrativa. La inscripción en otro plan de ajuste de riesgos de Medicare puede causar que sus beneficios de este plan se cancelen.

Responsabilidad civil de terceros

La responsabilidad civil de terceros se refiere a gastos por lesiones o enfermedades causadas por otra persona (llamada un tercero) que esa persona es responsable o tiene la responsabilidad legal de pagar.

Si usted selecciona un Plan HMO, se proveen servicios si usted o su cónyuge se lesionan debido a las acciones de otra persona (un tercero), como, por ejemplo, en un accidente de automóvil. Si usted recibe cualquier monto de dinero de la otra persona o de su compañía de seguros, la organización HMO tiene derecho a que usted le reembolse el valor de todos los servicios

médicos y de hospital que ella le haya dado para atender su lesión. El monto cobrado por usted no puede ser nunca mayor que el monto que usted recibe de la otra persona o de la compañía de seguros. Si tiene preguntas, comuníquese con la organización HMO para más detalles.

Período anual de Inscripción Abierta

Cada año durante el período de inscripción abierta realizado en los meses de agosto y septiembre, a los participantes en el Plan de Salud para Jubilados se les permite hacer cambios en su selección de entre los planes a su disposición.

Por ejemplo, si usted está actualmente inscrito/a en el plan Kaiser Permanente Senior Advantage, puede cambiar a United Healthcare Secure Horizons.

El período de inscripción abierta se realiza generalmente durante los meses de agosto y septiembre y los cambios de plan se hacen efectivos el 1° de octubre. La Oficina Administrativa le notificará cada año del período anual de inscripción abierta. Usted recibirá también de la Oficina Administrativa una confirmación por escrito de la fecha efectiva del nuevo Plan seleccionado.

Usted puede inscribirse en un Plan HMO solamente si reside en la jurisdicción geográfica definida por la organización HMO que selecciona. Para tener la cobertura de United Healthcare, usted debe residir dentro de un radio de 30 millas de un/a proveedor/a participante (un/a médico/a o un grupo de médicos). Para Kaiser, usted debe residir dentro del área de servicio de Kaiser definida por su código postal (ZIP code).

Requisito de deducción/auto-pago mensual de la pensión

Para tener cobertura conforme al Plan de Salud para Jubilados de IBEW-NECA en la Región Sur de California, usted debe (1) autorizar una deducción del beneficio que recibe mensualmente del Plan de Pensiones IBEW-NECA en la Región Sur de California, **O** (2) hacer auto-pagos mensuales antes del 15 del mes inmediatamente anterior al mes en que se hace efectiva la cobertura (p. ej., si enero es el mes de la cobertura, el pago debe recibirse el 15 de diciembre a más tardar), sin que importe el tipo de pensión que usted esté recibiendo (Normal, Temprana o por Discapacidad). Si usted elige deducciones de su beneficio de pensión mensual, autoriza a la Oficina Administrativa a deducir el auto-pago requerido del beneficio que recibe mensualmente del Plan de Pensiones. La Oficina Administrativa le entregará un formulario de autorización que usted deberá completar y firmar. La deducción se hará automáticamente por cada mes de cobertura dada mientras este plan esté en vigencia, y mientras usted continúe cumpliendo las reglas de elegibilidad del Plan.

Cómo se calcula el auto-pago

El monto del auto-pago está basado en el pago que usted hace de una parte del costo de la prima del plan HMO o del Plan de beneficios. El porcentaje que los participantes pagan se ajusta anualmente con fecha efectiva del 1° de octubre. Si se necesita un ajuste en el monto del auto-pago mensual, usted recibirá una notificación del nuevo monto con por lo menos 60 días de antelación a la fecha efectiva del cambio. Sin embargo, la Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de cambiar el auto-pago mensual en cualquier momento.

Cómo obtener información acerca de los auto-pagos mensuales

Cuando se le solicite, la Oficina Administrativa dará a la persona jubilada una tabla que indica el costo del auto-pago para todos los Planes para jubilados. Una vez inscritos en un Plan de Salud para Jubilados, a los Participantes se les informará de cualquier cambio en el auto-pago de jubilados, generalmente a partir del 1° de octubre de cada año.

Cinco leyes federales que le conviene conocer

COBRA

Introducción

La Ley ómnibus consolidada de reconciliación presupuestaria de 1985 (generalmente conocida como “COBRA”), según se ha enmendado, ordena que este Fondo de Fideicomiso ofrezca a usted y a su cónyuge elegible la oportunidad de continuar su cobertura de atención para la salud pagando tasas colectivas cuando la cobertura conforme a este Fondo de Fideicomiso de otra manera terminaría debido a que hayan ocurrido situaciones conocidas como “sucesos calificantes”. La cobertura continuada según COBRA se aplica a los beneficios de atención para la salud (beneficios médicos, dentales, de medicamentos recetados y para la vista) descritos en esta Descripción resumida del Plan.

Sus beneficios colectivos para la salud bajo COBRA serán los mismos que le daban cobertura el día antes de la pérdida de su cobertura bajo este Fondo de Fideicomiso. Usted debe recordar también que cada persona con derecho a la cobertura según COBRA como resultado de la pérdida de su cobertura colectiva debido a un suceso, calificante tiene un derecho separado e independiente de realizar su propia selección de cobertura. Por ejemplo, su cónyuge podría elegir la cobertura según COBRA aun cuando usted no la elige.

IMPORTANTE: Si usted elige continuar su cobertura para la salud como se explica a continuación, tendrá que hacer un pago cada mes a la Oficina Administrativa dentro de los períodos explicados a continuación. La Oficina Administrativa no envía facturas para la cobertura según COBRA. Usted tiene la responsabilidad de hacer sus pagos de COBRA a tiempo. Si no hace sus pagos a tiempo, su cobertura terminará.

Según COBRA, usted tiene sesenta (60) días a partir de la fecha en que pierde su cobertura debido a que han ocurrido ciertos sucesos calificantes para notificar a la Oficina Administrativa que desea elegir la continuación de su cobertura según COBRA. Una vez que reciba el aviso de elección de COBRA de la Oficina Administrativa, tendrá sesenta días para notificar a la Oficina Administrativa que está eligiendo la continuación de su cobertura según COBRA. Si no elige COBRA dentro de ese período de 60 días, usted perderá sus derechos como beneficiario/a calificado/a para elegir COBRA. Deberá hacer su primer pago por la continuación de su cobertura según COBRA al Fondo de Fideicomiso dentro de los cuarenta y cinco (45) días después de su elección por vez primera de COBRA. Si no hace su pago completo de la prima inicial de COBRA dentro del período de 45 días, el Fondo de Fideicomiso terminará su cobertura según COBRA y usted no podrá reinstaurar esa cobertura.

Cuando hace el primer pago de la prima de COBRA, usted deberá pagar todos los meses de cobertura vencidos hasta el fin del mes en que hace su primer pago. Su pago de los meses subsiguientes se vence el primer día de cada mes. El Fondo de Fideicomiso terminará su cobertura según COBRA por falta de pago si la Oficina Administrativa no recibe su pago de la prima de COBRA dentro de los 45 días después de la fecha de vencimiento del mes pertinente. Por ejemplo, un pago para el mes de cobertura de enero se vence el 1º de enero. Si la Oficina Administrativa no recibe el pago el 15 de febrero a más tardar, el Fondo de Fideicomiso

terminará la continuación de su cobertura según COBRA. Si esto ocurre, no habrá cobertura para el mes de enero o por ningún mes adicional para el cual los beneficios de COBRA puedan haberse ofrecido.

Usted y su cónyuge deben leer esta sección con cuidado. La siguiente información explica tanto sus derechos como sus obligaciones según COBRA. Si tiene preguntas, comuníquese con la Oficina Administrativa del Fondo de Fideicomiso. El teléfono y la dirección están impresos en la sección titulada “Descripción resumida del Plan, información general” al principio de este folleto.

Perspectiva general

Sucesos calificantes que le dan derecho a COBRA

Si usted pierde la cobertura debido a esta razón (un “suceso calificante”)	Estas personas serían elegibles si estuvieron cubiertas bajo el Plan el día antes del suceso calificante	Para la cobertura según COBRA hasta (Período calculado desde la fecha en que se pierde la cobertura)
Usted muere	Su cónyuge con cobertura	18 meses hasta un máximo de 36 meses
Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge	Su ex-cónyuge	18 meses hasta un máximo de 36 meses

Notificación

Un/a persona jubilada o su cónyuge elegible tiene la responsabilidad de notificar a la Oficina Administrativa de un divorcio o separación legal dentro de los **60 días siguientes a la fecha del suceso calificante**. Si usted no notifica a la Oficina Administrativa de un divorcio o separación legal dentro del plazo de 60 días, el/la cónyuge afectado/a perderá el derecho de elegir la continuación de cobertura según COBRA. Un suceso calificante quiere decir la razón por la cual usted está perdiendo su cobertura debido a una de las situaciones descritas anteriormente, tal como la muerte de un/a Participante Jubilado/a. Otro ejemplo de suceso calificante para un/a cónyuge legal sería un divorcio.

Cuando la Oficina Administrativa recibe la notificación de uno de estos sucesos, la Oficina Administrativa le notificará que usted tiene derecho a elegir la continuación de cobertura según COBRA. Esta notificación explicará también el pago mensual que usted deberá hacer para mantener su cobertura para la salud. Según COBRA, usted tendrá por lo menos 60 días contados a partir de la fecha en que perdería su cobertura debido a uno de los sucesos calificantes descritos anteriormente para notificar a la Oficina Administrativa que desea elegir la continuación de su cobertura según COBRA.

Si usted no elige continuar su cobertura o si no hace el auto-pago requerido en o antes de la fecha de vencimiento aplicable, su cobertura conforme a este Fondo de Fideicomiso terminará. Usted no podrá elegir la continuación de cobertura según COBRA en una fecha posterior.

Beneficios y duración de la cobertura

Si usted elige la cobertura “Básica” según COBRA, ésta será la misma cobertura de servicios médicos, de hospital y de medicamentos recetados que usted tenía conforme al Fondo de Fideicomiso el día antes de que ocurriera el suceso calificante que dio como resultado la pérdida de su cobertura bajo esta Descripción resumida del Plan. El período inicial de su cobertura según COBRA puede extenderse por hasta 11 meses adicionales, hasta un total de 29 meses, si la Administración del Seguro Social establece que un/a beneficiario/a calificado/a (ya sea el/la Participante Jubilado/a o su cónyuge) está discapacitado/a en cualquier momento durante los primeros sesenta (60) días de la cobertura según COBRA. Para poner en práctica esta extensión especial de 11 meses, la persona beneficiaria discapacitada calificada debe notificar a la Oficina Administrativa dentro de los 60 días siguientes a la última fecha en que la persona recibió la notificación inicial de COBRA después de un suceso calificante, la fecha en que el Seguro Social determina que la persona está discapacitada, la fecha del suceso calificante, o la fecha en que el/la beneficiario/a calificado/a pierde (o perdería) la cobertura debido a que ocurrió el suceso calificante. En todo caso, usted debe dar notificación de la discapacidad antes del fin del período inicial de 18 meses de la cobertura según COBRA debido a la terminación del empleo del/de la Empleado/a o a la reducción en sus horas de empleo. Si ocurre otro suceso calificante durante el período inicial de 18 meses (o 29 meses) de la cobertura según COBRA, causará posiblemente el aumento a 36 meses del período máximo de la cobertura según COBRA.

Si ocurre otro suceso calificante (como, por ejemplo, un divorcio o separación legal, o la muerte de la persona jubilada) durante el período de 18 meses de la cobertura según COBRA (o durante el período de 29 meses de la cobertura según COBRA en el caso de una extensión por discapacidad), el/la cónyuge posiblemente tendrá derecho a una extensión del período de la cobertura según COBRA hasta un total de 36 meses (el período máximo de la cobertura según COBRA conforme a la ley). En ningún caso el período máximo de la cobertura según COBRA ocasionado por un suceso calificante inicial o relacionado podrá ser de más de 36 meses.

Cancelación de su cobertura según COBRA

Su cobertura según COBRA terminará al fin del período máximo aplicable de la cobertura según COBRA o antes del fin del período máximo de la cobertura según COBRA por cualquiera de las razones explicadas a continuación.

1. La Junta de Fideicomisarios termina una cobertura en particular para todos los Participantes del Fondo de Fideicomiso. Si la cobertura se cambia o se elimina, las personas con cobertura según COBRA solamente tienen el derecho a escoger de entre las opciones ofrecidas a los beneficiarios en circunstancias similares que no tienen cobertura según COBRA.

Por ejemplo, si los Fideicomisarios terminaran un contrato HMO conforme al cual usted tenía cobertura según COBRA y se ofreciera otra cobertura HMO a todos los otros

participantes en el Plan que estaban previamente inscritos en el plan HMO cancelado, a usted se le permitiría inscribirse en el HMO de reemplazo.

2. Usted solicita que su cobertura según COBRA se cancele. Si usted solicita la terminación, la cobertura según COBRA terminará generalmente el primer día del mes siguiente al fin de un período de 30 días que comenzó en la fecha en que la Oficina Administrativa recibió su solicitud escrita de cancelar la cobertura según COBRA. Por ejemplo, si la Oficina Administrativa recibió su carta el 15 de mayo, el período de 30 días terminaría el 15 de junio y la cobertura según COBRA se cancelaría el 1º de julio. En esta situación, usted tendría que pagar su cobertura según COBRA para todo el mes de junio;
3. Si su prima según COBRA no se paga a tiempo, su cobertura se cancelará. La cancelación sería retroactiva hasta el principio del mes después del fin del mes para el cual usted hizo el último pago a tiempo de su prima según COBRA. Si usted ha recibido beneficios o servicios durante el período después de la cancelación de su cobertura según COBRA, es posible que se le exija reembolsar a la aseguradora el monto de los beneficios recibidos o el costo de los servicios que se le prestaron.
4. La fecha en la cual el/la beneficiario/a calificado/a recibe por vez primera, **después de la fecha de elección**, cobertura conforme a cualquier otro Fondo de Fideicomiso colectivo (como empleado/a o de otra manera), siempre que el otro Fondo de Fideicomiso no contenga ninguna exclusión o limitación por cualquier condición pre-existente que afecte la cobertura del/de la beneficiario/a calificado/a con cobertura bajo el nuevo Fondo de Fideicomiso. Observe que a un/a beneficiario/a calificado/a no se le puede negar el derecho de elegir cobertura según COBRA porque tiene cobertura bajo otro Fondo de Fideicomiso colectivo **en el momento, o antes del momento**, en que hace su elección de COBRA conforme a este Plan.
5. Usted adquiere derecho a recibir beneficios de Medicare **después** de haber elegido la cobertura según COBRA;
6. Usted deja de ser persona discapacitada. Si se determina que un/a beneficiario/a calificado/a ya no es persona discapacitada conforme a la Ley del Seguro Social antes del fin del período máximo de cobertura de 29 meses, la cobertura según COBRA puede terminarse al principio del primer mes que comienza más de 30 días después de que tal determinación se haya hecho.
7. Los Empleadores signatarios del Plan discontinúan los beneficios de cobertura colectiva de salud para cualquiera de sus empleados;
8. El Plan se termina.

Cambio de dirección

Comuníquese con la Oficina Administrativa si cambia de dirección postal.

Ley de transferibilidad y responsabilidad de los seguros médicos (HIPAA)

Una ley federal llamada la Ley de transferibilidad y responsabilidad de los seguros médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act —HIPAA*) ordena que este Fondo de Fideicomiso le dé cierta información.

Uno de los propósitos de la ley HIPAA consiste en ayudar a las familias a minimizar el impacto de las exclusiones por condiciones pre-existentes cuando cambian de un empleo a otro. Una exclusión por una condición pre-existente permite que un Fondo de Fideicomiso no cubra ciertas enfermedades (por ejemplo, una condición cardíaca) hasta que la persona haya tenido cobertura bajo el Fondo de Fideicomiso durante un período de tiempo designado, típicamente de seis a doce meses.

IMPORTANTE: Los planes médicos (Kaiser o United Healthcare) ofrecidos a través del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*) **no** contienen exclusiones por condiciones pre-existentes. Usted se hace elegible para recibir beneficios conforme a este Plan (según lo explicado en la sección titulada “Requisitos de elegibilidad y disposiciones generales del Plan”), sin que se tome en consideración cualquier condición médica pre-existente por la cual usted haya o no haya recibido tratamiento antes de la fecha efectiva de la cobertura bajo este Fondo de Fideicomiso. Los beneficios se hacen efectivos en la fecha en que se hace la determinación de la elegibilidad y se reciben los documentos de inscripción completados para recibir beneficios conforme a este Plan.

Sin embargo, cada plan médico tiene exclusiones y limitaciones de beneficios por enfermedades y condiciones médicas designadas. Por ejemplo, cada uno de los planes médicos contiene una exclusión de cirugía experimental. En el documento de *Prueba de Cobertura* de cada plan hay una lista detallada de exclusiones en ese plan. Usted puede obtener información adicional comunicándose con la Oficina Administrativa, o el proveedor de beneficios HMO.

Certificado de cobertura colectiva del Fondo de Fideicomiso (“Certificado HIPAA”)

Cuando usted pierde su elegibilidad bajo este Fondo de Fideicomiso, se le entregará un documento denominado en inglés *Certificate of Group Trust Fund Coverage*. Este certificado le sirve como comprobante de su cobertura para la salud anterior con este Fondo de Fideicomiso. Es posible que usted necesite presentar este certificado si se hace elegible bajo un Fondo de Fideicomiso colectivo que excluye la cobertura de ciertas condiciones médicas por las cuales recibió tratamiento antes de inscribirse en el nuevo plan. Es posible que necesite presentar este certificado si se le recomendaron, o si recibió, consejos médicos, diagnósticos, atención o tratamiento en relación con la condición dentro de los seis meses anteriores a su inscripción en el nuevo plan.

Si usted obtiene cobertura bajo otro Fondo de Fideicomiso colectivo, pregunte en la Oficina Administrativa si será necesario que usted presente este certificado. Es posible que necesite este certificado también para comprar, para usted o para su familia, una póliza de seguro que no excluya cobertura por condiciones médicas presentes antes de que usted solicite esa póliza de seguro individual.

Reglas de privacidad de la ley HIPAA

La ley HIPAA le da también ciertos derechos relacionados con la información sobre su salud y ordena que los planes de beneficios sociales para empleados que ofrecen beneficios para la salud —como, por ejemplo, el Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*)— protejan la privacidad de la información personal sobre su salud. Una descripción completa de sus derechos conforme a la ley HIPAA se incluye en el aviso del Plan titulado en inglés *Notice of Privacy Practices*, el cual se distribuyó inicialmente a todos los participantes a partir del 14 de abril del año 2003 (o cuando usted se inscribió en el Plan, si se inscribió después de esta fecha). Este Aviso se encuentra anunciado en el sitio en la Web del Fondo de Fideicomiso, y se puede obtener una copia solicitándolo en la Oficina Administrativa del Fondo.

Información que usted debe saber conforme a las disposiciones de la ley HIPAA — Limitaciones a cambios en los beneficios de la cobertura existente y derechos de apelación

La ley HIPAA ordena que a los participantes en el Fondo de Fideicomiso se les notifique de reducciones substanciales en la cobertura del Fondo de Fideicomiso dentro de los 60 días antes de la fecha del cambio en los beneficios. Esta Descripción resumida del Plan contiene una sección titulada “Procedimientos para enmendar el Plan” donde se explica la notificación que usted recibirá si ocurre una reducción substancial en los beneficios. Este Fondo de Fideicomiso notificará a los participantes en el Fondo de Fideicomiso de tales cambios por lo menos 60 días antes de la fecha efectiva de tales cambios.

Ciertos planes de beneficios bajo el Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*) tienen beneficios garantizados bajo contrato entre la Junta de Fideicomisarios y el proveedor de los beneficios. Los siguientes proveedores tienen beneficios garantizados por contrato con la Junta de Fideicomisarios.

Planes médicos	Kaiser Permanente (HMO) United Healthcare (HMO) Kaiser Permanente – Senior Advantage (HMO) United Healthcare – Secure Horizons (HMO)
Planes dentales	CIGNA (DHMO) DeltaCare (DHMO) MetLife/Safeguard (DHMO) United Concordia (DHMO y PPO)
Seguro para la vista	Vision Service Plan
Preguntas/Ayuda	El Programa Health <i>Advocate</i>

Cada uno de los proveedores de beneficios anteriores mantiene un procedimiento para apelaciones. Este procedimiento para apelaciones se explica en el documento de ***Prueba de***

Cobertura distribuido por cada proveedor de beneficios. Un ejemplo de apelación bajo un plan HMO podría ser como sigue: Usted recibió atención médica de emergencia fuera de la red del plan HMO y el plan HMO se negó a pagar su reclamo porque no consideró que se tratara de una emergencia. Usted puede comunicarse directamente con el proveedor de beneficios para pedir información sobre su procedimiento para apelaciones. Por supuesto, el/la representante del programa HealthAdvocate le ayudará también si tiene preguntas o necesita información. Usted puede comunicarse con representantes del programa HealthAdvocate llamando al (866) 695-8622.

Usted puede comunicarse con el Departamento de Trabajo de los EE.UU. para obtener ayuda relacionada con sus derechos conforme a la ley HIPAA. La oficina con la que debe comunicarse es la siguiente:

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

Ley de protección de la salud de recién nacidos y madres (*Newborns' and Mothers' Health Protection Act*)

Esta ley incluye protecciones importantes para las madres y sus bebés en relación con la duración de su hospitalización después del alumbramiento.

A los planes de salud se les ordena ofrecer cobertura a la madre y a su bebé durante una estadía mínima de 48 horas en el hospital después de un alumbramiento vaginal y una estadía de maternidad de por lo menos 96 horas después de un nacimiento por intervención cesárea. Conforme a esta ley, una madre y su bebé recién nacido pueden salir del hospital antes del fin del período mínimo de estadía, siempre que haya un acuerdo mutuo entre la madre y su médico/a. Los planes médicos HMO bajo este Plan administran beneficios de maternidad de conformidad con los requisitos de esta ley.

Si usted tiene preguntas, comuníquese directamente con su HMO, o llame al programa HealthAdvocate para obtener ayuda.

Ley de los derechos de la mujer a servicios médicos y tratamiento para el cáncer (*Women's Health & Cancer Rights Act —WHCRA*)

La ley WHCRA es un estatuto federal que obliga a los planes de salud colectivos (HMO y otras aseguradoras) que ofrecen cobertura de mastectomías a cubrir también cirugías reconstructivas después de una mastectomía de una manera determinada mediante consultas con el/la médico/a a cargo del caso y con la paciente. Antes de que se promulgara esta ley, los planes HMO por lo general cubrían ya los servicios ahora ordenados por la ley. El propósito de esta sección es recordar a usted y a su cónyuge con cobertura de lo siguiente:

Conforme a la ley WHCRA, los planes de salud colectivos y las compañías expedidoras de seguros de salud que ofrecen beneficios médicos y de cirugía relacionados con una mastectomía tienen la obligación, en el caso de una persona cubierta que recibe beneficios en conexión con una mastectomía, de dar cobertura también para servicios relacionados con la mastectomía que incluyan:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno en el cual se realizó la mastectomía;
- La cirugía y reconstrucción del otro seno para crear una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- El tratamiento de complicaciones físicas en todas las etapas de la mastectomía, inclusive para linfedemas.

Esta cobertura se dará en consulta con el/la médico/a a cargo del caso y con la paciente, y estará sujeta a los mismos deducibles anuales y a disposiciones de coseguro que sean consistentes con las establecidas para otros beneficios bajo el plan o la cobertura.

Si usted tiene preguntas, comuníquese directamente con su plan HMO o con el programa *HealthAdvocate* para obtener ayuda.

Ley de paridad para la salud mental y equidad frente a la adicción (*Mental Health Parity and Equity Addiction Act —MHPAEA*)

La ley MHPAEA del año 2008 expandió los requisitos inicialmente incluidos bajo la Ley de paridad para la salud mental (*Mental Health Parity Act —MPHA*) para obligar a los Fondos de Fideicomiso colectivos y a las aseguradoras a ofrecer beneficios equivalentes para tratar la salud mental y los trastornos por el uso de sustancias químicas.

Para este Fondo de Fideicomiso, la fecha efectiva de la ley MHPAEA es el 1° de julio de 2011. Es la intención de la Junta de Fideicomisarios del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*) y de las aseguradoras contratadas (Kaiser Permanente y United Healthcare) que los beneficios del Fondo de Fideicomiso se den en pleno cumplimiento de los requisitos de la Ley MHPAEA a partir del 1° de julio de 2011.

Consulte los documentos de ***Prueba de Cobertura*** que le dio Kaiser Permanente o United Healthcare para obtener una descripción completa de los beneficios de salud mental y para trastornos por el abuso de sustancias químicas que están a su disposición conforme a los términos del Fondo de Fideicomiso a través de estas respectivas aseguradoras. Si necesita ayuda adicional o si tiene preguntas, usted puede comunicarse siempre con la Oficina Administrativa del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*), visitar su sitio en la Web (www.scibew-neca.org) o comunicarse con el programa *HealthAdvocate* para obtener ayuda.

Procedimientos para enmendar el Plan

Cambio, mejora, reducción o eliminación de beneficios

Recibir beneficios del Plan no es un derecho adquirido. Esto quiere decir que la Junta de Fideicomisarios puede cambiar, mejorar, reducir o eliminar los beneficios en cualquier momento. La Junta de Fideicomisarios tiene la responsabilidad fiduciaria de administrar con prudencia el Plan. Para cumplir con esta responsabilidad, los Fideicomisarios examinan periódicamente los costos y beneficios de los diversos Planes. Como resultado de este examen, los Fideicomisarios posiblemente determinarán que es necesario cambiar, reducir o eliminar beneficios.

Los siguientes ejemplos ofrecen información sobre situaciones que pueden hacer necesaria la reducción de beneficios por parte de los Fideicomisarios. Por ejemplo, una reducción en el total de horas trabajadas da como resultado contribuciones reducidas al Plan por parte del Empleador y cambia las horas proyectadas utilizadas para establecer beneficios. Otro ejemplo ocurre cuando los costos para el Plan de un beneficio específico aumentan más de lo proyectado, creando una reducción en la asignación para el beneficio.

Notificación a los participantes de cambios en el Plan

Los Fideicomisarios se reservan el derecho de cambiar o discontinuar cualquiera de los beneficios del Plan, total o parcialmente, como consideren que sea necesario hacerlo.

Esta acción por parte de los Fideicomisarios se tomará a través de una Enmienda del Plan, en la cual se detallan por escrito los cambios efectuados.

A usted se le notificará por escrito cuando tales cambios al Plan (Enmiendas del Plan) se hacen. Este aviso describirá detalladamente los cambios y la notificación se le dará no menos de 60 días antes de la fecha efectiva de cualquier cambio que descontinúe, reduzca o elimine un beneficio.

Terminación o reducción de la cobertura

Terminación de la cobertura de jubilados

Terminación voluntaria

Usted puede terminar en cualquier momento su participación en el Plan de Salud para Jubilados. Para terminar su cobertura, usted debe dar aviso por escrito a la Oficina Administrativa con 30 días de antelación. **Sin embargo, una vez terminada su participación, no se le permitirá reinscribirse posteriormente en el Plan de Salud para Jubilados. (Vea más adelante la descripción de los derechos de inscripción especial de HIPAA y la cobertura doble de Medicare de personas o de beneficios).**

Si usted termina su cobertura como persona jubilada, esta decisión terminará automáticamente también la cobertura conforme a este Plan para su cónyuge elegible.

Si usted solicita la terminación, la cobertura terminará el último día del mes siguiente a la terminación de un período de 30 días que comienza en la fecha en que la Oficina Administrativa recibió su notificación. Por ejemplo, si su carta se recibió el 15 de mayo, el período de 30 días terminaría el 14 de junio y la cobertura terminaría a la medianoche del 30 de junio. Cuando su cobertura termina, el copago mensual dejará de deducirse de su cheque de pensión.

Terminación obligatoria

Algunas circunstancias pueden hacer necesaria la terminación o la reducción de su cobertura de salud como persona jubilada. Por ejemplo, es posible que la Junta de Fideicomisarios termine o reduzca los beneficios o que los beneficios de su pensión se retengan o suspendan. La cobertura terminará o se reducirá en la más temprana de las siguientes fechas:

1. La fecha en que la Junta de Fideicomisarios termine o reduzca los beneficios conforme a este Plan de Salud para Jubilados.
2. La cobertura del Plan de Salud para Jubilados de una persona jubilada se cancelará a partir del primer día del mes siguiente al mes en que la Oficina Administrativa expide a la persona jubilada el aviso escrito de suspensión, cuando el Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California retiene o suspende, total o parcialmente, sus beneficios de pensión.

Si sus beneficios de pensión se suspenden y después se reinstauran, se le notificará de su estatus en relación con el Plan de Salud para Jubilados al momento de reinstaurarse sus beneficios de pensión.

3. La fecha en que su cónyuge deje de cumplir las reglas de elegibilidad del Plan para cónyuges debido a una anulación, separación legal o divorcio. Recuerde que usted tiene la obligación de notificar a la Oficina Administrativa de un divorcio, anulación o

separación legal. Consulte la sección titulada “COBRA” para ver cómo cónyuges legalmente separados o divorciados pueden continuar temporalmente su cobertura.

Regla especial para miembros de Medicare con “cobertura doble”

A partir del 1º de agosto de 2008, Medicare informó a las organizaciones HMO que no se permitía que una persona jubilada elegible para tener la cobertura de Medicare y/o su cónyuge elegible se inscribiera en dos Planes de Salud. Esto ocurre con mayor frecuencia cuando una persona jubilada y su cónyuge reciben ambos cobertura de dos Planes para jubilados diferentes, debido a empleos anteriores y cada persona participaba como dependiente en el plan de la otra persona. Medicare está aplicando esta restricción aun cuando toda la inscripción se ha hecho en un mismo plan HMO. Los jubilados y/o sus cónyuges que se encuentran en estas situaciones de “cobertura doble” recibirán una notificación de su plan HMO o de Medicare sobre su necesidad de terminar su cobertura conforme a uno de los Planes de Salud y elegir la cobertura conforme al otro Plan de Salud. Si la persona jubilada y/o su cónyuge no hacen la elección, el plan HMO terminará su cobertura en uno de los Planes de Salud. Esta regla especial fue adoptada debido a las medidas tomadas por Medicare. Ella incluye una excepción a esta regla general de elegibilidad en el sentido de que la terminación de la participación en el Plan de la persona jubilada prohíbe cualquier re-inscripción en fecha posterior. Todas las siete condiciones siguientes deben cumplirse para establecer el derecho de re-inscribirse en el Plan de Salud para Jubilados.

1. La persona jubilada con Medicare y/o su cónyuge con Medicare debe(n) haber estado inscrita(s) en este Plan de Salud para Jubilados.
2. La persona jubilada con Medicare y/o su cónyuge con Medicare debe(n) haber recibido un aviso de “cobertura doble” de su plan HMO o de Medicare.
3. La persona jubilada con Medicare y/o su cónyuge con Medicare debe(n) haber elegido, en atención al aviso, terminar la cobertura conforme a este Plan de Salud para Jubilados o haber tenido su cobertura terminada por parte de su HMO o por Medicare.
4. La persona jubilada con beneficios de Medicare y/o su cónyuge debe(n) haber continuado su cobertura conforme al otro Plan de Salud.
5. La persona jubilada con Medicare y/o su cónyuge con Medicare debe(n) haber perdido, en fecha posterior, su cobertura conforme al otro Plan de Salud.
6. La persona jubilada con Medicare y/o su cónyuge con Medicare debe(n) re-inscribirse en este Plan para Jubilados dentro de 30 días después de haber perdido su cobertura conforme al otro Plan de Salud.
7. La persona jubilada con Medicare y/o su cónyuge con Medicare debe(n) presentar con su solicitud de re-inscripción una prueba escrita de las condiciones (1) a (6), inclusive, establecidas arriba.

Reingreso a un empleo con cobertura

Si su pensión se suspende total o parcialmente porque usted vuelve a trabajar en un Empleo con Cobertura, usted puede elegir la cobertura para personas jubiladas según COBRA sin subsidio. Si selecciona este tipo de cobertura según COBRA, podrá conservar sus beneficios de salud como persona jubilada durante el tiempo necesario para establecer beneficios de salud conforme al Plan para Participantes Activos, sujeto a los límites de tiempo máximos de COBRA. Para hacer esto, usted debe hacer un pago mensual según COBRA a partir del primer mes en que se

suspendió su pensión. Comuníquese con la Oficina Administrativa para obtener detalles completos y el monto que tendrá que pagar.

A menos que usted establezca su elegibilidad conforme al Plan de Salud para Participantes Activos, su elegibilidad para tener la cobertura de salud como persona jubilada comienza de nuevo el mes en que el Fondo de Pensiones vuelva a expedirle cheque(s) de pensión completo(s). Si usted establece su elegibilidad conforme al Plan de de Salud para Participantes Activos y luego cesa su empleo suspendible, su elegibilidad para tener la cobertura de salud como persona jubilada se reinstaurará el próximo mes en que el Fondo de Pensiones le expide un cheque o cheques de pensión completo(s), o el mes siguiente al último mes en que usted estuvo elegible conforme al Plan de Salud para Participantes Activos.

Suspensión de beneficios por razones que no sean el reintegro a un empleo con cobertura

A una persona jubilada a quien el Plan de Pensiones IBEW-NECA en la Región Sur de California ha retenido o suspendido, total o parcialmente, su beneficio de pensión mensual, se le cancelará su cobertura de salud a partir del primer día del mes siguiente al mes en que la Oficina Administrativa le expida el aviso escrito de suspensión.

A menos que en el Plan se disponga lo contrario, su elegibilidad para tener la cobertura de salud para jubilados se reanudará el mes en que el Fondo de Pensiones vuelva a expedirle cheque(s) de pensión.

Terminación de la cobertura de cónyuges

Terminación voluntaria

Usted y su cónyuge pueden terminar la participación de su cónyuge en el Plan de Salud para Jubilados en cualquier momento. Para terminar la cobertura de su cónyuge, usted debe dar aviso a la Oficina Administrativa con 30 días de antelación, mediante carta firmada por usted y por su cónyuge. Esta carta debe tener notariada tanto la firma de la persona jubilada como la firma de su cónyuge. Sin embargo, una vez terminada la cobertura, al/a la cónyuge no se le permitirá volver a inscribirse en el Plan de Salud para Jubilados, excepto para la cobertura de Derechos de Inscripción Especial de HIPAA o de cobertura doble de Medicare cuando a la persona jubilada y a su cónyuge se les permita volverse a inscribir en el Plan de Salud para Jubilados.

Si usted y su cónyuge solicitan la terminación de la cobertura de su cónyuge, la cobertura de su cónyuge terminará el último día del mes siguiente al fin de un período de 30 días que comienza en la fecha en que la Oficina Administrativa recibió su aviso. Por ejemplo, si la Oficina Administrativa recibió su carta el 15 de mayo, el período de 30 días terminaría el 14 de junio y la cobertura terminaría a la medianoche del 30 de junio.

Terminación obligatoria

La cobertura de su cónyuge conforme al Plan de Salud para Jubilados puede terminarse o reducirse por las mismas razones que causaron la terminación o reducción de su propia cobertura. Además, la cobertura de su cónyuge terminará debido a una anulación, divorcio o separación legal. Usted debe notificar a la Oficina Administrativa en caso de ocurrir cualquiera

de estos sucesos dentro de los períodos especificados conforme a las disposiciones del Plan relacionadas con COBRA. La cobertura terminará o se reducirá en la más temprana de las siguientes fechas:

1. La fecha en que la Junta de Fideicomisarios termine o reduzca sus beneficios.
2. La cobertura de la persona jubilada y la de su cónyuge elegible se cancelará a partir del primer día del mes siguiente al mes en que la Oficina Administrativa expida el aviso escrito de suspensión a la persona jubilada cuando el Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California haya retenido o suspendido, total o parcialmente, sus beneficios de pensión.

Si los beneficios de su pensión se suspenden y después se reinstauran, el Plan de Salud para Jubilados le notificará acerca del estatus al momento de reinstaurarse los beneficios de su pensión.

3. La fecha en que su cónyuge deje de cumplir con las reglas de elegibilidad del Plan para cónyuges debido a una anulación, separación legal o divorcio. Recuerde que usted tiene la obligación de notificar a la Oficina Administrativa de un divorcio, anulación o separación legal. Consulte la sección titulada “COBRA” para ver cómo cónyuges legalmente separados o divorciados pueden continuar temporalmente su cobertura.

Si ocurre un divorcio, separación legal o anulación, la cobertura de su cónyuge terminará el primer día del mes siguiente a la fecha del divorcio, anulación o separación legal.

Comparación resumida de los beneficios de los Planes de salud para jubilados

Personas con jubilación temprana

HMO	Visita al consultorio	Hospital	Medicamentos recetados <i>Plan Mandatorio de Medicamentos Genéricos</i>
Kaiser	\$5	100%	\$0 genérico/\$10 de marca Suministro de 30 días
United Healthcare	\$5	100%	Genérico/\$10 De marca Suministro de 30 días

Jubilados con Secure Horizons y Senior Advantage

HMO	Visita al consultorio	Hospital	Medicamentos recetados <i>Plan Mandatorio de Medicamentos Genéricos</i>
Kaiser	\$15	100%	Plan med. recet. MA-PD \$5 genérico/\$15 de marca Suministro de 30 días
Senior Advantage			
United Healthcare	\$15	100%	Plan med. recet. MA-PD \$5 genérico/\$15 de marca Suministro de 30 días
Secure Horizons			

Plan Suplementario de Medicare

Una alternativa a la selección de uno de los Planes HMO anteriores es un plan suplementario de las Partes A y B de Medicare.

Máximo anual por persona \$2,500

Medicamentos recetados	En la farmacia —Suministro de 30 días
<i>Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados</i>	Por correo —Suministro de 90 días \$0 genérico/\$20 de marca \$0 genérico/\$10 de marca

Plan de Reembolso de Primas

Las personas que viven fuera del área de servicio de la organización HMO o que no desean elegir un plan HMO bajo contrato con el Fondo de Fideicomiso son elegibles para participar en el Plan de Reembolso de Primas. El Plan ofrece una opción para obtener un seguro privado de atención médica (que incluya un seguro de atención médica a largo plazo) y recibir un reembolso limitado en dólares del Plan de Salud para Jubilados por el costo del seguro de salud. Hay dos beneficios:

1. Un reembolso trimestral por un monto igual al costo del seguro privado o un máximo especificado, de los dos, el menor, basado en el costo más bajo de la prima HMO para personas con jubilación temprana ofrecido conforme al Plan. Este monto máximo mensual generalmente se ajusta cada 1° de octubre.
2. Medicamentos recetados a través del Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos —un suministro de 30 días en la farmacia, \$0 genérico/\$10 de marca; y Pedidos por correo, —un suministro de 100 días, \$0 genérico/\$10 de marca.

Selección de entre los dos Planes HMO, el Plan de Reembolso de Primas o el Plan Suplementario de Medicare

Observaciones generales

Selección del Plan médico que mejor responda a sus necesidades

Como participante en el Plan de Salud para Jubilados, usted puede optar por inscribirse en el plan de cualquiera de las dos Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organizations —HMO*), en el Plan de Reembolso de Primas o en el Plan Suplementario de Medicare. Los dos planes HMO son Kaiser y United Healthcare.

Esta sección tiene el propósito de ayudarle a familiarizarse con los Planes médicos a su disposición. Comenzando en la página 45, encontrará una comparación resumida de los dos planes HMO con mayores detalles. Para obtener información detallada acerca de los beneficios, exclusiones y limitaciones de los dos planes HMO (Kaiser y United Healthcare), consulte el documento específico de *Prueba de Cobertura* suministrado por Kaiser o United Healthcare. Hay copias gratis de todos estos documentos a su disposición en la Oficina Administrativa y en el sitio en la Web del Fondo de Fideicomiso.

Nota: Consulte la sección titulada “Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos” para obtener una explicación de su cobertura para medicamentos recetados, a menos que usted sea la/el cónyuge de un/a participante inscrito/a en Secure Horizons. Los cónyuges de los participantes inscritos en Secure Horizons tienen cobertura conforme al Plan de Medicamentos Recetados de Secure Horizons. Consulte el Plan de Secure Horizons.

Tanto Kaiser Senior Advantage como United Healthcare Secure Horizons ofrecen sus propios programas de medicamentos recetados. La cobertura para medicamentos recetados ofrecida por ambos planes se considera cobertura acreditable. Esto significa que el valor actual de la cobertura ofrecida por los HMO es igual a, o excede de, el valor actuarial de la cobertura estándar para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Por consiguiente, no se inscriba en la Parte D de Medicare.

Planes médicos de las organizaciones HMO

En la mayoría de los casos, si usted vive dentro de la jurisdicción del Plan de Salud para Jubilados del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California, usted puede escoger de entre varios Planes HMO. Tiene la oportunidad de hacer una selección de planes de salud para beneficios médicos una vez cada año. Si se ha inscrito en las Partes A y B de Medicare, puede escoger el plan denominado Senior Advantage de Kaiser Permanente o el denominado Secure Horizons de United Healthcare.

Para inscribirse en el plan de una organización HMO, usted debe residir dentro del área de servicio de esa organización HMO. Para Kaiser, el código postal (*ZIP code*) de su casa debe estar

dentro del área de servicio de Kaiser, la cual se define mediante la lista de códigos postales de Kaiser. Para United Healthcare, debe residir dentro de un radio de 30 millas del Grupo Médico al cual pertenece el/la médico/a de atención primaria que usted ha seleccionado.

Conforme a los Planes HMO, los servicios cubiertos se prestan generalmente sin costo o con un copago fijo.

En esta Descripción resumida del Plan, se le ha ofrecido información general sobre cada uno de los planes de las dos organizaciones HMO bajo contrato con el Fideicomiso. Sin embargo, esta información es solamente un resumen, incluido en este documento para facilitar su consulta. Para obtener información completa sobre cualquiera de los dos planes HMO, usted debe comunicarse directamente con la organización HMO o con la Oficina Administrativa y solicitar que le envíe el documento de ***Prueba de Cobertura*** (*Evidence of Coverage*) y otros materiales descriptivos de la organización HMO en la cual tiene interés o se ha inscrito. Hay copias disponibles de estos documentos también en el sitio en la Web del Fondo de Fideicomiso.

Una Organización para el Mantenimiento de la Salud consiste en una red de proveedores de servicios e instalaciones. En el caso de Kaiser, los médicos son empleados de Kaiser y Kaiser típicamente es dueña de las instalaciones. En el caso de United Healthcare, los médicos son profesionales independientes bajo contrato con United Healthcare para prestar servicios médicos a los participantes elegibles. United Healthcare contrata también con hospitales y otras instalaciones para ofrecer servicios a los participantes elegibles. Cada plan HMO suministra un documento de ***Prueba de Cobertura***, el cual explica detalladamente los servicios y beneficios ofrecidos, así como las limitaciones y exclusiones de su plan respectivo.

La organización HMO que usted seleccione (Kaiser o United Healthcare) le entregará el documento de ***Prueba de Cobertura*** y otros materiales descriptivos después de que usted se inscriba, inclusive una tarjeta de identificación. Las instalaciones médicas que usted debe utilizar aparecen en una lista que forma parte del paquete informativo que usted recibe. Es importante darse cuenta de que deberá utilizar los servicios de los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica asociados con el plan HMO que usted haya seleccionado.

Las personas jubiladas y sus cónyuges elegibles que utilizan una organización HMO y que tienen 65 años de edad o sean elegibles para tener la cobertura de las partes A y B de Medicare deben inscribirse en Medicare. Medicare paga un cargo fijo mensual a la HMO para que ésta le provea todos los beneficios aprobados de Medicare. Los beneficios de la HMO son por lo general mejores que los ofrecidos por un seguro privado de Medicare.

Hay dos maneras de saber si usted vive dentro de un área de servicio de United Healthcare o de Kaiser. Para United Healthcare, puede llamar a Servicios a los Miembros, al (800) 624-8822, o puede visitar el sitio en la Web de United Healthcare: www.uhcwest.com. Para Kaiser, puede llamar a Servicios a los Miembros, al (800) 464-4000, o puede visitar al sitio en la Web de Kaiser: www.kp.org.

Plan Suplementario de Medicare para jubilados y sus cónyuges

En vez de seleccionar una organización HMO, usted puede elegir el Plan Suplementario de Medicare, el cual provee un suplemento a los beneficios a que usted tiene derecho conforme al

Programa Federal de Medicare. Cuando usted llega a la edad de 65 años o se hace elegible para tener la cobertura de Medicare, debe inscribirse en el Programa Federal de Medicare. Su cónyuge debe inscribirse también cuando se hace elegible.

El Plan Suplementario de Medicare le reembolsa por los beneficios a que usted tiene derecho conforme a Medicare, sujeto a un pago máximo de \$2,500 por persona (para la persona jubilada o su cónyuge) por año. El Plan Suplementario de Medicare provee también cobertura para medicamentos recetados conforme al “Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos”, el cual incluye beneficios para medicamentos recetados, siempre que usted no se haya inscrito en la Parte D de Medicare. Repetimos: Para poder inscribirse en este Plan, usted debe inscribirse en las Partes A y B del Programa Federal de Medicare. Los beneficios para medicamentos recetados conforme al Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos han sido certificados (aviso de cobertura acreditable) por un actuario como iguales a, o mejores que, los beneficios de la Parte D de Medicare.

Plan de Reembolso de Primas

El Plan de Reembolso de Primas es para aquellos jubilados que viven fuera del área de servicio de la organización HMO; o para jubilados que no desean elegir el plan de una organización HMO bajo contrato con el Fondo de Fideicomiso o no desean elegir el Plan Suplementario de Medicare. El Plan de Reembolsos de Primas le ofrece la opción de obtener un seguro privado por cuenta propia y recibir un reembolso limitado en dólares del Plan de Salud para Jubilados para su seguro médico privado. El Plan de Reembolso de Primas ofrece también beneficios de medicamentos recetados conforme al “Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos”. Este Plan ofrece a los jubilados participantes en el Plan de Salud para Jubilados los siguientes tres beneficios:

- Plan de medicamentos recetados
Usted y su cónyuge, si él o ella también tiene cobertura, tiene(n) beneficios de medicamentos recetados conforme al Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos. Consulte la sección titulada “Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos”.
- Reembolso trimestral
Usted recibe un reembolso cada trimestre. Los reembolsos se basan en el menor de los montos siguientes:
 1. El costo más bajo por persona del Plan HMO del Fondo de Fideicomiso para personas con jubilación temprana; o
 2. El costo de su seguro privado.
- La inscripción futura en el plan de una organización HMO si vive fuera de las áreas de servicio de los HMO. Si usted continúa como participante voluntario en el Plan de Salud para Jubilados, sería elegible posteriormente para inscribirse en el plan de una de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (HMO) ofrecidas (Kaiser Permanente Senior Advantage o United Healthcare Secure Horizons) si se muda al área de servicio de cualquiera de estos dos planes HMO. Además, cuando usted (y su cónyuge elegible) reciben beneficios de Medicare, ya sea porque han cumplido 65 años de edad o porque

recibe(n) beneficios por discapacidad del Seguro Social, se hace(n) elegible(s) para participar en el Plan Suplementario de Medicare, el cual se ofrece dondequiera que usted resida dentro de los Estados Unidos. El Plan le reembolsa el deducible anual de Medicare y el 20% de los cargos cubiertos no pagados por Medicare, hasta un pago anual máximo de \$2,500 para usted y de \$2,500 para su cónyuge elegible.

Comparación de los planes médicos HMO Kaiser y HMO United Healthcare

Planes médicos HMO

- La tabla de beneficios en la página siguiente es solamente un resumen representativo de la cobertura y los beneficios ofrecidos bajo los dos Planes HMO —Kaiser y United Healthcare. La tabla no describe plenamente su cobertura y sus beneficios conforme a cualquiera de los planes HMO. Para obtener detalles sobre su cobertura y beneficios, consulte el documento de *Prueba de Cobertura* del plan HMO respectivo. El documento de *Prueba de Cobertura* es el documento legal que describe los beneficios, limitaciones, exclusiones y otras disposiciones de cobertura dadas a los miembros de cualquiera de los planes HMO. El documento de *Prueba de Cobertura* vigente puede obtenerse directamente de la organización HMO (Kaiser o United Healthcare) y también, si lo solicita, de la Oficina Administrativa.
- Un/a médico/a del plan HMO deberá determinar que los servicios y suministros son médicamente necesarios para evitar, diagnosticar o dar tratamiento a su condición médica. Los servicios y suministros deben proveerse, recetarse, autorizarse o dirigirse por un/a médico/a del Plan HMO. Usted deberá recibir los servicios y suministros en una instalación del plan HMO ubicada dentro del área de servicio de la organización HMO, excepto donde se indique específicamente lo contrario en el documento de *Prueba de Cobertura* del plan HMO respectivo.
- Para obtener información detallada sobre los procedimientos para el examen y la adjudicación de beneficios de cualquiera de los dos planes HMO, consulte el documento de *Prueba de Cobertura* del Plan HMO respectivo o comuníquese con el Departamento de Servicio a los Miembros del Plan HMO o PPO, llamando a:

Kaiser: (800) 464-4000

United Healthcare: (800) 624-8822.

Puede también comunicarse con el Programa HealthAdvocate, llamando al (866) 695-8622.

Fondo del Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California Comparación de servicios ofrecidos por los Planes Médicos —Personas con jubilación temprana		
Proveedor	Kaiser HMO (Sólo dentro de la red)	United Healthcare (Sólo dentro de la red)
<p>Lo siguiente es sólo un resumen de los beneficios a su disposición bajo los Planes HMO de Kaiser y de United Healthcare. Para obtener una descripción completa de los beneficios del HMO respectivo, consulte el DOCUMENTO DE PRUEBA DE COBERTURA Y DECLARACIÓN DE TÉRMINOS (EVIDENCE OF COVERAGE AND DISCLOSURE DOCUMENT) del proveedor respectivo. El DOCUMENTO DE PRUEBA DE COBERTURA Y DECLARACIÓN DE TÉRMINOS es el documento legal que describe los beneficios, exclusiones, limitaciones y otras disposiciones de cobertura, inclusive los procedimientos para la apelación de reclamos y para el examen y la adjudicación de reclamos.</p>		
Número de Servicios a los Miembros	(800) 464-4000	(800) 624-8822
Sitio en la Web	www.kp.org	www.uhctest.com
<u>Características generales</u>		
Deducible por año calendario	Ninguno	Ninguno
Beneficios máximos	Sin límite	Sin límite
Copago anual máximo	\$1,500 por persona, \$3,000 por familia	\$1,000 por persona, \$3,000 por familia
Beneficios de hospital	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de emergencia <i>Copago eliminado si le hospitalizan</i>	Copago de \$5	Copago de \$50
Servicios de necesidad urgente <i>Servicios médicamente necesarios fuera del área geográfica de servicio del Grupo Médico Primario</i>	Copago de \$5	Copago de \$50
Condiciones pre-existentes	No es del caso. Todas las condiciones están cubiertas siempre que el servicio sea un beneficio cubierto.	
<u>Beneficios disponibles a pacientes internos durante una hospitalización</u>		
Detoxificación por el abuso de alcohol, drogas u otras sustancias	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de salud mental <i>Como lo ordena la ley, la cobertura incluye tratamiento por trastornos mentales severos de adultos y el tratamiento de trastornos emocionales graves.</i>	Sin cargo	Sin cargo
Atención para recién nacidos	Sin cargo	Sin cargo
Atención recibida de médicos	Sin cargo	Sin cargo
Cirugía reconstructiva	Sin cargo	Sin cargo
Atención rehabilitativa <i>Inclusive terapia física, ocupacional y del habla</i>	Sin cargo	Sin cargo

<p align="center">Fondo del Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California</p> <p align="center">Comparación de servicios ofrecidos por los Planes Médicos —Personas con jubilación temprana</p>		
Proveedor	Kaiser HMO (Sólo dentro de la red)	United Healthcare (Sólo dentro de la red)
Instalación de enfermería avanzada <i>Hasta 100 días consecutivos desde el primer tratamiento de cada discapacidad</i>	Sin cargo	Sin cargo
<u>Beneficios disponibles para pacientes externos</u>		
Detoxificación por el abuso de alcohol, drogas u otras sustancias	\$5 por consulta	Sin cargo
Ambulancia	Sin cargo	Sin cargo
Equipos médicos duraderos	Sin cargo	Sin cargo
Terminación voluntaria de embarazo – <i>Servicios médicos, medicamentos y cirugía</i>		
Primer trimestre	Copago de \$5	Copago de \$75
Segundo trimestre (12 a 20 semanas)	Copago de \$5	Copago de \$150
Después de 20 semanas	*****Eqr ci q"fg"&7	Sin cobertura, a menos que sea médicamente necesario, como, por ejemplo, si la vida de la madre peligra o el feto no es viable.
Servicios de laboratorio <i>Cuando son disponibles a través de un/a médico/a de atención primaria (PCP), o autorizados por él o ella</i>	Sin cargo	Sin cargo
Atención de maternidad, procedimientos de prueba	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de salud mental <i>Como lo ordena la ley, la cobertura incluye tratamiento por trastornos mentales severas de adultos y el tratamiento de trastornos emocionales graves</i>	Copago de \$5 por visita a un consultorio	Copago de \$5 por visita a un consultorio
Servicios de cirugía oral <i>No dentales</i>	Sin cargo	Sin cargo
Terapia de rehabilitación para pacientes externos <i>En instalaciones participantes independientes o de cirugía para pacientes externos</i>	Copago de \$5 por visita a un consultorio	Copago de \$5 por visita a un consultorio
Cirugía para paciente externo <i>En instalaciones participantes independientes o de cirugía para pacientes externos</i>	Copago de \$5	Sin cargo

Fondo del Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California
Comparación de servicios ofrecidos por los Planes Médicos —Personas con jubilación temprana

Proveedor	Kaiser HMO (Sólo dentro de la red)	United Healthcare (Sólo dentro de la red)
Evaluaciones médicas periódicas <i>Servicios de médicos, de laboratorio y de radiología conforme a la recomendación y autorización de la Academia Americana de Pediatría (AAP) y las organizaciones denominadas Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) y U.S. Preventive Services Task Force y autorizadas a través de un/a médico/a de atención primaria (PCP)</i>	Copago de \$5 por visita a un consultorio	Copago de \$5 por visita a un consultorio
Visitas al consultorio médico	Copago de \$5 por visita a un consultorio	Copago de \$5 por visita a un consultorio
Atención médica para mujeres sanas. Incluye Prueba de Papanicolau <i>Por médicos de atención primaria u obstetra/ginecóloga en un Grupo de Atención Primaria (PMG) y recomendación por parte de este Grupo para una mamografía conforme a la recomendación de la organización denominada U.S. Preventive Services Task Force</i>	Copago de \$5 por visita a un consultorio	Sin cargo

Fondo del Fideicomiso para la Salud de IBEW–NECA en la Región Sur de California
Comparación de beneficios ofrecidos por los Planes Médicos —Jubilados con Medicare

Proveedor	(Kaiser) Senior Advantage	(United Healthcare) Secure Horizons
<p align="center">Lo siguiente es sólo un resumen de los beneficios a su disposición bajo los Planes HMO de Kaiser y de United Healthcare. Para obtener una descripción completa de los beneficios del HMO respectivo, consulte el DOCUMENTO DE PRUEBA DE COBERTURA Y DECLARACIÓN DE TÉRMINOS (<i>EVIDENCE OF COVERAGE AND DISCLOSURE DOCUMENT</i>) del proveedor respectivo. El DOCUMENTO DE PRUEBA DE COBERTURA Y DECLARACIÓN DE TÉRMINOS es el documento legal que describe los beneficios, exclusiones, limitaciones y otras disposiciones de cobertura, inclusive los procedimientos para la apelación de reclamos y para el examen y la adjudicación de reclamos.</p>		
Número de Servicios a los Miembros	800-464-4000	800-457-8506
Sitio en la Web	www.kp.org	www.uhretiree.com
<u>Características generales</u>		
Deducible por año calendario	Ninguno	Ninguno
Beneficios máximos	Sin límite	Sin límite
Copago anual máximo	\$1,500 por persona, \$3,000 por familia	\$6,700
Beneficios de hospital	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de emergencia <i>Copago eliminado si le hospitalizan</i>	Copago de \$5	Copago de \$20
Servicios de urgencia necesarios <i>Servicios médicamente necesarios fuera del área geográfica de servicio del Grupo Médico Primario</i>	Copago de \$5	Copago de \$15
Condiciones pre-existentes	No es del caso. Todas las condiciones están cubiertas siempre que correspondan a beneficios cubiertos	
<u>Beneficios disponibles para pacientes internos durante una hospitalización</u>		
Detoxificación por el abuso de alcohol, drogas u otras sustancias.	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de salud mental <i>Como lo ordena la ley, la cobertura incluye tratamiento por trastornos mentales severas de adultos y el tratamiento de trastornos emocionales graves.</i>	Sin cargo	Sin cargo
Atención recibida de médicos	Sin cargo	Sin cargo
Cirugía reconstructiva	Sin cargo	Sin cargo
Atención para la rehabilitación Inclusive terapia física, ocupacional y del habla	Sin cargo	Sin cargo
Instalación de enfermería avanzada <i>Hasta 100 días consecutivos desde el primer tratamiento de cada discapacidad</i>	Sin cargo	Sin cargo
<u>Beneficios disponibles para pacientes externos</u>		

Fondo del Fideicomiso para la Salud de IBEW–NECA en la Región Sur de California
Comparación de beneficios ofrecidos por los Planes Médicos —Jubilados con Medicare

Proveedor	(Kaiser) Senior Advantage	(United Healthcare) Secure Horizons
Detoxicación por el abuso de alcohol, drogas u otras sustancias	\$5 Por consulta individual, \$2 por consulta de grupo	Copago de \$5
Ambulancia	Sin cargo	Sin cargo
Equipos médicos duraderos	Sin cargo	Sin cargo
Servicios de salud mental <i>Como lo ordena la ley, la cobertura incluye tratamiento por trastornos mentales severos de adultos y el tratamiento de trastornos emocionales graves.</i>	\$5 Por consulta individual, \$2 por consulta de grupo	Copago de \$5 por visita a un consultorio
Servicios de cirugía oral <i>No dentales</i>	Sin cargo	Sin cargo
Terapia médica de rehabilitación de pacientes externos <i>En instalaciones participantes independientes o de cirugía para pacientes externos</i>	Copago de \$5 por visita a un consultorio	Copago de \$5 por visita a un consultorio
Cirugía para pacientes externos <i>En instalaciones participantes independientes o de cirugía para pacientes externos</i>	Copago de \$5 por visita a un consultorio	Sin cargo
Evaluaciones médicas periódicas <i>Servicios de médicos, de laboratorio, radiología conforme a la recomendación y autorización de la Academia American de Pediatría (AAP) y las organizaciones denominadas Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) y U.S. Preventive Services Task Force</i>	Copago de \$5 por visita a un consultorio	Sin cargo
Visitas a consultorios médicos	Copago de \$5 por visita a un consultorio	Copago de \$5 por visita a un consultorio
Medicamentos recetados		
EN LA FARMACIA		
Genérico	Copago de \$5, suministro de hasta 100 días	Copago de \$5, suministro de hasta 30 días
De marca	Copago de \$15, suministro de hasta 100 días	Copago de \$15, suministro de hasta 30 días
PEDIDOS POR CORREO		
Genérico	Copago de \$5, suministro de hasta 100 días	Copago de \$10, suministro de hasta 30 días
De marca	Copago de \$15, suministro de hasta 100 días	Copago de \$30, suministro de hasta 30 días

Fondo del Fideicomiso para la Salud de IBEW–NECA en la Región Sur de California		
Comparación de beneficios ofrecidos por los Planes Médicos —Jubilados con Medicare		
Proveedor	(Kaiser) Senior Advantage	(United Healthcare) Secure Horizons
Atención médica para mujeres sanas. Incluye Prueba de Papanicolau <i>Por médicos de atención primaria u obstetra/ginecóloga en un Grupo de Atención Primaria (PMG) y recomendación por parte de este Grupo para una mamografía conforme a la recomendación de la organización denominada U.S. Preventive Services Task Force</i>	Copago de \$5 por visita a un consultorio	Sin cargo

Sitio en la Web —Kaiser Permanente

www.members.kp.org

Kaiser mantiene Kaiser Permanente Online, un sitio en la Web confidencial e interactivo que ofrece servicios prácticos, información instantánea y consejos personales de profesionales en el campo de la salud. Los siguientes son algunos de estos servicios en línea a su disposición:

- Programar una cita
- Consultar a un/a farmacéuta
- Participar en una conversación en línea
- Localizar instalaciones de Kaiser
- Investigar clases educativas sobre la salud
- Obtener una evaluación de su salud personal

Sitio en la Web —United Healthcare

www.UnitedHealthcare.com

United Healthcare mantiene un sitio en la Web que puede ofrecerle ayuda valiosa en relación con muchos temas. Los siguientes son algunos de los tipos de información en línea a su disposición:

- Directorios de proveedores
- Información sobre servicios a los clientes y respuestas a sus preguntas sobre la salud
- Sugerencia práctica diaria para mejorar su salud
- Revistas en línea con información sobre temas de salud específicos
- Información sobre el cuidado de niños e información sobre el embarazo para madres actuales y futuras, y el programa de United Healthcare titulado Healthy Baby
- Envíe un e-mail a United Healthcare con preguntas acerca de su plan de salud y recibirá una respuesta por teléfono o por e-mail.

Beneficio por muerte de jubilados

IMPORTANTE: COMPLETE UN FORMULARIO PARA DESIGNAR A SU(S) BENEFICIARIO(S)

Un beneficio auto-financiado se ofrece a las personas elegibles que se jubilaron conforme al Plan de Pensiones de IBEW-NECA en la Región Sur de California el, o después del, 1º de junio de 1981, como se resume a continuación:

Monto de la cobertura

El monto mostrado es el monto máximo pagadero por el Fideicomiso.
Beneficio por muerte de la persona jubilada solamente - \$1,000

Forma de pago

El beneficio por muerte se pagará en una suma global.

Beneficiario/a

“Beneficiario/a” significa la(s) persona(s) nombradas por la persona jubilada que deberá(n) recibir el dinero del beneficio por muerte al ocurrir su fallecimiento.

Un/a jubilado/a puede nombrar o cambiar a la(s) persona(s) escogidas por él o ella en cualquier momento completando un formulario de beneficiarios, el cual puede obtenerse en la Oficina Administrativa. Le conviene recordar también cambiar su formulario de beneficiarios si ocurre un cambio en su estado civil.

Si se ha hecho un pago del beneficio por muerte antes de que la Oficina Administrativa reciba cualquier cambio de beneficiario/a, el Plan no tiene la obligación de volver a pagar ese monto.

Si se ha nombrado a más de un/a beneficiario/a, las personas nombradas compartirán el beneficio por partes iguales, a menos que se haya indicado lo contrario.

Cuando un/a beneficiario/a fallezca antes que la persona jubilada, el pago se hará a los demás beneficiarios en la misma proporción en que el beneficio era pagadero entre los otros beneficiarios a menos que se indique lo contrario.

Si no se ha nombrado a un/a beneficiario/a o si ninguno/a de los beneficiarios sobrevive a la persona jubilada, el beneficio se distribuirá en el siguiente orden:

1. El/La cónyuge sobreviviente
2. Los hijos sobrevivientes, por partes iguales;
3. La madre y el padre, por partes iguales, o al padre o la madre sobreviviente
4. A los ejecutores o administradores testamentarios.

Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos

Si usted es elegible para recibir beneficios de salud del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*) (el Plan HMO de Kaiser o el de United Healthcare), usted y su cónyuge elegible tienen derecho a recibir beneficios de medicamentos recetados como se describe aquí.

El Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos se ha diseñado para ayudarle a pagar el costo de los medicamentos recetados por su médico/a a usted o a su cónyuge elegible para el tratamiento de enfermedades o lesiones.

Usted debe utilizar el sustituto genérico de un medicamento cuando se pueda obtener. Si usted o su médico/a solicita un medicamento de marca en vez de su equivalente genérico, a usted se le cobrará la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el del equivalente genérico, además del copago aplicable a la cantidad y tipo del medicamento recetado. Los copagos, los cuales varían según el tipo de medicamento recetado y la cantidad dispensada, se indican en la página siguiente.

Para obtener un medicamento recetado, usted puede utilizar cualquiera de las siguientes farmacias:

- Plan de servicio en la farmacia (red de farmacias contratadas)
- Plan de envío por correo de medicamentos recetados
- El/La participante puede comunicarse con la Oficina Administrativa para solicitar un reembolso directo al miembro por medicamentos comprados fuera de la red, o puede descargar el formulario a su computadora del sitio en la Web del Fideicomiso: www.scibew-neca.org.

Cada Plan se describe con mayor detalle en las siguientes secciones.

Plan de servicio en la farmacia

Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos

Medicamento genérico: Copago de \$0 para un suministro de hasta 30 días de cada medicamento recetado

Medicamento de marca: Copago de \$10 para un suministro de hasta 30 días de cada medicamento recetado

Medicamentos de mantenimiento como se describen a continuación:

Medicamento genérico: Copago de \$0 para un suministro de hasta 100 días de cada medicamento recetado

Medicamento de marca: Copago de \$20 para un suministro de hasta 100 días de cada medicamento recetado

Para obtener un medicamento por un copago fijo como se resume en esta sección, usted debe utilizar una farmacia dentro de la red. La red de farmacias es extensiva e incluye la mayoría de las cadenas de farmacias y muchas farmacias independientes. Una lista de las cadenas de farmacias de la red en California se incluye al final de esta sección.

Usted simplemente hace un copago directamente a la farmacia por cada suministro de sus medicamentos. El Plan permite un suministro de hasta 30 días, o de hasta 100 días, si un/a médico/a le ha recetado un medicamento de mantenimiento. Como método de control de costos, el Plan requiere que usted utilice un medicamento genérico de sustituto cuando lo pueda obtener.

Es importante observar, sin embargo, que si la receta médica especifica un medicamento de marca, el/la farmacéuta dispensará el medicamento genérico siempre que haya en existencia un equivalente genérico que pueda substituirse legalmente por el medicamento de marca recetado.

Si usted o su médico/a solicita un medicamento de marca en vez de un equivalente genérico, a usted se le cobrará la diferencia entre el costo del medicamento de marca y el del medicamento genérico, además del copago aplicable a la cantidad y tipo de medicamento recetado. Los copagos, los cuales varían según el tipo de medicamento recetado y la cantidad dispensada, se indican arriba.

Plan de envío por correo de medicamentos recetados **(para medicamentos de mantenimiento solamente)**

Medicamento genérico: Copago de \$0 para un suministro de hasta 100 días de cada medicamento recetado

Medicamento de marca: Copago de \$20 para un suministro de hasta 100 días de cada medicamento recetado

Se ofrece un Plan de Envío por Correo de Medicamentos Recetados para medicamentos de mantenimiento. Los medicamentos de mantenimiento se recetan para condiciones como tensión arterial alta, diabetes, enfermedad cardíaca, úlceras, artritis y otras condiciones crónicas. Usted puede obtener un suministro de hasta 100 días de un medicamento de mantenimiento por su copago de \$0 por un medicamento genérico, o de \$20 por un medicamento de marca (cuando no hay un equivalente genérico para el medicamento de marca). Los medicamentos de mantenimiento se le enviarán directamente a su casa. Los medicamentos deberían de llegar dentro de los siete días laborables después de que la Farmacia de Envío por Correo recibe su pedido. La empresa que administra los beneficios de medicamentos recetados paga todos los gastos de correo para la entrega estándar.

Usted puede hacer su copago por cheque, giro postal o tarjeta de crédito. Su medicamento puede enviarse en un sobre pre-impreso suministrado por la empresa que administra los beneficios de medicamentos recetados y usted recibirá su medicamento dentro de siete días después de haberse recibido su pedido. Usted puede volver a ordenar sus medicamentos recetados por la Internet o por teléfono. Puede también comunicarse con Citizens Rx llamando al 1-888-545-1120 o visitando el siguiente sitio en la Web: <http://www.citizensrx.com>.

Plan de reembolso para farmacias no participantes

Medicamento genérico: Copago de \$5 para un suministro de hasta 30 días

Medicamento de marca: Copago de \$15 para un suministro de hasta 30 días

Además, hay límites sobre el reembolso de reclamos por medicamentos.

Usted puede acudir a cualquier farmacia fuera de la red que elija. Conforme a las disposiciones de este Fondo de Fideicomiso, debe comunicarse con la Oficina Administrativa para solicitar un formulario de reembolso directo al miembro por la compra de medicamentos en farmacias no participantes. Se le reembolsará el costo del suministro del medicamento recetado en base a una fórmula limitada, menos un copago de \$5 para cada medicamento genérico recetado o de \$15 para cada medicamento de marca recetado, por suministro de hasta 30 días.

De conformidad con este Fondo de Fideicomiso, usted posiblemente será responsable de pagar la mayor parte del costo de los medicamentos; por lo tanto, se le anima a que utilice una farmacia participante en el Plan de Servicio en la Farmacia o el Plan de Envío por Correo de Medicamentos Recetados siempre que sea posible. Este Plan tiene el propósito de responder a situaciones de emergencia (por ejemplo, cuando usted viaja lejos de su casa) u otras situaciones de emergencia.

Cómo presentar un reclamo

Los formularios de reclamo pueden obtenerse de la Oficina Administrativa o del siguiente sitio en la Web: www.scibew-neca.org. Una parte del formulario de reclamo la debe completar usted, la otra parte la debe completar la farmacia. Los formularios de reclamo deben completarse dentro de los 15 meses siguientes a la fecha del cargo hecho por la farmacia para ser elegibles a reembolso. Comuníquese con la Oficina Administrativa acerca de dónde enviar por correo el formulario de reclamo.

Pago de reclamos

En general, un reclamo se procesará dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la empresa administradora de los beneficios de farmacia recibe el reclamo.

Beneficios cubiertos:

El Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados cubre los siguientes servicios y suministros:

- Medicamentos con advertencia federal: Cualquier sustancia medicinal que lleve la siguiente advertencia en inglés: “*Caution: Federal law prohibits dispensing without a prescription.*”
- Medicamentos restringidos por el estado: Cualquier sustancia medicinal que pueda dispensarse solamente mediante receta conforme a las leyes del estado.
- Contraceptivos orales/Píldoras anti-conceptivas con advertencia federal
- Productos contraceptivos, inclusive, pero sin limitarse a, diafragmas, capuchones cervicales, inyección Depo-Provera y parches Ortho-Evra.

- Dispositivos de extensión y bolsas para inhaladores (Aerochamber™, Aerochamber™ con máscara, Easivent™, Inspirsease™, EZ-Spacer™, Optichamber™, Optihaler™, Ellipse, etc.). forman parte del beneficio farmacéutico.
- Juegos para la prevención de la anafilaxia, inclusive, pero sin limitarse a, Epi-Pen®/Epi-Pen Jr.®, Ana-Kits®, Ana-Kit Jr.®, Glucagon, Glucagon Emergency Kit y Ana-Guard®.
- Compuestos con por lo menos una advertencia federal o un ingrediente restringido por el estado.
- Soluciones salinas normales para inhalación e irrigación
- Vitaminas prenatales recetadas
- Sustancias inyectables (ver también las Exclusiones acerca de excepciones)

Los siguientes medicamentos no recetados están cubiertos también cuando un/a médico/a los receta por escrito y los dispensa un/a farmaceuta con licencia:

- Insulina, jeringas y agujas para insulina
- Tiras reactivas a la glucosa en la sangre
- Tiras reactivas a la glucosa en la orina
- Lancetas estériles
- Pluma Novolin, pluma Humulin, plumas precargadas, agujas para pluma; cartuchos

Limitaciones:

Los siguientes productos son beneficios cubiertos sujetos a las limitaciones indicadas más adelante:

- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil (inclusive, pero sin limitarse a, Viagra, Cialis y Levitra) —la cobertura será para recetas limitadas a un máximo de ocho (8) píldoras para un suministro de 30 días.
- Productos para la cesación de fumar cuando un/a médico/a los receta por escrito, sujetos a las siguientes limitaciones: un suministro de hasta 90 días por año; beneficio máximo de por vida, un suministro de 180 días. Esta limitación se aplica a productos para la cesación de fumar recibidos tanto de farmacias de atención personal como de farmacias de envío por correo. Se recomienda que usted consulte a un/a médico/a sobre un plan de tratamiento. Hay muchos productos para ayudarle a dejar de fumar, entre ellos:
 - Parches de nicotina
 - Goma de mascar de nicotina
 - Rocío nasal de nicotina (Se necesita receta médica)
 - Inhaladores de nicotina (Se necesita receta médica)
 - Pastillas de nicotina
 - Zyban (Bupropion) (Se necesita receta médica)
- Píldoras y conjuntos para la mañana siguiente (p.ej., Preven, Plan B) (limitado a un total de 2 por persona por 365 días)

Exclusiones:

Los productos siguientes no están cubiertos:

- Para personas inscritas en una organización HMO (Kaiser o United Healthcare), todos los productos inyectables (excepto la insulina) incluidos como parte de su beneficio médico para su administración en el consultorio médico, y son una exclusión, Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos, y planes fuera de la red.
- Medicamentos por los cuales no se cobra, o que se proveen bajo el seguro de Compensación a Trabajadores o un beneficio similar, o para los cuales el gobierno federal, estatal o cualquier otra agencia gubernamental ofrece reembolsos.
- Medicamentos que se pueden obtener sin receta médica (en venta libre) o medicamentos recetados para los cuales hay un equivalente que no requiere receta médica, aun si lo ordena un/a médico/a por medio de una receta, excepto los incluidos en la lista de Medicamentos Cubiertos.
- Medicamentos para tratar la infertilidad.
- Anorexígenos/medicamentos para la pérdida de peso por supresión del apetito.
- Medicamentos para tratar disfunciones sexuales (excepto medicamentos para el tratamiento de la disfunción eréctil, tales como Viagra, Cialis y Levitra).
- Medicamentos que deben administrarse al miembro elegible durante su estadía en un hospital, hogar de convalecencia (de atención de enfermería avanzada solamente), residencia para ancianos, sanatorio, etc.
- Medicamentos utilizados para propósitos cosméticos (por ejemplo: Renova, Rogaine, Vaniqa, Penlac y agentes para la pigmentación y despigmentación).
- Dispositivos médicos, dispositivos o artefactos terapéuticos, inclusive jeringas hipodérmicas (excepto jeringas para insulina) prendas de vestir de apoyo y otras sustancias no medicinales (a menos que estén en la lista de productos cubiertos).
- Drogas o medicamentos comprados o recibidos por el miembro antes de la fecha efectiva de elegibilidad del miembro o después de su terminación.
- Drogas o medicamentos entregados o administrados al miembro por quien los recetó o por el personal de quien los recetó. Por ejemplo, medicamentos administrados, inyectados o dispensados por un/a médico/a.
- Medicamentos recetados por indicaciones experimentales o no aprobadas por la administración FDA a menos que hayan sido recetados de una manera consistente con una indicación específica en el libro titulado *Drug Information for the Health Care Professional* publicado por la United States Pharmacopoeial Convention, o en la edición del libro publicada por American Hospital Formulary Services; medicamentos limitados por ley para uso investigativo.
- Todos los medicamentos homeopáticos.
- Medicamentos por dosis unitarias (a menos que puedan obtenerse solamente por dosis unitaria).
- Vitaminas (que no sean vitaminas pre-natales recetadas).
- Productos dentales (fluoruro recetado para su uso oral y tópico, Peridex, Atridox, Periostat).
- Reclamos por medicamentos presentados más de 15 meses después de la fecha en que se dispensó el medicamento.
- Sueros biológicos.
- Sangre y plasma sanguíneo.

Administrador de Beneficios de Farmacia Cadenas de farmacias en California

El Administrador de Beneficios de Farmacia mantiene un sitio en la Web que puede ofrecerle ayuda valiosa, inclusive la lista más recientemente actualizada de farmacias en toda la nación. La dirección en la Web es: <https://www.citizensrx.com>. Puede llamar también al teléfono 1-888-545-1120.

La siguiente es una lista de cadenas de farmacias proveedoras de medicamentos recetados en el estado de California, contratadas por el Administrador de Beneficios de Farmacia en la fecha de impresión de esta Descripción resumida del Plan:

Albertsons
Big “A” Drug Stores
Costco
CVS
Gemmell Pharmacy
Horton and Converse
K-Mart Pharmacies
Longs
Medicine Shoppe
Pavilions Pharmacies
Raley’s Super Stores
Ralphs
Rite Aid
Safeway Pharmacy
Save Mart Supermarkets
Sav-On Drugs
Scolari’s Food & Drug
Shopko Stores
Target
Vons/ Pavilions Pharmacies
Walgreens

Planes dentales ofrecidos a pensionados discapacitados con menos de 65 años de edad que tienen la cobertura de las Partes A y B de Medicare

Usted puede elegir uno de los siguientes:

- El Plan PPO United Concordia
- El Plan Dental DHMO CIGNA
- El Plan Dental DHMO DeltaCare USA
- El Plan Dental DHMO MetLife/Safeguard
- El Plan Dental DHMO United Concordia

El Fondo de Fideicomiso ofrece cinco planes dentales de entre los cuales usted puede elegir uno: un plan dental PPO (*Preferred Provider Organization*) y cuatro planes DHMO (*Dental Health Maintenance Organizations*). El plan dental PPO lo ofrece United Concordia. Los cuatro planes DHMO son de CIGNA, DeltaCare USA (conocido también como Delta Dental), MetLife/Safeguard y United Concordia. Le sugerimos que examine con cuidado todos los Planes y que converse sobre las diferentes opciones de Planes con su cónyuge elegible. Una descripción breve del Plan PPO United Concordia y de los cuatro planes DHMO (CIGNA, DeltaCare USA, MetLife/Safeguard y United Concordia) comienza en la página 60. Tenga la bondad de consultar su documento de **Prueba de Cobertura** para obtener una descripción completa de sus beneficios dentales, inclusive las exclusiones y limitaciones.

Comparación de los beneficios dentales ofrecidos a pensionados discapacitados con menos de 65 años de edad que tienen la cobertura de las Partes A y B de Medicare

Este resumen de los beneficios, exclusiones, limitaciones y otras disposiciones de los planes DHMO que afectan los beneficios dentales no tiene como propósito reemplazar el documento de *Prueba de Cobertura* o la Lista de Beneficios del DHMO respectivo. Consulte su Documento de Prueba de Cobertura y Declaración de Términos para obtener una descripción completa de sus beneficios dentales, inclusive las exclusiones y limitaciones. En caso de surgir cualquier conflicto entre la información resumida en esta sección y el documento de Certificado de Seguro o la Lista de Beneficios del DHMO, el Certificado de Seguro o la Lista de Beneficios del DHMO regirá.

Nombre de la aseguradora dental	United Concordia (PPO) Dentro/Fuera de la red	CIGNA (DHMO) Sólo dentro de la red	DeltaCare (DHMO) Sólo dentro de la red	MetLife (DHMO) Sólo dentro de la red	United Concordia (DHMO) Sólo dentro de la red
Número de Servicios a los Miembros	800-332-0366	800-CIGNA-24	800-422-4234	800-880-1800	866-357-3304
Sitio en la Web	unitedconcordia.com	cigna.com	deltadentalins.com	metlife.com/mybenefits	unitedconcordia.com
Dirección para presentar reclamos <i>Aplicable sólo al Plan PPO</i>	P.O. Box 69421 Harrisburg, PA 17106-9422				
Copago del miembro					
Deducible anual					
Por persona	\$0/\$25	N/A	N/A	N/A	N/A
Por familia	\$0/\$75	N/A	N/A	N/A	N/A
Máximo por año <i>Eliminado para servicios diagnósticos y preventivos</i>					
Por persona	\$2,500/ \$2,000	N/A	N/A	N/A	N/A
Por familia	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Diagnóstico/Preventivo (Rayos X, exámenes, limpieza)	0%/0%, más la facturación del saldo	\$0	\$0	\$0	\$0 (Copago para empastes blancos)
Servicios básicos <i>Empastes, selladores, cirugía oral, canal radicular</i>	5%/20%, más la facturación del saldo	\$0 - \$25	\$0 - \$220	\$0 - \$130	\$0

Nombre de la aseguradora dental	United Concordia (PPO) Dentro/Fuera de la red	CIGNA (DHMO) Sólo dentro de la red	DeltaCare (DHMO) Sólo dentro de la red	MetLife (DHMO) Sólo dentro de la red	United Concordia (DHMO) Sólo dentro de la red
Servicios mayores <i>Coronas y moldes, dientes postizos, puentes e implantes</i>	25%/50%, más la facturación del saldo	\$22 - \$340	\$0 - \$195 – Sin cobertura para implantes	\$0 - \$75	\$0 (Costo para coronas y puentes metálicos)
SERVICIOS DE EMERGENCIA					
Examen de emergencia	25%/50%, más la facturación del saldo	\$0	\$5	\$0	\$0

Beneficios para la vista ofrecidos a pensionados discapacitados con menos de 65 años de edad que tienen la cobertura de las Partes A y B de Medicare

Beneficios para la vista

Vision Service Plan (VSP) o Kaiser Vision Plan

Si usted se ha inscrito para recibir beneficios conforme al **Plan HMO United Healthcare** ofrecido por el Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*), tiene derecho a recibir beneficios para la vista como se describe aquí.

Si usted se ha inscrito en el **Plan HMO Kaiser**, se le ofrecen beneficios para la vista separados a través de Kaiser y no es elegible para obtener la cobertura de Vision Service Plan descrita a continuación.

Beneficios

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

Lentes. Los proveedores del Plan VSP ordenarán los lentes apropiados (sólo si se necesitan). El programa ofrece lentes de la más alta calidad fabricados conforme a normas estrictas. El/La médico/a verifica también la exactitud de los lentes terminados.

Marcos. El Plan ofrece una amplia selección de marcos. Sin embargo, si usted selecciona un marco que cuesta más del monto permitido por el Plan, habrá un cargo adicional. Si ordena marcos a través de un/a médico/a del Plan VSP, recibirá una reducción del 20% en el costo de los marcos que excedan del monto permitido por VSP.

Lentes de contacto. Los lentes de contacto se ofrecen en lugar de marcos y lentes durante su período de elegibilidad.

Para lentes de contacto cosméticos, cuando los pacientes los seleccionen, el Plan VSP pagará un monto permitido para cubrir parte del costo.

Copagos y lista de beneficios ofrecidos a pensionados discapacitados con menos de 65 años de edad que tienen la cobertura de las Partes A y B de Medicare

Participantes en el Plan de United Healthcare				
Beneficio	Frecuencia (basada en el año de servicio)	Copago	Cobertura de servicios recibidos de un/a médico/a VSP	Reembolso fuera de la red
Examen	12 meses	\$5	Cubiertos por completo después del copago	Monto permitido de hasta \$45
Lentes recetados —Si usted elige lentes de contacto tendrá derecho a obtener marcos 12 meses después de obtener los lentes de contacto.				
<u>Lentes</u>	12 meses	\$10 (lentes y/o marco)	Los lentes de visión sencilla, bifocales con línea y trifocales con línea están cubiertos por completo después del copago.	<p>Monto permitido de hasta \$45 por lentes de visión sencilla</p> <p>Monto permitido de hasta \$65 por lentes bifocales con línea</p> <p>Monto permitido de hasta \$85 por lentes trifocales con línea</p>
<u>Marcos —como los provee el plan VSP</u>	24 meses	\$10 (lentes y/o marcos)	Cubierto hasta un monto permitido de \$120	Monto permitido de hasta \$47
<u>Lentes de contacto*</u>	12 meses		Cubiertos hasta un monto permitido de \$105	Monto permitido de hasta \$105
<p><i>*El monto permitido se aplica al costo del examen para sus lentes de contacto y de sus lentes de contacto. Usted recibirá un ahorro del 15 por ciento en el costo del examen para sus lentes de contacto hecho por un/a médico/a del Plan VSP. Su examen para lentes de contacto se hace además del examen de la vista de rutina hecho para verificar riesgos para la salud de los ojos asociados con el uso o ajuste incorrecto de lentes de contacto.</i></p>				

Usted podrá obtener lentes regulares (marcos y lentes) doce meses después de obtener sus lentes de contacto.

Kaiser Vision Plan	
Beneficio para la vista	Co-pago/Monto permitido
Exámenes refractarios de la vista para determinar la necesidad de corrección y para dar una receta para anteojos.	\$5 por visita
Anteojos con lentes de plástico regulares cada 24 meses	Monto permitido de \$100 *
Marco para anteojos cada 24 meses	
Lentes de contacto médicamente necesarios	Sin cargo
*Un monto permitido es el total de los gastos de un ítem cubierto. Si el costo del ítem seleccionado excede del monto permitido, usted debe pagar la diferencia.	

Cómo utilizar el Plan

Para obtener atención para la vista de Vision Service Plan, haga lo siguiente:

- 1) Comuníquese con el Departamento de Servicio a los Miembros en la Oficina Administrativa para obtener un folleto del Plan VSP, o llame a su médico/a VSP. Si necesita localizar a un/a médico/a VSP, llame a VSP, al (800) 877-7195, o visite su sitio en la Web: www.vsp.com. Si desea obtener una lista de los médicos VSP (optómetras y oftalmólogos) cercanos al lugar donde usted vive, se le enviará una lista.
- 2) Al hacer su cita, identifíquese como miembro del Plan VSP. El/La médico/a que le atiende necesitará también el número de identificación del miembro cubierto (por lo general, el número del Seguro Social del miembro) y el nombre del grupo del miembro cubierto. El/La médico/a VSP se comunicará entonces con VSP para verificar su elegibilidad y cobertura conforme al Plan. El/La médico/a VSP obtendrá también una autorización para servicios y materiales. Si usted no es elegible, se le notificará de este hecho.
- 3) Durante su cita, el/la médico/a VSP le examinará la vista para determinar si necesita lentes correctivos. Si es así, el/la médico/a VSP enviará su receta a un laboratorio aprobado y contratado por VSP. Le indicará también los cargos no cubiertos y le pedirá que firme un formulario para documentar que ha recibido los servicios. VSP le pagará al/a la médico/a VSP directamente, conforme a su acuerdo contractual, menos cualquier copago que usted deba hacer como se indicó arriba.

- 4) La selección de un/a médico/a de la lista de médicos VSP asegura el pago directo al/a la médico/a y hace posible una garantía de calidad y de control de costos. Sin embargo, si usted obtiene servicios de médicos que no son médicos VSP, debe pagar al proveedor de servicios sus cargos completos cuando recibe los servicios y presentar sus recibos a VSP. VSP le reembolsará directamente conforme al programa de montos permitidos. VSP no hará pagos a proveedores que no sean del Plan VSP.

No hay ninguna garantía de que el monto permitido indicado en esta lista sea suficiente para pagar el examen o los anteojos. Cuando usted obtiene servicios de un proveedor que no es un/a médico/a VSP y/o anteojos de un/a oculista, asegúrese de enviar por correo un estado de cuenta detallado de los cargos a VSP para que VSP pueda enviarle su reembolso directamente. Todos los reclamos deben presentarse dentro de los seis meses después de la fecha en que se completaron los servicios.

Proveedores que no son miembros del panel

Si usted no desea obtener servicios de un/a médico/a miembro de la red VSP, puede acudir a cualquier proveedor de servicios para la vista con licencia, pagarle la totalidad de sus cargos y recibir un reembolso de VSP conforme a los reembolsos indicados en la “Lista de beneficios” anterior. Para recibir su reembolso, debe enviar sus recibos detallados a VSP dentro de los seis meses después de la fecha en que recibió los servicios. Debe incluir el nombre del miembro cubierto, su número de teléfono, dirección, número de identificación, el nombre del grupo, el nombre del/de la paciente, su fecha de nacimiento, número de teléfono y dirección, y la relación del/de la paciente con el miembro cubierto (p. ej., cónyuge) junto con el recibo detallado.

Guarde una copia de la información en sus archivos y envíe los originales a la siguiente dirección: VSP, OON Claims, P.O. Box 997105, Sacramento, CA 95899-7105.

Limitaciones

Costo adicional. Este Plan se ha diseñado para cubrir sus necesidades de atención para la vista en vez de materiales cosméticos. Si usted elige uno de los siguientes ítems, habrá un cargo extra:

- A) Lentes bifocales o trifocales sin línea;
- B) Lentes de contacto (excepto como se indica en otra parte de este documento);
- C) Lentes extra-grandes;
- D) Lentes progresivos multifocales;
- E) Lentes fotocromáticos o lentes teñidos que no sean de color rosado #1 o #2;
- F) Lentes con revestimiento;
- G) Lentes laminados;
- H) Un marco que cueste más que el monto permitido por el Plan;
- I) Ciertas limitaciones sobre la atención para tratar un impedimento visual;
- J) Lentes cosméticos;
- K) Procesos cosméticos opcionales; o
- L) Lentes de protección contra rayos ultravioletas.

Sin cobertura. No hay beneficios por servicios profesionales o materiales relacionados con:

- A) Ortóptica o entrenamiento de la vista y pruebas suplementarias asociadas.

- B) Lentes planos (sin receta médica).
- C) Dos pares de anteojos en vez de lentes bifocales.
- D) Los lentes y marcos provistos bajo este programa que se pierden o rompen no se reemplazarán excepto a los intervalos normales cuando los servicios estarían disponibles de otra manera.
- E) Tratamiento médico o quirúrgico de los ojos.
- F) Cualquier examen de la vista o lentes correctivos exigido(s) por un Empleador como condición de empleo.
- G) Servicios correctivos, tratamientos y materiales para la vista que sean de naturaleza experimental.

Quejas

Si usted tiene una queja relacionado con el servicio o el pago de un reclamo por VSP, debe presentar su queja a VSP utilizando el formulario de queja disponible en los consultorios de todos los médicos VSP y en la Oficina Administrativa. El formulario de queja debe enviarse a:

Vision Service Plan
3333 Quality Drive
Rancho Cordova, CA 95670-7985

Usted puede también llamar al teléfono para llamadas gratis de la División de Atención al Cliente, (800) 877-7195, de lunes a viernes, desde las 5:00 a.m. hasta las 7:00 p.m., Hora Estándar del Pacífico.

Información sobre la declaración de términos

Conforme a lo ordenado por la Ley de seguridad de ingresos de jubilación para empleados de 1974 (*Employee Retirement Income Security Act —ERISA*)

1) Nombre y tipo de administración del Plan:

El nombre del Plan es el Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*). El Plan lo administra la Junta de Fideicomisarios del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*), un Fondo de Fideicomiso con convenio colectivo de trabajo del sindicato y la administración obrero-patronal.

2) Nombre y dirección de la persona designada como agente para los propósitos de notificaciones legales:

Joanne Keller, Administrator
6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040

(La notificación de acciones legales puede darse también a cualquiera de los Fideicomisarios.)

3) Oficina Administrativa de la Administradora del Plan:

6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040
Administrator: Joanne Keller
Executive Director: George Wallace

4) Nombres, títulos y direcciones de los Fideicomisarios:

**Fideicomisarios del Sindicato
(Local IBEW #11)**

Marvin Kropke, Chairman
c/o Administrative Office
6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040

Joel Barton
c/o Administrative Office
6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040

**Fideicomisarios de la Administración
(NECA)**

James M. Willson, Secretary
c/o Administrative Office
6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040

Steve Watts
c/o Administrative Office
6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040

Eric Brown
c/o Administrative Office
6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040

Cathy O'Bryant
c/o Administrative Office
6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040

Dean Todd, Alternate
c/o Administrative Office
6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040

Dick Reed, Alternate
c/o Administrative Office
6023 Garfield Avenue
Commerce, CA 90040

5) Fuente de financiamiento del Plan e identidad de cada una de las organizaciones a través de las cuales se ofrecen beneficios:

Los pagos se hacen al Fideicomiso por Empleadores individuales conforme a la disposición de los Convenios Colectivos de Trabajo aplicables y los auto-pagos según sean necesarios para la participación en el Plan de Salud para Jubilados.

Los Fideicomisarios ofrecen opciones de programas de hospital y médicos.

Las siguientes organizaciones ofrecen beneficios en virtud de contratos celebrados con la Junta de Fideicomisarios como sigue:

Kaiser Foundation Health Plan Inc. —*Beneficios HMO de Hospital y Médicos*

United Healthcare of California — *Beneficios HMO de Hospital y Médicos*

Citizen's Rx —*Beneficios Auto-Financiados de Medicamentos Recetados*

CIGNA —*Beneficios Dentales DHMO*

Delta Dental (DeltaCare USA) —*Beneficios Dentales DHMO*

MetLife/Safeguard Dental —*DHMO*

United Concordia — *Beneficios Dentales PPO Y DHMO*

Vision Service Plan —*Beneficios para la Vista*

HealthAdvocate — Defensa y servicios de ayuda

6) Fecha de terminación del año del Plan: 30 de junio

7) **Número de Identificación del Plan en el Servicio de Rentas Internas (IRS):** Nro. 95-6140101

8) **Descripción de las disposiciones pertinentes de cualquier convenio colectivo de trabajo aplicable:**

El Plan se mantiene conforme a Convenios Colectivos de Trabajo entre el Local #11 de la International Brotherhood of Electrical Workers, AFL-CIO y el Capítulo del Condado de L.A. de la National Electrical Contractors Association. Los participantes del Plan pueden obtener gratis del Sindicato, o de la Oficina Administrativa, copias de los Convenios Colectivos de Trabajo mediante solicitud escrita. Además, los participantes pueden examinar los Convenios Colectivos de Trabajo en la Oficina Administrativa del Fondo de Fideicomiso durante las horas de trabajo regulares.

9) **Remedios disponibles conforme al Plan para resolver reclamos negados total o parcialmente, inclusive las disposiciones ordenadas por la Sección 503 de la Ley de seguridad de los ingresos de jubilación de los empleados de 1974:**

Reglas para reclamos y apelaciones

Introducción

Las Reglas para Reclamos y Apelaciones descritas en esta sección ***no se aplican*** a los siguientes planes:

1. El Plan Médico HMO Kaiser (inclusive el beneficio para la vista de Kaiser)
2. El Plan Médico HMO United Healthcare
3. El Plan PPO United Concordia
4. El Plan Dental DHMO CIGNA
5. El Plan Dental DHMO Delta
6. Los Planes Dentales DHMO United Concordia
7. El Plan Dental DHMO MetLife/Safeguard

Los beneficios ofrecidos a los Participantes elegibles y a sus cónyuges elegibles por las Organizaciones HMOy DHMO, y por el Plan Dental PPO mencionados arriba, están sujetos a las reglas para reclamos y apelaciones establecidas por cada una de las aseguradoras anteriores. Usted debe examinar el documento de ***Prueba de Cobertura*** del programa y comunicarse con la aseguradora directamente para enterarse de sus procedimientos para el examen de reclamos y quejas. La Oficina Administrativa puede indicarle dónde debe enviar sus comunicaciones.

El 1º de julio de 2002 o más tarde, los Fideicomisarios han adoptado las siguientes reglas para todos reclamos y apelaciones de elegibilidad de las personas inscritas en el Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos, el Plan Suplementario de Medicare y el Plan de reembolso de primas:

Es la intención y el deseo de los Fideicomisarios que estas reglas sean consistentes y cumplan los reglamentos aplicables, inclusive, pero sin limitarse a, la disposición 29 CFR 2560. et. seq. Estas reglas se interpretarán de acuerdo con esa intención. Dichos reglamentos se incorporan aquí

como si estuvieran incluidas en su totalidad. Los reglamentos se interpretarán de conformidad con las pautas del Departamento de Trabajo expedidas después de la promulgación de los reglamentos.

Reclamos previos a la prestación de servicios

Los reclamos previos a la prestación de servicios se utilizan para beneficios que requieren una pre-autorización antes de que usted reciba la atención médica.

No hay requisitos de pre-certificación por cobertura para beneficios de medicamentos recetados.

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

Los beneficios de medicamentos recetados los administra el Administrador de Beneficios de Farmacia. Su beneficio de 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 Citizens Rx o su tarjeta del Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos a un/a farmacéuta participante.

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, United Healthcare).

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.

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 su cónyuge tendrá el derecho de entablar un juicio civil conforme a la Sección 502.

Algunas preguntas relacionadas con todos los reclamos y apelaciones

Pregunta: ¿Quién puede presentar una apelación si mi reclamo se niega?

Respuesta: Usted puede presentarla o puede autorizar a alguien que le represente (i.e., su médico/a, cónyuge, etc.) para que la presente. Excepto en el caso de la apelación de un reclamo previo a la prestación de servicios en la que su médico/a esté actuando como su representante, cualquier persona que actúe en representación suya deberá haber recibido de usted una autorización escrita para que actúe en representación suya y esa autorización escrita deberá presentarse inmediatamente a la Oficina Administrativa como parte de su apelación. Si usted tiene una discapacidad física o mental, los Fideicomisarios eliminarán este requisito de la autorización escrita. Es extremadamente importante comprender que la asignación de beneficios al proveedor de servicios no constituye una autorización para que el proveedor actúe como su representante.

Pregunta: Si mi reclamo se niega, ¿entregará el Fondo de Fideicomiso todos los documentos relativos a mi reclamo a mí o a mi representante cuando los solicite?

Respuesta: Sí. Conforme a las regulaciones federales, usted deberá recibir copias de todos los documentos y opiniones pertinentes a su reclamo.

Pregunta: ¿Puedo solicitar la aprobación previa del Fondo de Fideicomiso para recibir atención médica que no está regulada por las disposiciones del Plan sobre reclamos previos a la prestación de servicios, y apelar cualquier decisión adversa bajo las reglas reclamos previos a la prestación de servicios?

Respuesta: No. Solamente reclamos para los cuales se requiere una pre-autorización del Fondo de Fideicomiso están sujetos a las disposiciones de decisión y apelación agilizadas relacionadas con casos previos a la prestación de servicios.

Pregunta: Si mi reclamo previo a la prestación de servicios se niega y yo recibo la atención médica a pesar de la negación y luego presento un reclamo por los gastos médicos incurridos, ¿se tramitará este reclamo por gastos médicos bajo las disposiciones de decisión y apelación agilizadas de la Parte B de estas reglas?

Respuesta: No. Una vez que la atención médica se haya recibido, el único punto por determinar es la parte de la cuenta presentada que se pagará, si es que se pagará alguna parte, y se aplicarán al reclamo por gastos médicos las disposiciones para reclamos a la prestación de servicios.

Pregunta: ¿Podemos el Fondo de Fideicomiso y yo extender de común acuerdo los plazos contenidos en las reglas para reclamos previos a la prestación de servicios y posteriores a la prestación de servicios?

Respuesta: Sí.

Pregunta: ¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas relacionadas con estas reglas de reclamos y apelaciones?

Respuesta: Usted debe comunicarse con la Oficina Administrativa.

Pregunta: ¿Cambia cualquiera de las disposiciones de estas reglas los deducibles, copagos, exclusiones o limitaciones incluidas en cualquiera de estos planes?

Respuesta: No.

Sus derechos conforme a la Ley de seguridad de ingresos de jubilación para empleados de 1974 (*Employee Retirement Income Security Act —ERISA*)

Como Participante en el Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund*), usted tiene ciertos derechos y protecciones conforme a la Ley de seguridad de ingresos de jubilación de 1974 (ERISA). La ley ERISA ordena que todos los Participantes en un Plan tendrán derecho a:

Recibir información acerca de su Plan y sus beneficios

- Examinar, gratis, en la Oficina Administrativa y en otros sitios especificados, tales como sitios de trabajo y oficinas del sindicato, todos los documentos que gobiernan el Plan, inclusive las descripciones resumidas del plan, los convenios colectivos de trabajo y una copia del último informe anual (Formulario de la serie 5500).
- Obtener, al solicitarlas por escrito a la Oficina Administrativa, copias de los documentos que gobiernan la operación del Plan, inclusive los convenios colectivos de trabajo, y copias del último informe anual (Formulario de la serie 5500) y una descripción resumida del plan actualizada. la Administración del Plan puede hacerle un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan. Los Fideicomisarios están obligados por la ley a dar a cada participante una copia de este resumen del informe anual.

Continuar la cobertura colectiva del Plan de salud

- Continuar la cobertura de salud para usted o su cónyuge si ocurre una pérdida de cobertura conforme al Plan como resultado de un “suceso calificante”. Es posible que usted o su cónyuge tengan que pagar el costo de esta cobertura. Examine esta descripción resumida del plan y los documentos que gobiernan al Plan en relación con las reglas que gobiernan su derecho a la cobertura de continuación según COBRA.

Certificado de cobertura acreditable

- La reducción o eliminación de la cobertura bajo su Plan de salud colectivo de los períodos de exclusión por condiciones pre-existentes. A usted se le debe dar gratis un certificado de cobertura acreditable de su Plan de salud colectivo o de la aseguradora cuando usted pierde su cobertura bajo el Plan, cuando obtiene el derecho de elegir la cobertura de continuación según COBRA cuando su cobertura de continuación según COBRA termina, si usted lo solicita antes de perder su cobertura o si lo solicita dentro de los 24 meses después de perder su cobertura.

Sin un comprobante de cobertura acreditable, usted posiblemente estará sujeto/a a una exclusión por condición pre-existente durante 12 meses (18 meses para quienes se inscriben tarde) después de la fecha de su inscripción en la nueva cobertura.

Acciones prudentes por parte de los Fiduciarios del Plan

Además de crear derechos para los participantes en el Plan, la ley ERISA impone obligaciones a las personas responsables de la operación del Plan de beneficios para empleados. Las personas que operan su Plan, llamadas “fiduciarios” del Plan, tienen la obligación de hacerlo prudentemente y de una manera que proteja los intereses de usted y de otros participantes en el Plan y sus beneficiarios.

Nadie, inclusive su empleador, su sindicato o cualquiera otra persona, puede despedirle de su empleo o de otra manera discriminarle para evitar que usted obtenga un beneficio para la salud o ejerza sus derechos conforme a la ley ERISA.

Hacer valer sus derechos

Si su reclamo de un beneficio de salud se niega o se pasa por alto, total o parcialmente, usted tiene derecho a saber por qué, a obtener, gratis, copias de los documentos relacionados con la decisión y a apelar cualquier negación, todo ello dentro de ciertos plazos.

De conformidad con la ley ERISA, hay medidas que usted puede tomar para hacer cumplir los derechos anteriores. Por ejemplo, si usted solicita una copia de los documentos del Plan o del último informe anual del Plan y no los recibe dentro de 30 días, puede iniciar un juicio ante una corte federal. En tal caso, la corte puede obligar a la Administradora del Plan a entregarle los documentos y a pagarle a usted hasta \$110 por día hasta que reciba los documentos, a menos que los documentos no se le hayan enviado por razones fuera del control de la Administración.

Si usted tiene un reclamo de beneficios que se le ha negado total o parcialmente, o al cual se le ha pasado por alto total o parcialmente, y usted ha agotado los procedimientos para el examen del reclamo y su apelación a su disposición conforme al Plan, usted puede iniciar una demanda ante una corte estatal o federal. Además, si usted está en desacuerdo con la decisión, o la falta de decisión, del Plan en relación con el estatus como calificada de una orden judicial de mantenimiento para la atención médica de menores, puede iniciar un juicio en una corte federal. Si llegara a ocurrir que los fiduciarios del Plan utilizan mal los dineros del Plan, o si a usted se le discrimina por hacer valer sus derechos, usted puede solicitar ayuda del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o iniciar un juicio ante una corte federal. La corte decidirá quién deberá pagar las costas procesales y los honorarios legales. Si su caso se decide a favor suyo, la corte puede ordenar a la persona a quien usted enjuició a pagar estas costas y honorarios. Si el caso no se decide a favor suyo, la corte puede ordenarle a usted a pagar estas costas y honorarios si, por ejemplo, decide que su reclamo es frívolo.

Ayuda con sus preguntas

Si usted tiene preguntas acerca de su Plan, debe comunicarse con la Administración del Plan. Si tiene preguntas relacionadas con esta declaración o con sus derechos conforme a la ley ERISA, o si necesita ayuda para obtener documentos de la Administración del Plan, debe comunicarse con la siguiente dependencia del gobierno federal más cercana a usted: Office of the Employee

Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor. Esta dependencia aparece en su directorio de teléfono. O bien, puede comunicarse también con:

Division of Technical Assistance and Inquiries
Employee Benefits Security Administration
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue, N.W., Suite N-5623
Washington D.C, 20210.
Teléfono: (202) 693-8680

La oficina más cercana de la Employee Benefits Security Administration está ubicada en esta dirección:

Los Angeles Regional Office
1055 E. Colorado Blvd, Suite 200
Pasadena, CA 91106.
Teléfono: (626) 229-1000

Usted puede también obtener ciertas publicaciones sobre sus derechos y responsabilidades conforme a ley ERISA llamando a la línea de atención rápida para las publicaciones de la Employee Benefits Security Administration.

Aviso a los Participantes

Proveedores regulados por el Departamento de Atención Médica Administrada de California (*California Department of Managed Health Care*) o el Departamento de Seguros de California

Kaiser
United Healthcare
CIGNA Dental Plan
Delta Dental Plan (DeltaCare USA)
MetLife/Safeguard Dental Plan
United Concordia
Vision Service Plan

ENMIENDA Nro. 1
A LA
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN DEL FONDO DE FIDEICOMISO
PARA LA SALUD DE JUBILADOS DE IBEW-NECA EN
LA REGIÓN SUR DE CALIFORNIA
(*SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND
RETIREE HEALTH PLAN*)
REFORMULADA A PARTIR DEL 1º de FEBRERO DE 2013

La presente Enmienda a la Descripción Resumida del Plan (*Summary Plan Description —SPD*) para la Salud de Jubilados de IBEW-NECA en la Región Sur de California es efectuada por la Junta de Síndicos de Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund con respecto a los siguientes hechos y circunstancias:

A. La Junta de Síndicos desea enmendar la descripción SPD para reflejar el cambio de la empresa Administradora de Beneficios de Medicamentos Recetados (*Prescription Benefit Manager —PBM*) y para eliminar el copago del 50% por medicamentos para tratar disfunciones sexuales.

B. La Junta de Síndicos se ha reservado la capacidad para enmendar la descripción SPD de vez en cuando.

POR CONSIGUIENTE, con fecha efectiva del 1º de febrero de 2013, la descripción SPD queda enmendada de la siguiente manera:

1. Citizens Rx reemplazará a Optum Rx (anteriormente *Prescription Solutions*) como la empresa administradora PBM del Plan. Todas las menciones en la descripción SPD de “Optum Rx” (anteriormente *Prescription Solutions*) se cambiarán a “Citizens Rx” dondequiera que esos términos aparezcan.

2. El copago del 50% por medicamentos para tratar disfunciones sexuales de hombres y de mujeres se eliminará. El copago por medicamentos para tratar disfunciones sexuales será el mismo que el cobrado por cualquier otro medicamento cubierto, con un límite máximo de ocho (8) píldoras para un suministro de 30 días.

3. Todos los otros términos y condiciones del Plan continuarán en plena vigencia y efecto.

Firmado este _____ día de _____, en Commerce, California.

LA JUNTA DE SÍNDICOS DEL FONDO DE
FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE
IBEW-NECA EN LA REGIÓN SUR DE
CALIFORNIA.

Por: _____
Presidente

Por: _____
Secretario

ENMIENDA N° 2
A LA
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN PARA JUBILADOS
DEL
FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE IBEW-NECA EN LA REGIÓN
SUR DE CALIFORNIA
(*SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND*)
REFORMULADA A PARTIR DEL 1° DE FEBRERO DE 2013

La presente Enmienda, aprobada en este día 29 de agosto, a la Descripción Resumida del Plan para Jubilados del Fondo de Fideicomiso para la Salud en la Región Sur de California (*Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund's Retiree Health Summary Plan Description—“SPD”*) reformulada a partir del 1° de febrero de 2013, es efectuada por la Junta de Fideicomisarios del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW—NECA en la Región Sur de California (Junta de Fideicomisarios) con respecto a los siguientes hechos y circunstancias:

A. La Junta de Fideicomisarios desea enmendar la descripción SPD para documentar la práctica, establecida hace mucho tiempo por las Oficinas del Fondo, de especificar la documentación que un/a participante debe presentar como comprobante de pago conforme al Plan de Reembolso de Primas (*Premium Reimbursement Plan*) y para resumir el proceso para la presentación de reclamos conforme al Plan de Reembolso de Primas y al Plan Suplementario de Medicare (*Medicare Supplement Plan*).

B. La Junta de Fideicomisarios se ha reservado la capacidad para enmendar la descripción SPD de vez en cuando.

POR CONSIGUIENTE, con fecha efectiva del 1° de octubre de 2013, la descripción SPD queda enmendada de la siguiente manera:

1. La dirección indicada en la definición del “Plan Suplementario de Medicare”, en las páginas 9 y 10, queda cambiada de la siguiente manera:

IBEW-NECA Claims Administration
Allied Administrators
P. O. Box 2500
San Francisco, CA 94126
Teléfono: (800) 736-0401

2. La dirección indicada en la definición del “Plan de Reembolso de Primas”, en las páginas 10 y 11, queda cambiada de la siguiente manera:

IBEW-NECA Claims Administration
Allied Administrators
P. O. Box 2500
San Francisco, CA 94126
Teléfono: (800) 736-0401

3. Lo siguiente se añadirá al final de la Sección titulada “Plan Suplementario de Medicare para Jubilados y sus cónyuges (*Medicare Supplement Plan for Retirees/Spouses*), en la página 39):

“Cómo presentar un reclamo

Al enviar un reclamo a la Oficina Administrativa, siga los siguientes pasos:

1. Obtenga de la Oficina Administrativa, del sitio en la Web del Fondo de Fideicomiso o de Allied Administrators un Formulario de reclamo del Plan Suplementario de Medicare.
2. Utilice el Formulario de reclamo del Plan Suplementario de Medicare al presentar facturas y reclamos para su pago.
3. Complete las Partes 1 y 2 del Formulario de reclamo del Plan Suplementario de Medicare.
4. Adjunte al Formulario de reclamo todos los formularios de Explicación de beneficios de Medicare (*Explanation of Medicare Benefit — “EOB”*).
5. Feche y firme el Formulario de reclamo. Guarde una copia para sus archivos personales.
6. Los Formularios de reclamo deben enviarse a la siguiente dirección:

IBEW-NECA Claims Administration
Allied Administrators
P. O. Box 2500
San Francisco, CA 94126
Teléfono: (800) 736-0401

Los beneficios (el reembolso de los gastos elegibles de Medicare pagados de su bolsillo) se pagan generalmente dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que Allied Administrators recibe toda la información necesaria.

Nota: Envíe solamente un Formulario de reclamo por mes calendario e incluya en el mismo Formulario de

reclamo todos los reclamos, tanto de la persona jubilada como de su cónyuge”.

4. El punto “Reembolso trimestral” (*Quarterly Reimbursement*) de la Sección de la descripción SPD titulada “Plan de Reembolso de Primas” (*Premium Reimbursement Plan*) (página 40) se cambia en el punto “Reembolso mensual” (*Monthly Reimbursement*) y el siguiente texto se añade a la frase existente bajo ese punto:

“Cómo presentar un reclamo para el reembolso de primas

Al enviar un Reclamo a la Oficina Administrativa o a Allied Administrators, siga estos pasos:

1. Obtenga de la Oficina Administrativa, del sitio en la Web del Fondo de Fideicomiso o de Allied Administrators un Formulario de reclamo de reembolso de primas (*Premium Reimbursement Claim Form*).
2. Complete el Formulario de reclamo para reembolso de prima en su totalidad.
3. Presente uno o más de los siguientes documentos como comprobante del pago de la prima:
 1. Un cheque cancelado (cara y dorso)
 2. Un estado de cuenta bancario (uno obtenido en línea es aceptable)
 3. Un estado de cuenta de tarjeta de crédito
 4. Un talonario de su cheque de pago que indique la deducción, o bien
 5. Otro comprobante del pago de la prima.
4. Feche y firme el Formulario de reclamo para el reembolso de prima. Guarde una copia de este formulario para sus archivos personales.
5. Los Formularios de reclamo debe enviarse a:

IBEW-NECA Claims Administration
Allied Administrators
P. O. Box 2500
San Francisco, CA 94126
Telephone: (800) 736-0401

Los beneficios (el reembolso de la prima) se pagan generalmente dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que Allied Administrators recibe toda la información necesaria.

Nota: Envíe solamente un Formulario de reclamo por mes calendario e incluya en el mismo Formulario de reclamo todos los reclamos, tanto de la persona jubilada como de su cónyuge”.

5. Todos los otros términos y condiciones del Plan continuarán en plena vigencia y efecto.

Aprobado en este día 29 de agosto en Commerce, California.

La Junta de Fideicomisarios del Fondo
de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA
en la Región Sur de California

Por _____
Presidente

Por _____
Secretario

ENMIENDA Nro. 3
A LA
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN PARA JUBILADOS DEL
FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE IBEW-NECA EN
LA REGIÓN SUR DE CALIFORNIA
(*SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND*)
REFORMULADA A PARTIR DEL 1º de FEBRERO de 2013

La presente Enmienda a la Descripción Resumida del Plan para Jubilados (*Summary Plan Description—SPD*) del Plan del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California, reformulada el 1º de febrero de 2013, es efectuada el 19 de noviembre de 2013 por la Junta de Síndicos (*Board of Trustees*) de Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund con respecto a los siguientes hechos y circunstancias:

A. . La Junta de Síndicos desea enmendar la descripción SPD para clarificar que los medicamentos recetados inyectables son medicamentos con cobertura conforme al Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos.

B. La Junta de Síndicos se ha reservado la capacidad para enmendar la descripción SPD de vez en cuando.

POR CONSIGUIENTE, la Descripción SPD queda enmendada de la siguiente manera:

1. Bajo la Sección del Plan titulada “Plan Mandatorio de Medicamentos Recetados Genéricos”, el punto once de la lista de “Exclusiones” queda revisado de la siguiente manera: “Las drogas o medicamentos comprados o administrados a los participantes por el recetante o por el personal del recetante. Por ejemplo, medicamentos administrados, inyectados o dispensados por un/a médico/a. Sin embargo, los medicamentos inyectables obtenidos en una farmacia estarán cubiertos”

2. Todos los otros términos y condiciones de la Descripción SPD continuarán en plena vigencia y efecto.

Firmado en este día 19 de noviembre de 2013 en Commerce, California.

La Junta de Síndicos del Fondo de
Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA
en la Región Sur de California

Por: _____
Presidente

Por: _____
Secretario

ENMIENDA Nro. 4
A LA
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN PARA JUBILADOS DEL
FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE IBEW-NECA EN
LA REGIÓN SUR DE CALIFORNIA
(*SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND*)
REFORMULADA A PARTIR DEL 1º de FEBRERO de 2013

La presente Enmienda a la Descripción Resumida del Plan para Jubilados (*Summary Plan Description—SPD*) del Plan del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California, reformulada el 1º de febrero de 2013, es efectuada el 19 de noviembre de 2013 por la Junta de Síndicos (*Board of Trustees*) de Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund con respecto a los siguientes hechos y circunstancias:

A. La Junta de Síndicos desea enmendar la descripción SPD para incluir el costo de una póliza de seguro de atención para la salud a largo plazo de un/a participante cuando tales costos se incurren y pagan el, o después del, 1º de octubre de 2008, como elegibles para recibir reembolso conforme a las disposiciones en el Plan de Reembolso de Primas de la Descripción SPD.

B. La Junta de Síndicos se ha reservado la capacidad para enmendar la descripción SPD de vez en cuando.

POR CONSIGUIENTE, la Descripción SPD queda enmendada de la siguiente manera:

1. El primer párrafo bajo la sección Plan de Reembolso de Primas se enmienda añadiendo la siguiente frase después de la segunda frase completa: “Además, el costo para un/a jubilado/a y/o su cónyuge de una prima de seguro para la salud a largo plazo, cuando tales costos se han incurrido y pagado el, o después del, 1º de octubre de 2008, son elegibles para reembolso conforme al Plan de Reembolso de Primas.”

2. Todos los otros términos y condiciones de la Descripción SPD continuarán en plena vigencia y efecto.

Firmado en este día 19 de noviembre de 2013 en Commerce, California.

La Junta de Síndicos del Fondo de
Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA
en la Región Sur de California

Por: _____
Presidente

Por: _____
Secretario

ENMIENDA N.º 5
A LA
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN DE SALUD PARA JUBILADOS
DEL
FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE IBEW-NECA EN LA
REGIÓN SUR DE CALIFORNIA
REFORMULADA A PARTIR DEL 1.º DE FEBRERO DE 2013

La presente enmienda a la Descripción Resumida del Plan de Salud para Jubilados del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund), reformulada a partir del 1.º de febrero de 2013 (“SPD”), la cual se formalizó el 27 de mayo de 2014, es realizada por el Directorio del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (“Directorio”) en relación con los siguientes hechos y circunstancias:

A. El Directorio desea enmendar la SPD para eliminar el Plan de Reembolso de Primas con el objetivo de cumplir con las reglamentaciones recientes emitidas por el gobierno de EE. UU., conforme a la Ley de Asistencia Asequible (Affordable Care Act), las cuales han afectado el Plan de Reembolso de Primas existente de manera tal que el Directorio se ve obligado a considerar un arreglo alternativo para mantener la cobertura para aquellos jubilados que no viven en las áreas de servicio de la Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organizations, HMO) que cubre el Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California. Como consecuencia, el Directorio ha reemplazado el Plan de Reembolso de Primas existente por un nuevo programa asegurado para jubilados que residen fuera de las áreas de servicio de la HMO del plan de salud.

B. El Directorio se ha reservado para sí mismo la capacidad de enmendar ocasionalmente la SPD.

POR LO TANTO, a partir del 1.º de abril de 2014, se enmienda la SPD a fin de quitar el Plan de Reembolso de Primas y reemplazarlo por el Plan para Jubilados Fuera del Área de la siguiente manera:

1. Plan para Jubilados Fuera del Área

Quienes se jubilen de manera anticipada y aquellos jubilados elegibles para recibir la cobertura de Medicare y sus cónyuges elegibles que residan fuera de las áreas de servicio de la HMO pueden recibir cobertura a través de un arreglo asegurado proporcionado por United Healthcare. Para participar en el Plan para Jubilados Fuera del Área, debe inscribirse en este y realizar el pago de las primas mensuales al Fondo. El pago de la prima mensual se explica en la Descripción Resumida del Plan, en la sección denominada “Requisito de deducción/autopago mensual de la pensión”.

2. Todos los demás términos y condiciones del Plan seguirán teniendo plena vigencia y efecto.

Formalizada el 27 de mayo de 2014 en Commerce, California.

Directorio
Fondo de Fideicomiso para la Salud de
IBEW-NECA en la Región Sur de California

Por: _____
Presidente

Por: _____
Secretario

ENMIENDA N.º 6
A LA
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN
DEL
FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE IBEW-NECA EN LA
REGIÓN SUR DE CALIFORNIA
PLAN DE SALUD PARA JUBILADOS
REFORMULADA A PARTIR DEL 1.º DE FEBRERO DE 2013

La presente enmienda a la Descripción Resumida del Plan de Salud para Jubilados del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund), reformulada a partir del 1.º de febrero de 2013 (“SPD”), la cual se formalizó el 27 de mayo de 2014, es realizada por el Directorio del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (“Directorio”) en relación con los siguientes hechos y circunstancias:

A. El Directorio desea enmendar el SPD para cambiar el periodo de inscripción abierta.

B. El Directorio se ha reservado para sí mismo la capacidad de enmendar ocasionalmente el SPD.

POR LO TANTO, a partir del 1.º de mayo de 2014, las primeras tres oraciones en el Artículo del Periodo Anual de Inscripción Abierta del SPD de la página 22 se enmiendan en su totalidad, como se muestra a continuación:

1. Cada año durante el periodo anual de inscripción abierta llevado a cabo durante los meses de noviembre y diciembre, se les permite a los participantes del Plan de Salud para Jubilados realizar cambios en la elección de sus planes disponibles. Por ejemplo, si actualmente está inscrito en el Plan Senior Advantage de Kaiser Permanente, puede cambiar a United Healthcare Secure Horizons completando la documentación necesaria y presentándola en la Oficina del Fondo antes del vencimiento del periodo de inscripción abierta. El periodo de inscripción abierta generalmente se lleva a cabo durante los meses de

noviembre y diciembre con cambios a partir del 1.º de enero.

2. Todos los demás términos y condiciones del Plan seguirán teniendo plena vigencia y efecto.

Formalizada el 27 de mayo de 2014 en Commerce, California.

Directorio
Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA
en la Región Sur de California

Por: _____
Presidente

Por: _____
Secretario

ENMIENDA N.º 7
A LA
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN DE SALUD PARA JUBILADOS
DEL
FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE IBEW-NECA EN LA
REGIÓN SUR DE CALIFORNIA
REFORMULADA A PARTIR DEL 1º DE FEBRERO DE 2013

La presente enmienda a la Descripción Resumida del Plan de Salud para Jubilados del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund), reformulada a partir del 1º de febrero de 2013 (“SPD”), la cual se formalizó el 13 de noviembre de 2014, es realizada por el Directorio del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (“Directorio”) en relación con los siguientes hechos y circunstancias:

A. El Directorio desea enmendar la SPD para especificar que es necesaria la designación de las partes A y B de Medicare para la participación en un HMO o del Plan para Jubilados fuera del Área.

B. El Directorio se ha reservado para sí mismo la capacidad de enmendar ocasionalmente la SPD.

POR LO TANTO, a partir del 1º de abril de 2014, se enmienda la SPD de la siguiente manera:

1. El siguiente texto reemplazará los primeros dos párrafos al principio de la página 22 de la SPD.

"Designación de Medicare.

Si el jubilado o la esposa elegible selecciona uno de los Planes médicos HMO o el Plan Fuera del Área para su cobertura de salud y es elegible para Medicare, él o ella deberán designar las Partes A y B de sus beneficios Medicare al Plan de riesgo Medicare que el jubilado o su esposa elijan.

ADVERTENCIA:

Una vez que se haya inscrito en uno de los grupos con designación Medicare (Kaiser Permanente Senior Advantage, UnitedHealthcare Medicare Advantage, o Plan para Jubilados Fuera del Área), no se inscriba en ningún otro plan de riesgo Medicare por su propia cuenta sin escribir antes a la Oficina Administrativa. Su inscripción en otro plan de riesgo Medicare puede causar la cancelación de los beneficios de este plan".

2. Todos los demás términos y condiciones del Plan seguirán teniendo plena vigencia y efecto.

Formalizada el 13 de noviembre de 2014 en Commerce, California.

Directorio
Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en
la Región Sur de California

Por: _____
Presidente

Por: _____
Secretario

ENMIENDA N.º 8
A LA
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN DE SALUD PARA JUBILADOS
DEL
FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE IBEW-NECA EN LA
REGIÓN SUR DE CALIFORNIA
REFORMULADA A PARTIR DEL 1º DE FEBRERO DE 2013

La presente enmienda a la Descripción Resumida del Plan de Salud para Jubilados del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (Southern California IBEW-NECA Health Trust Fund), reformulada a partir del 1º de febrero de 2013 (“SPD”), la cual se formalizó el 12 de febrero de 2015, es realizada por el Directorio del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA en la Región Sur de California (“Directorio”) en relación con los siguientes hechos y circunstancias:

A. El Directorio desea enmendar la SPD para reflejar que HealthAdvocate ha sido reemplazada por MedExpert para asistir a los afiliados y sus cargas elegibles.

B. El Directorio se ha reservado para sí mismo la capacidad de enmendar ocasionalmente la SPD.

POR LO TANTO, a partir del 1º de marzo de 2015, se enmienda la SPD de la siguiente manera:

1. La sección titulada "HealthAdvocate", en la página 6, es modificada, reemplazando el texto actual por lo siguiente:

"MedExpert

Los Miembros del Consejo han contratado a MedExpert para asistirlo a usted y a su cónyuge elegible con servicios de asesoramiento y asistencia, a través de los cuales los Defensores de Salud Personal (DSP's), generalmente enfermeras licenciadas, apoyados por directores médicos y especialistas en prestaciones, trabajarán junto a usted y/o su cónyuge elegible para:

- Encontrar médicos, especialistas y otros proveedores.
- Asistir en la comprensión y resolución de la facturación por

servicios médicos, dentales u otros servicios profesionales.

- Facilitar derivaciones a servicios cubiertos.
- Clarificar la cobertura del Fondo Fiduciario.
- Transferir historiales médicos.
- Localizar servicios de cuidado de ancianos.

Usted puede contactar a MedExpert llamando al 1-800-999-1999.

Los servicios de MedExpert complementarán los beneficios entregados por su Plan al ayudarlo a usted y su cónyuge elegible a través de proveedores de servicios de salud y servicios basados en la comunidad, localizando a los mejores proveedores dentro de los parámetros del Plan y entregando asistencia para la resolución de indemnizaciones de seguro, etc.

Los representantes de MedExpert pueden contactarlo a usted o su cónyuge elegible para realizar las tareas anteriormente mencionadas. Su cooperación y ayuda serán enormemente apreciadas. Al abordar un problema del afiliado, MedExpert puede actuar como enlace entre usted o su cónyuge elegible y el vendedor/proveedor del seguro contratado por el Fondo.

MedExpert no sustituye la cobertura de su seguro de salud, no provee cuidado médico o tratamiento recomendado ni duplica las funciones claves de los beneficios de su plan. MedExpert le ayuda a conectarse a usted y su cónyuge elegible a servicios existentes, tales como asistencia individualizada, manejo de enfermedad, bienestar, programas de asistencia a empleados y otros servicios in situ."

2. La sección "Preguntas/Asistencia", en la página 29, es enmendada, reemplazando "Programa HealthAdvocate" por "Programa MedExpert".

3. Las últimas dos oraciones del primer párrafo completo de la página 29 son modificadas, reemplazando el texto actual por lo siguiente:

"Por supuesto, el representante del Programa MedExpert también lo ayudará si es que usted tuviera preguntas o necesitara información. Usted puede contactar al representante del Programa MedExpert llamando al 1-800-999-1999."

4. La última oración de la página 29 es enmendada, reemplazando "HealthAdvocate" por "MedExpert".

5. Las últimas oraciones de las secciones tituladas "Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA, por su sigla en inglés)" y la "Ley de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción" (MHPAEA, por su sigla en inglés)", en la página 30, son enmendadas, reemplazando "HealthAdvocate" por "MedExpert".

6. La última oración de la página 14 es modificada, reemplazando el texto actual por lo siguiente:

"Usted también puede contactar a MedExpert llamando al 1-800-999-1999".

7. La sección 5 de la página 62 es enmendada, reemplazando "HealthAdvocate" por "MedExpert".

8. Todos los demás términos y condiciones del Plan seguirán teniendo plena vigencia y efecto.

Formalizada el 12 de febrero de 2015 en Commerce, California.

Directorio
Fondo de Fideicomiso para la Salud de
IBEW-NECA en la Región Sur de California

Por: _____
Presidente - Jim Willson

Por: _____
Secretario - Marvin Kropke

ENMIENDA NRO. 9
A LA
DESCRIPCIÓN RESUMIDA DEL PLAN
DE SALUD PARA JUBILADOS
DEL
FONDO DE FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE IBEW-NECA EN LA
REGIÓN SUR DE CALIFORNIA
(SOUTHERN CALIFORNIA IBEW-NECA HEALTH TRUST FUND)

Reformulada a partir del 1ero de febrero de 2013

La presente Enmienda a la Descripción resumida del Plan de Salud para Jubilados del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA de California del Sur, reformulada a partir del 1ero de febrero de 2013 (descripción SPD), ejecutada este 12 de febrero de 2015, es realizada por la Junta de Fideicomisarios del Fondo de Fideicomiso para la Salud de IBEW-NECA de California del Sur (Junta de Fideicomisarios) con referencia a los siguientes hechos y circunstancias:

A. La Junta de Fideicomisarios desea enmendar la descripción SPD para reflejar que el Plan Dental de MetLife/Safeguard (DHMO) ya no se proporciona bajo la descripción SPD, a partir del 1ero de enero de 2015.

B. La Junta de Fideicomisarios se reserva el derecho de enmendar la descripción SPD de vez en cuando.

POR CONSIGUIENTE, con fecha efectiva del 1ero de enero de 2015, la descripción SPD del Plan de Salud para Jubilados queda enmendada de la siguiente manera:

1. La página 5 es enmendada mediante la eliminación de "Dental Metlife/Safeguard" de la Sección titulada "Documentos Gobernantes del Plan".

2. La página 7 es enmendada mediante la eliminación del "Plan de MetLife/Safeguard (DHMO)", bajo la sección titulada "Dental (jubilados por discapacidad unicamente menores de 65 años)".

3. La página 29 es enmendada mediante la eliminación de "MetLife/Safeguard (DHMO)" bajo la Sección titulada "Reglas de Privacidad

HIPAA".

4. La página 55 es enmendada reemplazando los fragmentos existentes con lo siguiente:

Usted puede escoger uno de los siguientes:

- Plan United Concordia (PPO)
- Plan Dental CIGNA (DHMO)
- Plan Dental DeltaCare USA (DHMA)
- Plan Dental United Concordia (DHMO)

El Fondo de Fideicomiso ofrece cuatro planes dentales entre los cuales escoger: un plan dental de Organización Proveedor Preferida (PPO), y tres planes de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud Dental (DHMO). El plan dental PPO es proporcionado por United Concordia. Los tres planes DHMO son CIGNA, DeltaCare USA (también conocido como Delta Dental), y United Concordia. Sugerimos que revise cuidadosamente todos los planes, y que discuta las diferentes opciones de planes con su cónyuge elegible. Un breve resumen del Plan PPO de United Concordia y de los tres planes DHMO (CIGNA, DeltaCare USA y United Concordia) comienza en la página 56. Por favor, consulte su documento de *Evidencia de Cobertura* para obtener una descripción completa de sus beneficios dentales, incluyendo las exclusiones y limitaciones.

5. La página 56 es enmendada mediante la eliminación de "MetLife (DHMO)" de la lista de Proveedores Dentales.

6. La página 62 es enmendada mediante la eliminación de "Dental MetLife/Safeguard- Beneficios Dentales DHMO" de la Sección 5.

7. La página 63 es enmendada mediante la eliminación del "Plan Dental DHMO de MetLife/Safeguard" de la sección titulada "Reglas de Reclamos y Apelaciones".

8. La página 69 es enmendada mediante la eliminación de "Plan Dental Metlife/Safeguard" de la sección titulada "Aviso a los Participantes".

9. Todos los otros términos y condiciones deberán permanecer en plena vigencia y efecto.

Ejecutado este día 12 de febrero de 2015 en Commerce, California.

LA JUNTA DE FIDECOMISARIOS DEL FONDO DE
FIDEICOMISO PARA LA SALUD DE IBEW-NECA
EN LA REGIÓN SUR DE CALIFORNIA

Por: _____
Presidente

Por: _____
Secretario